

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Génesis y evolución del rol enfermero en la Atención Primaria de
Salud de Cantabria**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Cristina Blanco Fraile

Directora

Esperanza Rayón Valpuesta

Madrid, 2016



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA
Y PODOLOGÍA

Tesis Doctoral

**“Génesis y evolución del rol enfermero en la Atención
Primaria de Salud en Cantabria”**

Cristina Blanco Fraile

Dirigida por:

Prof^a Dra. Dña. Esperanza Rayón Valpuesta

Madrid, 2015

AGRADECIMIENTOS.

Me gustaría que esta oportunidad, seguramente escasa, pero cargada de simbolismo, sirviera para agradecer a todas aquellas personas que han formado parte de mi vida personal y profesional y han estado a mi lado para que esta tesis pudiera llegar a su fin. A mi familia, amigos y compañeros, para todos ellos no tengo suficientes palabras para expresarles mi agradecimiento.

De forma especial quiero agradecer a la Profesora Dra. Esperanza Rayón Valpuesta, directora de esta tesis, por su supervisión, por su apoyo, su dedicación y especialmente por su empatía. Muchas gracias por sus ánimos y por creer en mi capacidad.

Quiero agradecer a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid y a su Departamento de Enfermería por brindar la oportunidad de desarrollo a muchos profesionales y con él haber contribuido de manera especial al de la profesión.

A la Universidad de Cantabria, por el apoyo recibido.

A María Madrazo, mi amiga, compañera siempre y especialmente durante este proceso, gracias por tantos memos no registrados, por su ayuda, sus ánimos, su confianza y su cariño.

A María Paz por estar siempre en el momento oportuno, por su generosidad, su rigor, y por hacerme reír. Por su amistad.

A Santi, Raquel, Pilar, Mariaje, Fito, Carmen, Miguel...y al resto de mis compañeras y compañeros de la Escuela Universitaria de Enfermería y del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria por tantos años compartiendo y aprendiendo, gracias por su ayuda y apoyo.

A Claudia, por su trabajo y sus sonrisas.

A Esperanza, Abraham, y a todos los profesionales que han participado en un proyecto en el que creyeron aportando su tiempo y su memoria, mi más sincero agradecimiento por haber compartido sus experiencias, sin ellas hubiera sido imposible haber hecho realidad este trabajo.

Finalmente quiero agradecer a las enfermeras de Atención Primaria de Salud, por el complejo trabajo que llevan a cabo y por la importancia que tiene para todos lo que hacen cada día, por ser capaces, sin saberlo, de generar el interés que me llevó a realizar este trabajo. Mi compromiso por seguir contribuyendo a mejorar el suyo.

¡Muchas gracias a todas y a todos!

Es trabajo se lo dedico a mi familia,

A mis padres y a mi hermano, por haber hecho lo posible para que haya llegado hasta aquí. Por su comprensión y su cariño.

Especialmente a Enrique, por enseñarme que no hay nada imposible, por su apoyo y su compañía y a Malena, mi hija, por su infinito cariño y por entender que parte de su tiempo ha ido a este trabajo.

A los dos, eterno agradecimiento por acompañarme en este viaje.

*Eso fui. Una suerte de botella echada al mar. Botella sin mensaje.
Menos nada. Nada menos.*

-MARIO BENEDETTI-

El porvenir de mi pasado

ÍNDICE

RESUMEN.....	13
ABSTRACT	19
CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN	24
1.1. Justificación de la tesis.	25
1.1.1. Interés personal y profesional.....	26
CAPÍTULO II – CONTEXTO TEÓRICO	29
2.1. La elección de un marco teórico.....	30
2.2. La sociología de pierre bourdieu.	31
2.2.1. Por qué el autor.....	31
2.2.2. El habitus.	33
2.2.3. El campo social.....	38
2.2.4. Las diferentes formas de capital.	42
2.3. El campo de estudio.....	46
2.3.1. La atención primaria de salud.....	46
2.3.2. La atención primaria de salud en cantabria.	54
CAPÍTULO III - METODOLOGÍA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN	62
3.1. La investigación cualitativa.	63
3.2. La pregunta de investigación. Objetivos.	65
3.3. Diseño de la investigación. La teoría fundamentada.....	66
3.3.1. Muestreo teórico	67
3.3.2. Codificación	69
3.3.3. El método comparativo constante.	70
3.4. Ámbito de estudio y participantes.	71
3.5. Recogida de datos. Entrevistas en profundidad.....	74
3.6. Análisis de los datos. El proceso de codificación.....	78
3.7. La importancia de los memos.	90
3.8. Criterios de calidad de la investigación.....	91
3.9. Consideraciones éticas y legales.....	92

CAPÍTULO IV - RESULTADOS	95
4.1. El proceso de categorización.	96
4.2. Entre la ilusión y el desconocimiento. Génesis de un habitus.	97
4.2.1. La importancia del liderazgo en la gestión. El <i>investissement</i>	99
4.2.2. ¿quiénes fueron?	103
4.2.2.1. Las expectativas.....	104
4.2.2.2. Fuimos desnudas totalmente, pero con una ilusión... ..	105
4.2.2.3. “no sabíamos nada ninguna”	107
4.2.2.4. El equipo de enfermería.....	108
4.2.3. Los condicionantes	111
4.2.3.1. Sola ante el peligro	111
4.2.3.2. El juego de las sillas.	112
4.2.3.3. Lo técnico, lo conocido.	113
4.2.3.4. La consulta no solo es un espacio.....	115
4.2.3.5. Ceder para crecer.	117
4.2.4. ¿qué hicieron?.....	119
4.2.4.1. Creérselo.	119
4.2.4.2. Hacerse creer.	125
4.3. Habitus reconocible y reconocido.	128
4.3.1. Evidencias.....	129
4.3.1.1. Conquista de capital social.	129
4.3.1.2. Un producto único.	138
4.3.1.3. Reconocimiento.	144
4.3.2. Algo no va bien.	149
4.3.2.1. El desenfoque político.	150
4.3.2.2. Políticas de personal.	157
4.3.2.3. Desigualdad en el desempeño.	164
4.4. Habitus en cuestión.....	166
4.4.1. La presión de la consulta	167
4.4.2. “hay gente que se ha apoltronado”	169
4.4.3. La persistente invisibilidad.....	171
4.4.4 ¿y ahora qué?	174
4.5. La categoría central: la autonomía.....	177

CAPÍTULO V – DISCUSIÓN	183
5.1. La búsqueda de la autonomía profesional. Una explicación a la génesis del rol profesional de las enfermeras de aps en cantabria.....	184
5.1.1. Entre la ilusión y el desconocimiento. Génesis de un habitus.....	187
5.1.2. El habitus reconocible y reconocido.....	191
5.1.3. El habitus en cuestión.	200
5.1.4. Los nuevos retos. Las mismas dificultades.	201
CAPÍTULO VI – CONCLUSIONES.....	212
CAPÍTULO VII – RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA	215
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	218

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Profesionales de Enfermería colegiados en Cantabria en el año 1985.....	58
Tabla 2. Enfermeras y enfermeros colegiados en Cantabria en el año 2014 por edades.	60
Tabla 3. Centros de salud y consultorios disponibles actualmente en Cantabria.....	61
Tabla 4. Recursos asistenciales de APS en Cantabria.....	61
Tabla 5. Codificación de la identidad de los informantes.....	73
Tabla 6. Asignación de códigos a los informantes.....	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud.....	51
Figura 2. Transplantes cardiacos en Valdecilla en 1985	56
Figura 3. Regulación del curso de nivelación de ATS	57
Figura 4. Incorporación de los primeros profesionales de enfermería a la APS de Cantabria.	58
Figura 5. Guión de la primera entrevista.	75
Figura 6. Informe posterior a la primera entrevista.	81
Figura 7. Entrevistas en Nvivo 10.	82
Figura 8. Codificación abierta en Nvivo 10.	83
Figura 9. Códigos resultantes tras la codificación abierta.	84
Figura 10. Ejemplo del proceso de codificación en Nvivo 10. Credibilidad.....	86
Figura 11. Ejemplo del proceso de codificación en Nvivo 10. Formación.	87
Figura 12. Documento de trabajo para las codificaciones axial y selectiva.	88
Figura 13. Representación del proceso de codificación axial con referencia al conflicto.	89
Figura 14. Ejemplo del proceso de teorización.	89
Figura 15. Ejemplo de memo en Nvivo 10.....	91
Figura 16. Documento de consentimiento firmado por los informantes.	94
Figura 17. Entre la ilusión y el desconocimiento. Génesis de un habitus.	97
Figura 18. El habitus reconocible y reconocido.	128
Figura 19. Habitus en Cuestión.	166
Figura 20. La categoría central.	177
Figura 21. La teoría.	186
Figura 22. Enfermería y Atención Primaria De Salud. De Enfermeras de Médicos a Enfermeras de Comunidad.	187

GÉNESIS Y EVOLUCIÓN DEL ROL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CANTABRIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: La intención de esta investigación es conocer el proceso que ha tenido lugar en Cantabria en relación con el desempeño de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salud (APS) desde la puesta en marcha del modelo hasta la actualidad. Para llevar a cabo este estudio se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué proceso ha tenido lugar en relación con el desempeño profesional de las enfermeras y enfermeros de APS de Cantabria desde el inicio del modelo en 1985 hasta la actualidad?

Los objetivos propuestos para su respuesta fueron los siguientes: Determinar si desde la implantación del modelo de la Atención Primaria de Salud en Cantabria se ha generado un rol diferenciado en los profesionales de Enfermería y desarrollar una teoría sustantiva que explique la evolución del papel de los profesionales de Enfermería en la Atención Primaria de Salud en Cantabria desde sus comienzos hasta la actualidad, que permita futuras intervenciones de mejora.

Y como objetivos específicos: Identificar los factores favorecedores de un adecuado desempeño de los profesionales de enfermería acorde con el servicio que deben prestar a la sociedad en el ámbito de la Atención Primaria de Salud en Cantabria, identificar aquellos factores que dificultan a las enfermeras y enfermeros de Atención Primaria de Salud en Cantabria un ejercicio profesional acorde a los postulados del modelo e identificar estrategias que mejoren la contribución de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Cantabria a la sociedad.

JUSTIFICACIÓN: La implantación del modelo de Atención Primaria de Salud en España en la década de los 80 posibilita a la profesión enfermera la participación en la salud de la población en situación de igualdad al resto de los profesionales, esta posibilidad viene cargada sin embargo de una profunda indefinición respecto al papel que va a desempeñar. La llegada de los profesionales estaba condicionada por los moldes dominantes de resolver lo inmediato con una tendencia hacia lo curativo y una formación acorde con ella.

El estudio de las iniciativas llevadas a cabo supone una forma de conocer cómo los diferentes factores que condicionan el desempeño van influyendo en las formas de hacer y entender de los profesionales y pueden permitir aventurar comportamientos futuros. No existen patrones fijos de comportamiento en ninguna disciplina, pero sin lugar a duda el conocimiento de la influencia de los factores sociales, sanitarios y profesionales en el desempeño es interesante de cara a poder hacer predicciones.

El estudio del campo de la APS ha sido muy importante, no así de la enfermería en ese ámbito, son escasos los trabajos orientados a ese objetivo y los que existen se centran más en los problemas detectados que en los logros y es prácticamente nula la evidencia de una

explicación a los numerosos hallazgos de la necesidad de hacer hincapié en la autonomía profesional o la invisibilidad de la actuación de estos profesionales o del producto que ofrecen a la sociedad. El desarrollo de una teoría sustantiva daría respuesta a esos hallazgos en nuestro ámbito de estudio.

Partimos de la idea que para el colectivo incorporado a un nuevo modelo, sin precedentes ni referentes de ningún tipo, supuso un reto muy importante dar respuesta a las expectativas que la Atención Primaria de Salud ponía en la profesión. La regulación abierta de sus funciones dejaba la posibilidad de construir un papel ante la sociedad condicionado por una multiplicidad de factores. La inexistencia de una explicación a este proceso justifica este trabajo.

CONTEXTO TEÓRICO: Para entender y ordenar el complejo proceso que lleva a una profesión a diferenciarse por lo que hace, por la contribución que realiza a la sociedad, y estudiar la evolución de la misma, debemos dotarnos de unos referentes teóricos que nos guíen y faciliten el proceso de indagación y análisis.

El ámbito de estudio encierra una gran complejidad, las relaciones entre un entorno cambiante y unos actores con características y motivaciones muy diferentes hace necesario apoyarse en conceptos que reflejen y expliquen esta complejidad. Los profesionales de enfermería llevarían a cabo una serie de acciones en el ámbito de su trabajo constitutivas de ser identificadas como rol profesional, condicionadas por la organización donde se lleven a cabo, por las relaciones con otros puestos y que serían susceptibles de ser transmitidas de unos miembros a otros. Esto, que a priori, puede constituir una explicación sencilla sobre la existencia de ese rol profesional es el resultado de una serie de fenómenos complejos en constante cambio. Para explicar estos fenómenos se hace necesario dotarnos de un marco teórico que, desde el punto de vista social, sirva para entender el desempeño profesional.

Para explicar la complejidad de los fenómenos que pudieron haber influido en la génesis de un rol enfermero en la atención Primaria de Salud en Cantabria se hace necesario un marco de referencia que huya de lo dicotómico y que explique las distintas perspectivas a través de conceptos abiertos. Todo esto se encuentra en la sociología de Bourdieu. A través de sus dos conceptos clave, el habitus y el campo, se explica la multiplicidad de factores en juego, su composición, sus causas y sus efectos, los cambios en el tiempo e incluso la perspectiva. El concepto de habitus de Bourdieu sirve para superar esa oposición entre ese objetivismo y subjetivismo y el de campo, inseparable del habitus, que representa el espacio social donde se generan las fuerzas, los conflictos, las luchas, los monopolios y las estrategias. Un potencial muy interesante que tiene el concepto de habitus es la posibilidad de establecer cierta capacidad pronóstica al explicar la regularidad de las acciones. Resulta de gran utilidad en este trabajo el estudio de las características de un nuevo campo de trabajo, vertiente estructuralista, y su relación con las características individuales de los profesionales, sus motivaciones y la evolución en el tiempo, vertiente constructivista, y la relación que se establece entre ambas, así como los cambios que se pudieran ir produciendo para afectar al resultado final.

El habitus tiene un sentido de “sistema de competencias sociales”, entendido como “capacidad para” y el “reconocimiento social” para ejercer esa competencia. Cuando confluyen estos dos conceptos estamos delante del papel que juega el profesional en su ámbito, el papel general, no el individual. La adquisición inconsciente del habitus tiene especial relevancia en el desarrollo de prácticas.

Existen a lo largo del tiempo condicionantes que influyen en el desempeño de los profesionales, estos condicionantes van a evidenciar relaciones entre todos los actores/agentes, incluyendo la percepción de los usuarios. En como los agentes sorteen todos esos condicionantes reside lo que el autor denomina el sentido del juego.

La profesión de enfermería ha sufrido multitud de cambios a lo largo de su historia y la mayoría han venido determinados por la adaptación a la situación y a las circunstancias, es decir, no determinados por ninguna regla, lo que Bourdieu llama “disposiciones adquiridas por la experiencia” que varían según lugares y momentos y se gestan en ese “juego”. Ahí residiría la complejidad del rol de estos profesionales. Dentro de la sociología de Bourdieu se identifican dos motores muy potentes para la práctica, por un lado la *illusio* o ilusión, interés por formar parte del juego, y el compromiso con el campo o *investissement*, dos elementos que poseen un alto poder explicativo en este trabajo.

Bourdieu introduce el concepto de capital para resaltar la complejidad de la actuación de los agentes en el campo. El capital incorpora la posibilidad o imposibilidad de que determinadas cosas ocurran o no, sostiene que la estructura de distribución de las distintas formas de capital determina las prácticas y sus posibilidades de éxito. Adquirir el capital necesario no dependería solo de la voluntad debido a la existencia de otros condicionantes de la realidad que, en ocasiones, escapan al propio individuo. En el campo de estudio existen tipos de capital que facilitan la adquisición de competencias, pero es posible que haya profesionales que no lleguen a conseguir nunca, puesto que la adquisición del capital necesario para alcanzarlas exceda de su voluntad o de las posibilidades que tenga.

El campo en el que se desarrolla la actuación de los agentes es la APS en Cantabria. La reforma sanitaria que supone al APS llega a la región como al resto de territorio nacional, la situación de partida tiene, por tanto muchas semejanzas con el resto de las provincias españolas en cuanto a la formación de los profesionales y en relación con el principal nicho de empleo y foco de atención sanitaria, los hospitales. El BOE del viernes 8 de febrero de 1985 publica la Resolución de 15 de enero de 1985 de la Dirección General de la Seguridad Social por la que se adjudican las primeras plazas de enfermeras y enfermeros de equipo de atención primaria en Cantabria, constituyendo el grupo de profesionales más numeroso que accedía al nuevo modelo de APS y estaban llamados a formar parte de los primeros equipos que se estaban formando en esos momentos. Ese grupo es el que protagonizará la puesta en marcha del modelo, cuyos componentes continúan mayoritariamente en la actualidad desempeñando su labor en la APS.

Actualmente 412 profesionales de Enfermería desarrollan su labor en los 42 centros de salud de Cantabria dependientes del Servicio Cántabro de Salud encargados de prestar la atención en esta materia a la población de la región.

METODOLOGÍA: Para llegar a conocer la complejidad del problema a estudio era necesario un abordaje metodológico que lo recogiera, siendo la aproximación cualitativa la única que podía dar respuesta a la pregunta de investigación. Nuestra perspectiva facilita la mirada a los fenómenos que tienen lugar en el campo de la APS y cómo afectan a la conducta de los agentes, a su desempeño en el campo, que es en definitiva el principal objetivo de este estudio. Para conocer lo que pasó en este período de alrededor de 30 años era preciso una teoría explicativa que fuera específica en cuanto a grupo y lugar, una teoría sustantiva a la que era posible llegar a través de una metodología basada en la Teoría Fundamentada (TF). La TF se refiere a la teoría derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación. Comienza en un área de estudio y permite que la teoría emerja de los datos. Al estar basadas en datos, estas teorías existe mayor posibilidad que generen conocimientos, guías de actuación y comprensión sobre los fenómenos estudiados.

El ámbito de estudio ha sido la Atención Primaria de Salud en Cantabria. El muestreo teórico, coherente con la TF, se alejó del concepto clásico ofrecido por la metodología cualitativa, estando interconectados constantemente recogida y análisis de los datos por medio del método comparativo constante hasta lograr la progresiva densificación de datos hasta la saturación teórica. Ésta se alcanzó tras 12 entrevistas en profundidad a informantes que cumplieran los criterios establecidos para que reflejasen la realidad y, a la vez, respondieran a las necesidades de información que iba determinado el proceso de análisis. La técnica de recogida de datos ha sido la entrevista en profundidad.

El proceso de codificación ha sido realizado inicialmente con la ayuda del programa Nvivo.10 y posteriormente de forma manual hasta la identificación de códigos por significado y avanzando hacia la definición de categorías de menor a mayor significado conceptual hasta la identificación de la categoría central.

RESULTADOS: El análisis de los datos aportados por los informantes lleva a identificar tres grandes categorías o fenómenos que representan la evolución del desempeño de la enfermería de atención Primaria en Cantabria. Esta diferenciación es fruto del resultado de la interacción de la estructura, el campo de la APS, y su evolución y la respuesta de los agentes (profesionales de la Enfermería) a esos cambios, condicionados por los requerimientos de diferentes tipos de capital en cada momento y su adaptación a ellos. Los cambios en el campo condicionan la trayectoria de los agentes, así pueden condicionar tanto el estado en un momento, como su evolución. En cada uno de ellos se recogen las subcategorías que describen, mediante las interrelaciones entre ellas, los factores que han influido en evidenciar esas tres grandes categorías que la existencia o no de lo que se puede llamar habitus en el desempeño de estos profesionales en el campo. Finalmente, consecuencia del pormenorizado análisis de las relaciones entre categorías,

subcategorías y sus propiedades y dimensiones, se presenta la categoría central en base a al que se vinculan todos los datos: La autonomía.

Entre la ilusión y el desconocimiento. Génesis de un habitus: Las personas que participaron en la puesta en marcha de los primeros equipos son identificadas como grupo singular por la variabilidad sufrida en el campo y por el diseño de una estrategia para general un papel ante la sociedad. El grupo compartía falta de conocimientos, de expectativas y de motivaciones concretas, que con los condicionantes del miedo a lo desconocido, la evitación de conflictos y la búsqueda de un papel que desarrollar fueron conformando iniciativas marcadas por la ilusión de conseguirlo y potenciadas por un liderazgo formal que compartía los mismos intereses y por una estrategia de formación coherente con el propósito. Se produce un avance firme hacia la autonomía profesional.

Habitus reconocible y reconocido: Tras una época de lucha por encontrar el espacio, por conseguir el capital en juego y hacerse merecedores de él, llega una en la que se ven los resultados de la misma, la legitimidad por desempeñar un papel ha sido conseguida. Se evidencia la importancia del conocimiento para generar reconocimiento, se pasa de la lucha a la colaboración dentro del miniequipo y se identifica el contenido de un trabajo complejo. Se percibe ese reconocimiento y la valoración de la población. Se puede hablar de rol profesional en la APS en Cantabria con la conquista de cotas de autonomía. Sin embargo las políticas de incorporación de personal y las decisiones políticas comienzan a erosionar los logros, invisibilizándolos y fomentando la desigualdad en el desempeño.

Habitus en cuestión: Se ve cómo las decisiones tomadas en la época anterior desde el escaso conocimiento de la profesión y la variabilidad en la aptitud de los profesionales que se incorporan, avanzan de una manera decisiva hacia el retroceso. La durabilidad de estos efectos afecta de manera clara al desempeño, generando habitus diferentes que ponen en tela de juicio la contribución a la salud de la población. Se produce un deterioro de la autonomía profesional.

CONCLUSIONES: La génesis y evolución del rol de la enfermería en Cantabria han sido claramente condicionadas por la búsqueda de la autonomía profesional y por el perfil de los profesionales. En todo ese período la ilusión por conquistar ese reto, el sentido de pertenencia y el compromiso con el campo han jugado un papel fundamental. Se puede afirmar que existe un rol profesional cuando se evidencia la existencia de una labor que permite a la sociedad identificar a los profesionales de enfermería como grupo y reconoce su aportación, cuando se puede identificar su contribución y es valorada a través de la conquista de capital social y simbólico. En el campo de la APS el capital cultural incorporado tiene especial importancia al constituir una forma de enfrentarse a la práctica, en él confluyen conocimientos valores y creencias, diferenciando a los profesionales, siendo transformable en capital social y simbólico. El perfil de profesional deseable para ejercer el rol en APS debe responder a un importante conocimiento del modelo, comprometido con el campo y con una sólida formación clínica. Las políticas de incorporación de personal y la influencia de los liderazgos formales han deteriorado la

autonomía conquistada. Quienes ejerzan ese liderazgo deben ser agentes formados y comprometidos con la APS.

GENESIS AND EVOLUTION OF NURSES' ROLE IN PRIMARY HEALTH CARE IN CANTABRIA

ABSTRACT

AIMS: The intent of this research is to study the process that has taken place in Cantabria in relation to the performance of nurses in Primary Health Care (PHC) from the implementation of the model until today. In order to carry out this study the following research question was laid out: What is the process regarding professional performance of PHC nurses that has taken place from the beginning of the model, in 1985, to the present?

The following objectives were proposed in order to answer the question: To determine if a distinct nursing role has emerged from the implantation of the Primary Health Care model and to develop a substantial theory to explain the evolving role of nursing professionals in Primary Health Care in Cantabria from its inception to the present, which will allow future interventions to improve.

And as specific objectives: to identify the factors favoring adequate performance of nursing professionals, in line with the service that must be given to society in the field of Primary Health Care in Cantabria, to identify those factors that hinder Primary Health Care nurses in Cantabria to carry out a professional performance in accordance with the one postulated in the model and to identify strategies to improve Primary Health Care in Cantabria nursing professionals' contribution to society.

JUSTIFICATION: Implementation of the model of Primary Health Care in Spain in the 80s enabled nurses take part in population's health on equal terms with the rest of professionals. However, this possibility is accompanied by a deep uncertainty about the role they would play. Professionals' arrival was conditioned by dominant molds to solve which was immediate with a tendency toward what is healing and a training commensurate with it.

Studying the initiatives undertaking let us understand how different factors that affect performance are influencing the ways professionals make and understand and may allow venture future behaviors. There are no fixed behavioral patterns in any discipline, but without doubt knowledge of the influence of social, health and professional factors is interesting in order to be able to make predictions.

The study of APS field has been very important, it is not the case of nursing in this area, few studies aimed at this goal and those that exist are focused on identified problems rather than in achievements and there is practically non-existent the evidence of an explanation to the many finds of the need to emphasize the professional autonomy or invisibility of these professionals' performance or of the product they offer to society. The development of a substantive theory would reply to these these findings in our study area.

We start from the idea that for a group integrated into a new model, unprecedented and without any kind of references, it was a major challenge meeting the expectations that Primary Health Care placed in the profession. Open regulating their functions left the possibility of building a role in society that was conditioned by a multiplicity of factors. The lack of an explanation for this process justifies this work.

THEORETICAL CONTEXT: In order to understand and manage the complex process that leads a profession to be differentiated by its work, by the contribution made to society, and to study its evolution, we must provide ourselves with a theoretical framework that will guide us and will facilitate inquiry and analysis processes.

The scope of this study is a complex concept, relationship between a changing environment and figures with very different characteristics and motivations makes it necessary to rely on concepts that reflect and explain the mentioned complexity. Nursing professionals would carry out a series of actions in the field of their work which constitute a professional role and which are conditioned by the organization in which they are taking place, by the relationship with other positions and which would be likely to be transmitted to other members. This, which beforehand can be consider as a simple explanation for the existence of this professional role, is the result of a series of dynamic complex phenomena. In order to explain these phenomena, we need to acquire a theoretical framework that, from a social point of view, it lets us understand professional performance.

A reference framework that flees from dichotomies and explains the different perspectives through open concepts is required in for explaining the complexity of the phenomena that may have influenced the genesis of a role in nurses from Primary Health Care in Cantabria. Bourdieu's sociology explains all these things. Through its two key concepts, habitus and field, the author explains the wide range of factors that take part, their composition, their causes and effects, changes over time and even the point of view. Bourdieu's concept of habitus is useful for overcoming the opposition between objectivism and subjectivism and the concept of field, inseparable from habitus, represents the social space where strength, conflicts, struggles, monopolies and strategies take place. A very interesting potential of the concept of habitus is that it provides certain prognostic ability by explaining consistency in actions. It has been useful in this research to study the characteristics of a new work area, structuralist dimension and its relationship with individual professionals' features, their motivations and evolution over time, constructivist dimension, and relationship between both, structuralist and constructivist dimensions, as well as changes that would happen and may affect final result.

Habitus has a sense of "social skills system", understood as "capacity" and "social recognition" for applying this competence. When these two concepts are merged, we are before the role a professional plays on his field, not the individual but the overall role. Unconscious acquisition of habitus is particularly relevant on developing performances.

There have been factors that have conditioned professional's performance over the time. These factors will expose relationships between all the actors/agents, including users'

perception. What is referred by the author as sense of game is how agents manage all these conditioning factors.

Nursing profession has undergone many changes throughout its history; most of them are a result of adaptation to the situation and the circumstances, which implies that it is not determined by any rule, it is what Bourdieu calls “aptitudes acquired through experience”, which can vary depending on the place and time and which are developed in this “game”. Here is where complexity of these professionals’ role resides. Within Bourdieu’s sociology two engines that are powerful for practice can be identified, from one hand *illusio* or *illusion*, which is interest for being part of the *game*, and on the other hand *investissement* or commitment to the field, two elements that present a high explanatory power in this work.

Bourdieu introduced the concept of capital in order to underline the complexity of the performance of the agents in the field. Capital adds the possibility or impossibility that certain things occur or not, it submits that the structure of the distribution of the different kinds of capital is what resolves performances and whether they will succeed or not. Acquiring the capital required does not depend only on the will due to the presence of other factors that condition reality that are sometimes beyond the control of the individual. There are two kinds of capital in the field of study that will ease acquisition of skills, but there may be professionals that would never achieve this goal, as acquisition of the capital which is necessary to achieve it may go further than their will or the tools they have.

Performance of the agents takes place in the field of Primary Health Care in Cantabria. Health reform resulted from Primary Health Care reaches Cantabria as well as the rest of the regions in Spain, starting point thus has many similarities with that of the rest of the Spanish provinces in terms of professional training and with relation to the main employment niche and health care focus: hospitals. In BOE from Friday February the 8th, 1985, Resolution of January the 15th, 1985 from General Directorate of Social Security in which first jobs as Primary Health Care Nurses in Cantabria were assigned, constituting the largest professionals’ team within the new Primary Health Care model at that time. This group would have the leading role in the implementation of this model, most of whose components remain carrying out their work in APS today.

Currently there are 412 nursing professionals developing their work in one of the 42 Primary Health Care Centers in Cantabria, that depend on Health Service of Cantabria, which manage services of this field to the whole region’s population.

METHODOLOGY: A methodological approach is needed to get to understand the complexity of the problem we are studying, being qualitative approach the only one that can answer the issue researched. Our perspective allows for analyzing phenomena that take place in the field of Primary Health Care and how these phenomena affect agents’ behavior, their performance within the field, which is, ultimately, the main goal of this research. In order to find out what happened during this 30 year long period, an explanatory theory was required. This theory must be specific regarding group and place, a substantive theory, which was attainable through a methodology based on the Grounded

Theory (GT). GT concerns the theory derived from systematically collected data which had been analyzed through a research process. It begins in an area of study and allows the theory emerges from the data as it is based on data. These theories are more likely to generate knowledge, guidelines and understanding of the phenomena studied.

The target of the research has been Primary Health Care in Cantabria. Theoretical sampling, which is consistent with the GT, appeared to be far from the classic concept offered by the qualitative theory, being data collection and analysis continuously interconnected through constant comparative method to a progressive data densification is accomplished until theoretical saturation. This was achieved after 12 in-depth interviews done to informants who met the determined criteria in order to get reality reflected as well as get answers for questions emerged from analysis process. In-depth interview has been the procedure followed for data collection.

Encoding process was initially carried out with the help of Nvivo.10 software and information was then manually processed until codes were identify by their meaning. Next step was definition of categories, from lowest to highest conceptual meaning, until the main category was identified

RESULTS: When analyzing data provided by informants, three main categories or phenomena that represent the evolution of the performance of nurses of Primary Health Care in Cantabria were identified. This distinction is the product resulting from the interaction between the structure, the field of Primary Health Care, and its evolution and the response of the agents (nursing professionals) to those changes, which are conditioned by the requirements of the different kinds of capital at any time and the adaptation to them. Changes in the field influence trajectory of the agents, conditioning the state at a certain point as well as its evolution. Each of them holds subcategories that describe, through interrelationships between them, factors that have intervened in highlighting those three big categories that the existence of what can be referred as habitus in the performance of this professionals in the field. Finally, as a consequence of the detailed analysis of the relationships between categories, subcategories and their properties and dimensions, a core category which is the basis that links all data is presented: The autonomy.

Between *illusion* and lack of knowledge. Genesis of a habitus: people who take part in the implementation of the first teams are identified as a singular group due to the variations they suffered on the field and to the design of a strategy for generating a role faced with society. This group shared lack of knowledge, expectations and specific motivations, which added to the fact that they were conditioned by the fear caused by the unknown, avoidance of conflicts, and the search for a role to perform, they started to shape initiatives marked by the *illusion* of achieving it and enhanced by a formal leadership that shared the same interests and by a formation strategy coherent with the aim. Consistent progress occurs towards professional autonomy.

Recognizable and recognized habitus: After a period of struggling to find a space, to achive capital at stake and be worthy of it, a new period comes in which results of it can

be seem, legitimacy for performing a role has been achieved. It is highlighted the importance of knowledge to generate recognition, we go from struggling to partnership with the mini-team and the content of a complex work can be identified. This recognition and appraisal from population can be perceived. We can speak about a professional role in Primary Health Care nursing in Cantabria that has conquered levels of autonomy. However, policies based on personnel addition and political decisions have started to erode achievements, making them invisible and encouraging inequality in performance.

Habitus in question: It can be appreciated how decisions made formerly with the limited knowledge of the profession and the variability in the ability of professionals, who joined, go decisively backwards. Durability of these effects clearly affects professional performance, resulting in different habitus that put their contribution to population's health in question. Professional autonomy gets deteriorated.

CONCLUSION: Genesis and evolution of the role of Primary Health Care nurses in Cantabria has clearly been conditioned by the pursuit of professional autonomy and by professional's profile. Throughout this period, *illusion* to meet this challenge and sense of belonging and commitment to the field have played a key role. It can be asserted that there is a professional role when it is clear the existence of a work that allows society to identify nurses as a group and recognizes their input, when their contribution can be identified and it is valued through social and symbolic capital accomplishment. In the field of Primary Health Care, cultural capital added is particularly important to provide a way to cope with practice, in this capital knowledge, values and belief converge, differentiating professionals, which is transformable into social and symbolic capital. Professional profile which is desirable to perform a role in Primary Health Care must respond to an important knowledge of the model, must show commitment to the field and a strong clinical training. Policies for addition of personnel and influence on formal leadership have deteriorated autonomy that was already conquered. Those exercising that leadership must be trained and committed to Primary Health Care.

CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS.

La implantación del modelo de Atención Primaria de Salud (APS) en España en la década de los 80 posibilita a la profesión enfermera la participación en la salud de la población en situación de igualdad al resto de los profesionales, esta posibilidad viene cargada sin embargo de una profunda indefinición respecto al papel que va a desempeñar. La llegada de los profesionales estaba condicionada por los moldes dominantes de resolver lo inmediato con una tendencia hacia lo curativo y una formación acorde con ella.

Desde otros ámbitos profesionales siempre se ha intuido que las enfermeras que trabajan en la APS son más autónomas que las del hospital, sin embargo su trabajo no es del todo conocido, existiendo mucho más conocimiento del trabajo de estas últimas.

La definición de un papel ante la sociedad, en un entorno nuevo y cambiante, supuso sin duda un reto para un colectivo profesional poco acostumbrado a ser llamado a un papel de igualdad en el ámbito de la salud según Lamata (2011), cuestión que condicionaría de manera importante sus iniciativas. El estudio de éstas supone una forma de conocer cómo los diferentes factores que conforman el desempeño van influyendo en las formas de hacer y entender de los profesionales y puede permitir aventurar comportamientos futuros.

No existen patrones fijos de comportamiento en ninguna disciplina, pero sin lugar a duda el conocimiento de la influencia de los factores sociales, sanitarios y profesionales en el desempeño es interesante de cara a poder hacer predicciones.

En el año 1986, un año después de la puesta en marcha de la APS en Cantabria se publica "Operación Espejo" un informe técnico elaborado por Juan Irigoyen, sociólogo del primer equipo de trabajo de la gerencia encargada de la puesta en marcha del modelo en Cantabria. En este informe se pueden identificar las dificultades, los retos y las potencialidades de un colectivo profesional en una situación de incipiente construcción de una contribución social única. Desde la publicación de ese informe no existen evidencias de ningún estudio que explique las razones de una evolución profesional que, sin duda ha tenido lugar a lo largo de un tiempo muy importante.

Irigoyen retrata ese inicio en Cantabria como caótico, donde los profesionales carecían de expectativas, formación y de motivación hacia algo nuevo donde quienes sabían algo más que el resto eran los que tenían responsabilidades directivas.

Dos trabajos estudian el colectivo en sendas comunidades autónomas, Castilla-La Mancha y La Rioja, Melgar (2000) y Mínguez (2011), coincidiendo ambos en la importancia del desarrollo profesional autónomo y en la persistente invisibilidad del producto enfermero, evidenciando las principales dificultades para la conquista y el mantenimiento de esa ansiada autonomía profesional. Análisis más puntuales de la contribución enfermera realizan Corrales, Alonso y Rodríguez (2012), Corrales, Galindo, Escobar, Palomo y Magariño (2000), Corrales y Palomo (2014) De la Cuesta (1994); Duró (2003); Galindo, Escobar, Corrales y Palomo (2002) y De Pedro y Morales (2011),

entre otros, sin embargo no hemos encontrado evidencia de una teoría que explique la evolución de la profesión en estos cerca de 30 años de historia de la APS en España.

Actualmente, los retos para las enfermeras dentro de la APS se centran en la asunción de nuevas competencias acordes a los problemas que presentan las personas en consecuencia con sus necesidades sanitarias y sociales como relatan múltiples autores como Borrell y Gené (2008), Casajuana (2012), Hernández (2010), Lleras (2010), Starfield (2001), Miguélez y Ferrer (2013), Millas et al. (2011) y Ortún (2013) y paralelamente plantean las dificultades que existen para alcanzar ese reto Corrales et al. (2012), Drew (2011), Gervás y Casajuana (2012), Heierle (2011), Hernández (2010, 2013), Miguélez y Ferrer (2013), Miró (2008), Ramos, Ruzafa, Fernández, Del Pino y Arnero (2014) y Sancho et al. (2002).

Para Borrell y Gené (2008) en 25 años se han alcanzado parte de los objetivos de la APS, los más importantes. Ahora se necesita ir dando respuesta a otros problemas, entre ellos cambiar algunos perfiles profesionales cuya consecuencia tendrá un reflejo casi inmediato en el servicio que se preste a la sociedad, pero ¿cómo se hace?

Creemos que es importante conocer las dinámicas que han posibilitado conseguir los logros y que han actuado en favor de las dificultades, hacia ahí apunta nuestra investigación.

1.1.1. INTERÉS PERSONAL Y PROFESIONAL.

Durante toda mi trayectoria profesional ha habido una cuestión que ha despertado especialmente mi interés: Por qué las enfermeras y enfermeros hacen lo que hacen y qué es lo que ocasiona que entre ellos exista en muchas ocasiones una importante variabilidad. Desde los alrededores de treinta años que llevo en contacto con el campo de la enfermería, siempre, desde la posición que ocupara, me ha parecido fascinante la extraordinaria profesionalidad de algunas enfermeras y enfermeros. Desde los comienzos de ese contacto, en mi etapa de estudiante, siempre me llamó la atención el poder magnético que para mí tenían aquellos profesionales que tenían “algo” que no acertaba a identificar, pero que me parecía un valor a imitar.

Mi etapa formativa tuvo un fuerte componente técnico, desarrollada fundamentalmente en el ámbito hospitalario y guiado por el principio no escrito de que cuantas más técnicas se realizasen y mayor destreza se demostrase en su ejecución era sinónimo de buena práctica, principio al que por supuesto, no fui ajena y del que hoy conservo una capacidad más que aceptable para llevar a cabo un buen número de técnicas que, sin embargo, no me convierten en alguien adecuado para desarrollar el trabajo de cualquier enfermera asistencial.

Posteriormente, en mis comienzos profesionales, cuando la inexperiencia y la ilusión por aprender cosas nuevas tenían la misma proporción empecé a ser consciente que lo que llamaba mi atención era la posibilidad de ser identificado por las personas como portador de unas competencias que situaban a las enfermeras como un profesional singular, apreciado y valorado, con valor social insustituible, y también fui consciente que esa posibilidad era un fin a conseguir. Eran unos años en los que la inestabilidad laboral y la indefinición en cuanto a las preferencias profesionales llevaba a realizar una formación muy diversa, también fruto de una gran oferta y de la necesidad de acumular méritos para conseguir un puesto de trabajo. Fue en esa época donde por primera vez compruebo que ese “algo” que yo intuía tenía una forma de evidenciarse, consigo el libro del Rosalinda Alfaro cuya primera edición coincide con el año de finalización de mis estudios de Enfermería (1986), y ese hecho fue muy probablemente el que haya provocado que yo esté escribiendo esto hoy aquí. Despertó mi inquietud por el desempeño de un trabajo autónomo y riguroso, medible y reconocido. Lo que no intuía en ese momento era el largo camino que a esta profesión le quedaba para que todo eso fuera una realidad generalizada.

No muchos años más tarde me convierto en profesora de Enfermería Fundamental, hoy de Metodología de la Enfermería, lo que me posibilita participar activamente en la adquisición de competencias profesionales de los futuros enfermeros y enfermeras. Durante años no ha sido fácil, en ocasiones, convencer a estudiantes y profesionales, tentados por la inmediatez o la tendencia a confirmar una visión que parte de la sociedad tiene de las enfermeras centrada en la virtud y el valor de lo técnico, de la importancia de evidenciar un trabajo riguroso, de evaluar y de diferenciar la aportación profesional ante la sociedad. Sin embargo la evolución de la formación y las exigencias profesionales lo han convertido en una necesidad innegable, una evolución que ha participado del trabajo de muchas enfermeras y enfermeros que han creído en ese “algo”.

Mi participación en la formación universitaria también ha posibilitado que haya tenido un amplio contacto con la realidad profesional, de un lado, con las prácticas de los estudiantes y, por otro, con los profesionales de todos los ámbitos, ambas ha forjado la motivación para llevar cabo este trabajo.

Durante esta larga relación he tenido la oportunidad de conocer a muchos profesionales de la APS y descubrir que tenían algo que no tenían los demás, de identificar que entre ellos había diferencias y que, tanto lo uno como lo otro, era identificado también año tras año por los estudiantes, quienes encontraban en ese campo profesional el lugar donde desarrollar aquello que con entusiasmo les contábamos en el aula. Era posible porque allí “existían posibilidades”, veían cómo el papel de la enfermería en la APS era promulgado y potenciado desde la creación del modelo por organismos internacionales de toda índole y cómo las necesidades de recibir cuidados profesionales por parte de la población crecía exponencialmente. Se identificaba una situación de partida con una enorme potencialidad, pero afectada por una serie de factores que la frenaban.

Cuando me enfrenté a la situación de tener que decidir un tema de interés para llevar a cabo una tesis doctoral, no lo dudé, puesto que para mí era muy importante un tema en el

que me sintiera parte, que promoviera la reflexividad y facilitara evidenciar aquellas cuestiones mayúsculas que de manera más o menos consciente me había venido planteando a lo largo de mi vida profesional.

De la enfermería de APS en Cantabria no era posible obtener información documentada sobre su desempeño o evolución más allá del citado documento de trabajo realizado en 1986 y denominado “Operación espejo”, con lo que las cuestiones de existencia de un área relevante de estudio y poco estudiada y que para mí personalmente tuviera un significado se veían satisfechas con el presente estudio.

La realización de este trabajo persigue, por un lado, identificar el proceso que tenido lugar en la APS en Cantabria desde su creación en 1985 para, por otro lado, identificar en qué medida se puede influir para maximizar las posibilidades de conseguir el desempeño de un rol singular y significativo para la salud de las personas, mediante las recomendaciones que para la práctica se puedan extraer de las conclusiones de esta tesis.

A lo largo de esta tesis se podrá comprobar en qué medida se ha conseguido este propósito y deja abiertos interrogantes para continuar trabajando en la mejora de la enfermería en este ámbito de estudio.

Durante este trabajo no han sido pocas las dificultades a las que me he enfrentado, la compatibilización de las obligaciones personales y profesionales y la inmadurez como investigadora han alargado el proceso y, como no, han generado situaciones de verdadero desánimo. El período transcurrido desde el comienzo de la recogida de los datos a la elaboración de las conclusiones ha tenido una duración acorde con esas circunstancias, pero el hecho de haber finalizado este trabajo supone la satisfacción de alcanzar un objetivo no escrito en mi vida profesional.

CAPÍTULO II – CONTEXTO TEÓRICO

2.1. LA ELECCIÓN DE UN MARCO TEÓRICO.

Para entender y ordenar el complejo proceso que lleva a una profesión a diferenciarse por lo que hace, por la contribución que realiza a la sociedad, y estudiar la evolución de la misma, debemos dotarnos de unos referentes teóricos que nos guíen y faciliten el proceso de indagación y análisis.

El ámbito de estudio encierra una gran complejidad, las relaciones entre un entorno cambiante y unos actores con características y motivaciones muy diferentes hace necesario apoyarse en conceptos que reflejen y expliquen esta complejidad. No pretendíamos que la imposición de una teoría condicionara el proceso, sin embargo sí se hacía necesario el manejo de algunos conceptos que ordenaran la indagación y facilitaran la teorización a la luz de los resultados. Apoyarse en los conceptos teóricos ha sido fruto de la necesidad de dar peso y sentido a la teoría que emane de esta investigación.

Se trata en este trabajo descubrir qué pasó y encontrar una explicación a lo acontecido, en qué medida los fenómenos afectan a la práctica profesional. Para Hernández (2006) y Miró (2008) el desempeño de los profesionales de enfermería siempre ha estado en el debate, su historia plagada de dudas sobre la dependencia de otros y la lucha por la búsqueda de una identidad propia y reconocible ha hecho que la propia profesión haya sido un frecuente objeto de estudio para ella misma.

Hernández, uno de los autores que más ha estudiado esta profesión en España en los últimos años, afirma en su publicación “La enfermería frente al espejo: mitos y realidades” lo siguiente: “Analizando la literatura profesional enfermera de los últimos cuarenta años, lo que más choca es la obsesión permanente, a veces un tanto neurótica, por intentar definir de una vez por todas qué es ser enfermera” (Hernández, 2010, p. 9)

Según el autor, la Enfermería tiende a un paradigma metafísico, llevándole a realizar su trabajo en función del concepto que de sí misma tiene, no se plantea aquello de “es evidente y característico lo que hago y no me lo cuestiono”, como puede ocurrir en otras profesiones tan cercanas como la Medicina, con la que convive.

La formación generalista ha convertido a los profesionales en polivalentes, pudiendo valer para todo, según Miró (2008), ser intercambiables y desempeñar su profesión en muy diferentes ámbitos, siendo el más identificado y valorado, dentro y fuera de la profesión, el hospitalario. Este ámbito está relacionado tradicionalmente con las más altas cotas de reconocimiento y repercusión social, sin embargo no es, ni mucho menos, el único ni el que real o potencialmente va a tener más relación con la salud de las personas.

La Atención Primaria de Salud se constituye con el eje del sistema sanitario brindando a usuarios y profesionales una estrecha relación en el tiempo que facilita el conocimiento y reconocimiento de la labor de los profesionales que trabajan en ella, de ahí la importancia

de identificar la contribución de estos y conocer cómo se conforma. Ese conocimiento es el primer paso para su mejora.

Para profundizar en los elementos de estudio se ha creído importante el abordaje de dos aspectos importantes: por un lado, los elementos que conforman el desempeño del profesional y, por otro, la Atención Primaria de Salud y su implantación y desarrollo en Cantabria. Todo ello con la pretensión de facilitar la comprensión de la lectura de este trabajo y arrojar luz a los resultados a quien pudiera leerlo desde dentro o fuera de este contexto.

Para Peiró (1992) los roles son conceptos relacionales que hacen referencia al grupo y a la organización social donde se desarrollan. La duración de una organización puede ir más allá de los límites biológicos que condicionan a sus miembros, pero al mismo tiempo presenta una gran fragilidad, dado que su existencia depende del mantenimiento del conjunto de actos independientes que han de transmitirse de unos miembros a otros, y que se adquieren mediante complejos sistemas de aprendizaje. Esta afirmación constituye por sí sola uno de los pilares que justificarían este trabajo, ya que podríamos deducir que el individuo hace al puesto y el puesto hace al individuo.

Se considera rol, según la Real Academia Española, “como papel o función que alguien o algo cumple”.

Los profesionales de enfermería llevarían a cabo una serie de acciones en el ámbito de su trabajo constitutivas de ser identificadas como rol profesional, condicionadas por la organización donde se lleven a cabo, por las relaciones con otros puestos y que serían susceptibles de ser transmitidas de unos miembros a otros. Esto, que a priori, puede constituir una explicación sencilla sobre la existencia de ese rol profesional es el resultado de la interacción de una serie de fenómenos complejos en constante cambio. Para explicar estos fenómenos se hace necesario dotarnos de un marco teórico que, desde el punto de vista social, sirva para entender el desempeño profesional.

2.2. LA SOCIOLOGÍA DE PIERRE BOURDIEU.

2.2.1. POR QUÉ EL AUTOR.

La compleja actividad de las enfermeras en los diferentes ámbitos en los que puede llevar a cabo su trabajo requiere más explicación que la influencia del sistema sanitario o la suma de voluntades individuales, es decir, según Martín (2009) superar la dicotomía entre determinismo objetivista y subjetivismo voluntarista.

Para explicar la complejidad de los fenómenos que pudieron haber influido en la génesis de un rol enfermero en la Atención Primaria de Salud en Cantabria se hace necesario un marco de referencia que huya de lo dicotómico y que explique las distintas perspectivas

a través de conceptos abiertos. Todo esto se encuentra en la sociología de Bourdieu, como se ir. A través de sus dos conceptos clave, el habitus y el campo, se explica la multiplicidad de factores en juego, su composición, sus causas y sus efectos, los cambios en el tiempo e incluso la perspectiva. El concepto de habitus de Bourdieu sirve para superar esa oposición entre ese objetivismo y subjetivismo y el de campo, inseparable del habitus, representa el espacio social donde se generan las fuerzas, los conflictos, las luchas, los monopolios y las estrategias.

Bourdieu posee una concepción teórica que se ha llamado constructivismo estructuralista según Álvarez (1996), entendiendo por estructuralismo la existencia de estructuras independientes de la voluntad de los agentes, que condicionan sus prácticas, y por constructivismo que existe una génesis de esquemas de pensamiento y de acción.

Con la llamada al *estructuralismo* se tiende a enfatizar las estructuras objetivas que orientan y coaccionan la práctica social y su caracterización *constructivista* subraya el lado subjetivo, el que enfoca sobre las estructuras mentales que a su vez coaccionan y generan prácticas. (García, 2001, p. 13)

Resulta de gran utilidad en este trabajo el estudio de las características de un nuevo campo de trabajo, vertiente *estructuralista*, y su relación con las características individuales de los profesionales, sus motivaciones y la evolución en el tiempo, vertiente *constructivista*, así como la relación que se establece entre ambas, y los cambios que se pudieran ir produciendo para afectar al resultado final.

Existen, a buen seguro, a lo largo del tiempo condicionantes que influyen en el desempeño de los profesionales, estos condicionantes van a evidenciar relaciones entre todos los actores/agentes, incluyendo la percepción de los usuarios. En cómo los agentes sorteen todos esos condicionantes reside lo que el autor denomina el sentido del juego, que será tratado con mayor amplitud posteriormente.

Son varios los autores que recientemente, utilizando los conceptos de la sociología de este autor intentan explicar el desempeño de la profesión.

Para Rhynas (2005) la teoría de Bourdieu tiene mucho que ofrecer como marco teórico en las investigaciones de enfermería, puesto que tiene potencial para permitir desarrollar información valiosa sobre las interacciones de las enfermeras con las estructuras y los agentes en el campo, entre otras posibilidades, se facilitaría la comprensión de cómo su trabajo se relaciona con el campo de la atención en el que se desarrolla el mismo.

La construcción de una identidad, siguiendo a Bourdieu es un proceso continuo de relación discursiva entre cómo nos definimos y cómo nos definen, de ahí que sea tan importante para las enfermeras su percepción, normalmente intuitiva, de que su identidad socialmente construida responde a los perfiles de una ocupación, a pesar que su identidad como profesión lleve ya decenios de larga y difícil construcción (Hernández, 2010, p. 9)

Para Limeira, Domingos y Geraldo (2013), la sociología de Bourdieu permite entender aspectos centrales del subcampo Enfermería dentro del campo de la salud, tales como la influencia del capital cultural, su posición dentro del campo o cómo las relaciones de poder han influido en el desarrollo profesional.

2.2.2. EL HABITUS.

¿Qué es el habitus?

“El habitus es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada” (Bourdieu, 2007a, p. 40).

Está constituido por aquellas disposiciones a sentir, pensar y actuar de determinada manera, estas formas han sido gestadas e interiorizadas en el individuo a lo largo de la historia. “El habitus es pues, la historia hecha cuerpo.” (Gutiérrez, 2002, p. 70) Puesto que para Bourdieu (2007b) es el habitus el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas.

Para el autor, *el* habitus está constituido por práctica y genera práctica, pues lo constituye un sistema de disposiciones que provienen de la práctica y se convierte en esquema o matriz para las acciones y percepciones de los distintos agentes. Teniendo en cuenta, según Bourdieu (2001), que el concepto de disposición puede referirse a una capacidad, una actitud o un estado.

Esta matización es especialmente importante en el desarrollo de este trabajo, pues existe en el colectivo estudiado una enorme variabilidad en relación con los conocimientos, las motivaciones y las circunstancias en las que en cada época desarrollan su trabajo y es previsible que todo ello condicione su desempeño.

Bourdieu (2007b) plantea la existencia de un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas, que a la vez van a funcionar como estructuras estructurantes que integran todas las experiencias pasadas y funcionan en cada momento como condicionantes de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes.

Un potencial muy interesante que tiene el concepto es la posibilidad de establecer cierta capacidad pronóstica al explicar la regularidad de las acciones.

El habitus como sistema de disposiciones para la práctica es un fundamento objetivo de conductas regulares, por lo tanto, de la regulación de conductas, y si se pueden prever las prácticas es porque el habitus hace que los agentes que están dotados de él se comporten de una determinada manera en determinadas circunstancias (Bourdieu, 2000, p. 84).

Esa tendencia hace que se puedan prever conductas futuras si el principio está explicitado, si no las conductas engendradas en el habitus tienen el riesgo de la improvisación, la indeterminación o la vaguedad.

Según Acebedo, Jiménez, Rodero y Vives (2011) el habitus responde a las prácticas internalizadas en el grupo profesional, construidas y estructuradas sobre ideas y valores e interiorizadas por el agente (persona influenciada por su cultura particular, pero también por el contexto social más amplio en el que se desenvuelve), porque se ha educado en ellas como esquemas de percepción y evaluación, que condicionan sus elecciones. Para estos autores, el rol profesional lo constituyen las prácticas que se forman y nos transforman.

Según Gutiérrez (2002) el habitus es, por un lado, el resultado de la acción de condiciones objetivas, y, por otro, el principio a partir del cual el individuo dirige su acción ante nuevas situaciones que se le presentan. Podría decirse, entonces que el habitus es, a la vez, posibilidad de intervención (oportunidad) y necesidad, recurso y limitación.

Las prácticas establecidas servirían entonces de condicionante, tanto para bien como para mal, posiblemente dependiendo de la consciencia que se le otorgue. Para bien, porque la actuación tendría cierto automatismo y para mal, porque carecería de la posibilidad innovación inmediata.

¿Quién genera el habitus?

La capacidad de crear se le atribuye al “agente activo”, no lo sitúa como un mero ejecutor de tradiciones.

Los sujetos son en realidad agentes actuantes y conscientes, dotados de un sentido práctico, sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y división, de estructuras objetivas duraderas y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y una respuesta adaptada (Bourdieu, 2007, p. 40).

De ahí la importancia de las acciones que los profesionales lleven a cabo individualmente para explicar la “forma de hacer” como colectivo.

Entrar en el análisis del trabajo de las enfermeras, en el conocimiento que tienen de la Atención Primaria de Salud y reflexionar sobre los condicionantes de su desempeño, aportará valiosa información sobre qué hacen y por qué lo hacen.

Los agentes, los profesionales de enfermería, no son meros reproductores de actuaciones y valores heredados, poseen la capacidad de modificarlo. Según Bourdieu (2001) las estrategias de los agentes dentro del campo responden a las necesidades y posibilidades que tienen estos en función de su posición, disposiciones o habitus. Toda práctica, para Gutiérrez (2002), aun respetando la normativa explícita, debe ser entendida en términos

de estrategia en defensa de los intereses de la posición que se ocupa, sin que necesariamente haya una reflexión consciente por parte del agente.

Estructuras que producen habitus.

“Las estructuras que son constitutivas de un tipo particular de entorno y que pueden ser asidas empíricamente bajo la forma de regularidades asociadas a un entorno socialmente estructurado, producen habitus, sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructurantes” (García, 2001, p. 24). De esta manera se explica cómo no es posible producir habitus en cualquier entorno. Éste tiene que estar estructurado socialmente, existir una serie de condiciones objetivables.

En el ámbito de la enfermería existen estructuras que han producido y condicionado habitus muy reconocibles y duraderos dentro y fuera del colectivo, un claro ejemplo es el papel tradicional asignado a las enfermeras, asociado con la ejecución de técnicas y procedimientos, proveniente, como afirman Hernández (2006), Irigoyen (1996) y Miró (2008) de una concepción del sistema sanitario hospitalocentrista.

Es previsible que el campo de estudio de este trabajo, la APS de Cantabria, por su novedad y ausencia de precedentes, haya seguido un proceso único en la génesis de un habitus que, a su vez, habrá tenido una evolución singular.

La inconsciencia en la adquisición del habitus.

La noción de habitus de Bourdieu, como él mismo señala, Bourdieu (2000), fue creada para evidenciar que las conductas pueden ser dirigidas a unos fines sin estar conscientemente dirigidas por ellos ni para ellos.

El conjunto de estructuras estructuradas no se adquiere de manera natural o innata, sí de manera inconsciente, pero son un “producto social” adquirido en base al lugar que se ocupa en el sistema. En cuanto a estructura estructurante, Bourdieu mantiene que el habitus es un “productor” social que nos permite orientarnos en el espacio social sin apenas reflexionar. Esto al habitus le da un sentido de “sistema de competencias sociales”, entendido como “capacidad para” y el “reconocimiento social” para ejercer esa competencia. Cuando confluyen estos dos conceptos estamos delante del papel que juega el profesional en su ámbito, el papel general, que no el individual, como veremos.

Cualquier profesional que llegara al campo estaría legitimado para llevar a cabo un papel y sería inmediatamente reconocido como legítimo para llevarlo a cabo sin cuestionarse el capital que posee.

Bourdieu (2001) realiza una aclaración respecto a la inconsciencia en la adquisición del habitus a través del hábito y la repetición: según él no todo lo inconsciente es habitus y siempre cabe una forma de consciencia parcial, un margen para la imprevisibilidad o

¿libertad? Esta matización nos hace reflexionar sobre si añadiéndole consciencia al habitus sería posible influir sobre él.

Un nuevo modelo, acorde a las demandas de la APS, plantea necesariamente en los profesionales cambios en las formas de hacer y de entender, nuevas relaciones con un entorno cambiante, en definitiva, supone una buena dosis de consciencia. Lo que no sabemos es si es generalizada y duradera y tampoco el efecto que produce en relación con el habitus que se va generando.

Para el autor, el habitus mantiene con el mundo social del que es producto, una complicidad ontológica, de un conocimiento sin consciencia, de una intencionalidad sin intención y de un dominio de las regularidades del mundo que permite prever los acontecimientos.

Se ve entonces que el habitus es a la vez un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de percepción y apreciación de las mismas, aunque esto solo es posible si se posee el conocimiento para identificarlo, es decir se debe ser conocedor de la “clave” que permita “descifrar” esa información. “El habitus produce prácticas y representaciones que están diferenciadas pero no son inmediatamente definidas como tales más que por los agentes que poseen el código”. (Bourdieu, 2000, p. 134).

Para Acebedo et al. (2011) “El habitus se va incorporando, en relación a cómo ser enfermera, en cada pequeño detalle, verbal o no verbal, los gestos, la manera de mirar o tocar, la manera de responder o interpelar. Son detalles que en apariencia pueden parecer anodinos pero que se asumen como valores hechos cuerpo de manera insensible sin que pasen por la consciencia”.

Bourdieu (2001) sostiene que la práctica responde a un sentido práctico, a una práctica no calculada, a la espontaneidad generadora, y solo recurre a reglas de actuación, al ritual codificado, en situaciones críticas en las que se hace necesario o prima la formalización de la práctica. Para el autor, con la regla se formaliza lo que ya existía en la práctica. Está por saber si las enfermeras que llegan a la APS sin conocimiento previo del papel que se espera de ellas son capaces de llegar a identificarlo con claridad, qué parte de esa identificación tiene que ver con la consciencia y si con el paso del tiempo es posible identificar con claridad el papel que las enfermeras desempeñan en el equipo de APS y la contribución que realizan a la salud de la población.

La durabilidad del habitus.

Bourdieu en su libro *El Sentido Práctico* Bourdieu (2007b) se refiere a este aspecto cuando el habitus generado corresponde a otro tiempo, a situaciones o condiciones que ya no están vigentes y, por tanto, ya no es válido. Cuando se pretende actuar en base a un habitus adquirido en un escenario que lo convierte en inadecuado en otro. De esa durabilidad se deriva el “efecto histéresis” de los habitus, por el que un efecto persiste

más allá de la desaparición de la causa que lo genera, según esto se podrían producir actuaciones de los agentes “a contratiempo” (García, 2001, p. 32).

Al tratarse de disposiciones duraderas y con gran inercia en sus efectos, que se producen por el encuentro del habitus y la oportunidad del campo social en el que el agente se mueve, se establecería un círculo vicioso entre la reproducción de un mundo social y cultural que, a su vez, lo está produciendo. Esto plantearía una cuestión en relación con la dosis de determinismo que conlleva el habitus, a lo que el autor responde que el “habitus no es inmutable” (García, 2001, p. 33) ya que funciona en relación al campo social y genera prácticas diferentes en relación a los cambios que se produzcan en el campo. Por esta razón, es necesario plantearse situaciones en las que el habitus de los profesionales es eficaz o, por el contrario, es inadecuado o contradictorio y, en las que va con mayor o menor dificultad o lentitud adaptándose a las necesidades del campo en el que desempeñan su trabajo o directamente no es posible esa adaptación.

Por otro lado, el mantenimiento de prácticas que fueron generadas en circunstancias concretas, cuando éstas cambian puede resultar de utilidad seguir manteniéndolas con el fin de no perder algo valioso que sería irreproducible y que sirve para seguir generando un habitus que, a juicio de los agentes, es deseable y positivo por su capacidad de, a su vez, generar práctica.

El sentido del juego.

Para Bourdieu (2000) hay otros principios generadores de prácticas al lado de las normas expresas y explícitas o el cálculo racional. En situaciones donde hay pocas cosas codificadas, para dar cuenta de lo que hace la gente, es necesario suponer que existe un sentido del juego, donde para entender la práctica es necesario entender los esquemas por los que las personas llevan a cabo una serie de acciones sensatas y regladas sin obediencia a reglas previas establecidas.

La profesión de enfermería ha sufrido multitud de cambios a lo largo de su historia y la mayoría han venido determinados por la adaptación a la situación y a las circunstancias, es decir, no determinados por ninguna regla, lo que Bourdieu llama “disposiciones adquiridas por la experiencia” que varían según lugares y momentos y se gestan en ese “juego”. Ahí residiría uno de los principales factores que influyen en la complejidad del rol de estos profesionales. Un ejemplo con constituye la transformación sufrida por la profesión al convertirse en ATS, la enorme tecnologización que trajo consigo ese cambio consiguió relegar parte de las actividades relacionadas con el cuidado tradicionalmente unido al a profesión.

Este trabajo tiene interés en descubrir el sentido del juego que han llevado a cabo las enfermeras de APS en Cantabria desde su llegada y en comprobar si ha sufrido variaciones.

“La acción que guía el sentido del juego tiene todas las apariencias de la acción racional que diseñaría un observador imparcial, dotado de toda la información útil y capaz de dominarla racionalmente” (Bourdieu, 2000, p. 23) Sin embargo, para Acebedo et al. (2011), no responde a una acción racional, sino a principios prácticos que permiten a los agentes responder a los cambios que se producen en el campo como un sentido del juego.

El criterio básico y primario, desde un punto de vista antropológico, en la génesis y orientación de la prácticas, es el habitus en cuanto conjunto de esquemas o principios clasificatorios, disposiciones incorporadas, etc. y, el interés (la ilusión) que surge de ese sistema de disposiciones y las posibilidades y censuras del entorno (García, 2001, p. 43).

En el comienzo de la APS es interesante conocer si los profesionales que llegaron sin conocimiento de un modelo (nuevo para todos), se identificaron con esos esquemas o principios nuevos y si se generó esa ilusión que tan importante se evidencia para la generación de prácticas, concepto que veremos más adelante en mayor profundidad.

Las enfermeras al llegar al campo encontraban menos posibilidades que otros profesionales de llevar a cabo aquellas disposiciones incorporadas que le eran conocidas, pero sin embargo encontraron un gran abanico de posibilidades por el papel que les asignaba el modelo, paradójicamente con un importante protagonismo a la vez que sin concretar sus funciones

2.2.3. EL CAMPO SOCIAL

¿Qué es el campo?

Para Bourdieu (2007a) el campo es un concepto indisoluble del de habitus, puesto que cada uno no puede funcionar sin la relación recíproca que se produce entre ambos. Para Castón (1996), tanto el campo como el habitus son dos formas de existir lo social: el campo constituye lo relativo a las instituciones y el habitus a la acción individual de los agentes.

Parece claro que los conceptos nucleares de la sociología de Bourdieu no pueden entenderse aisladamente. Lo mismo ocurre con la práctica profesional de la enfermería en APS, no es posible entender la práctica de los profesionales sin el conocimiento del modelo. El estudio de este nivel de atención a la salud, sus postulados, los profesionales que desempeña allí su trabajo con sus características e intereses y las “luchas” por capitalizar alguno de los elementos en juego, son objetos de interés en este trabajo.

“El campo social es una construcción analítica mediante la que designar un conjunto específico y sistemático de relaciones sociales” (García, 2001, p. 15) Es el espacio en el que se desarrolla la práctica, donde conviven los agentes y se van a establecer relaciones

en él, se van a poner en juego intereses y valores que van a condicionar esa práctica, es donde tiene lugar el *juego*. Para Castón (1996), estas relaciones pueden ser de alianza o de conflicto, de competencia o de cooperación, todo dependerá de las posiciones que ocupen los agentes en el campo social.

Según Giménez (2002) dentro del espacio social un campo es una esfera de la vida social que por su interés, relaciones sociales y recursos se ha ido diferenciando de otros campos. Así, estamos ante un campo, el de la Atención Primaria de Salud, y es posible que en algunos momentos se pudiera hablar del subcampo enfermería.

Según Bourdieu el concepto de campo va unido al de capital, que requiere una atención especial, de manera que todo campo es un mercado donde se produce y negocia un capital específico, este capital no tiene un valor fijo, sino que va a depender de la relación de fuerzas que se establezca en cada momento dentro del campo.

Para Fernández y Puente (2009) el campo social influye sobre cualquier objeto que se halle dentro de él, este efecto se nota no solo en las conductas individuales, sino también en las grupales, de modo que los cambios en el campo van a tener influencia tanto en los colectivos profesionales como en los profesionales individualmente.

Esta tesis se desarrolla en el campo de la Atención Primaria de Salud, en el que las relaciones se establecen en función del capital o poder que ostenten los agentes (profesionales) que “juegan” en ese espacio social en cada momento, siendo variable el capital en juego. Estos agentes actúan como tales, en función del efecto que producen, no son agentes como meros individuos, son agentes por sus propiedades. Si no poseen esas propiedades no producen “efecto” o la repercusión que producen puede no estar en consonancia con el campo, de tal modo que es indisoluble el producto enfermero con las competencias del profesional.

Características del campo.

Bourdieu le atribuye una serie de características al campo social que resultan de interés para contextualizar esta investigación, estas características según García (2001) son:

- a. La trayectoria. En primer lugar, la diferenciación entre capacidad actual y potencial de los agentes, se tiene en cuenta el estado del campo como estructura y su proceso de constitución, y no solo situación actual de cada agente, sino su trayectoria social. De esta manera las reglas de juego de cada campo específico van a depender de esos recursos (las diferentes formas en las que se presenta el capital). La procedencia de los “agentes” objeto de este estudio, las enfermeras, puede explicar su actuación en el campo debido a sus fortalezas, carencias o potencialidades de todo tipo. El capital acumulado a lo largo de su trayectoria le va a condicionar para actuar de una u otra manera. La capacidad de adquirir o no el capital que no tiene va a evidenciar la existencia de esa trayectoria.

- b. La especificidad del campo. El capital específico de cada campo es la condición para entrar en un campo y, a la vez, lo que va a condicionar la actividad en dicho campo. En este caso, el capital que “traen” los agentes al campo y el que van acumulando se relaciona o se puede relacionar con su desempeño. Algún tipo de capital que no se posee, se puede llegar a adquirir, otro es probable que no, puesto que se acumula como consecuencia de pertenecer a ese campo. Paradójicamente, este último sería el fundamental para seguir el “juego”. Respecto a los requisitos para acceder al campo, parece lógico que estén en consonancia con la posesión de aquel capital que garantice un papel adecuado dentro él.
- c. La lucha. El campo social se convierte en un mercado de capital, donde se intercambia, se lucha por su monopolio. Los movimientos de los agentes dentro del campo y las estrategias están en función de esos capitales. Existen fortalezas en los profesionales que pueden facilitar la orientación del rol profesional, un ejemplo puede ser la tan alabada cercanía de los profesionales de enfermería, sin constituir su única aportación al campo, sí puede facilitar un acercamiento a la población que le puede servir para fortalecer su posición como colectivo, pero no es suficiente.
- d. La autonomía. Los diferentes campos de la actividad humana son fruto de un proceso de diferenciación a través del tiempo y de legitimidad, lo que convierte a cada campo en autónomo respecto a los demás.
“La autonomía es una cualidad esencial para la noción de campo social” (García, 2001, p. 19) La autonomía entre los diferentes campos sociales va a determinar el valor de su producto. Esta característica del campo nos sirve para entender el proceso por el cual profesionales que llegan a ese campo pueden, con su capital disponible o potencial, llegar a diferenciarse de los demás agentes mediante la legitimación de su trabajo, pero compartiendo dinámicas del campo del que son parte según Limeira et al. (2013). En base a esto, es interesante averiguar si el subcampo de enfermería existe como tal.

La lucha que se establece por diferenciarse entre campos establece también el límite del campo. Todo campo lleva consigo requisitos de acceso o “barreras de entrada” “tácitas o institucionalizadas”. Es interesante este asunto a la hora de analizar cuáles son los requisitos que establece el sistema para favorecer la entrada de profesionales de enfermería en la APS y si están también relacionados con la posesión o no de capital adecuado.

- e. La dominación. Entre los diferentes campos se establece lo que Bourdieu llama el “campo de poder” debido a las relaciones que los campos mantienen *en él y/o con él*. En este campo se enfrentan los agentes que ostentan los diferentes capitales en afán de imponer el “principio de dominación dominante” o el “principio legítimo de dominación” intentando hacer valer su capital y convertirlo en el capital dominante de todos los campos.

La dominación no tiene porqué ser directamente la acción ejercida por un conjunto de agentes.

El efecto indirecto de un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red de coacciones cruzadas que cada uno de los dominantes igualmente, dominado por la estructura del campo a través del cual se ejerce la dominación, sufre por parte de todos los otros (Bourdieu, 2007, p. 51).

Interesa esta característica para el estudio de las relaciones de las enfermeras de APS con otros agentes dentro del campo, fundamentalmente los médicos, ver cómo se han establecido, si han existido conflictos, cómo se han resuelto y cómo todo ello ha podido condicionar el desempeño de las enfermeras.

- f. La *illusio*. Existen unos principios del “juego” dentro del campo y los agentes está de acuerdo para actuar de esa manera. Existe una creencia que es necesaria lo que Bourdieu llama una *illusio* o “poder motivador”, un interés en el juego producido en el campo y por su participación en él. Atribuye a esa *illusio* las razones fundamentales para actuar. El autor sostiene que en el campo no existe práctica desinteresada, de modo que cualquier práctica dentro del campo es guiada por ese interés, a menos que exista interés en otro campo. Es posible que aquí resida uno de los condicionantes fundamentales del desempeño de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Nos interesa conocer si esa *illusio* se ha producido en este campo y si ha afectado al rol profesional de alguna manera.

- g. Compromiso e interés hacia el campo. Existe una característica menos visible del campo, es lo que se llama la complicidad objetiva, todos los que se sienten comprometidos con el campo tienen una serie de intereses fundamentales, sean o no antagonistas. La lucha supone para Castón (1996) un acuerdo entre lo que interesa combatir o conviene conservar para el mantenimiento del campo. Por las propias características de los agentes y los cambios producidos en el campo de estudio es lógico creer que esas luchas se hayan producido y hayan afectado al producto de los agentes. Cada campo produce un interés específico en el juego y por el juego, esto es lo que permite el interés de los agentes, lo que Bourdieu llama *investissement*.

Investissement, es la propensión o inclinación a actuar que nace de la relación entre espacio de juego (o campo social) y un sistema de disposiciones ajustadas a ese espacio y a ese juego (*habitus*), un sentido del juego y de sus jugadores que implica una inclinación y una aptitud para jugar el juego, para tomar interés en el juego y para dejarse coger en el juego (García, 2001, p. 36)

Explicaría cómo existen profesionales claramente inclinados a trabajar en el campo de la atención primaria con un compromiso hacia el ejercicio del modelo.

2.2.4. LAS DIFERENTES FORMAS DE CAPITAL.

El capital dentro de la sociología de Bourdieu se puede entender como cualquier tipo de recurso capaz de producir efectos sociales, en cuyo caso es sinónimo de poder, o como un tipo específico de recurso, con lo cual sería un tipo de poder (Martínez, 2014 p. 3).

Bourdieu introduce el concepto de capital para resaltar la complejidad de la actuación de los agentes en el campo. El capital incorpora la posibilidad o imposibilidad de que determinadas cosas ocurran o no, sostiene que la estructura de distribución de las distintas formas de capital determina las prácticas y sus posibilidades de éxito, que la vida no discurra como si se tratase de un juego de azar.

El mundo social es historia acumulada, y por eso no puede ser reducido a una concatenación de equilibrios instantáneos y mecánicos en que los hombres juegan el papel de partículas intercambiables. Para evitar una reducción semejante es preciso reintroducir el concepto de capital y, junto a él, el concepto de capital acumulado. El capital es trabajo acumulado, bien en forma de materia, bien en forma interiorizada o incorporada. (Bourdieu, 2001, p. 131)

“El capital es una fuerza inscrita en la objetividad de las cosas que determina que no todo sea posible e imposible” (Bourdieu, 2001, p. 132). Consecuentemente, cualquiera no podría ser lo que se proponga, puesto que existe la inercia, la transmisión, la herencia, etc. De la misma manera habría profesionales que, por el capital del que disponen, tendrían más o menos posibilidades de éxito de conseguir desempeñar una práctica esperada y/o demandada.

Adquirir el capital necesario no dependería solo de la voluntad debido a la existencia de otros condicionantes de la realidad que, en ocasiones, escapan al propio individuo. En el campo de estudio existen diferentes tipos de capital que facilitan la adquisición de competencias, pero es posible que haya profesionales que no lleguen a conseguirlas nunca, puesto que la adquisición del capital necesario para alcanzarlas exceda de su voluntad o de las posibilidades que tenga.

Para Bourdieu no existe una inmediatez en la adquisición de capital, requiere un proceso.

La acumulación de capital, de la forma que sea, no es inmediata, requiere de tiempo y la distribución del mismo en el mundo social tiene en cuenta las fuerzas ejercientes en el mundo mediante las cuales se condiciona la realidad social” (Bourdieu, 2001, p. 132).

Las instituciones juegan un papel importante a la hora de determinar la existencia o importancia de los diferentes tipos o subtipos de capital. En el estudio que realizamos nos encontramos con una singularidad, en un inicio, en la APS como campo, por indefinición o novedad, no se identifica la primacía de un capital sobre otro y, por otra parte, el campo tampoco plantea exigencias de capital a los profesionales que se incorporan.

Paralelamente existen agentes poseedores de un tipo de capital cultural acumulado en otro modelo de atención que ingresan en un campo donde ese capital carece de valor.

Los distintos tipos de capital.

El capital puede presentarse de tres maneras, principalmente, más una más en forma de capital simbólico, el capital económico, el cultural y el social.

Según Bourdieu (2001) el capital *económico* es directa e inmediatamente convertible en dinero, todo capital puede de alguna manera convertirse en capital *económico*.

El capital cultural, es uno de los más importantes en este estudio, está ligado a la posesión de conocimientos, ciencia, arte, etc. y puede estar presente en tres formas o estados. En estado incorporado, en forma de disposiciones duraderas, relacionadas con un determinado tipo de conocimientos, ideas, valores, creencias, habilidades, etc.

“El capital (cultural) incorporado se ha convertido en parte integrante de la persona, en habitus, del “tener” ha surgido el “ser”. (Bourdieu, 2001, p. 140)

Este tipo de capital es el que, con toda probabilidad, condicione más la práctica de los profesionales en APS, constituiría aquello que poseen quienes se califican como “de primaria”, interesa saber en qué consiste ese capital y cómo es posible su adquisición. La existencia de profesionales poseedores de este capital haría que fueran distinguidos del resto por su forma de llevar a cabo la práctica. Este capital sería transmisible de forma inadvertida de profesional a profesional.

Otra forma que adquiere el capital cultural según Bourdieu (2001) es en estado objetivado, en forma de bienes culturales, cuadros libros, bienes culturales, etc. Siendo necesario disponer de capacidades culturales para su disfrute, si no, no pasarían de ser más que bienes económicos. Tiene la peculiaridad de ser transferible físicamente

El tercer estado, según el autor, en el que existe el capital cultural es el institucionalizado, constituido por los títulos académicos, una forma especial de capital cultural objetivado. Este capital es (formalmente) independiente del portador como persona. Legítima para llevar a cabo las competencias que se reconocen al profesional, esta legitimación vendría demostrada solo con la mera posesión de un título. También facilita el intercambio entre profesionales, sustituyendo uno por otro. La incorporación de profesionales a la APS viene determinada por este capital, accesoriamente puede estar combinado o no con capital incorporado, proveniente de experiencia en otro campo o adquirido intencionadamente por el profesional.

Es una forma de objetivar el capital cultural incorporado, la diferencia con el autodidacta es que este último debe hacer un continuo ejercicio de demostración.

La adquisición de capital institucionalizado en forma de cursos de mejora y capacitación es un factor destacable que puede influir de forma importante en el desempeño, bien sea

por iniciativa individual o facilitada por las instituciones que forman parte del campo, pero no es un aspecto que determine el acceso al campo.

Para Bourdieu, el capital social es aquel que está relacionado con la existencia de relaciones estables con sujetos e instituciones, la pertenencia al grupo, según Núñez (2011) agentes con propiedades comunes unidos por lazos permanentes y útiles. “Es la forma que revisten las distintas formas de capital cuando son percibidas y reconocidas como legítimas” (Bourdieu, 2000, p. 131).

Es muy probable que el desempeño de las enfermeras en APS haya estado desprovisto inicialmente de este capital social puesto que no se daban las condiciones para su existencia, sin embargo es posible que pasado el tiempo exista ese capital que confiere al grupo una identidad propia, quedaría por saber si esto afecta a todo el grupo por igual, es decir, si la “cantidad” de capital social está distribuido uniformemente y de qué depende esta distribución.

Según Gutiérrez (2002) es el capital de relaciones mundanas, de honorabilidad y de respetabilidad que se puede traducir en beneficios materiales o simbólicos como estar asociados a la pertenencia a un grupo especialmente relevante, raro o prestigioso.

El intercambio que se produce entre los agentes lo transforma en signos de reconocimiento que son identificados por los miembros y que identifican al grupo, establece los límites del grupo.

Para Bourdieu (2001) el capital social total que poseen los miembros individuales del grupo, les sirve a todos como respaldo, les hace “merecedores de crédito”. No es nunca totalmente independiente del capital económico o cultural, pero no puede transformarse inmediatamente en ninguno de los dos, esto lo relaciona el autor con la existencia de cierta homogeneidad objetiva entre los miembros del grupo y el efecto multiplicador que ejerce el capital social respecto al capital que realmente se posee.

En nuestro ámbito de estudio se podría identificar con la propia percepción que se tiene de los profesionales de Enfermería como colectivo y con la imagen que trasladan a la sociedad. Es posible que existan diferencias notables entre la percepción del colectivo y las percepciones que se tiene de los profesionales individualmente, tanto desde dentro como desde fuera del mismo. También es posible que un alto reconocimiento otorgado a un miembro del grupo sirva para aumentar el del colectivo, aunque no se produzca una percepción generalizada de ese efecto.

Con la incorporación de miembros, según Gutiérrez (2002) la definición de todo el grupo con sus límites y su identidad, se pone en juego y queda expuesto a alteraciones, redefiniciones o adulteraciones. Por esto es importante el esfuerzo de actos permanentes de intercambio que reafirmen el reconocimiento mutuo. El equipo de enfermería es posible que ejerza el papel de garante de este capital.

Por último el autor, Bourdieu (2007a), distingue una cuarta forma de capital, el capital simbólico, que es una forma de poder que no es percibida como tal, sino como exigencia

legítima de reconocimiento, deferencia, obediencia o servicios de otros. Realmente lo que está en juego en las luchas de los campos de producción simbólica es el reconocimiento, la legitimidad y la acumulación de capital simbólico.

Para Álvarez (1996) el autor identifica el capital simbólico como cualquier forma de capital en tanto que es representada, lo que comúnmente se llama reputación, prestigio, renombre. Según Nuñez (2011), su posesión se vincula a su poseedor, prescindiendo de lo arbitrario de su acumulación.

Las características que constituyen este tipo de capital, según Giménez (2002), lejos de ser naturales o inherentes al individuo, solo pueden existir en la medida que sean reconocidas por los demás, es decir son formas de crédito que otorgan unos agentes a otros.

Los profesionales de enfermería de APS han ido conformando una forma de actuar, de usos y costumbres, de orientación hacia la población que constituyen una diferencia con los de otros campos donde ejerce la profesión que constituye una buena dosis de capital social que en tanto que es reconocido es convertible en simbólico. Por otro lado, han existido otras cuestiones, si bien de carácter material, que han influido seguramente en gran medida en la legitimidad que haya supuesto la actuación de los profesionales, así la bata, la consulta, la citación de los usuarios, etc.

La lucha.

“Podría decirse que el objeto central de las luchas y del consenso en cada campo está constituido por una de las diferentes variedades de capital” (Gutiérrez, 2002, p. 35)

Recordando una de las características del campo, la estructura, ésta viene determinada por el capital específico que está en juego en cada momento.

Según refiere Bourdieu (2000) en el texto *Cosas Dichas*, los agentes se distribuyen en el espacio en función del capital que posean, por un lado la cantidad y, por otra la composición de ese volumen global de capital. Las disposiciones adquiridas en la posición ocupada requieren una adaptación a esa posición, que puede ser inconsciente o requerir de un esfuerzo para llegar o quedarse en una situación inferior. El esfuerzo por mejorar, la adquisición de nuevos conocimientos, la “imitación” del habitus conseguido por otros profesionales son ejemplos de adaptación a la posición que se pueden llevar o no a cabo con las consecuentes repercusiones.

La relación de fuerzas resultante de la desigual distribución del capital es lo que establece las relaciones de poder, las posiciones dominantes y dominadas. Un ejemplo de estas relaciones son las establecidas entre médicos y enfermeras, históricamente el médico ha sido al figura central y su autoridad y poder abarcaba todos los demás espacios y subcampos relacionados según Limiera et al. (2013)

En relación a la práctica, Bourdieu (2007a) afirma que el valor del capital es importante porque su distribución inequitativa define la posición relativa que cada agente (profesional) va a ocupar en un determinado campo, lo que se cree posible o imposible y también lo que uno tiene de antemano asignado.

La lógica de la práctica.

“La lógica de la práctica se halla en la relación entre la estructura y el agente, que es en todo caso una relación dialéctica” (García, 1995, p. 248)

Esa relación la refleja en siguiente fórmula, que explicaría cualquier práctica social:

$$\{(\text{Habitus})(\text{Capital})\} + \text{Campo} = \text{Práctica} \text{ (García, 2001, p. 13)}$$

Para Bourdieu (1991) la práctica es el resultado de relaciones de los agentes en el campo, más concretamente de la dialéctica entre las estructuras y los habitus o entre las estructuras objetivas y las estructuras incorporadas.

Los profesionales de la enfermería de APS en Cantabria seguramente han ido conformando una forma de actuar, de usos y de costumbres que les hace ser diferentes a los demás. El cómo se ha forjado esa singularidad, qué habitus se ha creado, cómo han influido los diferentes capitales explicaría el sentido del juego que explique un proceso es la finalidad de este trabajo.

2.3. EL CAMPO DE ESTUDIO.

2.3.1. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Este trabajo pretende estudiar el rol profesional de las enfermeras en la Atención Primaria de Salud, por tanto el conocimiento de la misma va a arrojar luz al entorno en el que desempeñan su trabajo estos profesionales, en definitiva al campo en el que se desarrolla esta investigación a sus características y a los cambios ante los que han tenido que reaccionar los agentes.

Este apartado recoge el concepto de la Atención Primaria desde sus orígenes y los principales hitos que han afectado a su evolución, así como el papel que de los profesionales de enfermería están llamados a desempeñar dentro de él. No es posible reflejar aquí toda la complejidad que encierra todo un modelo de atención sanitaria, simplemente se pretende apoyar el análisis y los resultados de este trabajo.

La conferencia de Alma Ata de 1978, patrocinada por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia, constituye el punto de partida del campo de la Atención Primaria de Salud. Allí se estableció la siguiente definición:

La Atención Primaria de Salud es atención sanitaria esencial, basada métodos y tecnologías prácticos, científicamente prácticos y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, ya un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de desarrollo, con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación (OMS, 1978, p. 19).

Alma Ata plantea una meta: “Salud para todos en el año 2000”

En dicha Conferencia se hace, además, especial hincapié en que:

- La APS es parte integral del sistema sanitario del país, del que constituye su eje central.
- La APS es el primer nivel de contacto de las personas al sistema sanitario, llevando lo más cerca posible la atención a su salud.
- El sistema sanitario apoye la APS haciendo que sea lo más eficiente posible.
- Se definan funciones y competencias de los profesionales que la integren.
- Los profesionales, especialmente médicos y enfermeras, reciban formación técnica y social y estén motivados para servir a la comunidad.

Se recomendó a los gobiernos elaborar sin demora estrategias nacionales con objetivos bien definidos para garantizar una atención primaria accesible a la población e insta a que los profesionales estuvieran bien formados, puesto que a la atención a los tradicionales problemas de salud se les unían las funciones social y docente.

El 1979, la 32ª Asamblea Mundial de la Salud y la 28ª asamblea de Naciones Unidas ratifican las propuestas a Alma Ata e instan a los estados miembros a alcanzar las metas propuestas.

Actualmente, la OMS recoge en su página web la siguiente definición de APS: “La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”. (http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

Existe una clara aceptación sobre que la APS debe ser el eje de un sistema sanitario bien diseñado. Para Starfield (2001) la Atención Primaria es reconocida como un componente fundamental de los sistemas sanitarios de los países, pero no está suficientemente valorado su peso, su contribución ni sus características, lo que le hace vulnerable. Está continuamente sometida a posibles decisiones de carácter económico. Los países que

destinan más recursos a este nivel de atención tienen sistemas sanitarios más eficientes y contribuyen mejor al nivel de salud de su población.

Parece haber consenso que para lograr ser consecuente con estos conceptos el trabajo multidisciplinar es el que ofrece mayores grados de eficacia y eficiencia. Para entender cómo deben contribuir los profesionales que trabajan en la APS a la salud de las personas, es necesario recordar los elementos conceptuales de la misma que recoge Martín (2011):

Integral. En cuanto a la consideración del individuo como un todo, desde todas las perspectivas.

Integrada. Interrelacionando los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción en la actuación que se desempeña e integrándose con las otras estructuras sanitarias.

Continuada y longitudinal. Desarrollando la actividad a lo largo de la vida de las personas en relación a cualquier problema que presente y donde se encuentre, a través de los recursos de los que dispone. Estas se pueden considerar las características más importantes a la hora de analizar el desempeño de los profesionales.

Activa. Disponiendo de profesionales que no actúan solo cuando reciben demanda de atención, sino que se anticipan a los problemas detectándolos en sus fases más precoces.

Accesible. Sin existencia de barreras que dificulten la atención o que discriminen a las personas en función de sus características o condiciones.

Desarrollada por equipos. Los equipos deben albergar profesionales sanitarios y no sanitarios que den respuesta a la compleja demanda.

Comunitaria y participativa. Enfocando la atención no solo a los problemas de las personas individuales, sino a los grupos y a la salud comunitaria, facilitando la participación de los agentes de la comunidad.

Programada y evaluable. Las actuaciones deben responder a objetivos y métodos determinados previamente y posibilitar su evaluación con las herramientas adecuadas.

Docente e investigadora. Debe tener capacidad para formar e investigar en su propio ámbito.

Este nuevo paradigma para la Atención Primaria llega a España en un momento muy especial: hacía dos años que se había iniciado la época democrática y ese mismo el año tenía lugar la aprobación de la Constitución Española de 1978, que en su Título I, Capítulo III, artículo 43 recoge el derecho a la salud y los compromisos públicos con el fomento de la misma.

Para Martín (2011) se pueden distinguir dos etapas en la evolución del sistema sanitario español, una previa y otra posterior al desarrollo democrático. La primera marcada por dos desarrollos legislativos, la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942,

que afectaba a una parte pequeña de la población y la Ley General de la Seguridad Social en 1974 que ya incluye a más colectivos en el derecho a prestación sanitaria, y que organiza la atención en instituciones cerradas (hospitales) y abiertas (ambulatorios). En esa época, a partir de la década de los sesenta, se produce el gran crecimiento tecnológico y hospitalario con un importante presupuesto, resultado de la visión casi exclusiva de la asistencia como curación o reparación.

En relación con la asistencia primaria Martín (2011) señala que ésta se llevaba a cabo por los médicos durante dos horas y media diarias en consultas propias o de los ambulatorios y en el domicilio de los ciudadanos que lo precisaban. Las consultas estaban masificadas y muchas se dedicaban a asuntos administrativos como bajas o recetas, asuntos que muchas veces eran delegados en la enfermera que acompañaba al médico en la consulta. La asistencia en el ámbito rural era realizada por los llamados APD, de asistencia pública domiciliaria. Para Antón (1989) convivía entonces un modelo de atención sanitaria hospitalaria, muy dotado y prestigiado, con otro infradotado, uno con profesionales muy preparados y motivados y otro con profesionales sin alicientes. Para ella, la asistencia ambulatoria solo atendía a los enfermos, solo al enfermo que acudía y solo cuando venía.

La segunda etapa comienza precisamente coincidiendo con la conferencia de Alma Ata y constituye lo que se ha llamado Reforma del Sistema y con ella la reforma de la Atención Primaria en nuestro país. Una reforma no conocida hasta ese momento por los cambios estructurales y de calado que supone y por afectar de igual modo a todo el país.

Constituye un hito la publicación del Real Decreto 3303/1978 de 29 de diciembre, mediante el cual se regula la formación de los primeros médicos por el sistema MIR en Medicina Familiar y Comunitaria, afectando no solo a la formación de éstos, sino introduciendo cambios organizativos, en principio, en los ambulatorios donde se llevaban a cabo los programas de formación de estos profesionales, pero que después fue extendiéndose al resto. Entre los cambios más notables para Martín (2011) destacan la ampliación de la asistencia a siete horas diarias, la implantación de los primeros registros e historias clínicas y el inicio de acciones formativas en los incipientes equipos y de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Posteriormente, se aprueba el 11 de enero de 1984 el Real Decreto (RD) 137/1984 (B.O.E. 1 de febrero de 1984) sobre Estructuras Básicas de Salud, que sirve de transición hasta la Ley General de Sanidad de 1986, facilitando la integración entre las tradicionalmente separadas sanidades preventiva y asistencial. Facilita la creación de zonas de salud a las que se atribuye las funciones de promoción, prevención asistencia y rehabilitación de la salud.

Es en este RD donde por primera vez se recogen los términos Centro de Salud (CS) y Equipo de Atención Primaria (EAP), reflejando la composición del mismo. Es destacable que la única referencia a los profesionales de enfermería es respecto a su participación en el equipo. Recoge, asimismo, las funciones del equipo de Atención Primaria de manera genérica, confiando parte de ellas al previsible diagnóstico de salud de la zona.

En 1986 se aprueba la tan esperada Ley General de Sanidad, Ley orgánica 14/1986 de 25 de abril (BOE 29 de abril de 1986), para Martín marca las orientaciones estratégicas y organizativas del sistema sanitario español como la cobertura universal, la financiación pública, la garantía de calidad, la descentralización, y la participación comunitaria. Potenciando además las acciones preventivas y de promoción de la salud y la organización territorial en cuanto a áreas y zonas.

Explica Martín (2010) cómo la APS, en línea de esos elementos conceptuales, no tiene una génesis automática ni meramente legislativa, debería ser gradual y no necesariamente lenta, el resultado de modificaciones en el sistema sanitario a todos los niveles.

Esta ley plantea la necesidad de planificar, realizar estudios epidemiológicos y evaluar, todo ello en un sistema en el que no existen prácticamente registros y que cuenta con profesionales socializados en un modelo de atención muy diferente al que se pretende generar.

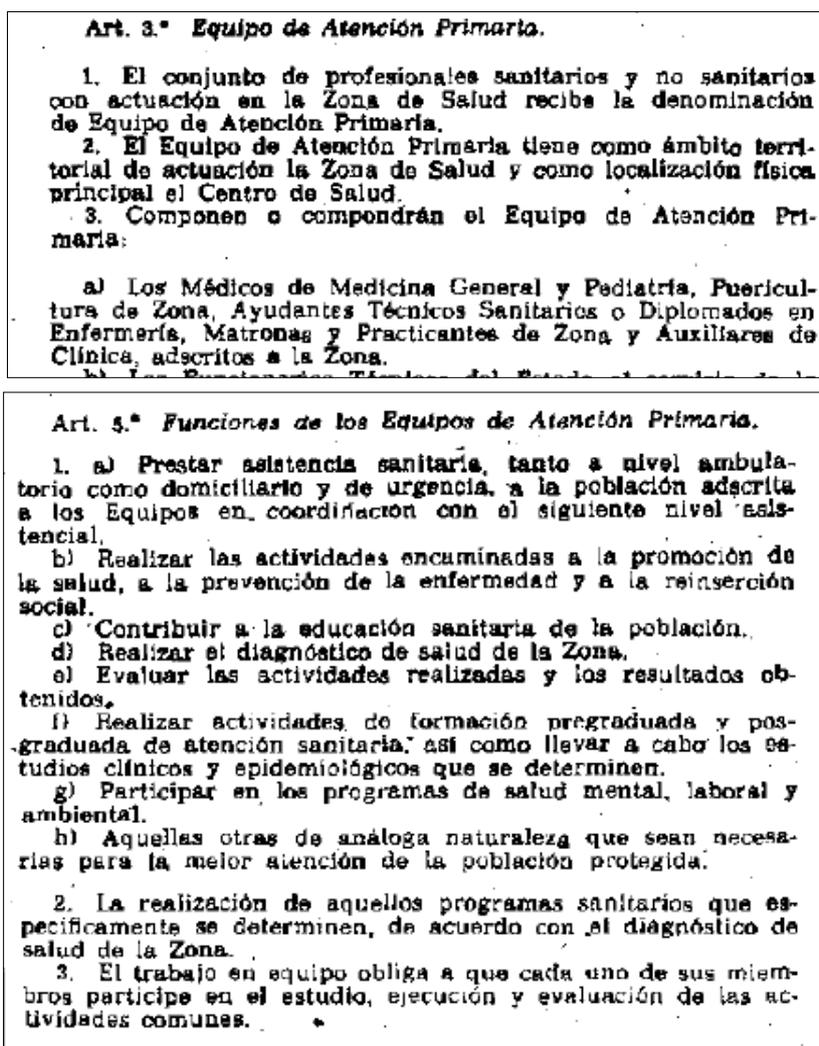
Este autor señala que el desarrollo de la APS no puede centrarse de forma exclusiva en los médicos, sino que es necesario reconocer la contribución de todos y cada uno de los miembros del equipo en la consecución de los resultados.

Para Antón (1989) fue una legislación muy esperada, pero que no respondió a las expectativas de cambio, aunque sí planteaba el desmoronamiento del sistema sanitario tal como estaba concebido, centrado en la enfermedad.

Para comprender los resultados de esta investigación interesa apuntar la importancia de las características de los profesionales de enfermería de estos equipos en el año 1985, unos profesionales cuya formación se había producido a la sombra de los grandes hospitales y consecuentemente se distinguían por una gran competencia técnica dirigida a la recuperación de la salud de las personas enfermas.

Los contenidos de Salud Pública o Enfermería Comunitaria como tales aparecen en el programa formativo de la recién implantada titulación de Diplomado Universitario en Enfermería publicada en 1977, tan solo siete años antes. Parece obvio pensar que, cuanto menos, pudieran existir ciertas dificultades para responder a las expectativas de un nuevo modelo de atención con un marco conceptual orientado a la salud, que le posibilita la participación en un equipo multidisciplinar, con una, a priori, organización horizontal en la que todos los profesionales participan en la consecución de los objetivos que se proponen.

Figura 1. Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud.



Recortes del RD 137/1984 (BOE 1 de febrero de 1984) sobre Estructuras Básicas de Salud donde se recoge la composición de los equipos de Atención Primaria de Salud y las funciones de los mismos.

Según Repullo (2012) el llamado nuevo modelo que estaba desarrollando enseguida se ve influenciado por dos reformas o patrones de reforma como respuesta del sistema sanitario a las necesarias contenciones económicas. En primer lugar, el racionalismo planificador, por el que se ve muy favorecido, puesto que se trata de planificar en función de las necesidades de salud. El gobierno, en consonancia con las corrientes internacionales generadas por la reciente Alma-Ata centra sus esfuerzos en el fomento de la Atención primaria, dedicando importantes esfuerzos económicos al fomento de los planes de salud, de la identificación de las necesidades de salud de la población y la planificación de recursos adecuados a las mismas.

Esta estrategia tuvo una gran importancia en el colectivo de profesionales que en ese momento formaban parte de los equipos, puesto que una buena parte de ese esfuerzo se dedicó a la formación de los mismos, salvando esa brecha existente entre el perfil de

profesional requerido por el modelo y el existente. Sin embargo, estas estrategias no tuvieron el éxito esperado entre una población anclada en un modelo de fascinación hospitalaria y tecnológica que no identificaba las necesidades de salud como lo hacían los políticos. Aunque para Repullo (2012) el desarrollo de la Atención Primaria en España en esa época es un elemento diferenciador y encierra grandes potencialidades para el futuro, para Lamata (1998) tuvo una gran dosis de ambición e ingenuidad, llevando a generar una gran cantidad de informes científicos que enseguida quedaban inutilizados al no estar en consonancia con la realidad económica, política y social, lo que les convertía en inaplicables junto con la falta de estrategias de implantación. Esta situación se reveló como generadora de importantes estrategias de gestión desde ese momento.

En segundo lugar, siguiendo a Repullo, a este racionalismo le sucede en la década de los 90, la corriente llamada gerencialista, que introduce elementos de gestión empresarial en el sistema sanitario basados en la productividad y en la competencia entre centros. Inicialmente implantado para la atención hospitalaria, aterriza en Atención Primaria un esquema de gestión vertical, plagado de cargos a los que simplemente se había añadido “de Atención Primaria” a juicio Meneu y Peiró (2012), en el que prima el control e impide la autonomía profesional. Esta cadena de “mando” choca con vestigios de cierto movimiento asambleario de los centros del comienzo del modelo.

Aparecen los términos *contrato de gestión* o *cartera de servicios*, que pretenden relacionar la producción en salud con los costes y evidenciar la oferta de servicios de cada centro. En el año 2001 surge la cartera de servicios como elemento pretendidamente aglutinador de las necesidades sanitarias, los criterios científico-técnicos y las expectativas de los usuarios, publicando en 2002 Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia, Aguilera et al. (2002). Este instrumento establece a la vez la planificación por objetivos y una evaluación anual de las metas alcanzadas y pretende servir de elemento homogeneizador entre los ciudadanos de los diferentes territorios. En él el papel de las enfermeras de APS quedaba desdibujado en una serie de prestaciones dirigidas a la población en las que ésta no puede identificar al profesional que las presta.

Como criterios evaluadores de la atención Aguilera et al. (2002) proponen las Normas Técnicas Mínimas (NTM), elaboradas con la colaboración de los profesionales, objetivables y referidas en exclusiva a las personas que iban a recibir el servicio. Su utilidad pretendía ser la de evaluar retrospectivamente el servicio prestado.

Estas normas eran tan objetivables que no medían la actuación de las enfermeras, cuya compleja actuación requería de indicadores más cualitativos para evidenciarla. Los profesionales podían tener la constatación de haber alcanzado el criterio de calidad exigible con una mínima intervención que diera respuesta a esa NTM.

Para Irigoyen el gerencialismo supone una nueva forma de entender la gestión, remplazando a las teorías postburocráticas: “La gestión se presenta como un saber y un método providencial, portador de la única racionalidad posible. La gestión pretende representar lo nuevo-moderno frente a lo anticuado” (Irigoyen, 2004, p. 73).

A lo largo del tiempo han sido muchas las instituciones de todo orden que hacen llamadas de atención sobre la participación de los profesionales de enfermería que cumplan los requisitos adecuados para el desempeño en la APS.

En 1991 se publica el Informe Abril, en su punto 17 relativo a personal recomienda:

El personal de nuevo ingreso se contrataría directamente por cada centro con arreglo a la legislación laboral. Para garantizar transparencia e igualdad de oportunidades sería conveniente que por la selección del personal médico y de enfermería se efectuara a discreción del centro, pero entre candidatos previamente habilitados y acreditados por algún tipo de organismo o agencia ajena al propio centro (Informe Abril, 1991).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en su la 59ª asamblea (2006) , preocupada porque algunos estados miembros no reconocen plenamente la contribución de la enfermería y partería en sus programas y prácticas, les insta en su resolución WHA 59.27 a establecer programas de recursos humanos que favorezcan la contratación y retención en sus servicios de salud, procurando mantener una distribución geográfica equitativa, de un número suficiente de personal de enfermería y partería cualificado y de una combinación de aptitudes equilibrada.

Posteriormente, la directiva estrategia de la OMS sobre enfermería y partería para 011-15 insta a las autoridades competentes a colaborar en la mejora de la competencia de las enfermeras y matronas para participar en la meta común: mejores resultados de salud para las personas, las familias y las comunidades mediante la prestación de servicios de enfermería y partería competentes, sensibles a la cultura y basados en pruebas.

En esta línea, Martín plantea que “Los profesionales de enfermería deben desarrollar nuevas competencias diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de pacientes y tomar el liderazgo cotidiano de las acciones de atención domiciliaria y de algunas de las comunitarias” (Martín, 2010, p. 8)

Para apoyar la legitimación de la autonomía profesional y evidenciar las responsabilidades de los profesionales de Enfermería en España en relación con la salud de los ciudadanos el 22 de noviembre de 2003 se publica la LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).

Con el fin de adecuar la formación de los profesionales de APS a la misma, la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, BOE 29 de junio de 2010 aprueba el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

En su introducción, y refiriéndose a la OMS, considera que la enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, recoge lo siguiente:

Ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos

disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.» Constituye un reconocimiento explícito de la formación que deben tener los profesionales que presten servicio en la Atención Primaria y la importancia que se le otorga a la longitudinalidad (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio).

2.3.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CANTABRIA.

La gran reforma sanitaria a la que se ha hecho mención a lo largo de este trabajo tiene una característica única, afecta a la vez a la totalidad del territorio nacional.

Esta reforma en Cantabria cuenta con dos particularidades:

Por un lado, Cantabria cuenta con un gran hospital, sobredimensionado para la comunidad a la que atiende, con unos servicios altamente especializados al nivel de los grandes hospitales españoles nacidos en la época de su gran desarrollo de los 70.

Por otro lado, la comunidad cuenta con un centro para la formación de Enfermería muy valorado, la Escuela Universitaria de Enfermería, nacida a la sombra del Hospital Marqués de Valdecilla en sus inicios a principios del siglo XX y que para Nespral (2014) ha evolucionado con él, compartiendo el prestigio de su marca.

La situación de partida tiene muchas semejanzas con el resto de las provincias españolas en cuanto a la formación de los profesionales y en relación con el principal nicho de empleo y foco de atención sanitaria, los hospitales. Según Salmón (1990) Cantabria, por la propia historia del Hospital Marqués de Valdecilla y su significado para la sociedad cántabra, que siempre ha tenido una especial fascinación por él, fascinación que no solo ha afectado a la ciudadanía, sino a los propios profesionales que no contemplaban mejor opción profesional que desempeñar su trabajo en este centro.

Lo anterior nos coloca ante una situación de una región cuyas políticas sanitarias orbitan alrededor de las necesidades que plantea el hospital. Para ilustrar esto, decir que en diciembre de 1984, coincidiendo con la puesta en marcha del modelo de APS, se realiza en Valdecilla el primer trasplante de corazón a un ciudadano gallego. En esa época Valdecilla era centro era referencia en algunos servicios como cardiología para una zona importante de España.

Este hecho supuso todo un acontecimiento en la sociedad cántabra, fue noticia de prensa por largo tiempo, incluso una vez dado de alta el paciente, sus revisiones también se convertían en destacados titulares de la prensa regional. Tras este trasplante, vendrían muchos más que convertirían a Valdecilla en un referente español en la materia. Esto colaboró y mucho al aumento del prestigio del que ya gozaba y a convertirse en un recurso cada vez más costoso para una comunidad con poco más de 500.000 habitantes en 1984,

según datos del INE. Recurso que según Irigoyen (1986), si bien era financiado por el Estado, suponía la prioridad en cuanto a presupuestos dedicados a la salud.

Los profesionales entonces se dividían entre los que trabajan en el hospital Valdecilla, la gran mayoría, que habían sido formados en su seno, o en el de otro hospital tal y como permitían los recursos disponibles y las prioridades educativas, y en el grupo minoritario que trabajaba en zonas rurales, ambulatorios o sanidad privada. Disponían de gran capacitación técnica y conocimientos de todo aquello que era necesario para restaurar la salud de las personas que se encontraban enfermas, sin rastro lógicamente de conocimientos orientados a la salud.

La gran mayoría tenían el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), titulación que para German (2013) colocó a los médicos en una posición de dominio casi completo de la profesión de enfermería al convertirse en una profesión auxiliar del médico, formada por médicos fundamentalmente y socializada para desempeñar esa labor. Con una formación centrada en capacitar para la ejecución de tareas delegadas por estos y muy centradas en la enfermedad, llegando a abandonar parte de las tradicionales intervenciones dirigidas a las necesidades más básicas de las personas, según Domínguez (1986).

Figura 2. Transplantes cardíacos en Valdecilla en 1985



Figura 2. Recortes extraídos de la hemeroteca del diario El País, donde se recogen noticias sobre los trasplantes cardíacos realizados en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander en el año 1985.

En 1977 y tras lo que Germán (2013) ha denominado una revolución, que también tuvo sus batallas en Cantabria, los estudios de enfermería, como se ha dicho, pasan a la universidad. Un plan de formación universitaria de tres años de duración en el que se pretende conseguir una nueva orientación profesional, con contenidos de salud y no solo de enfermedad y una mayor autonomía y profesionalidad. Sin embargo, existía un problema, estos estudios se llevaban a cabo en las mismas escuelas de ATS. El cambio, por tanto no es automático. En 1980 comienzan los cursos conducentes a unificar no solo los estudios de ATS y diplomado, sino que supone una pretendida unificación de los conocimientos, mediante la realización de un curso de nivelación impartido desde la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Para Domínguez (1986) esto supone una oportunidad, permitiendo evitar la existencia de dos titulaciones con las mismas funciones e incorporar contenidos que previamente no existían haciendo especial mención a los contenidos de Salud Pública.

Según Amezcua (2003) esta homologación también constituye el primer paso para que los profesionales pudieran participar como profesorado en las Escuelas de Enfermería y empezar a construir un patrimonio profesional propio.

En Cantabria comienza sus estudios la primera promoción de Diplomados universitarios en enfermería en el año 1980 como recoge Nespral (2014).

En este estado de cosas, el BOE del viernes 8 de febrero de 1985 publica la Resolución de 15 de enero de 1985 de la Dirección General de la Seguridad Social por la que se

adjudican las primeras plazas de enfermeras y enfermeros de equipo de atención primaria en Cantabria, constituyendo el grupo de profesionales más numeroso que accedía al nuevo modelo de APS y estaban llamados a formar parte de los primeros equipos que se estaban formando en esos momentos. Una de las singularidades de la puesta en marcha en Cantabria pasó por, inicialmente, implicar solo a estos profesionales en la puesta en marcha de la reforma.

La población enfermera en Cantabria en el año 1985, según el INE, estaba formada por un total de 1972 profesionales colegiados, de los que 1405 eran mujeres y 566 varones, su trabajo se desarrollaba en zonas urbanas para un total de 1341 y 416 lo realizaban en rurales. (ver tabla 1).

Figura 3. Regulación del curso de nivelación de ATS



Figura 3. Recorte extraído de la hemeroteca del diario El País donde se recoge la noticia de la regulación del inicio de los cursos conducentes a nivelar el título de ATS por el de Diplomado en Enfermería. Año 1980.

Tabla 1. Profesionales de Enfermería colegiados en Cantabria en el año 1985

1.1.6. Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería colegiados, según el lugar de residencia												
Año 1985												
PROVINCIA	A.T.S. y Diplomados en Enfermería colegiados			RESIDENCIA								
				En la capital			En otro municipio de la provincia			Fuera de la provincia		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	143.508	38.425	105.083	91.964	22.656	69.328	50.110	15.411	34.699	1.414	356	1.056
Alava	1.460	141	1.319	1.302	101	1.201	152	39	113	6	1	5
Albacete	967	242	725	689	132	557	253	101	152	25	9	16
Alicante	3.394	1.183	2.211	1.463	510	953	1.931	673	1.258	—	—	—
Almería	1.136	623	513	788	436	352	348	187	161	—	—	—
Asturias	4.140	1.372	2.768	1.777	457	1.320	2.343	907	1.436	20	8	12
Ávila	583	63	520	326	24	302	121	36	85	136	3	133
Badajoz	2.014	686	1.328	884	258	626	1.106	418	690	22	10	12
Baleares	2.090	417	1.673	1.393	297	1.096	689	115	574	8	5	3
Barcelona	20.713	3.483	17.230	12.722	1.927	10.795	7.871	1.541	6.330	120	15	105
Burgos	1.323	150	1.173	1.014	97	917	286	45	241	23	8	15
Cáceres	1.354	365	989	602	155	447	752	230	522	—	—	—
Cádiz	3.324	1.368	1.956	1.246	480	766	2.069	884	1.185	9	4	5
Cantabria	1.972	566	1.406	1.341	414	927	620	150	470	11	2	9

Tabla 1. Profesionales de Enfermería colegiados en Cantabria en 1985 y su distribución por sexos y lugar de residencia. Fuente INE. (<http://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispacher.do?td=130426&L=0>)

Figura 4. Incorporación de los primeros profesionales de enfermería a la APS de Cantabria.

2446 *RESOLUCION de 15 de enero de 1985, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, por la que se hace público el resultado del concurso libre para la provisión de vacantes de ATS en la Comunidad Autónoma de Cantabria.*

De conformidad con el artículo 7 de la Orden ministerial de 26 de marzo de 1984, por la que se regula el sistema de provisión de vacantes de plazas de personal sanitario en los Equipos de Atención Primaria por el procedimiento de concurso libre, a continuación se relacionan los nombres de los ATS que han obtenido plaza en la Comunidad Autónoma de Cantabria, con indicación de la puntuación obtenida y plaza que ha elegido según su puntuación:

- María Nieves Melón Tascón. 6,8082. El Astillero.
- María del Carmen Padilla Vicente. 6,6334. Santander.
- María Madrazo Pérez. 6,5072. Santander.
- María Luz Rodríguez Merino. 5,8862. Santander.
- Milagros García Calderón. 5,7956. Reinosa.
- María Rocío Gutiérrez Ortiz. 5,7033. El Astillero.
- Antonio Burgos Sánchez. 5,5947. Castro Urdiales.
- Carmen Costas Ayala. 5,5668. El Astillero.
- Ana Rosa Bedía Collantes. 5,3491. El Astillero.
- María Azucena Setién Rodríguez. 5,0615. Santander.
- María Teresa Díez Fernández. 4,9440. Torrelavega.
- María Luz García Ruiz. 4,8511. El Astillero.
- María Mercedes Prada Rascón. 4,6718. Castro Urdiales.
- Miguel Ángel Uría Muriente. 4,6082. Camargo.
- María Jesús Pérez Lavín. 4,3585. Torrelavega.
- Ángel J. Prieto Montaña. 4,3377. Camargo.
- María Teresa Alguacil Ezquerro. 4,1885. Camargo.
- María Yolanda Mantilla Peñalba. 4,1757. Camargo.
- Pilar Rojo García. 4,0549. Reinosa.
- Inmaculada Peñalba Sainz. 4,0126. Torrelavega.
- María Josefa Díez Lamadrid. 4,0060. Torrelavega.
- Santiago López González. 3,8905. Torrelavega.
- María Coro Celorrio Bustillo. 3,8819. Buena.
- Rosa Ana Peral Madrazo. 3,8492. Bárcena de Cicero.
- Milagros Gutiérrez Bury. 3,8046. Reinosa.
- María Luisa del Olmo Martín. 3,7362. Liébana.
- Elena Pérez Crespo. 3,3699. Liébana.

Figura 4. Recorte de la resolución del 15 de enero de 1985 de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social (BOE de 8 de febrero de 1985), donde recoge la adjudicación de las primeras plazas de enfermeras y enfermeros de equipo de APS en Cantabria.

Al intentar reflejar de la forma más precisa cuál ha sido la evolución, en lo que al colectivo se refiere, la mayor cantidad de información es la que se puede obtener del informe “Operación espejo”, aunque solo refleja el momento crítico de la puesta en marcha del nuevo modelo. Este informe, Irigoyen (1986), cuyo autor era el sociólogo que formaba parte del equipo multidisciplinar encargado de la puesta en marcha de la APS en Cantabria, se publica al año de la puesta en marcha de los primeros equipos (1986) y hace una fotografía de la situación de partida y su incipiente evolución.

Posteriormente es muy difícil obtener más información, salvo por algún informe nacional, que solamente aporta datos fríos sobre el asunto. Quizá los cambios en la dependencia orgánica y las posteriores transferencias lo hayan dificultado. Para esta investigación hubiera resultado de utilidad disponer de información sobre quién, cuándo, cómo y por qué llegaron las enfermeras a atención primaria. En este trabajo consigue encontrar una explicación, desde la voz de sus protagonistas, a lo acontecido en esos casi 30 años de lo que mucho se intuía y poco se sabía.

El Real Decreto de Estructuras Básicas de 1984 trajo como consecuencia la creación de diez centros de salud en Cantabria en diciembre de ese mismo año, como figura en el informe de Irigoyen (1986).

En este informe se puede constatar la poca coordinación que existió en el momento de la puesta en marcha del modelo entre las instituciones participantes, autonómica y central. Esta cuestión tiene una repercusión en forma de ventaja, en ese momento existía un importante espacio decisorio que iba más allá del “aplicar la política sanitaria general a la realidad local” (Irigoyen, 1986, p. 6)

Cantabria, que tenía una absoluta centralización de los recursos sanitarios en el Hospital Marqués de Valdecilla, dedica según (Irigoyen 1986) los primeros esfuerzos a la expansión, dotación de recursos, edificios, nuevas plazas, que a planificar o adaptar a los profesionales a la nueva realidad. Los profesionales que se incorporan provienen, fundamentalmente, del concurso oposición.

Se refleja en el informe la disparidad de conocimiento del modelo que había entre los directivos encargados de su puesta en marcha y los profesionales encargados de ponerlo en práctica, éstos últimos llenos de lagunas e inseguridades, poco acostumbrados, o nada, al trabajo en equipo y como única formación el llamado “catecismo amarillo” (publicación denominada Guía de funcionamiento del EAP - que se entregaba a los profesionales que se incorporaban).

Los profesionales tienden a hacer lo que mejor saben hacer según Irigoyen “el molde profesional dominante es practicista y tecnicista y la orientación de la relación con el cliente limitada al aspecto inmediato” (Irigoyen, 1986, p. 32)

Según refleja el informe, los profesionales sentían un elevado grado de indefinición, los roles estaban indefinidos y la situación se percibía como caótica.

Posteriormente, a final de 2001, se producen las transferencias sanitarias a Cantabria, última comunidad en llevarse a cabo, dando lugar al Servicio Cántabro de Salud mediante la Ley de Cantabria 10/2001 de 28 de diciembre y posteriormente, tras el desarrollo legislativo de las especialidades en enfermería, comienza a funcionar la unidad docente de Enfermería Obstétrica y Ginecológica. Actualmente en Cantabria no existe regulación de puestos de trabajo para enfermeras especialistas, exceptuando para las matronas. Desde hace algo más de un año la unidad docente de medicina familiar y comunitaria cuenta entre su equipo de trabajo con una enfermera.

En el año 2103, según fuentes del INE, el número de enfermeros colegiados en Cantabria en edad de trabajar era de 3551 (Ver tabla 2).

Tabla 2. Enfermeras y enfermeros colegiados en Cantabria en el año 2014 por edades.

Profesionales sanitarios colegiados 2014							
Enfermeros							
Nº de Enfermeros por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, edad y sexo.							
Unidades:nº de profesionales							
Total	Menores de 35 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 y más años	No consta
Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria
4.167	972	893	668	1.039	167	379	49

Notas:
1) Colegiados en España a 31 de diciembre de 2014
Fuente: Colegios Oficiales de Enfermeros

Tabla 2. Número de profesionales colegiados en Cantabria por edades. Año2014. Fuente: INE <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Según datos obtenidos de la página web del Servicio Cántabro de Salud, en 2014, 529 de ellos prestan sus servicios en Atención Primaria de Salud, siendo 412 los que pertenecen a equipos en los 42 centros de salud funcionando y los 112 consultorios que de ellos dependen (ver tablas 3 y 4).

Tabla 3. Centros de salud y consultorios disponibles actualmente en Cantabria.

Recursos humanos

Denominación	Tipo de personal	Numero
Personal facultativo	Médicos equipo de atención primaria (EAP)	358
	Médicos servicio de urgencia de atención primaria (SUAP)	122
	Médicos 061	27
	Pediatras	79
	Otros **	46
	Médicos internos residentes (MIR)	127
Personal sanitario no facultativo	Enfermería de equipo de atención primaria	412
	Enfermería de servicio de urgencias de atención primaria	117
	Enfermería 061	24
	OTROS ***	113
Personal no sanitario		370
Total personal G.A.P.		1.795

Tabla 3. Distribución del personal sanitario en APS en Cantabria en la actualidad. Fuente: Servicio Cántabro de Salud en: <http://www.scsalud.es/web/scs/recursos-humanos-gap>

Tabla 4. Recursos asistenciales de APS en Cantabria.

Recursos asistenciales

DENOMINACIÓN	NÚMERO
Centros de salud	42
Consultorios locales	112
Servicios de urgencia de atención primaria (SUAP)	29
Bases 061	4

*Datos a fecha 31/12/13

Tabla 4. Centros de salud y consultorios donde ejercen los profesionales de APS en Cantabria en la actualidad. Fuente: Servicio Cántabro de Salud en: <http://www.scsalud.es/web/scs/recursos-asistenciales>

CAPÍTULO III - METODOLOGÍA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN

3.1. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

Para llegar a conocer la complejidad del problema a estudio era necesario un abordaje metodológico que lo recogiera de modo adecuado. Se hacía necesario un diseño que diera respuesta al interrogante de qué había pasado en un espacio de tiempo determinado, cómo habían afectado los acontecimientos a los agentes y sus actuaciones en el campo social en el que se desarrolla esta tesis, la Atención Primaria de Salud en Cantabria.

La intención era no solo saber el qué sino también por qué y el cómo, para ello se hacía imprescindible acudir a cómo lo habían percibido sus protagonistas. Solo a través del análisis detallado de sus aportaciones y su interpretación era posible llegar al conocimiento profundo de lo acontecido.

No vamos a incurrir en la frecuente defensa de lo cualitativo en detrimento de lo cuantitativo. Simplemente, como dice Morse (2005), es ser coherente entre el método y las preguntas investigativas que se formulan. Para De la Cuesta (2006), la investigación cualitativa pone de relieve aspectos de la enfermería poco visibles o formalizados y facilitan la búsqueda de estrategias para mejorar.

Parece obvio, por tanto, que la elección de un diseño cualitativo sea coherente con el fin que persigue la investigación, estudiar el fenómeno en su contexto e intentar encontrar el sentido o interpretación a partir de los significados que los propios protagonistas les conceden, como plantea Calderón (2002).

Nuestra perspectiva facilita la mirada a los fenómenos que tienen lugar en el campo de la APS y cómo afectan a la conducta de los agentes, a su desempeño en el campo, que es en definitiva lo que persigue este estudio. Para Gutiérrez (2002), la perspectiva de Bourdieu además, como referente conceptual, le confiere una especial importancia a la reflexividad para llegar a conocer lo que ocurre dentro del campo, implica una nueva forma de mirar y analizar los condicionantes del mismo.

Para De la Cuesta (2003) la reflexividad convierte al investigador en un actor de su estudio y contribuye a la validez del proceso. La reflexividad en un estudio cualitativo refleja el “self indagador”, la conexión del investigador con la situación de investigación. En este estudio la reflexividad se hace patente desde el mismo momento en el que, como se ha expuesto en la justificación, se elige el tema de estudio y continúa con el posicionamiento teórico que arroje luz a los conceptos, pero se hace especialmente patente a la hora de rendir cuentas del proceso de investigación.

La presencia del investigador como parte integrante de la investigación, la convierte en única al influir claramente en la recogida de los datos y en interpretar lo que los otros quieren decir con sus aportaciones. Para Katharyn, en Morse (2005), la experiencia del investigador sirve para reconocer patrones, semejanzas y diferencias en base a la experiencia previa, en este caso mediante la socialización adquirida dentro de la disciplina que se estudia, hecho que coincide, en este caso, con la situación de la investigadora.

Para Coffey y Atkinson (2005), en la conducción de la investigación están presentes nuestras ideas, en la recopilación de datos, en su análisis, en las hipótesis que elaboramos sobre lo que nos cuentan, para estos autores esto es hacer teoría, explicitar lo implícito, criterio que se ha tenido muy en cuenta tanto para lograr una mayor sensibilidad como para evitar posibles sesgos.

Para Strauss y Corbin (2002) el investigador cualitativo no teme basarse en sus propias experiencias a la hora de analizar el material de investigación, es más, a la hora de optar por esta metodología, éste es un aspecto se tuvo muy en cuenta a la hora de facilitar el descubrimiento de propiedades y dimensiones: el investigador es inseparable de la investigación. La propia reflexividad que requiere el análisis de los datos facilita abordar la complejidad de los fenómenos estudiados. Ese constante equilibrio entre la objetividad y la sensibilidad permite interpretar imparcialmente los acontecimientos y el significado de los datos y establecer conexiones.

Para estos autores, el Yo como instrumento en la recolección y el análisis de los datos, adquiere aún mayor relevancia al resaltar la implicación del investigador en el trabajo que, según estos autores, espera que la repercusión del resultado de su trabajo sea proporcional a la importancia que se le da a la visión que las personas estudiadas tienen del fenómeno a estudio, es decir, se llega a realizar una inmersión en los resultados que da mayor integridad.

El término sensibilidad teórica para Andreu, García y Pérez (2007) abarca las aptitudes personales y profesionales que el investigador pone a disposición de la investigación, para maximizar los resultados, dando voz a los protagonistas y e interpretando sus aportaciones en clave de sus conocimientos y experiencia. Desde la reflexividad y el rigor metodológico permite hacer evidente lo invisible que albergan los datos.

Esta aproximación metodológica engloba la recogida y el análisis de los datos. Desde los resultados iniciales tiene una influencia importante en la nueva selección de informadores y en la producción de información relevante en el campo de estudio. Para Carrero et al. (2012) ahí radica la implicación tan fundamental que tiene la presencia del investigador a lo largo de toda la investigación pues la reflexividad se traduce en las características de las decisiones que va tomando a lo largo de todo el proceso.

Nuestra intención ha sido encontrar significado a los fenómenos y ampliar el conocimiento de la realidad con una perspectiva de un todo inseparable. Consecuentemente era necesario un estudio cualitativo interpretativo, con objeto de comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio.

Para conocer lo que pasó en este período de alrededor de 30 años era preciso una teoría explicativa que fuera específica en cuanto a grupo y lugar, una teoría sustantiva a la que según Strauss y Corbin (2002) a la que es posible llegar a través de una metodología basada en la Teoría Fundamentada (TF).

3.2. LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. OBJETIVOS.

Coherente con el área de investigación, el tema, y el lugar de estudio, siguiendo a De la Cuesta (2008) planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué proceso ha tenido lugar en relación con el desempeño profesional de las enfermeras y enfermeros de APS de Cantabria desde el inicio del modelo en 1985 hasta la actualidad?

Los objetivos generales planteados son los siguientes:

1. Determinar si desde la implantación del modelo de la Atención Primaria de Salud en Cantabria se ha generado un rol diferenciado en los profesionales de Enfermería.
2. Desarrollar una teoría sustantiva que explique la evolución del papel de los profesionales de Enfermería en la Atención Primaria de Salud en Cantabria desde sus comienzos hasta la actualidad que permita futuras intervenciones de mejora.

Los objetivos específicos:

- a) Identificar los factores favorecedores de un adecuado desempeño de los profesionales de enfermería acorde con el servicio que deben prestar a la sociedad en el ámbito de la Atención Primaria de Salud en Cantabria
- b) Identificar aquellos factores que dificultan a las enfermeras y enfermeros de Atención Primaria de Salud en Cantabria un ejercicio profesional acorde a los postulados del Modelo.
- c) Identificar estrategias que mejoren la contribución de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Cantabria a la sociedad.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. LA TEORÍA FUNDAMENTADA.

Siguiendo el concepto de habitus de Bourdieu como principio generación y percepción de prácticas, la elección del diseño debería permitir identificar, a través de sus propias experiencias, qué hacen las enfermeras y por qué y dando valor, además, a las interpretaciones que los actores sociales dan a su propia realidad según Anadón (2008).

La Teoría Fundamentada (TF) se revela como el diseño que mejor respondía a nuestra meta, ya que sitúa al sujeto como intérprete de lo que le rodea y prioriza el punto de vista de los actores. Para Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo y Gordo (2010) la metodología de investigación basada en la TF es especialmente pertinente en el ámbito profesional de la enfermería, por permitir entender un fenómeno en profundidad, su contribución al desarrollo de teorías y por el rigor en su diseño.

Algunas de las aportaciones de Glaser y Strauss para el desarrollo de la TF como son, la creencia en que las personas toman un papel activo frente a situaciones problemáticas y la constante relación entre la estructura y el proceso, (las condiciones y la acción) y sus consecuencias, para para Strauss y Corbin (2002) encierran la clave fundamental que justifica la razón por cual se optó por esta estrategia metodológica para nuestro trabajo.

La Teoría Fundamentada en el estudio del fenómeno objetivo de esta tesis permite, siguiendo a Glaser (1967), la elaboración de una teoría que explique ¿qué pasó?

Para Strauss y Corbin (2002) las personas son actores que adoptan un papel activo (acciones) al responder a situaciones problemáticas, esas acciones responden a una intencionalidad y son definidas y redefinidas por la interacción; y proclama la constancia que se establece una relación entre las condiciones o estructura, la acción o proceso y las consecuencias.

Según Osses, Sánchez e Ibañez (2006) la teoría surge de la interacción con los datos aportados por el trabajo de terreno. En este contexto, el análisis cualitativo de los datos es el proceso no matemático de interpretación llevado a cabo con el propósito de descubrir conceptos y relaciones y de organizarlos en esquemas teóricos explicativos.

La TF se refiere a la teoría derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. Comienza en un área de estudio y permite que la teoría emerja de los datos (Strauss y Corbin, 2002, p. 13).

Según estos autores, al estar basadas en datos, estas teorías es más posible que generen conocimientos, guías de actuación y mayor comprensión sobre los fenómenos estudiados. Este es un aspecto de especial interés para este trabajo pues se pretende que de una teoría explicativa puedan derivarse estrategias de mejora para la práctica.

La Teoría Fundamentada es un método interpretativo que se basa en la indagación sistemática, que exige pensar comparativamente para identificar similitudes y diferencias,

cuyo resultado final constituye una formulación teórica o un conjunto integrado de hipótesis explicativas sobre el área estudiada, que nos va a permitir arrojar luz sobre un complejo y desconocido fenómeno. La TF constituye algo más que un método, constituye un estilo de hacer análisis cualitativo.

La teoría que emana de un trabajo de este tipo da respuesta a diferentes definiciones, todas ellas con elementos comunes y con una característica fundamental, se construye inductivamente.

“Un conjunto de hipótesis conceptuales, enraizadas en los datos provenientes de la problemática de estudio” (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012, p. 16). “Un conjunto de categorías bien construidas [...] interrelacionadas de forma sistemática por medio de oraciones que indican relaciones, para formar un marco teórico que explica algún fenómeno social” (Strauss y Corbin, 2002, p. 25)

El punto de partida es que el investigador, a partir del sentido que los gestos, los discursos y los intercambios simbólicos tienen para los individuos y los grupos, puede construir de manera inductiva los conceptos, las hipótesis y las proposiciones, con el fin de desarrollar una “teoría” en un proceso constante de recolección e interpretación de los datos (Anadon, 2008, p. 207).

En este tipo de investigación, desde la primera entrevista, el investigador establece una interacción constante con la investigación, llegando a un moldeamiento mutuo entre el investigador y los datos, que solo es posible con el necesario equilibrio entre subjetividad y sensibilidad que permita “descubrir” acontecimientos y “captar” matices.

Para Carrero et al. (2012) el objetivo final de usar la TF como método de análisis es explicar una realidad basándonos en datos obtenidos de los informantes, dar voz a los protagonistas, e interpretarla en base a conceptos de carácter más formal.

3.3.1. MUESTREO TEÓRICO

Según Andreu (2007), Carrero et al. (2012) y Strauss y Corbin (2002), en la TF el muestreo teórico es esencial y se aleja del concepto clásico ofrecido por la metodología cualitativa, que lo sitúa previo al trabajo de campo. Aquí en muestreo se va generando a lo largo de la investigación.

Es fundamental entender que la recogida y el análisis de los datos se encuentran interconectados, ya que el diseño de la investigación está concebido como una espiral a través de la cual conocemos qué tipo de grupos, informantes o nuevos escenarios debe explorarse para lograr la progresiva densificación y emergencia de la teoría formal (Carrero et al., 2012, p. 24).

Para Andreu (2007) y Strauss y Corbin (2002) el muestreo es la recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de “hacer comparaciones” cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de encontrar variaciones entre los conceptos y hagan más densas las categorías. Para Strauss y Corbin, se basa en conceptos que se encuentran repetidamente presentes o ausentes y actúan dando variación a una categoría principal.

Para Carrero et al. (2012) el muestreo se orienta hacia la selección de aquellos individuos que mayor y mejor información, mayor riqueza de datos, puedan aportar en relación con la teoría buscada, una vez que el investigador está ubicado y vaya conociendo cual es la información relevante. El muestreo se utiliza como método de comprobación del marco teórico y no como comprobación de hipótesis planteadas con antelación. Los grupos, por tanto, se seleccionan en función de los que producen mayor variabilidad respecto al inicial. “El muestreo teórico cesa cuando, codificados los incidentes, los códigos han sido saturados elaborados e integrados en una teoría” (Carrero et al., 2012, p. 25)

En esta investigación, desde etapas iniciales, se sugiere un ordenamiento conceptual en base a fases o etapas bien descritas por los informantes, acordes con un marco teórico explicativo de la evolución del modelo, como plantean Strauss y Corbin (2002), lo que ha permitido ir seleccionando informantes que pudieran añadir información valiosa sobre cada una de esas fases, no tanto por sus características, sino por sus vivencias.

Según Trinidad, Carrero y Soriano (2006) el investigador no conoce *a priori* el número de observaciones a realizar y la recogida de datos no acaba hasta que no dejan de surgir nuevos conceptos, hasta la saturación teórica. El muestreo para Strauss y Corbin es acumulativo, de modo que cada acontecimiento se suma al análisis y aumenta los datos disponibles y se vuelve más selectivo con el tiempo, pues va siendo guiado por la evolución de la teoría emergente.

Según Carrero et al. (2012) y Strauss y Corbin (2002), la saturación se alcanza cuando los datos que aparecen son repetitivos y no aportan información novedosa. Es el criterio a través del cual el investigador decide parar el muestreo de los grupos de cada categoría: cuando no se encuentran nuevas propiedades de la categoría o categorías nuevas. Para Strauss y Corbin esto significa que o bien ya no hay datos nuevos importantes y la categoría está bien desarrollada en términos de propiedades y dimensiones, o la relación entre categorías ya está bien establecida.

Para Carrero et al. (2012) la saturación teórica soluciona ciertos problemas a la codificación, pues el investigador puede ser capaz de identificar cuándo un incidente añade o no más a una característica ya elaborada. Si intuimos novedades en una categoría se codifica un nuevo caso y se compara por si aparecen nuevas categorías o propiedades. En nuestro caso, la saturación teórica se alcanzó con 12 entrevistas.

El análisis comienza con la primera entrevista, que lleva a las siguientes, así se irán alternando análisis y entrevistas. Ese análisis impulsa la recolección de los datos,

existiendo interacción constante entre el investigador y la investigación fruto de la reflexividad, produciéndose una paulatina sensibilización del investigador con la problemática y las personas investigadas. Esto hace que sea tan importante mantener el referido equilibrio entre la objetividad y la sensibilidad.

3.3.2. CODIFICACIÓN

Lo que se ha analizado en este trabajo han sido las experiencias de profesionales incorporados a APS de Cantabria lo largo de la existencia de ésta. Siguiendo a Andreu et al. (2007), la tarea inicial consistía en codificar cada suceso con objeto de formar tantas categorías de análisis como fuera posible, sugeridas por los propios datos.

Para Carrero et al. (2012) estos incidentes son porciones de datos en bruto que tienen significación en sí mismos, códigos *en vivo*, lo que Andreu et al. (2007) denominan sucesos. Para Strauss y Corbin (2012) concepto es la representación abstracta de un suceso y la categoría es una agrupación de conceptos relacionados, con nivel de abstracción más alto. Estos autores también introducen el concepto de subcategoría para agrupar conceptos que pertenecen a una categoría, pero tienen singularidades o le dan un mayor poder explicativo.

Según Andreu et al. (2007), para codificar hay que identificar conceptos y agruparlos en categorías.

Para Andreu et al. (2007), Arantzamendi et al. (2012), Carrero et al. (2012) y Strauss y Corbin (2002) el proceso de codificación se divide en tres fases: la codificación abierta, la axial y la selectiva. Las dos primeras constituyen el microanálisis o codificación línea por línea.

Para Dantas, Leite, Lima y Stipp (2009) la codificación abierta constituye la primera aproximación a los datos, atribuyendo un código o significado a las palabras del informante. El proceso analítico mediante el cual se identifican los conceptos es lo que se denominan Strauss y Corbin (2002) “abrir el texto”. Para Carrero et al. (2012) representa lo contrario a la codificación preconcebida. Para Strauss y Corbin se identifican una gran cantidad de categorías, algunas pertenecerán a un fenómeno, otras identificarán características, consecuencias o interacciones.

Para estos últimos, en este primer acercamiento tiene lugar el primer paso de la teoría o conceptualización en el que a un incidente se le diferencia de otro por medio de una etiqueta en función de la idea o significado que evoca y a los incidentes que comparten características se les agrupa dentro de la misma. Se destaca que ya en este paso hay cierto grado de interpretación, puesto que de las palabras de los entrevistados ya se pueden

deducir ciertas propiedades y dimensiones que faciliten la agrupación de conceptos en categorías.

La codificación axial, tiene lugar a partir de la fractura de los datos producida en la codificación abierta, volviéndolos a unir mediante inducción y abstracción buscando conexiones entre categorías y posibles subcategorías, para Arantzamendi et al. (2012). Tiene como objeto formar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. Para Strauss y Corbin, además, en este paso se acomodan las propiedades y dimensiones de las categorías, se asocian la cantidad de variaciones posibles a un fenómeno, se relacionan categorías con sus subcategorías y se buscan claves que puedan relacionar las categorías principales entre sí. Aquí, para Soñares et al. (2010), el investigador trata de identificar el principal problema en la campo de estudio, desde el punto de vista de los sujetos y cómo ellos lo tratan.

Durante el proceso de análisis, el investigador va planteando hipótesis que no son más que las relaciones que sospecha que se establecen entre las categorías, según Andreu et al. (2007). Estas hipótesis van aceptándose o rechazándose a lo largo del mismo. Strauss y Corbin (2002) denominan hipótesis provisionales a esas oraciones que surgen de la sospecha de relaciones entre categorías y permiten seguir avanzando en él, para ellos esta fase de codificación busca respuestas al por qué sucede, cuándo dónde y con qué resultados, encontrar a estas respuestas identifica cómo se manifiesta una categoría.

La codificación selectiva constituye el proceso de refinar e integrar las categorías principales para Arantzamendi et al. (2012), Carrero et al. (2012), Strauss y Corbin (2002) y Trinidad et al. (2006), emergiendo una categoría con mayor nivel de abstracción que constituye la llamada categoría central, al relacionarse con un número mayor de categorías y subcategorías y representar el tema principal de la investigación.

La emergencia de la teoría de produce a medida que se reduce la lista inicial de categorías, dándoles forma. Esto hace que sea posible una codificación más focalizada volviendo hacia atrás y afinando hasta alcanzar la saturación. A menor número de categorías, nos encontramos con mayor nivel conceptual.

3.3.3. EL MÉTODO COMPARATIVO CONSTANTE.

Según Carrero et al. (2012), Strauss y Corbin (2012) y Trinidad et al. (2006) para alcanzar la saturación teórica es imprescindible el uso del método comparativo constante: se genera teoría mediante el análisis y la comparación constante de los datos. El método comparativo constante busca diferencias y similitudes constantemente ente los datos, persigue encontrar patrones de los procesos sociales. Comienza comparando incidente por incidente construyendo tantas categorías como sean necesarias. La comparación constante entre significados de incidentes permite emerger las categorías y descubrir

propiedades y dimensiones de las mismas, facilitando al investigador nuevos planteamientos de las relaciones con otras categorías.

La teoría emerge por sí misma siempre que se cumpla que la recogida de datos se ha realizado según el muestreo teórico y que se realice paralelamente al análisis. Las preguntas que van surgiendo es lo que guía la recogida hasta llegar a la saturación teórica.

3.4. ÁMBITO DE ESTUDIO Y PARTICIPANTES.

Este estudio se ha desarrollado en el ámbito del Atención Primaria de Salud en Cantabria.

Coherentes con la pregunta: ¿qué ha pasado con la enfermería de APS en Cantabria desde el inicio del modelo? era preciso conseguir informantes que hubieran desarrollado su carrera profesional en algún momento en APS en Cantabria desde 1985. Era imprescindible que fueran los protagonistas quienes, a través de sus vivencias, nos proporcionasen la información necesaria para lograr nuestro objetivo.

El muestreo teórico vino determinado por la información que iban aportando los entrevistados, que, siguiendo a Strauss Corbin (2002), permitía ir refinando conceptos y categorías a través del método comparativo constante y guiando dónde o de quién conseguir más datos para continuar el proceso, hasta la saturación teórica.

La selección de los participantes se realizó, inicialmente, por muestreo intencional o de conveniencia entre las personas que reunían las condiciones de aportar la información que el muestreo teórico iba requiriendo, posteriormente se continuó con el muestreo teórico. La elección de los participantes se realizó con el propósito de encontrar personas que aportaran la mayor cantidad de información en relación con las categorías que iban emergiendo, con sus propiedades y dimensiones, intentando maximizar la oportunidad de encontrar similitudes y diferencias, como promulgan Strauss y Corbin.

Los criterios de inclusión que se consideraron ideales para garantizar información acorde a nuestros propósitos, detallada y fidedigna, fueron:

- Profesionales del APS en Cantabria
- Participación voluntaria en el estudio.
- Conocimiento del modelo de APS.
- Capacidad de mantener un discurso rico en detalles.
- Personas sensibilizadas con el desarrollo profesional.
- Personas que reflejaran los diferentes momentos y vías de acceso y formación.

Decir que la totalidad eran trabajadores en activo en APS, excepto uno de ellos que en el momento de la entrevista prestaba sus servicios en atención especializada y se le

entrevistó por reunir dos características que facilitaban que aportase información singular: poseer una amplia experiencia en una época de grandes iniciativas en el campo de la APS y ser hombre.

El acceso a los informantes no fue difícil, Cantabria es una comunidad pequeña y la experiencia profesional y el conocimiento del ámbito de estudio por parte de la investigadora hacía muy fácil llegar a los profesionales, empleando para acceder a los expertos, lo que Valles (2002) denomina redes personales, partiendo de los criterios de inclusión citados más arriba.

Según Morse (2005) la cantidad, validez y confiabilidad de los datos se fundamentan en la habilidad del investigador para establecer relaciones con los informantes y por medio de una larga relación de confianza y confidencialidad con el entrevistador.

La saturación teórica se alcanzó con doce entrevistas en profundidad de alrededor de una hora y media de duración. De los 12 entrevistados, 9 fueron mujeres y 3 hombres. Se entrevistó a la primera responsable de enfermería y a dos directores más en diferentes épocas de interés para el estudio (uno de ellos el director en el momento de realizar la recogida de los datos), todos ellos, además con dilatada experiencia en APS. De entre los informantes, 6 habían ocupado en algún momento el cargo de responsable de enfermería en su equipo, 3 llevaban en la APS desde el comienzo y 2 ocupaban una plaza de forma interina. Una de las informantes había accedido a la APS tras una dilatada experiencia en el hospital y otra había ocupado anteriormente una plaza de APD.

En primer lugar y con objeto de realizar una aproximación a la realidad estudiada se realizó una primera entrevista o entrevista piloto, que posteriormente fue tratada como el resto de los datos. Para ésta se eligió a una enfermera que comenzó en la APS con el modelo, accediendo a uno de los primeros equipos por concurso oposición y sin prácticamente experiencia laboral previa, que en el momento del encuentro continuaba en el mismo Centro de Salud en el que se incorporó. Fue considerada informante clave la informante entrevistada en tercer lugar, al coincidir en una misma persona tantas circunstancias que le confieren la más amplia visión en relación con las aportaciones al estudio.

Para preservar el anonimato de los informantes y con el fin de añadir sentido a los discursos, se identificaron sus características asignando un código que permitiera conocer en todo momento de quien partían los comentarios aportados. Este código incluye el orden de entrevista de que se trata, los años de experiencia en Atención Primaria, si ha ocupado cargos y cuáles, la edad en el momento de realizar la entrevista, el año de finalización de los estudios, el género y la situación laboral (ver Tabla 5).

Tabla 5. Codificación de la identidad de los informantes.

Nº de orden de entrevista	Años de experiencia en APS	Cargos ocupados	Edad	Año finalización de estudios	Género	Situación laboral
00	00	R: Responsable de enfermería. D: Director/a A: Asesora NO: Ninguno	00	00	M: Masculino F: Femenino	F: Fijo I: Interino E: Eventual

Tabla 5. La tabla incluye la forma de codificar la identidad de los informantes en función orden de entrevista de que se trata, los años de experiencia en Atención Primaria, si ha ocupado cargos y cuáles, la edad en el momento de realizar la entrevista, el año de finalización de los estudios, el género y la situación laboral.

Tabla 6. Asignación de códigos a los informantes.

Nº	Código	AÑOS Experiencia	Cargos	Edad	Año fin estudios	Género	Situación laboral
1	0128R5281MF	28	RESPONSABLE	52	1981	F	FIJA
2	0220D4791MF	20	DIRECTORA	47	1991	F	FIJA
3	0328A6072MF	28	ASESORA	60	1972	F	FIJA
4	0428R5280MF	28	RESPONSABLE	52	1980	F	FIJA
5	0510R3995MF	10	RESPONSABLE	39	1995	F	FIJA
6	0612R3201MI	12	RESPONSABLE	32	2001	F	INTERINA
7	0710NO3402HE	10	NO	34	2002	M	EVENTUAL
8	0825NO5286MF	25	NO	52	1986	F	FIJA
9	0907R4890HF	7	RESPONSABLE	48	1990	M	FIJO
10	1005NO5874MF	5	NO	58	1974	F	FIJO
11	1108D4390HF	8	DIRECTOR	43	1990	M	FIJO
12	1217R4895MF	17	RESPONSABLE	48	1995	F	FIJA

Tabla 6: Asignación de código a cada uno de los doce informantes en función de los criterios establecidos.

3.5. RECOGIDA DE DATOS. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.

En este trabajo la entrevista en profundidad ha sido la técnica de recogida de datos de elección. La entrevista en sentido científico es el interrogatorio cualificado a un testigo relevante sobre hechos de su experiencia personal según Web y Web (1965) (en Valles 2002).

Para Arantzamendi et al. (2012) la entrevista consiste en que el entrevistador cuente su experiencia con sus propias palabras.

En esta investigación se ha buscado recoger con la mayor cantidad de detalle posible la experiencia de los informantes en el campo de la Atención Primaria de Salud en el período de estudio, por tanto, acorde con la pregunta de investigación, se ha pretendido conocer la experiencia vivida por estas personas, teniendo muy en cuenta que el ejercicio de la reflexividad por parte del entrevistador ha facilitado la interpretación de lo dicho por los

entrevistados, tal como plantea De la Cuesta (2011), pero en ningún caso ha supuesto la supremacía de sus ideas.

Inicialmente se elaboró un guion para realizar la entrevista piloto que recogiera aquellos aspectos de interés que pudieran dar una idea general que respondiera a la pregunta ¿qué pasó allí? (Véase la figura 5). Ese guion, siguiendo a Strauss y Corbin (2002), estuvo condicionado por el conocimiento de la investigadora acerca del campo y el tema de estudio y por los objetivos planteados.

Figura 5. Guion de la primera entrevista.

Llegada a la APS
<ul style="list-style-type: none">• Motivaciones para acceder a al APS.• Percepción en ese momento de la APS• Sentimientos al trabajar por primera vez en una consulta
Formación.
<ul style="list-style-type: none">• Consideraciones en relación con la formación a la llegada.• Respecto a tus compañeras y compañeros.• Formación actualmente y a lo largo del tiempo. Motivaciones para formarse.• Iniciativas para la formación.
La autonomía
<ul style="list-style-type: none">• Percepción de la autonomía.• Necesidad de autonomía para tomar de decisiones.• Dependencia del trabajo del médico con el que trabajas.
El equipo y el liderazgo
<ul style="list-style-type: none">• Existencia de equipo y equipo de enfermería. Significado.• Existencia de liderazgo en Cantabria. Tipo. Consecuencias.
Políticas sanitarias
<ul style="list-style-type: none">• La Cartera de Servicios. El Contrato Programa. Criterios de calidad y medida.
Singularidad de la enfermería en APS
<ul style="list-style-type: none">• Características que definen el trabajo de la enfermera en APS.• Definición del rol de la enfermera de APS. Cambios percibidos en el tiempo.• Diferencia con su trabajo en atención especializada. Vivencia de la incorporación de enfermeras de atención especializada.• Identificación de un profesional que represente el ideal de profesional en APS.
Momentos críticos
<ul style="list-style-type: none">• Existido puntos de inflexión entre el comienzo de la APS y la actual• Influencia de aspectos externos en el trabajo.
Aportaciones de la Enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Aportado la enfermería a la APS. Repercusiones en el modelo sanitario.
Perspectivas
<ul style="list-style-type: none">• Percepción sobre el futuro.

Figura 5. Guion elaborado para la realización de la primera entrevista donde se recogen los puntos de interés para ser tratados.

A medida que evolucionaba la recogida este guion se fue adaptando a los nuevos datos surgidos del método comparativo constante, con lo que en realidad el guion solo se utilizó

como tal en la primera entrevista. Los temas que iban apareciendo en cada entrevista iban condicionando las sucesivas, introduciendo nuevos temas o agotando algunos a medida que se saturaban algunos aspectos. El guion para las sucesivas entrevistas emanaba del análisis de la anterior, de su codificación y de las hipótesis que se iban planteando en cuanto a las relaciones posibles entre los incidentes ya existentes y los que iban apareciendo.

Este guion nunca pretendió ser un listado de preguntas, sino servir de recordatorio de temas de interés en unas conversaciones donde primaban las preguntas del tipo ¿Qué pasó cuando...? ¿Cómo viviste...? ¿Qué experimentaste...? que facilitaran el relato en primera persona de los informantes siguiendo las recomendaciones de Strauss y Corbin (2002) y Valles (1997).

Las entrevistas, una vez explicado al informante la idea del trabajo y los objetivos que se perseguían con él, se plantearon como una entrevista libre que comenzaba siempre describiendo su llegada a la APS, aludiendo la investigadora a los temas de interés que se plantean en el guion inicial y a los que fueron apareciendo en sucesivas entrevistas, si no surgían de manera espontánea. El paso de un tema a otro fue surgiendo, generalmente, del relato de los entrevistados, aprovechando, cuando fue preciso, sus propias palabras para introducir otros temas, como recomienda Valles (2002).

En todas las entrevistas, se hicieron dos preguntas, una en algún momento pertinente de la conversación: se cuestionó acerca de si tenía un profesional modelo y cuáles eran sus características, puesto que se pensó que esas respuestas ofrecían información muy valiosa que servía además para interpretar el sentido de otras respuestas; y otra cuestión acerca de cómo veían el futuro con idéntico objetivo. Al finalizar se les ofreció a todos los entrevistados la posibilidad de tratar algún aspecto que considerase de importancia y no se hubiera tratado.

Hay que resaltar que, a medida que avanzaba la investigación se fue haciendo algo más estructurada al precisar explorar las categorías que iban emergiendo, como señalan Aratzmendi et al. (2012) y por tanto aspectos que necesitaban de mayor indagación.

Como pre-encuentro con los informantes, como recomienda Valles (2002) se siguió el procedimiento de realizar una llamada telefónica al Centro de Salud en el que trabajaban y explicarles a grandes rasgos la idea de la investigación y la motivación que existía por entrevistarle, haciendo hincapié en el carácter confidencial de su participación e informando que la entrevista sería grabada para su posterior transcripción. Finalmente, se le emplazaba a un segundo contacto a través del número que proporcionaron en ese primero para cerrar la cita en caso que accediera. En esa segunda llamada, accedieron la totalidad de los contactados, excepto una persona que argumentó falta de tiempo.

Las entrevistas se llevaron a cabo, excepto tres de ellas, en un despacho de la Universidad fuera del horario de trabajo de los profesionales, en un día y hora decidido por ellos. Estas tres citadas se desarrollaron en la consulta del Centro de Salud con el fin de evitarse el desplazamiento, en los tres casos se llevaron a cabo una vez finalizadas sus

obligaciones laborales, como así lo solicitaron las informantes. En ambos escenarios las entrevistas se desarrollaron en ambiente de privacidad y tranquilidad.

Existía ya información previa de los entrevistados puesto que la investigadora es conocedora del ámbito de estudio debido a su actividad profesional relacionada con las prácticas de los estudiantes de grado de la Universidad de Cantabria y no existía una relación de diferencia de estatus que pudiera dificultar el intercambio comunicativo y afectar a los objetivos de la recogida de datos, como señala Valles (2002). Las entrevistas trascurrieron como un diálogo entre expertos, uno, el investigador, que alentaba al otro, el experto en el campo, a profundizar en algún aspecto o lo dirigía hacia sus temas de interés. Se tuvieron en cuenta las habilidades necesarias para maximizar la recogida, tal y como recomiendan Arantzamendi et al. (2012) en cuanto a la capacidad de escucha, flexibilidad, apertura y creatividad, cuidándose especialmente el momento de la presentación personal y del trabajo. Tiene especial importancia recordar el carácter interpretativo que el investigador tiene para Valles (2002) a lo largo de la entrevista y que se tuvo muy en cuenta a la hora de solicitar aclaraciones sobre algunos aspectos que fueron surgiendo y la profundización en los mismos, un ejemplo lo constituye el relato de la estrategia de la puesta en marcha de iniciativas y cómo se iban mezclando lo conocido, lo desconocido y las estrategias, sin que en momentos fuera fácil diferenciar lo que significaba cada cosa en su contexto.

Al comienzo de cada entrevista, que surgía naturalmente al hilo de una breve charla informal sobre algún tema relacionado con el trabajo o la vida, se recordó a los entrevistados el objetivo de la misma, se informó de forma somera del estado del trabajo y de la importancia de su colaboración, se volvió a insistir en el carácter confidencial de la información aportada y en que su participación sería anonimizada en el proceso de grabación y transcripción que se llevaría a cabo. Antes de comenzar se dio oportunidad a los participantes de resolver cualquier duda y se les ofreció la oportunidad de parar la entrevista en el momento que decidiera por la causa que considerase, cuestión ésta que no ocurrió con ninguno de los participantes.

El único aspecto que supuso una mínima dificultad, puesto que fue rápidamente salvada, fue la de un entrevistado que al comienzo mostró su preocupación en relación a “no estar a la altura” de lo que se iba a preguntar, puesto que el hecho de saber que era profesora de la universidad fue interpretado como si en vez de recoger información fuera a realizar un examen de conocimientos, rápidamente se aclaró, puesto que se volvió a insistir en el carácter experiencial perseguido y desapareció su preocupación. Por otro lado, la presencia de la grabadora encima de la mesa fue percibido con cierta sensación intimidatoria por un par de participantes, que después de estar un rato charlando sobre temas ajenos a la investigación se les preguntó por si estaban preparados para comenzar y accedieron manifestando que su presencia ya era inadvertida.

Las entrevistas fueron grabadas, como se ha señalado, y posteriormente escuchadas por la investigadora, momento éste que fue aprovechado para escribir las ideas sugeridas por

la audición que entraron a formar parte de los memos analíticos. Posteriormente fueron enviadas para su transcripción a una persona experta en este tipo de trabajos.

Una vez recibida la transcripción, se comprobó que ésta había sido fidedigna mediante la lectura detenida y recurriendo a la grabación en caso de dudas.

No se ha realizado modificación alguna en la estructura de las frases, ni las expresiones utilizadas por los informantes, se sustituyeron los nombres propios por iniciales en aras de evitar la identificación de los entrevistados o terceras personas y se añadió, cuando fue imprescindible, una explicación entre paréntesis que ilustraba las palabras del experto informando de a qué o a quién hacía alusión o en qué contexto se afirmaba determinada cuestión con el fin de otorgar sentido a sus palabras a quien lo leyera desde fuera del contexto de la totalidad de la entrevista.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de julio de 2012 y febrero de 2013. El proceso durante este tiempo fue siempre el mismo, realizada la entrevista se transcribía, analizaba y de ese análisis partía el guion para la siguiente entrevista que era dirigida hacia el profesional que mejor pudiera responder a la necesidad de información se planteara de entre los que voluntariamente accedieran y cumplieran los requisitos acordes al perfil necesario.

3.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS. EL PROCESO DE CODIFICACIÓN.

Para Morse (2005) lo importante no es lo que se haga, sino contar cómo se ha hecho para poder enseñar a otros. Siguiendo a la autora, se realiza una descripción lo más detallada posible del complejo proceso de análisis y codificación llevado a cabo.

Desde el principio fui consciente que lo importante no era mi perspectiva, sino ser capaz de transmitir la de los participantes, cómo ellos lo veían, cómo lo habían vivido qué habían hecho y cuáles fueron sus sensaciones y motivaciones. Es un hecho que mi experiencia personal y profesional me daba un conocimiento del tema que me ha permitido entender el discurso de los informantes, esto sin olvidar que no significa falta de objetividad, sino tener voluntad de escuchar o, como dice Corbin, “darle la voz a los entrevistados” (Strauss y Corbin, 2002, p. 48).

La comparación constante facilita centrarse en los datos sin desviarse, comparando dimensiones y propiedades, validando conceptos e hipótesis que se van desarrollando. La variación en las personas, lugares y épocas a la hora de entrevistar también es otro factor que se ha manejado para huir de la subjetividad.

El otro elemento en equilibrio, la sensibilidad, ha facilitado la continua recolección de datos tras la interpretación, datos que inicialmente pudieran parecer engañosos o poco claros, fueron adquiriendo o cambiando de significado o importancia a medida que avanzaba en el análisis.

Han existido interpretaciones muy claras desde el comienzo, que con las posteriores entrevistas se han ido confirmando, sin embargo acontecimientos para los que existían dudas sobre su significado, tanto mi experiencia y conocimientos previos, como el avance en la recogida y análisis me han permitido reconocer sus similitudes y diferencias y asignar nombres a los conceptos.

Inicialmente, como se ha dicho ya, con el objetivo de obtener una idea general e ir identificando conceptos que permitieran ir de lo descriptivo a lo conceptual e ir intuyendo propiedades y dimensiones, como señalan Strauss y Corbin (2002), se realizó una primera entrevista piloto, para ello se eligió una informante que cumpliera una serie de condiciones: que hubiera participado en los primeros equipos de atención primaria de Cantabria, es decir que hubiera sido protagonista desde el principio del proceso a estudio, que hubiera tenido participación activa y que aún permaneciera en el área, en definitiva, que permitiera hacer un primer acercamiento a la pregunta ¿Qué pasó aquí? La entrevista realizada sin guion cerrado, aportó un amplísimo relato de su experiencia en el ámbito y en el periodo de tiempo estudiado.

El proceso de codificación comenzó con el análisis minucioso de esta primera entrevista en profundidad realizada.

De su análisis se desprendió un informe previo que describía los elementos más importantes del contenido del relato, esto facilitó una primera aproximación al ordenamiento conceptual.

Para Strauss y Corbin (2002) la descripción es básica para el ordenamiento conceptual, este se refiere a la organización de los datos en categorías según sus propiedades y dimensiones (permiten diferenciar artículos de una misma clases, mostrar variaciones de una gama). Esta es la forma de encontrar sentido a los datos. Hay que recordar que el ordenamiento conceptual es el precursor de la teorización.

“Se espera que al final el investigador haya desarrollado sistemáticamente los productos de análisis para convertirlos en una teoría” (Strauss y Corbin, 2002, p. 25). Para explicar o predecir necesitamos una declaración teórica, una conexión entre dos o más conceptos.

De la primera entrevista ya se podían intuir algunas de las categorías, que al final de proceso se han revelado como las más representativas.

Posteriormente se comenzó con el microanálisis, con el análisis línea por línea, permitiendo que “hablasen los datos”. Esta parte es determinante para tener en cuenta las interpretaciones que hacen los informantes, pues no solo se analiza el sentido de las palabras sino cómo se han dicho y en qué contexto de la entrevista. Para Strauss y Corbin (2002) esto es una forma evitar plantear nuestras propias interpretaciones, forzándonos a buscar interpretaciones alternativas.

Este análisis línea por línea que permite la codificación abierta se realizó con el apoyo del programa Nvivo v.10 con el objeto de facilitar asignar códigos a la ingente cantidad de texto que había por codificar y facilitar el rápido y fácil acceso tanto al texto como a

los códigos. Dada mi inexperiencia en este tipo de investigación, e intentando maximizar las ventajas y evitar las desventajas como recomienda Valles (2002), el apoyo informático solo se utilizó para este fin, posteriormente se continuó el análisis personal partiendo de los informes generados por el programa en esta fase.

Figura 6. Informe posterior a la primera entrevista.

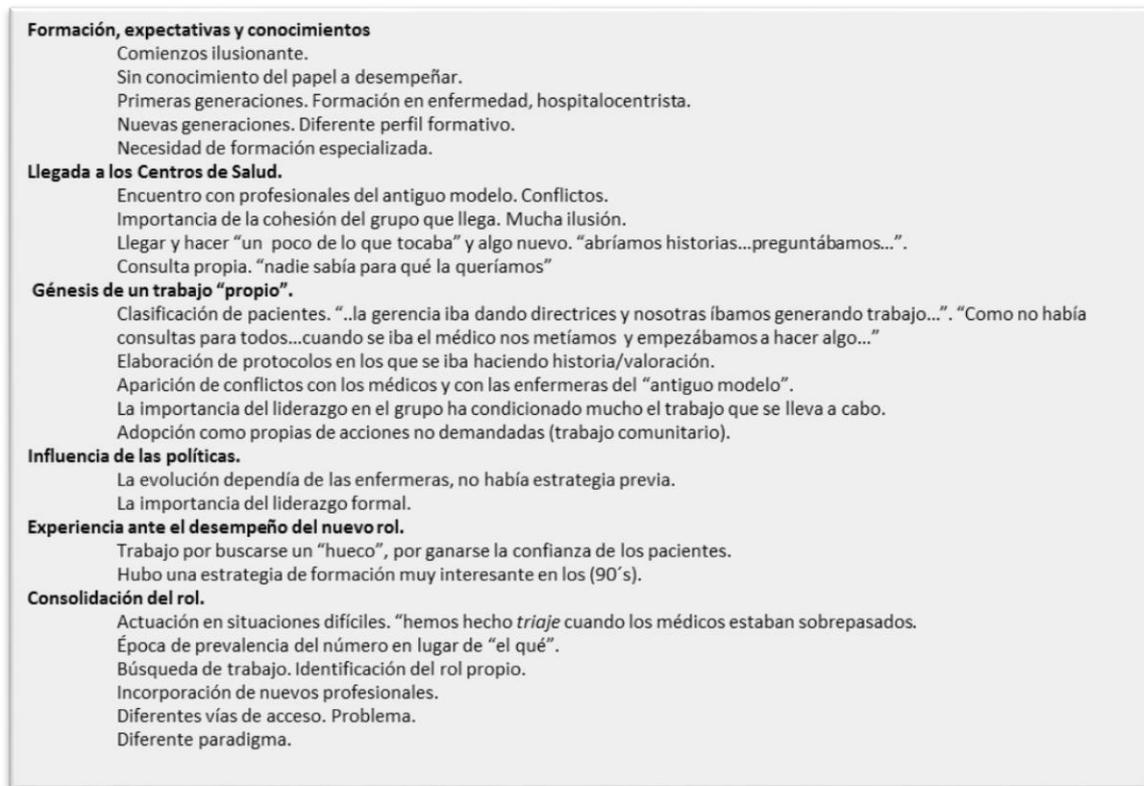


Figura 6. Informe que recoge los elementos identificados en el informe realizado de la primera entrevista.

Para ello se fueron cargaron las 12 entrevistas en archivos Word como recursos internos en el programa a medida que se realizaban, transcribían y revisaban. En ningún caso se pretendió otorgar objetividad al estudio, sino facilitar el análisis del texto con una herramienta que lo permite.

Figura 7. Entrevistas en Nvivo 10.

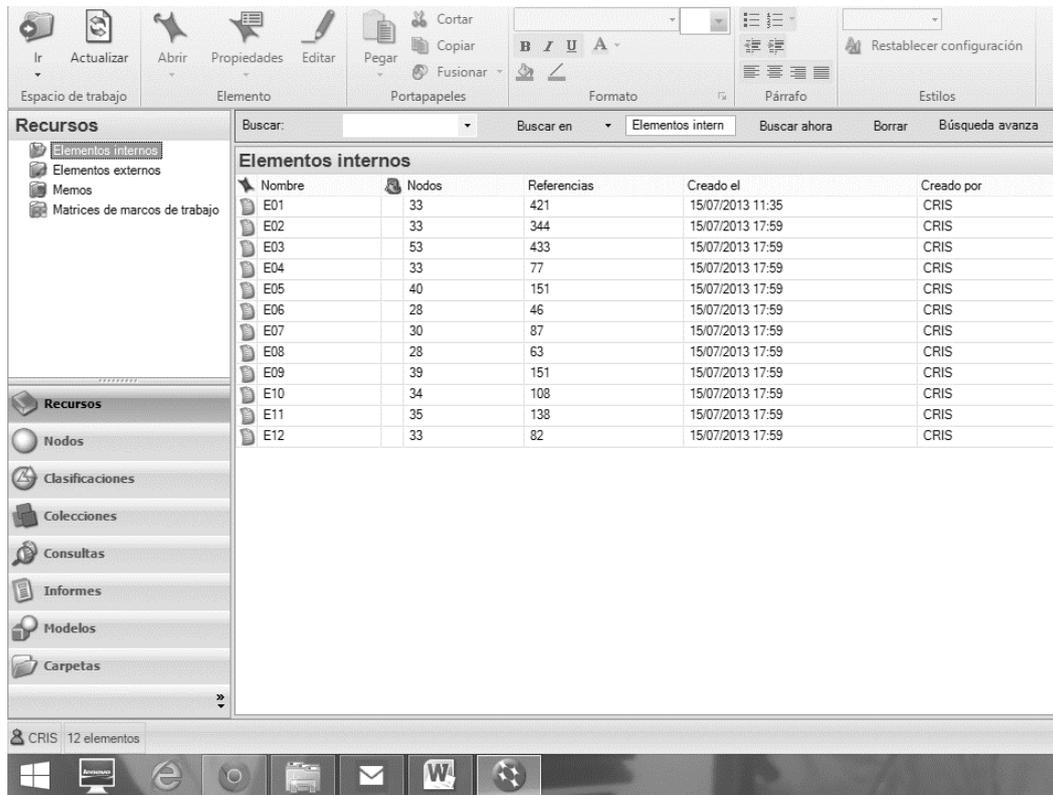


Figura 7. Entrevistas cargadas en Nvivo 10 como recursos internos para su codificación reflejadas con el número de orden.

Del texto se extrajeron las ideas o pensamientos que contenía las palabras de los informantes, asignándoles el nombre del concepto o idea que sugerían los incidentes encontrados en el texto. Este proceso fue realizado sistemáticamente con cada nueva entrevista.

Figura 8. Codificación abierta en Nvivo 10.

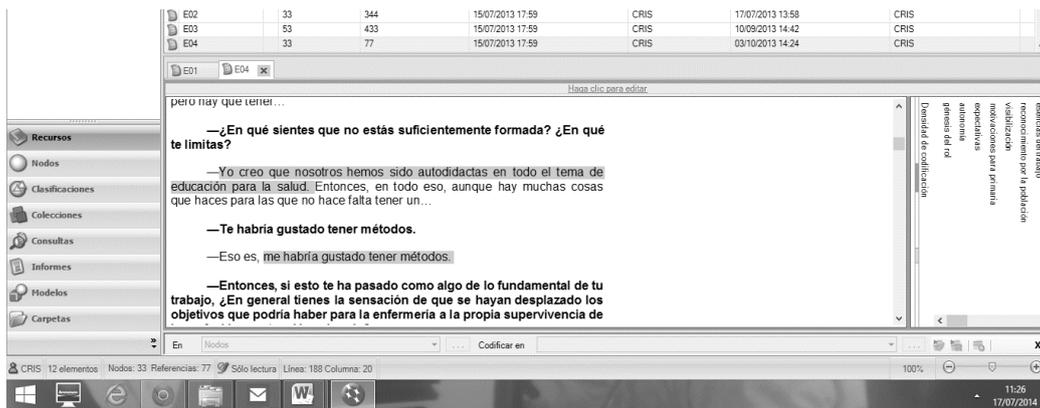


Figura 8. Captura de pantalla Codificación inicial o abierta de incidentes dentro del programa Nvivo 10.

Aquí, como plantean Carrillo, Leyva-Moral y Medina (2011), los datos se separaron en unidades para posteriormente, comparándolos, agrupar en categorías aquellos que se parecían o encerraban significados similares.

La codificación en esta fase, siguiendo a Andreu et al. (2007) y Carrillo et al. (2011), permite identificar los conceptos sobre los que focalizar o expandir los datos, con el fin de no dar cuestiones por entendidas ni sacar conclusiones precipitadas

Tras llevar a cabo el proceso en esa primera entrevista emergieron las primeras categorías y dos potentes códigos *en vivo*: “*fuimos desnudas totalmente, pero con una ilusión...*” y “*yo siempre digo: cabeza verde*”, incluso se comenzaron a intuir algunas propiedades y relaciones que posteriormente se confirmaron mediante el muestreo teórico. Lo que Strauss y Corbin (2002, p.75) llama “hipótesis provisionales”. Es el “efecto bola de nieve” (Andreu, 2007, p. 68), planteando dudas e interrogantes que condicionan la elección de los siguientes participantes buscando disiparlos.

Según Osses et al. (2006) los individuos que serán entrevistados son aquellos que, en forma suficiente, pueden contribuir al desarrollo de la teoría. Para ello, los primeros casos fueron elegidos por sus similitudes y, posteriormente por sus diferencias, esto es así para maximizar similitudes y minimizar diferencias según Glaser (1967). Esto no significa que a medida que la codificación se hacía más compleja, al revisar y cuestionar las relaciones entre categorías, no haya sido necesario recurrir a informantes con similitudes respecto a los ya entrevistados, con el fin de confirmar hipótesis relevantes.

Las semejanzas permiten la identificación de una categoría, el esbozo de sus atributos y la especificación de sus condiciones de aparición.

Posteriormente una dificultad importante vino en relación al número elevado de códigos disponibles, consecuencia seguramente de la inexperiencia de la investigadora en este análisis. La causa probable fue la no identificación inicial de algunas propiedades o dimensiones que dificultaba el agrupamiento de los datos.

Esto hizo necesaria una recodificación, desagrupando nuevamente los conceptos y escribiendo memos analíticos que facilitasen volver la mirada a los datos y descompusieran las categorías en sus partes, facilitando la integración de unas en otras y establecer relaciones entre ellas, al agruparse bajo un orden abstracto más elevado que explicaba lo que estaba sucediendo como señalan Strauss y Corbin (2002).

El resultado de esa codificación abierta fueron 68 códigos.

Figura 9. Códigos resultantes tras la codificación abierta.

Codificación abierta
1. Nodos\\“Cabeza verde”
2. Nodos\\“Eres como una doctora”, y digo~ “No, yo toda la vida he sido enfermera”. “Bueno. pero sabes tanto como una doctora.”
3. Nodos\\adecuar el talento
4. Nodos\\aportación de las enfermeras a la AP
5. Nodos\\autonomía
6. Nodos\\buscarse más trabajo
7. Nodos\\cercanía, no demanda
8. Nodos\\conflicto
9. Nodos\\consulta
10. Nodos\\convivencia de modelos
11. Nodos\\credibilidad
12. Nodos\\“cuando llegamos yo el recuerdo que tengo es que a mí me sentaron v empecé a rellenar historias”
13. Nodos\\cuestión de género
14. Nodos\\desigualdades en el desempeño
15. Nodos\\dificultades para llevar a cabo iniciativas
16. Nodos\\el equipo en APS
17. Nodos\\En primaria hay gente que se ha apoltronado
18. Nodos\\esencias del trabajo
19. Nodos\\expectativas
20. Nodos\\formación
21. Nodos\\formación\\formación a lo largo de la vida
22. Nodos\\“Fuimos desnudas totalmente, pero con una ilusión...”
23. Nodos\\génesis del rol
24. Nodos\\“hay gente que no sabe la autonomía que tiene que tener”
25. Nodos\\ideal de profesional
26. Nodos\\importancia de la cartera de servicios

27. Nodos\\importancia de la técnica
28. Nodos\\importancia del equipo de enfermería
29. Nodos\\incorporación de profesionales
30. Nodos\\inestabilidad laboral
31. Nodos\\influencia de las gerencias
32. Nodos\\iniciativas
33. Nodos\\inseguridad
34. Nodos\\la demanda
35. Nodos\\la enfermera inexistente
36. Nodos\\la presión de la consulta
37. Nodos\\"Las del inicio se quemaron".
38. Nodos\\liderazgo informal
39. Nodos\\llegada a la consulta
40. Nodos\\"llegamos allí inocentes"
41. Nodos\\lo imprescindible del rol
42. Nodos\\los avances tecnológicos
43. Nodos\\los cuidados con mayúsculas
44. Nodos\\"médicos que no querían que su enfermera..."
45. Nodos\\Miniequipo enfermera-médico
46. Nodos\\modelo enfermería en AP
47. Nodos\\motivaciones para primaria
48. Nodos\\negociación
49. Nodos\\"No nos damos a valer"
50. Nodos\\"nos plantaron allí"
51. Nodos\\ofrecer el producto
52. Nodos\\oportunidades perdidas
53. Nodos\\peculiaridades de la profesión en primaria
54. Nodos\\percepción del resultado del propio trabajo
55. Nodos\\polivalencia
56. Nodos\\recoger lo que dejan
57. Nodos\\reconocimiento por la población
58. Nodos\\reconocimiento por otros
59. Nodos\\relación con los trabajadores sociales
60. Nodos\\relaciones con otros profesionales
61. Nodos\\requisitos
62. Nodos\\retos
63. Nodos\\rol aun no consolidado
64. Nodos\\rol consolidado
65. Nodos\\rol consolidado en peligro
66. Nodos\\satisfacción personal con el desempeño
67. Nodos\\visibilización

68. Nodos\\“Yo arranqué de cero”.

Figura 9. Informe emitido a través del programa Nvivo 10 tras la codificación abierta de las 12 entrevistas que recoge los 68 códigos resultantes.

Figura 10. Ejemplo del proceso de codificación en Nvivo 10. Credibilidad.

Clasificación	Agregado	Cobertura	Número de referencias de codificación	Número de referencia	Codificado por Iniciales	Modificado el
Nodos\\credibilidad						
	No	0,0154	8			
				1	CRIS	16/07/2013 14:58
Yo creo que en la primera época se luchó muchísimo.						
—Por buscarse el hueso.						
—Por buscarse el hueso, por poner tu sector delimitado, porque los pacientes también creyeran en la enfermería						
				2	CRIS	16/07/2013 15:03
Si eso lo haces hace veinte años, no habría ido ni el Tato, salían todos por la puerta porque no creían en la enfermera.						

Figura10. Captura de pantalla Nvivo 10. Proceso de codificación abierta. Ejemplo del código Credibilidad.

Consciente que en esa primera codificación todas las categorías no tenían la misma jerarquía, probablemente fruto de los conocimientos y experiencia en el tema de la investigadora, a medida que avanzaba en el proceso, en unos aumentó el nivel de abstracción y otros, sin embargo se hicieron más descriptivos. Algunos de ellos, que ya contenían una carga de interpretación, que se fue confirmando a medida que avanzaba el proceso. Era necesario separarlos en sus “partes” teniendo en cuenta sus propiedades y dimensiones; otros contenían una importante potencia en el desarrollo de la teoría al tratarse de códigos “en vivo” que, a su vez, darían nombre a importantes categorías.

A partir de estos códigos, y una vez realizado el pormenorizado análisis con la ayuda de los memos analíticos que se habían escrito en la codificación que les dio nombre, se inició el proceso de clasificación de las categorías, agrupando aquellas que compartían las mismas características identificadas a través de la comparación constante. A la vista de los resultados es difícil identificar dónde finaliza el proceso de codificación y comienza el de clasificación. Como plantean Strauss y Corbin, cada vez que uno conceptualiza, clasifica o selecciona algo hay cierto grado de interpretación, es decir de identificación de propiedades.

Figura 11. Ejemplo del proceso de codificación en Nvivo 10. Formación.

Nodos\\formación		
No	0,0569	15
1	CRIS	15/07/2013 16:18
Yo me acuerdo perfectamente que la formación, por lo menos la que yo recibí, era hospitalaria pura y dura. Como era la primera promoción de diplomados, a mí me tocó, donde yo estudié, un poco mezcla de la enfermería de antes con cosas nuevas. Por ejemplo, en microbiología a nosotros nos metieron el libro de Padilla, que era el de Medicina, pero nos [...] porque no estaba diferenciado muy bien, era una cosa nueva. Me acuerdo de la salud pública, que aquello estaba en pañales.		
2	CRIS	15/07/2013 16:19
Entonces, claro, te formaban principalmente para estar en el hospital. A ver este señor, una sonda... O sea, técnicas puras y duras, pero no te formaban más allá.		
3	CRIS	15/07/2013 16:24
Tú te preparabas lo que pensabas que iba a entrar en aquel examen. Lo que pasa es que yo en aquella época ya iba más avanzada de lo que era porque en la comarca donde yo estaba —que ya te digo que era en Campoo de Enmedio—, allí la clínica de Reinosa que era privada, cuando había urgencias o alguien se ponía de parto —yo estaba de matrona— y entonces...		
—¿Matrona APD?		
—De APD, sí. Iban a la clínica, pero coincidió que, por problemas políticos, la clínica se cerró. Entonces yo, con la médico que estaba de APD en mi zona, empezamos a dar charlas por los pueblos de la comarca y entonces íbamos a los colegios y hablábamos del embarazo, de la planificación familiar, que en aquella época no se daba la píldora, y menos con el ginecólogo que había de turno en Reinosa. Entonces íbamos dando charlas de alimentación, etcétera, y justo en aquel momento surgió lo de primaria. Pero yo, claro, no sabía que aquello iba a norder ser lo que luego fue la primaria. Fue casualidad.		

Figura 11. Captura de pantalla Nvivo 10. Proceso de codificación abierta. Ejemplo del código Formación.

La codificación axial relacionó categorías con subcategorías en función de sus propiedades y dimensiones. Las subcategorías, que inicialmente en la codificación abierta no pasaron de ser posiblemente propiedades de una categoría, ahora agrupadas constituyen una subcategoría capaz de explicar qué, quién, cómo o por qué sucede algo. Esta codificación axial se utilizó simultáneamente con la selectiva, acabándose de redefinir las jerarquías y sus relaciones.

Esta aparente sucesión de procedimientos de análisis no debe hacer perder el carácter circular del mismo y en aras de hacerlo comprensible, como recomiendan Amezcua y Gálvez (2002), se ha diseccionado el proceso que se llevado a cabo, sin embargo esto no quiere decir que no haya habido codificaciones simultáneas de diferentes datos o que el proceso no se haya llevado a cabo de manera recurrente.

Todo esto explicaría que las metacategorías provienen de una categoría menor, las subcategorías y estas al mismo tiempo de otras con menor nivel conceptual.

Figura 12. Documento de trabajo para las codificaciones axial y selectiva.

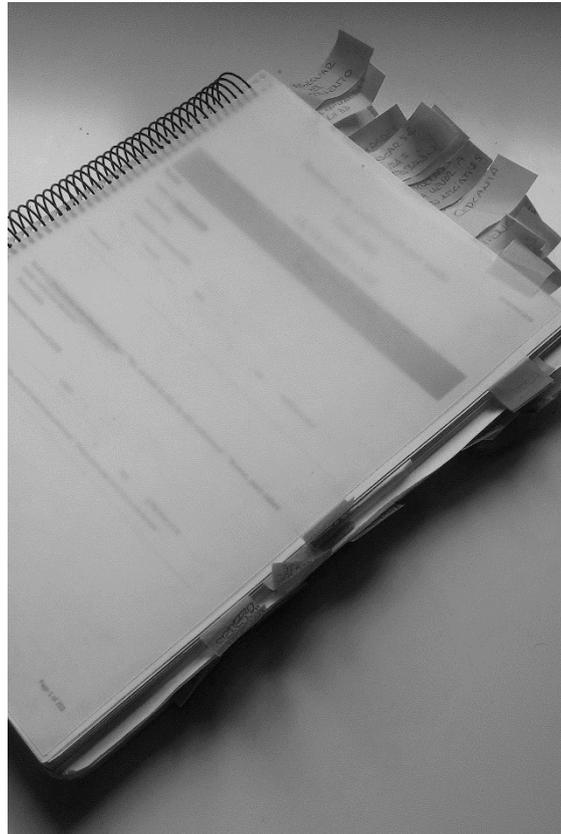


Figura 12. Imagen del documento de trabajo utilizado durante las codificaciones axial y selectiva elaborado a partir del informe emanado de Nvivo 10 conteniendo los incidentes de cada uno de los 68 códigos iniciales.

Durante la codificación selectiva se fueron haciendo preguntas en forma de hipótesis, cuya respuesta la confirmaba o no, comenzando a generar la teoría que acabaría por emerger con el descubrimiento de la categoría central, siguiendo los postulados de Morse y Strauss y Corbin.

“Mientras que el investigador no sea capaz de sintetizar, no le es posible teorizar”. (Morse, 2005, p. 56). “Para explicar o predecir necesitamos una declaración teórica, una conexión entre dos o más conceptos” (Strauss y Corbin, 2002, p. 25).

Figura 13. Representación del proceso de codificación axial con referencia al conflicto.

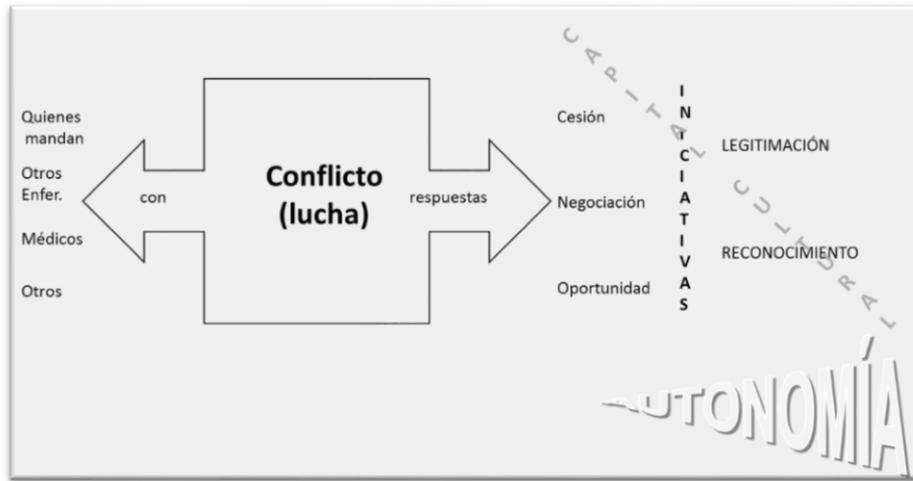


Figura13. Ejemplo de representación del proceso de codificación axial con referencia al conflicto en el que se puede ver la relación del conflicto con quienes se origina, las respuestas a este y las consecuencias de las mismas. Elaboración propia.

Finalmente se realizó el proceso de integrar y refinar las categorías, cuando se recolocaron conceptos al emerger las relaciones que existían entre ellos, dando lugar a teoría.

Figura 14. Ejemplo del proceso de teorización.

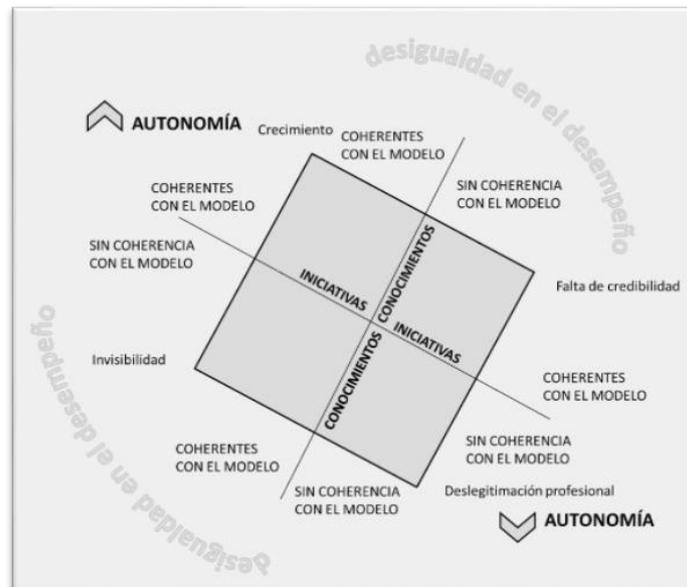


Figura 14. Representación del proceso de teorización. Ejemplo de relación de la categoría central con los conocimientos y las iniciativas y las respuestas a esas relaciones en forma de desigualdades en el desempeño, pérdida de credibilidad o invisibilidad. Elaboración propia.

El proceso de denominación de las categorías ha sido una cuestión que ha generado dudas, inicialmente se optó por la utilización de términos que sugirieran el contenido de la categoría de una manera más o menos evidente, sin embargo había algo importante que, sin saber exactamente qué, no reflejaba en la mayoría de los casos la riqueza que encerraban los datos, de ahí que finalmente en los resultados los títulos tengan un carácter más interpretativo o sean códigos en vivo, cuando éstos respondían a esa necesidad percibida de dejar patente el contenido de esa categoría.

3.7. LA IMPORTANCIA DE LOS MEMOS.

Los memos son fundamentales en el desarrollo de la teoría, tal es así que Carrero et al. (2012) le llegan a otorgar a la elaboración de los memos el protagonismo dentro de la TF.

A lo largo de todo el proceso de codificación para Strauss Corbin (2002) tiene una importancia crucial el desarrollo de memos, el registro de interpretaciones, pensamientos o preguntas que surgen de la codificación y que, posteriormente, van a resultar de gran utilidad al proceso puesto que recogen el pensamiento del investigador en relación a todo el proceso de codificación.

Desde la primera codificación se fueron realizando memos que reflejaran el significado de cada uno de los códigos, así como posteriormente en relación con la integración de categorías en función de sus dimensiones y atributos. A partir de los memos elaborados se tomaron decisiones sobre el muestreo teórico, con el fin de maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos y de la definición de las grandes categorías y perfilando la teoría en función de las hipótesis que se van planteando, como recomiendan Carrero et al. (2012).

Los memos fueron recogidos en primera instancia en Nvivo 10, durante el proceso de codificación línea por línea, a partir de ahí se fueron escribiendo fuera del programa, en el documento que se utilizó en las sucesivas codificaciones a medida que avanzaba el proceso de codificación y en paralelo a éste.

Figura 15. Ejemplo de memo en Nvivo 10.

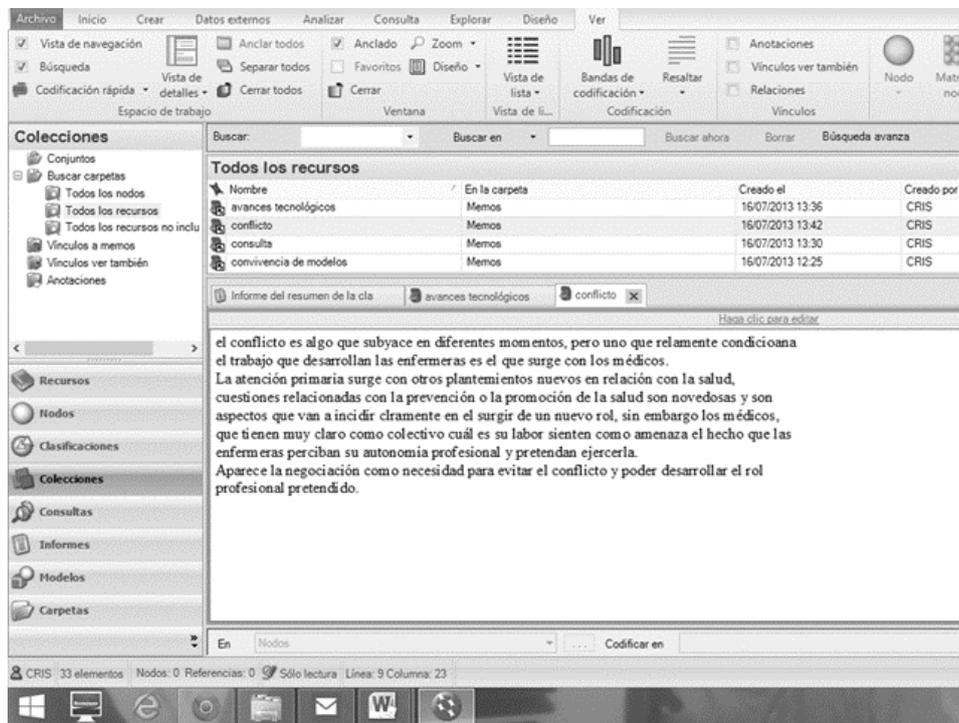


Figura 15. Ejemplo de memo recogido en Nvivo 10 durante el proceso de codificación en relación con el código Conflicto.

3.8. CRITERIOS DE CALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

Durante todo el proceso de investigación ha estado presente la intención de otorgar el mayor grado de verosimilitud y coherencia a este trabajo. A lo largo de esta investigación se ha intentado reproducir la totalidad del proceso, describiendo la recogida de datos y el proceso de codificación conducentes a los resultados con la máxima transparencia con objeto que pudiera ser verificado o reproducido.

Se han seguido las propuestas de Calderón (2002) en relación con los criterios de calidad de las investigaciones cualitativas en ciencias de la salud. Así el enfoque cualitativo por el que se ha optado en esta investigación es coherente con la pregunta que se realiza y los objetivos a conseguir, contribuyendo a un mejor conocimiento del fenómeno a estudio al otorgar el protagonismo a la percepción de los sujetos a estudio.

La relevancia del trabajo realizado reside en la posibilidad de la aplicabilidad de los resultados en la práctica debido al carácter predictivo de la teoría emergente.

La validez ha venido condicionada por una cuidadosa selección de los participantes en afán de obtener la más valiosa información sobre el fenómeno estudiado, intentando reflejar la realidad del campo con la mayor exactitud. Este criterio ha estado presente en cada una de las decisiones tomadas en relación con el muestreo y el análisis.

La reflexividad, tratada anteriormente, como asunto sensible en investigación cualitativa, ha estado presente a lo largo de la investigación, desde la justificación de este trabajo, donde se expone la motivación y conocimiento de la investigadora para llevarlo a cabo, hasta la interpretación de las aportaciones de los informantes, donde se tuvo especial preocupación en darles voz, siendo conscientes de que la posición de la investigadora influiría indudablemente en los resultados por su capacidad de interpretar las aportaciones. En relación con esto, debemos reflejar que, a pesar del conocimiento previo del fenómeno a estudio, se ha producido cierta dosis de sorpresa o extrañamiento en relación con la variabilidad del desempeño y la complejidad del mismo.

Por último, destacar que se presentaron los resultados y conclusiones a la informante clave, lo que permitió confirmar la mayoría de ellos, al comprobar que se sentía identificada con el informe y realizar algún pequeño ajuste al permitir clarificar alguna cuestión sobre las que existían dudas interpretativas.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Esta investigación ha sido regida por los principios de legalidad, honestidad, transparencia y respeto, tanto en relación con los informantes como a la totalidad del proceso.

El respeto a las opiniones o creencias de cada experto se han respetado escrupulosamente en la transcripción de las entrevistas

En todo momento se ha garantizado la confidencialidad de lo expuesto, desde el primer contacto telefónico donde se les advirtió a los informantes del carácter voluntario y confidencial. Este aspecto, que como se ha señalado, se recordó antes de cada entrevista, obteniéndose el consentimiento verbal, que una vez finalizado el encuentro se materializó con la firma de un documento (Véase figura 16) que comprometía a la investigadora a la confidencialidad en el tratamiento de la información y a devolver las conclusiones a los expertos en cumplimiento de uno de los objetivos de esta investigación, la mejora.

Por el diseño de esta investigación, que no contempla la entrada en el campo asistencial ni tampoco la relación con usuarios del mismo, no ha hecho necesario la solicitud de permiso a comité ético alguno, ni más autorización que la expresa a los que

voluntariamente han participado aportando los datos a través de la entrevistas en profundidad.

La autora declara ausencia de conflicto de intereses tanto en el desarrollo de la investigación como en los resultados obtenidos a través de la misma.

Figura 16. Documento de consentimiento firmado por los informantes.

Yo, Sra./Sr. _____, estoy de acuerdo en participar en esta entrevista conducida por la Sra. Cristina Blanco Fraile, profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria, investigadora principal del estudio titulado, *"La génesis y evolución del rol enfermero en los equipos de Atención Primaria en Cantabria"*.

Entiendo que el **propósito** de este estudio es llevar a cabo varias entrevistas para obtener información sobre los procesos y factores que contribuyeron a la identificación del trabajo de los/las profesionales de Enfermería dentro de los equipos de Atención de Primaria en Cantabria desde sus inicios hasta la actualidad.

Estoy informada/o de que esta entrevista tiene una **duración** aproximada de una hora y media y que será grabada para su posterior transcripción.

Sé que mi participación en este estudio es totalmente **voluntaria** y que si yo deseo puedo abandonarlo en cualquier momento sin dar explicaciones.

Sé que la investigadora principal garantiza el **anonimato y la confidencialidad** de los datos y de mi identidad, que será codificada dentro del estudio. Toda la información recogida se mantendrá estrictamente confidencial, obviando los nombres identificables que pudieran aparecer a lo largo de la transcripción.

Entiendo que no recibiré ningún **beneficio** directo de la participación en este estudio, pero que mi participación puede ayudar a otros en un futuro, puesto que permitirá comprender mejor cómo se han configurado el rol profesional en los equipos de atención primaria, cómo ha ido variando y los factores que han influido y cómo, esto permitirá poder mejorar algunos aspectos en el futuro.

Las **conclusiones** que se extraigan del análisis serán presentadas a todos los participantes al estudio en una sesión al efecto.

La investigadora me ha contestado a todas las preguntas que yo he tenido sobre este estudio. He entendido y comprendido esta información y estoy de acuerdo en participar en esta entrevista.



Fecha: _____

Figura 16. Modelo de documento de consentimiento informado firmado por cada uno de los informantes.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

4.1. EL PROCESO DE CATEGORIZACIÓN.

El análisis de los datos aportados por los informantes lleva a identificar tres grandes categorías o fenómenos que representan la evolución del desempeño de la enfermería de Atención Primaria en Cantabria. Esta diferenciación es fruto del resultado de la interacción de la estructura, el campo de la APS, y su evolución y la respuesta de los agentes (profesionales de la enfermería) a esos cambios, condicionados por los requerimientos de diferentes tipos de capital en cada momento y su adaptación a ellos. Los cambios en el campo condicionan la trayectoria de los agentes, así pueden condicionar tanto el estado en un momento, como su evolución.

En cada uno de ellas se recogen las subcategorías que describen, mediante las interrelaciones entre ellas, los factores que han influido en evidenciar esas tres grandes categorías que la existencia o no de lo que se puede llamar habitus en el desempeño de estos profesionales en el campo.

1. Entre la ilusión y el desconocimiento. Génesis de un habitus.
2. El habitus reconocible y reconocido.
3. Habitus en cuestión.

Finalmente, consecuencia del pormenorizado análisis de las relaciones entre categorías, subcategorías y sus propiedades y dimensiones, se presenta la categoría central en torno a la que se vinculan todos los datos.

4.2. ENTRE LA ILUSIÓN Y EL DESCONOCIMIENTO. GÉNESIS DE UN HABITUS.

Figura 17. Entre la ilusión y el desconocimiento. Génesis de un habitus.

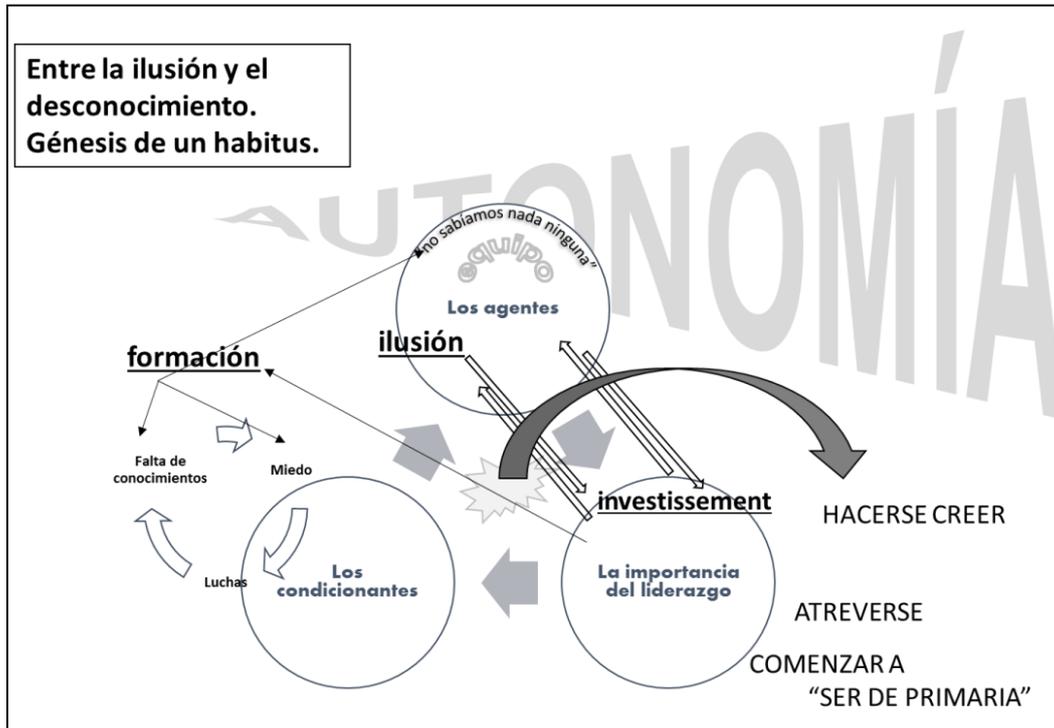


Figura 17. Representación gráfica de la categoría: Entre la ilusión y el desconocimiento. Génesis de un habitus. Elaboración propia.

La Atención Primaria de Salud nace con el encargo de llegar a toda la población, solucionando sus problemas más básicos, teniendo en cuenta sus desigualdades y llevando a cabo intervenciones preventivas, tanto dentro como fuera del centro.

En el año 1985 se incorporan al mapa sanitario de Cantabria los primeros equipos de Atención Primaria de Salud.

Desde la profesión de enfermería poco o nada se conocía de la prevención o la promoción de la salud, la formación de los profesionales había estado dirigida a ejercer en los hospitales construidos una década antes y se había centrado en gran medida en la ejecución de técnicas con gran destreza y un conocimiento clínico dirigido a ello.

La Atención Primaria de Salud plantea que el equipo multidisciplinar ejerza su responsabilidad sobre la salud de la población a su cargo siguiendo los presupuestos del modelo, en ese equipo las enfermeras están llamadas a tener un protagonismo igual al resto de los profesionales que lo componen.

Los antecedentes de la profesión de enfermería cerca de la comunidad se ceñían, hasta ese momento en la existencia de enfermeras en los ambulatorios, llevando a cabo técnicas y procedimientos y una gran cantidad de trabajo burocrático, todo ello derivado de la consulta del médico, al dictado de quien trabajaban. Por otro lado, estaban los practicantes, profesionales muy identificados por la población, con un desempeño más autónomo que realizaban técnicas y procedimientos, derivados también de las necesidades planteadas en la consulta médica, pero también demandadas por los pacientes. Llevaban a cabo su actividad en consultorios y, si era necesario, en el domicilio de las personas, que siempre les habían percibido como con mayor grado de independencia profesional y cierto grado de prestigio, sobre todo en las zonas rurales. Se puede decir que eran profesionales dotados de cierta cantidad de capital social y simbólico, no a la altura del médico, pero identificados muy positivamente.

Ante esta situación de partida se evidencia una diferencia notable entre los implícitos requisitos de capital cultural que plantea el campo y el que poseen los profesionales, escaso en relación con algunos aspectos o inadecuado en otros, caso de quienes llevaban tiempo ejerciendo su labor en el modelo ambulatorio tradicional o los en los hospitales, quienes poseen un habitus y capital cultural incorporado inadecuado para lo que ahora se persigue.

En esta situación, se cubren mediante concurso oposición las primeras plazas de enfermería de equipo de Atención Primaria de Salud, paralelamente a esto se produce la constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar con una jerarquía incipiente que pretende poner en marcha en Cantabria el modelo promulgado en Alma Ata.

Se plantea entonces un objetivo, construir el papel que los profesionales de enfermería van a jugar en este modelo de atención sanitaria sin precedentes y por tanto sin referentes. El reto: Llevar a cabo un papel único y que les represente entre la población, una contribución singular, necesaria y acorde al modelo de APS.

La población, aún menos conocedora de la reforma, carece de expectativas acerca de los hipotéticos beneficios que va a recibir, no percibe la necesidad de la aportación que el modelo plantea realizar.

Se trata de una época en Cantabria, como en el resto del país, de grandes cambios sociales y políticos, a una democracia reciente y con un gobierno socialista que desde 1982 generó en la población grandes dosis de ilusión e incertidumbre por su carácter reformista, que afectaba también a los profesionales de la salud. Tanto unos como otros estaban expectantes.

Solo con esta información ya adivinamos la singularidad de la realidad que supondría el grupo de profesionales que vivieron esa época, el tremendo esfuerzo que tuvieron que realizar aquellas personas que participaron en la puesta en marcha de los primeros equipos se refleja en cómo lo ven profesionales de generación posteriores. De las palabras de una informante: *“las del inicio se quemaron”* se puede deducir cómo se les identifica como

grupo singular, se les reconoce, además, el esfuerzo y el escaso resultado que éste supuso visto 30 años más tarde.

Sin embargo creemos que la repercusión está infravalorada. El hecho que hoy se les nombre es un dato muy relevante, teniendo en cuenta que quien lo hace no tuvo la oportunidad de vivir esa época, lo que ratifica su carácter de referente. Este grupo es poseedor de un capital cultural muy valioso, el incorporado, puesto que les distingue del resto y sirven de transmisores del mismo a otros profesionales.

Con perspectiva, se puede reconocer como la época clave para la enfermería de Atención Primaria de Salud en Cantabria, plagada de grandes logros, que en ese momento quizá no era posible identificar su magnitud, pero que, como veremos, han supuesto una importante influencia en la evolución de la profesión en este campo.

Las categorías que emergen de los datos analizados ponen de manifiesto que el perfil de los profesionales (agentes) junto con los condicionantes de un campo nuevo en expansión, forzaron respuestas en los agentes, conformando una práctica profesional concreta. A lo largo de toda la época de estudio se puede observar también la influencia de los responsables políticos, jugando un papel singular aquí.

Esta época se podría identificar por el grado de consciencia que se le otorga a la adquisición de un habitus, en la que el sentido del juego de los agentes se dirige a la búsqueda de un reconocimiento social que le capacite para ejercer su labor con autonomía.

4.2.1. LA IMPORTANCIA DEL LIDERAZGO EN LA GESTIÓN. EL INVESTISSEMENT.

Las personas que formaron parte de ese primer grupo encargado de iniciar el camino tenían muy claros dos aspectos, por un lado una apuesta clara y decidida por el modelo y por otra, estaban convencidos que la enfermera debía jugar un papel muy relevante a la hora de llevar los planteamientos teóricos a la práctica. Lo que Bourdieu llama *investissement*, es decir, merecía la pena luchar por jugar un papel en lo que allí se estaba creando.

Se llevó a cabo una apuesta sólida por el papel que la enfermería desempeñaría en el equipo, desconocido hasta entonces, marcada por un claro liderazgo y una importante credibilidad dentro del grupo multidisciplinar pionero.

El liderazgo estuvo protagonizado por una enfermera con experiencia hospitalaria, elegida por su prestigio profesional y sus capacidades para formar parte de un grupo de trabajo, con experiencia en la formación como monitora de una escuela. Dentro del equipo no tenía capacidad ejecutiva, pero sí gozaba de un importante crédito por parte de los que tomaban las decisiones.

Ese liderazgo residió fundamentalmente en la capacidad de trasladar a los profesionales de los centros ese *investissement*, inversión o compromiso, fomentado además por la ausencia de elementos tangibles con los que convencer.

La perspectiva planteaba grandes retos, pues todo estaba por hacer y era necesario tener claro hacia donde debían ir: las estrategias, cuidando evitar conflictos y aprovechando la potencialidad del grupo.

Llegaba gente más joven, de otros orígenes, que no estaba allí en los ambulatorios o consultorios y eso era un paso, pues no había que modificar radicalmente su forma de hacer, ya que no tenían ninguna y eso evitaba un conflicto.

No se podía pretender que las personas que ya estaban y trabajaban en el modelo tradicional alcanzaran unas cotas de capital requerido, pues existían pocas posibilidades de éxito y muchas de conflicto, tampoco era previsible que, como colectivo, participasen del *investissement*, así que la estrategia no incluyó a estos profesionales.

0328A6072MF: ...y este, que solo me conocía a mí prácticamente, me llamó a mí para estar un poco allí con él como de asesora, intentando inventar un poco el nuevo campo para enfermería. Ahí estuve cinco años.

¿Haciendo qué?

Como asesora de enfermería, sin ninguna capacidad ejecutiva. Entonces, allí había que montar un poco la Atención Primaria de Salud, qué iban a hacer las enfermeras en Atención Primaria de Salud, qué iban a hacer las nuevas.

0328A6072MF: Al revés, lo que no, que estaban haciendo fuera y entonces: “Esto no, porque es un personal muy caro para no hacer nada”. O sea, ser una ayuda para el médico pero, vamos, era una cosa muy pobre.

Era un poco extinguir el antiguo modelo de la receta.

Sí, pero no lo planteábamos como extinguir el antiguo modelo.

Sí, pero en realidad era...

Ese modelo no se tocaba, simplemente era decir qué iban a hacer las enfermeras en el nuevo modelo. Entonces, claro, yo decía: “Vamos a ver qué es lo que no tienen que hacer, porque las que acaban de empezar están haciendo lo que hacían”.

Se pretendió entonces huir del esfuerzo que suponía intentar cambiar formas y costumbres muy arraigadas y el conflicto que pudiera acarrear romper cánones muy establecidos, pero que por otra parte chocaban frontalmente con el nuevo planteamiento. La estrategia se centró en el valor seguro: formar a profesionales motivados para generar compromiso con el cambio y que esto sirviera de potente motor contagioso para conseguir resultados.

Esa estrategia pasaba por proporcionar las herramientas necesarias para llevar a cabo las iniciativas que partieran, tanto de forma natural, como las que surgieran de la formación y la interrelación de los profesionales de enfermería entre sí y dentro de los equipos. Los profesionales a medida que conocían las posibilidades que ofrecía la APS, atisbaban posibilidades y aquello les animaba a jugar.

No es posible saber ahora qué hubiera ocurrido si quien hubiera liderado ese cambio hubiera sido otra persona, pero sí parece claro que la apuesta por la enfermería en el nuevo campo estuvo clara.

En ese momento su liderazgo servía de guía y motivación a los profesionales puesto que existía una relación muy cercana, con múltiples oportunidades para la puesta en común de iniciativas y experiencias.

0328A6072MF: Yo creo que eran ilusionantes, al menos para mí muchísimo. Yo me impliqué hasta el cuello. Ilusionantes, difíciles, muchas veces de una lucha que a veces yo no tenía argumentos para defender, porque tampoco controlaba perfectamente el tema. Quiero decir, yo estaba aprendiendo como todos, yo no sabía más que nadie pero, bueno, de alguna manera lo que yo veía teóricamente veía que lo tenía que transmitir de alguna forma, transmitiendo a la vez que yo tampoco tenía ni idea, que me lo estaba aprendiendo en ese momento.

Los “de arriba” sabían lo que ocurría “abajo” y viceversa. De alguna manera el liderazgo de esta profesional también residía en adquirir los conocimientos más punteros sobre el modelo e intentar trasmitírselos a los profesionales en forma de estrategias para la implantación de iniciativas nuevas. Se intentaba hacer acopio de capital cultural, que no revertía inmediatamente en capital social, pero que servía para guiar la práctica e intentar alcanzarlo.

0128R5281MF: Ya la gerencia en aquel momento, que evidentemente sabría mejor lo que quería que luego ha pasado lo que ha pasado, pero bueno, en aquel momento era innovador decía: “A ver, hay que atender a los crónicos. Los tiene que atender enfermería”, y tal.

[..]Entonces te iban diciendo: “Bueno, a ver, a todos los crónicos hay que vacunarles de la gripe”.

[..]La gerencia en aquel momento tenía lo de Alma Ata y lo quiso implantar aquí, pero ni la gente de aquí es como la gente de Inglaterra ni el profesional de aquí era como el profesional de allí

[...]En aquella época ni ellos mismos yo creo que sabían. Por eso hacíamos reuniones cada dos por tres.

0328A6072MF: *Luego la parte práctica de Angelita La Rosa, que había trabajado en Sudamérica, en su país. Entonces, fue un curso, a mi modo de ver, muy interesante y que fue lo primero que se hizo para las enfermeras de Atención Primaria de Salud, las que empezaban. Entonces, a mí me parece que aquello dio otra visión.*

Algo que, de modo intencionado o no, sí parece que se generó en esa época y que ha determinado la evolución de la enfermería en APS en Cantabria, fueron las competencias transversales del modelo, potenciadas por lo que reflejan los profesionales como creencia, lo que Bourdieu denomina *illusio* o ilusión con un altísimo poder motivador, creerse el modelo, impregnarse de él y el *investissement*, el compromiso con el campo.

Esto es particularmente importante para los profesionales que se incorporaron entonces, que por el momento en que se produjo no existía ni siquiera la posibilidad de haberse formado en él previamente, por tanto la apuesta era casi una cuestión de fe.

Otorgarle la denominación de creencia a lo que se estaba haciendo encerraba la invisibilidad de los pasos que se iban dando: el no decaer, alentado por las expectativas que tenía la enfermería dentro del modelo y la sensación de ser partícipe de algo especial. Pero esta creencia, desprovista de resultados tangibles, tiene un corto recorrido como elemento de construcción, era necesario algo tangible.

0328A6072MF: *Yo he sido militante activa de la creación del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud. He sido muy activa, muy convencida y, vamos, que me lo creí absolutamente.*

0328A6072MF: *¿Hay diferencias entonces importantes entre las enfermeras de la primera generación y el resto? ¿Las clasificarías o al final hay una cohesión más o menos?*

Yo creo que sí hay diferencia.

¿Son las románticas?

Eso es, las nostálgicas, las románticas. Las que se lo creen.

A esa creencia no contribuyó solo el discurso de quienes ejercían el liderazgo, sino que ese clima se retroalimentó con formación, una apuesta por la formación amplia, muy novedosa y con una importante carga ideológica respecto al modelo de APS. Había interés y se apostó por la formación de una manera muy clara, como nunca posteriormente se ha

hecho, eso también contribuyó a convertir a ese grupo en diferente a todos los demás. Hay que señalar que en ese momento Cantabria estaba necesitada de importantes recursos económicos, en lo que a salud se refiere, para sostener un gran hospital como Valdecilla en pleno desarrollo tecnológico puntero, como lo que el esfuerzo económico realizado en esa formación tiene una especial relevancia y una lectura en términos de estrategia.

***0128R5281MF:** Al principio sí que hicimos muchísimos cursos de formación y luego los que estábamos en aquel momento de coordinadores y tal hicimos cursos muy interesantes, que realmente aprendías cosas.*

***0328A6072MF:** Bueno, ese periódico se mandaba a los centros intentando que nos fuéramos empapando de otra idea, de que dejáramos un poco lo que conocíamos y nos hiciéramos un poco a la idea de que en la Atención Primaria de Salud, si no nos involucramos todos, pues lo más importante no se lleva adelante.*

***0428R5280MF:** Los inicios yo los viví con mucha expectativa, con ilusión también, pero llegó un momento en el que yo los llamaba ejercicios espirituales.*

***1217R4895MF:** había mucha oferta, mucha más que ahora, y la gerencia yo creo que lo entendió muy bien, con muchísima sensibilidad en ese sentido. Fueron absolutamente facilitadores de todo, de días, de cursos, de que me apuntara a todos los que quisiera y sin ponerme cuotas de: “Has gastado los tres días de formación y ya no te formas más”.*

Yo tengo la percepción de que la gerencia que había entonces, tenía una sensibilidad especial y eso me permitió hacer todos los cursos que yo creí convenientes y sí que en poco tiempo ya empecé a coger mucha seguridad y a sentirme bien formada.

4.2.2. ¿QUIÉNES FUERON?

Quienes se incorporan en los inicios de la Atención Primaria de Salud en Cantabria, los pioneros, son los encargados de descubrir un camino e iniciarlo.

Teniendo en cuenta sus características, podemos identificar cómo han influido en la construcción del desempeño de la enfermería en APS en Cantabria. Estos profesionales llegan con unas expectativas en cuanto a ¿dónde llegan?, ¿qué se espera de ellos?, con unas motivaciones y una formación concretas. Todos ellos coinciden en los centros de salud y forman parte de los primeros equipos de enfermería. Son los encargados de descubrir el sentido del juego. Hay que recordar que en Cantabria, se tomó la decisión

estratégica de iniciar la puesta en marcha del modelo con personas recién llegadas, no incluyendo, inicialmente, a profesionales que ya trabajaban en el viejo modelo, no ocurrió lo mismo en otras regiones como señalan Melgar 2000 y Mínguez 2011.

4.2.2.1. Las expectativas.

Es difícil pensar que en el año 1984, recién publicado el RD de Estructuras Básicas de Salud, sin haberse producido aún los efectos que trajeron los estudios universitarios y sin oferta formativa relacionada con este nuevo modelo, los profesionales que se incorporasen lo hicieran por alguna razón más allá de la de conseguir un puesto de trabajo o la de explorar opciones profesionales alejadas de los hospitales. Hospitales, en los que, por otro lado, después de una época de gran expansión y posterior contención de gasto, tampoco había grandes expectativas laborales.

Dada la novedad del campo de estudio y las características de unos profesionales en cuanto a conocimientos, motivaciones y experiencia, es interesante conocer sus expectativas a la hora de incorporarse a la APS.

Las primeras personas en incorporarse, la mayoría tras una oposición, nada sabían de a qué se enfrentaban. Para servir de ejemplo, aquellos que accedieron a una plaza por oposición se habían enfrentado a un examen sin temario establecido.

Las expectativas eran nulas o estaban condicionadas por la poca formación no relacionada con la enfermedad y la atención hospitalaria a la que habían tenido acceso. El viejo modelo a extinguir del que sí podían tener cierto conocimiento, aunque solo fuera como usuarios, poco o nada tenía que ver con el horizonte que se les presentaba.

Las expectativas en estos profesionales no parece que hayan sido un factor que haya influido en su posterior desempeño, puesto que no se trataba de cumplirlas; sin embargo, sí han podido suponer una fuente de conflicto o lucha con otros agentes fuera del colectivo de enfermería puesto que se atisbaban unas posibilidades nuevas, de hacer cosas diferentes, que es posible que entrasen en conflicto con posiciones hegemónicas dominantes.

0128R5281MF: *Efectivamente, ¿te acuerdas del examen? Porque te estás refiriendo al examen.*

No, pero no teníamos ni temario. Yo creo que no teníamos temario.

0128R5281MF: *¿Pero tenías algo de idea de cómo iba a ser el trabajo que ibas a desempeñar en primaria?*

Yo creo que no. Es que realmente nadie fue sabiendo lo que íbamos a hacer, yo por lo menos.

0328A6072MF: *No sabíamos nada ninguna, éramos todas del hospital, todas.*

0328A6072MF: *[...] Al principio no había nadie que lo conociera, yo estoy haciendo algo, le estoy echando tierra, porque yo fui la primera que pasé del hospital.*

0428R5280MF: *Pues yo lo viví como un mundo nuevo porque la poca experiencia que yo tenía era habiendo hecho sustituciones y tal y entonces conocía cómo funcionaba el antiguo modelo, los antiguos consultorios, las consultas de dos horas y media y tal. Entonces, ya cuando se empezó a trabajar en los centros, era un mundo nuevo donde tampoco había ninguna directriz. Lo que veíamos era que ahí había un campo que estaba todavía por inventarse y por explorarse.*

1217R4895MF: *Lo cierto es que venía preocupada y hasta un poco baja de ánimo porque yo tenía una idea muy distorsionada de lo que era la primaria desde el absoluto desconocimiento. [...] Mi madre era enfermera. Ella toda la vida trabajó en el ambulatorio de especialidades en X., que era el ambulatorio de toda la vida. Yo tenía una percepción distorsionada en el sentido de que yo iba a venir a hacer lo que mi madre hacía allí.*

4.2.2.2. Fuimos desnudas totalmente, pero con una ilusión...

Parece obvio que los primeros profesionales que llegaron a los equipos no podían llegar tentados por un modelo de atención, puesto que estaba sin crear, así que, como se ha señalado, la casualidad, o la necesidad de un empleo fueron las motivaciones iniciales que les situaron allí.

Sin embargo el hecho de tener que dar respuesta a unas expectativas, como hemos visto, inexistentes, y el esfuerzo que se realizó por implicarles a base de formación y participación generó el ingrediente fundamental para la actuación: la ilusión o “poder motivador” que fue alimentada por la creencia generada en las posibilidades futuras y el apoyo de quienes tomaban las decisiones.

Esta ilusión o *illusio* se revela como el ingrediente fundamental para entender el desempeño profesional de las enfermeras en APS en Cantabria es lo que guía su participación en el campo, generando un magnetismo importante que le llevara a ser o considerase “de primaria”, a conseguir de forma inconsciente y progresiva ese capital tan valioso y codiciado en las instituciones, el capital cultural incorporado, que les va a facilitar la consecución del reconocimiento social que evidencia la participación única e insustituible en el campo.

0128R5281MF: *Yo lo que quería era acercarme aquí y entonces empecé a buscar y me salió una plaza del APD, como se llamaba entonces, en X. Estando allí salieron las primeras oposiciones para primaria.*

0428R5280MF: *¿A ti qué te llevó a trabajar en Atención Primaria de Salud?*

A mí ninguna vocación, la necesidad de encontrar un trabajo.

0428R5280MF: *Entonces, ya cuando se empezó a trabajar en los centros, era un mundo nuevo donde tampoco había ninguna directriz. Lo que veíamos era que ahí había un campo que estaba todavía por inventarse y por explorarse.*

0428R5280MF: *Entonces, bueno, las nuevas no sabíamos muy bien lo que había que hacer. Sabíamos que queríamos trabajar, teníamos ilusión pero, arrancar con el antiguo modelo, también fue un poco ir descubriendo poco a poco en qué tenía que consistir tu trabajo.*

Pero, ¿qué era lo que percibían los profesionales para hacer ese esfuerzo?: la posibilidad de conseguir la autonomía profesional. Habían sido formados en un campo social donde el reconocimiento y el poder residía en los médicos, donde eran percibidos como profesionales dependientes y todo su trabajo dependía de ellos, donde su reconocimiento venía de la mano más de la cercanía y el trato que de la profesionalidad. Posteriormente, el discurso generado en el seno de la revolución profesional de 1978 con motivo del paso de los estudios a la Universidad había calado en el colectivo, facilitando las aspiraciones de llevar a cabo un trabajo independiente y reconocido más allá de la vocación o las buenas palabras. El modelo de APS lo ratificaba señalándoles como miembros del equipo al nivel de los demás y asignándoles responsabilidades para con la salud de los ciudadanos. Ven entonces claramente el reto: Aquí es posible.

Estos dos códigos en vivo que siguen ilustran de manera especial las expectativas, las “ganas” o motivaciones, las iniciativas, la lucha inicial, la formación, el potencial a desarrollar, todos ellos ingredientes fundamentales para comenzar la nueva aventura profesional.

0128R5281MF: *Llegamos allí inocentes pero con muchas ganas de cosas evidentemente.*

0128R5281MF: *Fuimos desnudas totalmente, pero con una ilusión...*

La ilusión figura como elemento fundamental para todo lo demás. Esta ilusión compensaba lo desconocido, la falta de referentes, la desorientación, el esfuerzo que había que realizar por formarse, etc.

En ese camino tan complejo es muchas veces lo único que existe, junto con la creencia, para compensar la ausencia de elementos sólidos y sortear las dificultades que aparecen. Lo intangible para compensar la falta de lo tangible.

4.2.2.3. “No sabíamos nada ninguna”

La formación es un elemento clave en este estudio, el capital cultural, que se pone en juego en el campo. Un campo inmaduro sin requisitos de capital, pero a través de cuyos postulados teóricos se puede atisbar la necesidad de disponer de capital cultural adecuado a los nuevos planteamientos. Sin embargo, el año 1985 con la puesta en marcha de los nuevos equipos, las personas que se incorporan no tenían formación alguna relacionada con la salud pública, la prevención, la atención a la comunidad, el modelo de Atención Primaria de Salud. Disponían de una sólida formación técnica y práctica que no parecía servir de mucho a esos postulados, resultando, a priori, poco útil.

0328A6072MF: Yo arranqué de cero.

Los profesionales que participaban en aquello, que se podía calificar a estas altura ya de aventura, tampoco habían tenido oportunidad de acercarse a este tipo de contenidos en su formación reglada, así que ni si quiera la posesión de un título como capital cultural institucionalizado era garantía de nada más que de legitimación.

Como máximo, habían obtenido un título universitario, mayoritariamente por la vía de los cursos de convalidación de ATS, en el que constaban unos contenidos de Salud Pública y de Administración, pero lo que no habían tenido ninguno era la oportunidad de conocer era el modelo en la práctica, ellos eran los que lo estaban construyendo.

La formación hasta entonces iba dirigida a desempeñar un buen papel técnico en el ámbito hospitalario llevando a cabo actuaciones delegadas al dictado del tratamiento médico, aunque con una destreza muy valorada por todos, profesionales y usuarios. Hay que recordar que los grandes hospitales tienen una década y la mayoría de las escuelas universitarias donde se formaban los profesionales tenían dependencia de estos, las mismas hasta donde unos pocos años antes era impartido el título de ATS con los mismos recursos, había cambiado simplemente la idea que se tenía de los profesionales que habría que formar.

Se podía encontrar profesionales, que si bien no tenían los conocimientos, sí eran capaces de reconocer que había por ahí aires de cambio en cuanto a la autonomía profesional. La sola identificación de la posibilidad hacía a profesionales motivados buscar información y prestarse de buen grado a aprender cosas nuevas para llevar a la práctica, una práctica con poco contenido nuevo o diferente a lo anterior aún.

0128R5281MF: *Yo me acuerdo perfectamente que la formación, por lo menos la que yo recibí, era hospitalaria pura y dura. Como era la primera promoción de diplomados, a mí me tocó, donde yo estudié, un poco mezcla de la enfermería de antes con cosas nuevas.*

Por ejemplo, en microbiología a nosotros nos metieron el libro de Padilla, que era el de Medicina, pero nos [...] porque no estaba diferenciado muy bien, era una cosa nueva. Me acuerdo de la salud pública, que aquello estaba en pañales.

[...]Entonces, claro, te formaban principalmente para estar en el hospital. A ver este señor, una sonda... O sea, técnicas puras y duras, pero no te formaban más allá.

0328A6072MF: *No sabíamos nada ninguna, éramos todas del hospital, todas.*

0428R5280MF: *Yo formación técnica tenía suficiente. Quizás carecía de una base, de un marco ideológico. Nosotras no teníamos; cuando yo marché de la escuela empezábamos con los diagnósticos, con el PAE famoso aquel que ya pasó de moda. Se percibía que había un despertar en la profesión, pero yo eso no lo viví. Entonces, un poco he ido aprendiendo y descubriendo a base del trabajo.*

4.2.2.4. El equipo de enfermería.

Hablar de APS es hablar de equipo. En su espíritu, el Equipo de Atención Primaria de Salud (EAP) estaba concebido como la unidad de funcionamiento, el responsable de la población a su cargo, con una organización horizontal en la que todos los miembros aportaban y decidían, las enfermeras también. Pero hay diferencias entre la teoría y la práctica y más teniendo en cuenta su posterior evolución en el tiempo.

En los comienzos, guiados por seguir al dictado los postulados del nuevo modelo, los EAP comienzan a funcionar, aunque no siempre para los objetivos que estaban pensados, sino como un recurso de apoyo mutuo necesario para todos, aunque las motivaciones de los distintos grupos profesionales que los componían podían ser muy diferentes.

Aquellas cuestiones generales que guardaban relación con la puesta en marcha y que eran problemas de todos, y así se vivían, servían para aunar a personas en un frente común. Sin embargo el equipo como tal, parece que ha tenido poca o nula repercusión en el proceso de construcción del rol enfermero. El equipo no ha servido para potenciar, avalar o apoyar las iniciativas dirigidas a desarrollar una actividad enfermera diferenciada y visible de cara a la población.

Aparecen, sin embargo estrategias curiosas dentro del equipo en un momento en que la organización tenía que construir su jerarquía formal y había luchas por el poder. El

coordinador o coordinadora se elegía dentro del equipo, así el médico que se postulaba como candidato utilizaba para ganarse el voto del colectivo enfermero la defensa del trabajo de su en el nuevo modelo, prometiendo ser el garante de sus iniciativas, una prueba de la más de la indefinición con la que se percibía su papel, sin embargo la mayoría de las veces ese apoyo era puntual y guiado por intereses.

En estas luchas de poder se puede deducir que el EAP tenía poder real de cara a garantizar el éxito de las iniciativas o bien que el coordinador buscaba el reconocimiento social diluido en un modelo menos personalista en el que se ponía en juego el capital social conseguido por la profesión a lo largo de la historia en un modelo que podía “igualar” a los profesionales.

***0328A6072MF:** ...luego había una lucha de poder también... Los equipos tenían que crear su jerarquía, los coordinadores, había que nombrar coordinador y se elegía por votación. Ahí veías también las luchas. A veces el que pensaba que iba a ser coordinador iba, te contaba: “Las enfermeros de mi centro, estupendas”, tal. Luego resulta que no sale coordinador y es el que más guerra da intentado cargarse el trabajo de las enfermeras.*

Son otras alianzas funcionales las que han ejercido mayor influencia en el fenómeno que estudiado, en esta época se puede identificar el equipo de enfermería como grupo. No tiene carácter formal, pues no tiene ninguna función encomendada, es una estructura funcional, por tanto no está presente en todos los centros, pero sí tiene una característica importante: donde existe representa al grupo y fija sus límites.

El intercambio que se produce entre los miembros del grupo les enriquece, les identifica como grupo entre sus miembros y desde fuera, les sirve para ser identificados desde fuera también, constituye una cierta dosis de capital social: se identifica a las enfermeras como grupo.

Surge por afinidades personales, por compartición de los mismos postulados y, en ocasiones, con carácter defensivo o reivindicativo en respuesta a conflictos o amenazas.

***0128R5281MF:** Surgió un grupo, en X éramos un grupo que nos llevamos bien y con el pasar de los años ha ido llegando gente, pero ha salido siempre un grupo majo de trabajo.*

***0128R5281MF:** ..pero la pobre mujer estaba tan agradecida que nos dio 5000 pesetas de las de hace... Fijate, estaba yo embarazada de la mayor, hace 24 años. Nos fuimos todo el equipo a cenar a conveniente, que era barato. Luego nos tomamos un café y tal. Eso hace grupo, eso hace piña.*

El hecho que no haya tenido un carácter universal no quiere decir en absoluto que donde haya existido no haya tenido una repercusión importante, más bien todo lo contrario. La unión entre profesionales con las mismas inquietudes e intereses ha servido de efecto multiplicador de esa ilusión identificada, siendo el motor de las primeras iniciativas, el recurso más importante para solventar las dudas y un elemento con capacidad de transmitir la importancia de lo que estaba haciendo y haciendo valer los logros conseguidos.

***0128R5281MF:** Te quiero decir que, como hay muchas cosas que realmente las asumí enfermería, toda la parte crónica, toda la educativa, el salir a la comunidad, todo eso nos lo teníamos que organizar nosotras porque no nos ayudaba nadie. Entonces, claro, nosotras hacíamos mucho trabajo de equipo: “Oye, ¿y cómo hacemos esto?”*

..Entonces, quizás como todas estábamos en el mismo nivel, estábamos más cohesionadas que ellos.

Otra función muy interesante que ha desempeñado ha sido la de acoger al que se incorporaba haciéndole partícipe y sirviéndole de orientación en lo que debía hacer en relación con cuestiones poco definidas o conflictivas. El equipo, a su vez, se va nutriendo de los profesionales que se van incorporando. En un momento como este existía una homogeneidad importante que hacía que fuera fácil mantener esos postulados no escritos (el habitus), sin embargo habría que apuntar que existía riesgo de cierta variación en los mismos en función del perfil de los profesionales que se han ido incorporando, esta variación va desde el enriquecimiento hasta la desaparición como grupo.

***0128R5281MF:** Era un grupo de gente, sí. Y después se ha ido evolucionando peor, vamos, yo creo que equipo, hablando de mi centro, el equipo de enfermería. Ahí se trabaja como equipo.*

Desde las direcciones o desde el propio equipo de Atención Primaria de Salud o desde otros colectivos se ha identificado el equipo de enfermería como un instrumento de reivindicación.

***0328A6072MF:** Entonces, parece que las enfermeras siempre estamos reivindicando, pero parece que el responsable de enfermería está para reivindicar siempre tal. No, está para que el equipo funcione, para que el centro funcione, pero a veces eso, o lo llevas muy bien, o se te escapa. Tú vas siempre a tu grupo.*

Lo que sí parece una evidencia es que equipo de enfermería es identificado por los profesionales como su grupo de referencia.

4.2.3. LOS CONDICIONANTES

Lo constituyen aquellas circunstancias, derivadas del momento, unidas tradicionalmente a la profesión o de tipo organizativo o estructural, que dan luz a qué iniciativas, cómo o por qué se llevaron a cabo en ese momento.

4.2.3.1. *Sola ante el peligro*

La profesión estaba acostumbrada a ejercer un rol muy cercano y muy centrado en tareas delegadas por el médico que es quien decide qué, cómo, cuándo y cuánto se debe “dar” al paciente. Se sabe cómo eso era altamente valorado por la población e identificaba al profesional.

En el modelo de Atención Primaria de Salud encontró un espacio con muchísimo potencial para ser capaz de decidir cosas por ella misma y ser valorada por un trabajo autónomo. Esta posibilidad, hasta entonces desconocida, fue identificada muy rápido como autonomía profesional, sin embargo exigía saber qué se iba a aportar a la salud de la población y reunir también los requisitos que le capacitasen para hacerse responsable de esa aportación. Eso generó mucha inseguridad.

La falta de conocimientos y habilidades para ejercer las nuevas competencias, o la inseguridad de la inexperiencia produjo miedo.

0128R5281MF: [...] al principio estás insegura porque no te han formado para eso.

0428R5280MF: Yo creo que antes lo has dicho pero, por si acaso, ¿cómo te sentiste al tener una consulta para trabajar, tú que habías trabajado en el ámbito de ambulatorio?

Insegura.

0128R5281MF: Yo me acuerdo de las primeras cosas cuando hablaba con el paciente, que era lo que os estaba comentando antes, que tú tampoco te sentías

segura cuando ellos te preguntaban y tú tenías que responder, porque a veces ni lo sabías.

0220D4791MF: *Yo, para hacer grupos de diabetes, me tuve que meter una empollada porque me daba miedo, a la primera que le daba miedo era a mí de que algún paciente supiera más que yo.*

No había Internet cuando aquello, hace 20 años. Pero, claro, siempre hay gente que lee y tal. Yo me acuerdo que en los primeros grupos, acojonada me metía detrás del proyector que un laboratorio me había dado material para que no me vieran la cara de miedo que tenía.

0907R4890HF: *Hombre, como todo primer trabajo y como todo profesional que empieza a trabajar, cuando tienes tú la responsabilidad directa, si te das cuenta de ello, al principio un poco las piernas te tiemblan pero sí, yo creo que...*

Falta de seguridad que no solo tenía en ese momento el profesional que se había incorporado al centro y que atendía a los usuarios, sino que también la persona encargada de liderar el proyecto enfermero del primer equipo de dirección compartía con sus compañeras esa sensación, de carácter más general o más teórico, pero inseguridad al fin y al cabo.

0328A6072MF: [refiriendo se a un encuentro con Carmen de la Cuesta] *Entonces yo alucinaba, porque a aquella mujer yo la veía con el director de Atención Primaria de Salud discutiendo en una pizarra y yo decía: “Yo quisiera ser como esta”. Porque eran unos planteamientos, una seguridad, un utilizar toda la metodología científica con una seguridad impresionante y dando una visión completamente distinta.*

4.2.3.2. El juego de las sillas.

Las enfermeras del llamado “nuevo modelo” de AP se incorporaron a lugares de trabajo donde convivían restos del llamado “viejo modelo”, con colegas de profesión de dos tipos: las enfermeras de ambulatorio que venían desarrollando un trabajo muy técnico, sentadas al lado del médico en la misma consulta con un carácter claramente auxiliar, y los tradicionales practicantes o APD’s, con una marcada diferencia respecto a las anteriores. Éstos, mayormente varones, desarrollaban también un trabajo técnico, pero en un consultorio propio donde atendían unas horas al día y muchas veces fuera de la consulta, en los domicilios. Su trabajo consistía en la aplicación de inyectables, realización de suturas o curas, pero con un mayor uso de su propio criterio. Un trabajo

muy cercano al del médico, una figura muy reconocida y prestigiada por la población. La convivencia generó los primeros conflictos.

Los nuevos profesionales comenzaron a realizar un trabajo que, sin aportar novedades a la oferta existente, empezaban a acercarse a los postulados de la APS. Asumieron tareas que venían realizando profesionales que ocupaban esos puestos de trabajo llamados a extinguirse o integrarse. Entonces surge la lucha por la posición dentro del campo.

0128R5281MF: En X había gente que era tremenda e incluso a veces con las enfermeras que no estaban, las antiguas, que eran gente que tenía... Yo tenía 24 y ellas tenían cincuenta y tantos. Entonces, como pasa un poco ahora con el diagnóstico de enfermero, pues que hay gente que no entra por él. Llega la gente de la escuela y ahí se mezcla otra serie de cosas, pero realmente la formación es distinta. Entonces, ellas no estaban formadas para eso y no lo entendían.

0128R5281MF: Entonces, cuando llegamos las enfermeras que habíamos aprobado aquella oposición, en el Astillero había dos de las antiguas y ellas se sentaban al lado del médico a hacer recetas y a hacer curas y para de contar. Es que no hacían más, no iban prácticamente a domicilios porque iban los APD, los enfermeros de APD, pero ellas estaban in situ para recetas, para una cura de no sé qué. No existían vacunas ni nada, de aquello no había nada.

Por otro lado, la escasa promoción de la salud que entonces existía, la dirigida a los escolares, era realizada por grupos de profesionales dependientes de la Consejería de sanidad, que al emerger este nuevo modelo con nuevos profesionales y nuevas funciones, veían peligrar las suyas, surgiendo otro foco de conflicto.

0128R5281MF: La salud escolar la hacía Sanidad que iba a los colegios, les pesaba, no sé qué y no sé cuánto, les ponía la vacuna y ya estaba. Miraba los dientes, la vista...

Pero eso lo empezamos a asumir primaria. Cuando lo empezamos a asumir en Astillero, aquello fue la guerra porque decían que nosotras estábamos asumiendo un trabajo que no era nuestro porque era de los de Sanidad. Bueno, aquello fue...

4.2.3.3. Lo técnico, lo conocido.

La realización de técnicas y procedimientos ha ido unido de manera constante al ejercicio de la profesión, constituyendo la principal fuente de reconocimiento social y profesional. Desde la formación se había hecho especial hincapié en formar profesionales altamente

competentes en este aspecto. Dentro del propio colectivo, que había hecho de estas habilidades su punto fuerte, se llegaba a asimilar competencia profesional con habilidad para llevar a cabo procedimientos, cuanto más complejos mejor.

Al llegar a los Centros de Salud se planteó que los nuevos profesionales eran un lujo para llevar a cabo tomas de tensión o aplicación de inyectables, para que su capital social fuera reducido a lo que eso significaba, sin embargo el ejercicio de esta faceta generaba seguridad en los profesionales y servía para ofrecer algo que la población conocía y les permitía acercarse a ellos y darse a conocer.

El esfuerzo se centraba en la búsqueda de qué papel desempeñarían las enfermeras. Entonces prestar atención a la demanda ya existente e incorporar otros servicios, que hasta entonces solo se venían ofertando en los grandes ambulatorios de la época, sirvió para que los profesionales pudieran ejercer un papel que conocían bien y que la población valoraba mucho. La idea era ir acercándose e ir ofertando cosas nuevas a medida que se tenía claro hacia dónde se iba a ir, mientras se iba ganado tiempo.

***0328A6072MF:** Mezclar lo nuevo que a ti te habían enseñado de lo que creías que iba a ser la Atención Primaria de Salud con el contexto de la prevención y sustentarlo con algo ya conocido, que es lo que es las enfermeras sabemos: tener una herramienta...*

Claro, porque si no era mucha la inseguridad que uno sentía en una consulta sola con un paciente al que le tienes que ofertar algo

***0128R5281MF:** Se empezaron a hacer otras pruebas diagnósticas: electros, que tampoco se hacían en los centros, lavar oídos, que tampoco se hacía en los centros, pero era todo técnica.*

***0328A6072MF:** Y además la técnica era muy identificada por los pacientes, que los hacía la enfermera.*

Claro, porque además el paciente no esperaba nada de la enfermera en sí misma.

Que le pinchara.

Claro, pero no eras tú, era el APD o el de zona. Con lo cual, ¿el paciente qué esperaba de la enfermera? En principio no se sabía.

Con el tiempo se ha visto que la ejecución de técnicas y procedimientos, ligados tradicionalmente al desempeño de las enfermeras, sirvió como “tarjeta de presentación”, como oportunidad de ir más allá, de hacer algo más.

0328A6072MF: *Todas las técnicas nos sirvieron para empezar y llegar donde estamos.*

0220D4791MF: *Es por lo que nos valoran...Por lo que nos valora la gente, sí, y yo ya te lo dije: cuando empezamos como alumnos las técnicas son importantes y la confianza de la gente la alcanzas a través de las técnicas.*

4.2.3.4. La consulta no solo es un espacio.

La consulta tenía un valor simbólico muy importante, iba muy unido al cambio de concepto de la profesión, a la nueva realidad. Sirvió como instrumento facilitador para ir introduciendo otras funciones, potenció enormemente el acercamiento a la población y a sus problemas, pero sobre todo, le otorgaba una legitimidad y escenificaba el concepto de autonomía profesional, aunque de momento fuera más la escenificación de un deseo que la realidad.

Constituyó una demostración de capital simbólico que aún no se poseía, es decir “tomaron prestado” el valor que la sociedad otorgaba a pasar consulta, aunque lógicamente para el trabajo que se plantea desarrollar era necesario ese espacio físico.

Tuvo para los profesionales un significado que fue más allá del mero lugar, asimilando el hecho de tener consulta propia a tener que demostrarse merecedor de un espacio de trabajo cargado de significado en el ámbito sanitario, sinónimo de poder y capacitación y muy prestigiado y reconocido por los usuarios.

0220D4791MF: *¿Y tener consulta propia qué ha significado para ti, y población propia?*

En Dobra no había una consulta propia, era sala de curas. Significó responsabilidad, para mí significó responsabilidad.

Se llegó a calificar el hecho de tener consulta propia de “hito profesional”. Esta afirmación resumiría el hecho de haber tenido que llenar un espacio de contenido en un momento de gran incertidumbre y conseguir convertirlo en parte de la identidad profesional.

Trabajar en una consulta propia fue el comienzo de esa ansiada realidad de autonomía, no al dictado y órdenes de los médicos. Supuso un reto para los profesionales en este camino que habían emprendido debían hacerse merecedores de ese símbolo del capital simbólico que han tomado prestado y tenían claro que esa inseguridad se vencía con el

reconocimiento que otorga la sociedad. Ese reconocimiento vendría facilitado por la solución adecuada de problemas que los ciudadanos perciben como importantes, para conseguirlo era necesario adquirir muchos conocimientos. La consulta supuso un impulso y un reto.

0220D4791MF: ¿Hay algún hito en la práctica que hay supuesto algo? Algo en la práctica que haya supuesto un hito para el trabajo de las enfermeras de Atención Primaria de Salud.

Tener nuestra consulta propia.

0428R5280MF: Significó que tuve que ponerme a refrescar muchas cosas y fue, ¿cómo te diría yo? Fue un esfuerzo, pero al mismo tiempo fue gratificante el tener mi propia consulta y el hacer que mi trabajo no fuera auxiliar.

¿Cómo te sentiste al tener una consulta para trabajar tú que habías trabajado en el ámbito de ambulatorio?

Insegura.

Los comienzos hicieron que los equipos comenzaran a trabajar en lugares de los más dispares, ambulatorios reconvertidos, antiguos consultorios, incluso módulos prefabricados. En todos esos sitios estaba previsto que hubiera una consulta en la que el médico recibiera a sus pacientes, puesto que con las singularidades que hubiera, esa era una actividad que tradicionalmente llevaba a cabo el médico y se esperaba que lo siguiera haciendo en este nuevo modelo, pero no así para las enfermeras, así que la improvisación, la adaptación o la imaginación tuvieron que hacer el resto.

0128R5281MF: Entonces, yo estaba con el médico en la consulta, entre otras cosas porque no había sitio físico para las enfermeras.

Estábais en el bajo aquel.

Sí, pero es que tampoco había sitio físico. Lo primero, ni había sitio físico para enfermeras ni ellos, los médicos, estaban mentalizados de la función que teníamos nosotras y nosotras tampoco sabíamos muy bien a lo que íbamos. Entonces, aquello era un caos.

Inicialmente, dada la coyuntura, los profesionales de enfermería ocuparon las salas de cura como consulta propia, quizá este hecho sirviera de transición facilitadora, puesto que todos, profesionales y usuarios, reconocían la labor de los enfermeros en esas dependencias en las que había tantas jeringas, agujas y material de curas.

Esa circunstancia, a primera vista caótica, es posible que le otorgara a las enfermeras el tiempo suficiente para trabajar en pro de “llenar” de contenido el espacio físico de la consulta y de “convencer” a unos (los médicos) y a otros (los pacientes) con lo que hacían.

El trabajo en consulta propia llega de la mano del cambio de vestimenta respecto a la tradicional imagen de las enfermeras: la bata blanca. Con la bata ocurre un poco lo mismo que con la consulta, pero parece sin embargo que el valor que se le otorga no lo tiene por sí sola, la consulta lo acapara todo.

***0128R5281MF:** ¿El que lleváramos bata en vez del uniforme? [...] Lo de la bata fue comodidad. No trascendía más de aquello porque nosotras teníamos... Yo, de hecho, cuando empecé en Astillero llevaba uniforme, pero el problema es que tenías que salir a los domicilios porque ya se empezaban a hacer domicilios: curas a domicilio, no sé qué. Entonces, estabas en un sitio relativamente caliente o caliente, dependiendo del centro en que estuvieras, y tenías que ir a la calle.*

Entonces, claro te tenías que cambiar y al final buscas la comodidad. No hubo más trascendencia que aquella.

***0128R5281MF:** [En relación al cambio de uniforme a bata] Lo que pasa es que sí hubo trascendencia de enfrentamientos con médicos que no querían que su enfermera...*

4.2.3.5. Ceder para crecer.

En este proceso surgió el conflicto con los médicos. Éstos no veían con buenos ojos que la enfermera viera “a sus pacientes”, veían peligrar su posición en el campo debido al reparto de un capital en juego, el simbólico. Se mostraban temerosos de un posible intrusismo, demostrando un evidente desconocimiento del nuevo horizonte.

Las enfermeras, que veían muy claro la oportunidad que el modelo les brindaba, relativizaron el conflicto e intentaron demostrar su capacidad para legitimarse.

***0128R5281MF:** Y luego, claro, el enfrentamiento que había con determinados médicos que no querían que a sus pacientes les viera una enfermera porque, según ellos, estábamos cogiendo funciones de médico. No existía ni educación ni nada de nada.*

[...] Al principio, a lo mejor tenías dos pacientes, dos diabéticos que habían caído por allí de incognito, pero después ya claro , el médico en el momento -que también determinados médicos veían que tú eras capaz de solventar, de educar y manejar insulinas y no sé qué-, también te iba...

Una curiosa manera de solucionar o contener los conflictos al comienzo fue utilizar como moneda de cambio la realización de “favores”, es decir, las enfermeras realizaban tareas que no le gustaban a nadie – un ejemplo es la cumplimentación de recetas- y cumplían dos objetivos: por un lado, tenían contento al médico con el que trabajaban y, por otro, estaban ocupadas en un tiempo en el que todavía era un reto “llenar” su tiempo y era una forma de no ser cuestionadas. Resulta curioso que por realizar ese tipo de actividades el médico no percibía intrusismo aunque se realizara en una consulta y con “sus pacientes”.

0328A6072MF: *Pues porque, de alguna forma, ellos han descargado al principio muchas cosas. Incluso al principio se hacían las recetas, aunque se hacían fuera. Hubo algunos sitios donde no se hicieron nunca, también hay que decirlo.*

[...]Hubo de todo, pero también era un poco el tema de las recetas como el paraguas bajo el que algunas enfermeras pues ya media mañana estaban ocupadas, ya no te iban a decir: “¿A ver qué estáis haciendo?”

Todo esto tenía un fin, ser capaz de “volar”, de salir de la tutela médica, de no tener que pedir autorización de manera más o menos evidente para tener iniciativas con los pacientes. A la vez, los usuarios veían que las enfermeras estaban “legitimadas” por los médicos para llevar a cabo según qué cosas. De alguna manera si los médicos veían bien que ellas realizaran actividades dentro de la consulta, los usuarios les otorgaban crédito. Utilizaban, prestado también, el capital social de los médicos para intentar conseguir el propio.

0128R5281MF: *El ganarte tu propio hueco dependía, como tú has dicho antes, de con qué médico trabajaras, si te ganabas tu confianza.*

0328A6072MF: *Entonces, era utilizar un poco lo que sabíamos hacer, que al médico le tuviera un poquito también contento, que al paciente el dieras algo que de alguna manera el confiara en que tú le podías dar, y a que a la vez te permitiera salir de la tutela médica*

0128R5281MF: *Entonces tú tenías que ir poco a poco ganándote, primero al médico y luego al paciente, porque el paciente tampoco asumía que tú fueras a atender lo que a él le pasaba.*

4.2.4. ¿QUÉ HICIERON?

El qué hacen las enfermeras es la parte fundamental del nacimiento de un nuevo rol, ese qué responde a adaptar lo que el profesional es capaz de hacer con lo que posee, con la influencia de las políticas y adaptado a los condicionantes que tenían lugar en ese momento.

Ese contenido de su trabajo tuvo una repercusión en forma de identificación de la población a la que va destinado, del carácter de esa repercusión dependería si las iniciativas se consolidan, si se hacen reconocibles.

4.2.4.1. *Creérselo.*

Las iniciativas constituyen lo objetivo, aquello que se va haciendo que va dando cuerpo al trabajo de las enfermeras en APS. La autonomía es un valor que permite llevar cabo estas iniciativas a lo largo de toda la evolución del modelo, sin embargo es al comienzo cuando tienen un valor más importante, van a constituir las bases de lo que se realizará posteriormente.

Estaban llevadas a cabo por personas muy motivadas, un valor difícilmente reproducible puesto que fueron personas que fueron atesorando unas competencias transversales del modelo de APS fruto de su formación y de su experiencia paralela a la del propio modelo. Estas competencias eran fruto de la mezcla entre esa motivación, la formación que se llevó a cabo y el descubrimiento simultáneo de la autonomía profesional por muchas personas, que es lo que generó el llamado *investissement*, el interés por el juego.

Llama la atención cómo, a pesar de haber un grupo cohesionado con objetivos comunes en la gerencia y un liderazgo claro en enfermería, las primeras iniciativas partieron de los profesionales, siendo quizá el resultado de las creencias generadas y la consecuente certeza que la autonomía profesional era una realidad posible.

0128R528IMF: *¿Cuánto había ahí de premeditado que te iban guiando, cuánto había de evolución tuya?*

La evolución nuestra, vamos, el 90%. Lo tengo clarísimo.

Cuando todo estaba por hacer, cualquier iniciativa que llenase un espacio y fuera acorde con lo que se pretendía construir era bienvenida.

0128R5281MF: Entonces, era como lo que nosotras queríamos un poco ir haciendo.

0428R5280MF: Pero el ir descubriendo tu camino, en qué puede consistir mi trabajo, qué es lo que yo puedo ofrecer que no ofrece el otro profesional. Todo eso lo hemos ido descubriendo poco a poco.

Al inicio, las iniciativas iban dirigidas a crearse el espacio, a llenar la consulta de contenido. Aprovechando que convivían con colegas cuyo cometido era otro, pero conocido para las recién llegadas, se comienza a trabajar aprovechando lo que ya se le estaba ofreciendo a la población.

0328A6072MF: Entonces, hablo de salir de la consulta médica y entonces ya teníamos un espacio fuera y entonces había que llenar ese espacio y era cuando venía el problema.

¿El espacio de la consulta de enfermería?

Eso es. Entonces, yo salgo del espacio físico del médico y tengo mi espacio físico...

0128R5281MF: Luego ya, aparte de lo que nosotras queríamos ir haciendo, al primero te tenías que amoldar. Seguías sentada con el médico pero ya abrías historias clínicas, preguntabas, hacías curas.

0328A6072MF: Vamos a ver, yo creo que inventado, aunque todo estaba inventado pero podría decirse recogido de otros sitios, porque hemos recogido también la parte de practicantes de APD, hemos dejado todo lo de enfermera de consulta de lo cual me alegro; eso se dejó, se cogió lo de practicantes, se cogió lo de la enfermera de escuela.

Había que rentabilizar todo aquello que se sabía, gestionar adecuadamente el simple hecho de citar a un paciente en la consulta - con lo que el médico no estaba de acuerdo, y, a la vez, aportar algo a una sociedad que no espera nada de las enfermeras más allá de lo ya conocían de ellas. Para ello se llevaron a cabo diversas estrategias que pretendían ofrecer algo que no ocasionara problemas con los médicos - principales resistentes a la citación de pacientes - que fuera reconocible por los pacientes y que permitiera ir atisbando un campo propio de trabajo.

0128R5281MF: *Nos subíamos a una sala que teníamos: “Lista de crónicos”, que fue cuando se empezó a clasificar un poco según la patología que tenía.*

[...] Entonces tú, del cupo del médico, sacabas...

[...] En enfermería luego, cuando ya empezamos a hacer protocolos, nos daban hojas de protocolos: el de hipertensión, el de diabetes. Eran hojas que tú tenías que rellenar con los antecedentes y luego ibas poniendo el azúcar, la tensión y no sé qué, del día en que tú lo veías. Luego tenías que ir rellenando si les dabas educación, si no sé qué, pero todo era manual.

[...] A lo mejor, cuando se marchaba un médico, nos metíamos nosotras y hacíamos algo y citabas a cuatro pacientes, pero no el volumen que hay ahora.

[...]: A lo mejor hoy en día no, pero en aquella época evolucionó mucho más la enfermería de primaria que la del hospital pero, vamos, años luz. Tenías como más claro tu territorio. Aquí seguían un poco las órdenes y allí te estabas ganando tu propio hueco.

0328A6072MF: *Ahí hubo una estrategia de inicio de cambio y de dar otra visión con otros aspectos menos curativos, menos medicalizados y más alguna actividad de tipo preventivo, interviniendo otros profesionales con otra visión un poco más amplia.*

Se comenzó a trabajar en la protocolización de la atención de aquellos problemas que presentaban los pacientes con mayor frecuencia y que podía requerir llevar a cabo ciertas intervenciones que las enfermeras manejaban con seguridad, los pacientes las recibían de buen grado y, a la vez, se iban añadiendo aspectos de tipo preventivo.

0328A6072MF: *Claro, para eso se elaboraron unos protocolos, se hicieron grupos de trabajo. Entonces, ¿qué protocolos? Aquellos que controlábamos más: controlar a los hipertensos y a los diabéticos, que había una técnica que hacer, una técnica física que hacer. Le tomo la tensión, le siento ahí, le digo que está bien y tal. Pero luego quedaba toda la parte de ver el conjunto, verlo de otra manera.*

[...] Entonces, era un poco el modelo antiguo pero que había que romperle porque ahora se hablaba de prevención, de promoción, de cuidados, y eso es lo que había que inventar. Pero, claro, inventarlo sobre la nada, que no teníamos nada, pues era muy complicado. Entonces, era utilizar un poco lo que sabíamos hacer, que al médico le tuviera un poquito también contento, que al paciente el dieras algo que de alguna manera el confiara en que tú le podías dar, y a que a la vez te permitiera salir de la tutela médica.

[...] Todo se basaba un poco en que tuvieras que hacer algo. No te ibas a poner con un paciente delante y hablar, no estábamos preparados para eso. Entonces, había que hacer algo para que el viera que...

Si inicialmente el esfuerzo fue dirigido a dotar de contenido una consulta vacía, sin resolver totalmente ese asunto se inicia el reto de salir del Centro de Salud e ir descubriendo qué se podía hacer fuera de él. Los postulados del modelo dirigidos al trabajo en la comunidad no tienen eco en los médicos, que encuentran este trabajo de poca importancia, siendo aprovechado por las enfermeras como una parte más de ese nuevo papel que se estaba gestando. Es decir, recogen aspectos del modelo que los médicos, con un capital social y simbólico importante, consideran que no son actividades suficientemente importantes y es aprovechado por unos profesionales ansiosos de encontrar su espacio.

0128R5281MF: [En referencia a por qué los médicos no habían salido del centro de salud] *Porque los médicos son médicos, así de claro. Los médicos están para hacer consulta y lo otro son chorradas.*

Se plantea una situación crítica dentro del propio colectivo, ya que una parte de él considera innecesario salir del centro para desarrollar su trabajo, se planteaba que el esfuerzo que había que hacer era muy grande y siempre existía la posibilidad de seguir haciendo lo que se sabía hacer bien sin buscarse complicaciones, esto suponía un camino en sentido contrario a lo que se perseguía.

0328A6072MF: *Bueno, después de eso hubo una segunda parte que era lo de salir fuera del centro, los domicilios.*

Y el trabajo en la comunidad.

Claro, lo que pasa es que el trabajo en la comunidad, que el sociólogo tantísimo nos insistía y tanto nos trabajó...

0328A6072MF: *Hubo muchísimas resistencias, incluso de nosotros mismos, los profesionales de enfermería. No había manera de entender aquello de salir fuera del centro: “No, ¿para qué? Si pueden venir aquí”.*

0328A6072MF: [refiriéndose a las enfermeras] *Se resistían a muchas cosas. Entonces empezó a estar claro que había que salir de la consulta y no hacer ciertas cosas.*

Pasadas las iniciales dificultades, las enfermeras descubrieron fuera de la consulta un campo lleno de posibilidades, algo que hasta entonces no realizaba nadie. En un período bastante corto de tiempo esta faceta es identificada por el colectivo como una parte muy importante del su rol profesional, de su contribución autónoma a la población.

0328A6072MF: Me gustaba aquello de tener un grupo de población asignado que yo iba, venía. Yo fui a las casas por primera vez y me pareció muy interesante, muy amplio y con muchísimas posibilidades.

[..]Está claro, esto es bonito, esto es precioso, pero luego te encontrabas con que: “¿Cómo vamos?” Y entonces se hacían cosas tímidamente. Se hacía la revisión escolar y volvemos un poco a lo de siempre: nos apoyábamos en lo que conocíamos para intentar hacer algo diferente.

0128R5281MF: Entonces fíjate tú lo que es la cosa: empezamos a hacer las revisiones de los 6 y de los 14 en los colegios. Se los pesaba y se les ponía la vacuna. Después, al pasar los años, aquello trajo como consecuencia que la revisión de los 6 y de los 14 se incorporara a pediatría, a las revisiones del niño sano, porque al principio no se hacía hasta los 14. Entonces eso ya fue: “Oye, ¿y por qué no lo hacemos en el centro?” E íbamos las enfermeras solas, no iba ningún médico y me acuerdo que llevábamos los maletines de urgencias porque a lo mejor te daba una reacción alérgica una vacuna y tenías que estar ahí con todo el armamento previsto.

O sea que, fíjate tú, salud en la comunidad...

Existe una compleja relación entre la formación y las iniciativas. La formación que reciben dirigida al conocimiento del modelo les hace aumentar la motivación por llevar a cabo iniciativas hasta entonces nuevas para la profesión; al llevarlas a cabo identifican la importante necesidad de conocimientos que precisan para ejercer la autonomía profesional que anhelan, lo que les lleva a realizar un importante esfuerzo formativo en aquellos aspectos que les capaciten para diseñar y ejercer sus propias iniciativas.

Está presente la ilusión y el compromiso o el “poder motivador”, el *investissement*, que no solo sirve para actuar, sino para formarse, para conseguir llevar a cabo un nuevo papel, prueba de ello es el carácter autodidacta que tiene parte de la formación.

0128R5281MF: Hombre, al principio estás insegura porque no te han formado para eso. Entonces, en el momento en que te preguntaban una duda... Por ejemplo un diabético; yo ahora sé muchísimo más de diabetes que cuando acabé la carrera porque evidentemente allí te daban la patología, no sé qué, no sé cuánto, pero no te hablaban nada de educación.

O sea, realmente el que tenga 100 o que tenga 200, sí puedes saber si es mucho o es poco, pero no sabes qué hacer con ello, no sabes investigar ni preguntar. Tienes que preguntar, tienes que saber preguntar sin herir a la otra persona. Por ejemplo, yo me acuerdo cuando empezamos con los protocolos de hipertensión que también tenías que aprenderte los efectos secundarios de los hipotensores porque a lo mejor llegaba un señor y tenía tos y era de un Enalapril. Si tú no sabías eso...

0128R5281MF: *...por ejemplo allí mismo en los centros empezamos a hacer sesiones clínicas y a aportar cosas y todo eso te ayudaba luego a ir enfrentándote cada vez más a las respuestas, a la seguridad ante lo que te preguntaban. Era formación de todo.*

[...]Me metía en todo lo que podía porque necesitaba. Yo había aprendido algo, pero era 90% hospitalario y mi vida profesional no iba a ir por ese camino. Entonces, todo lo que pude.

0428R5280MF: *Yo creo que nosotros hemos sido autodidactas en todo el tema de educación para la salud.*

Pese a haber resultado dura e intensa en algunos momentos, se identifica la época como de una grandísima evolución profesional en este ámbito, dificultada y a la vez facilitada por la falta de concreción de las funciones profesionales y la palpable autonomía en el marco de la Atención Primaria de Salud

0128R5281MF: *A lo mejor hoy en día no, pero en aquella época evolucionó mucho más la enfermería de primaria que la del hospital pero, vamos, años luz. Tenías como más claro tu territorio. Aquí seguían un poco las órdenes y allí te estabas ganando tu propio hueco.*

0428R5280MF: *Pues realmente nosotros nunca hemos tenido unas funciones claras y definidas. Entonces, hemos ido un poco ocupando espacio. Hemos estado ocupando espacios: “Esta parcela de trabajo me la llevo yo, esto es para mí, esto lo voy a seguir yo”. Hemos estado trayendo cosas constantemente.*

El tremendo esfuerzo que tuvieron que realizar aquellas personas se reconoce, con perspectiva como la época clave para la enfermería de Atención Primaria de Salud en Cantabria, plagada de grandes logros que en ese momento, incluso ellos mismos, no alcanzaban a identificar su magnitud.

0328A6072MF: *Porque son todas de Castro. Como había tantas ganas de que saliera, a veces: “Joder, ¿cómo no habéis hecho esto? Si es que hay que hacer...” Y la gente salía desinflada. Se hacían 27.000 reuniones y: “Nada hacemos bien, todo está mal”, pero era por un afán de que esto saliera que quizás no lo medimos.*

0907R4890HF: *La puesta en marcha fue nítida.*

1108D4390HF: *No sé, la etapa clave yo creo que ha sido al principio, porque es la creación y porque es el desarrollo de un determinado modelo porque yo ahora, hablando con vosotras, igual recuerdo conversaciones o vivencias y tal. Sí que es cierto que se pasó de un modelo de ambulatorio con el ticket, hoja, número, pincho, corto, pongo y sin más y tomo la tensión, a hacerte responsable de un ámbito de la salud de las personas: prevención, promoción, y luego curación, rehabilitación.*

4.2.4.2. Hacerse creer.

La preocupación por ser creíble, generar crédito profesional, capital social, ha sido una constante para la profesión. Los márgenes profesionales poco definidos, la imagen tradicional de auxiliar o de supeditación a otros han contribuido notablemente a esa preocupación.

En el momento en que las enfermeras entran a formar parte del nuevo modelo de APS, llegan a un campo nuevo y desconocido, pero con una imagen, una experiencia y una formación que les acompaña, pretendiendo nuevos retos y con un horizonte que les ofrece la APS en el que es posible romper con esa supeditación y convertir en realidad la autonomía que se traduce de los planteamientos teóricos del modelo.

La autonomía significaría ofertar un producto único a la sociedad, que este producto fuera identificado como necesario y reconocido por esta. En este punto está por ver cómo materializar en producto para la ciudadanía las estrategias propugnadas por el modelo. Todo un reto, cuando la sociedad esperaba de la enfermera que le pinchara o le tomara la tensión, que para cosas más complejas como un electrocardiograma o una extracción sanguínea ya acudía a las consultas de los ambulatorios de especialidades, prestigiados como proveedores de servicio, el resto eran necesidades no percibidas.

Comenzaba un duro camino hasta conseguir el crédito necesario para ser reconocidos socialmente.

0128R5281MF: *Yo creo que en la primera época se luchó muchísimo.*

Por buscarse el hueco.

Por buscarse el hueco, por poner tu sector delimitado, porque los pacientes también creyeran en la enfermería.

Los pacientes e incluso algunos profesionales, identificaban a la enfermera en otro papel, más importante cuanto más complejo y tecnificado, relacionándolo con la capacidad profesional, de ahí que resultase complicado hacer creer al usuario que una enfermera al lado de su casa le iba a solucionar una serie de problemas que ellos relacionaban con servicios menos accesibles y reservados a profesionales de “élite”.

0128R5281MF: *Un poco en primaria éramos de segunda. Yo recuerdo hace años que hasta los pacientes, no te hablo de nosotras mismas; hasta los pacientes yo me acuerdo, cuando Nieves se vino al hospital decían: ¡Es que Nieves se ha ido al hospital!... “Se ha ido al hospital”, como diciendo: “Esta era tan lista que se tenía que marchar allí”*

0220D4791MF: *Y además la técnica era muy identificada por los pacientes, que los hacía la enfermera.*

Claro, porque además el paciente no esperaba nada de la enfermera en sí misma.

Que le pinchara.

Claro, pero no eras tú, era el APD o el de zona. Con lo cual, ¿el paciente qué esperaba de la enfermera? En principio no se sabía.

Cabe destacar la importancia que tuvo en los comienzos que el médico transmitiera credibilidad en la enfermera, al fin y al cabo él ya la tenía. Teniendo en cuenta que los médicos, como ya se ha comentado, mostraban recelo ante el nuevo papel que la Atención Primaria de Salud brindaba a las enfermeras, el esfuerzo que tuvieron que realizar era doble. El colectivo médico, como tal, no parecía investido de ese *investissement*, pero sí había quienes individualmente creían en la participación activa de los profesionales de la enfermería en el modelo, sirvieron de gran ayuda en generar esa credibilidad necesaria.

0328A6072MF: *Luego, tenía la suerte de estar con un médico que se lo creía y que además confiaba. Además daba cancha y decía...*

¿Cómo confiaba?

— *Confiaba en mi trabajo y no se hacía nada sin que participáramos todos. Entonces, yo toda la vida: “Doctor Fulano, doctor mengano”, y aquí parece que te dan...*

La lucha por ganarse la credibilidad de las personas tenía, además, otro escollo, se les comenzaba a ofrecer a los usuarios algo que nunca habían recibido, personas que no identificaban qué beneficio podían obtener de la actuación de la enfermera, necesitaban tiempo para conocer y valorar.

0220D4791MF: Entonces, el que me venía con una glucemia capilar, me pondría verde. Pero, claro, nunca habían tenido enfermeras en Cudón antes que se hubieran preocupado por una persona con diabetes. Para ellos era mirar el azúcar y mirar la tensión, no integraban por qué había que mirárselo, empezar a explicarle las cosas, pero era muy paternalista.

La necesidad percibida de atención por parte del usuario será un factor decisivo para identificar consolidado el rol profesional de la enfermería en APS, pero aún es demasiado pronto para ello.

Uno de los aspectos que más contribuyó a crear lo que constituirá el rol enfermero en APS fue, sin duda, la credibilidad generada entre la población atendida, sin ella no hubiera sido posible iniciar el trabajo con pacientes en la consulta.

El habitus, al fin y al cabo, es práctica reconocida.

4.3. HABITUS RECONOCIBLE Y RECONOCIDO.

Figura 18. El habitus reconocible y reconocido.

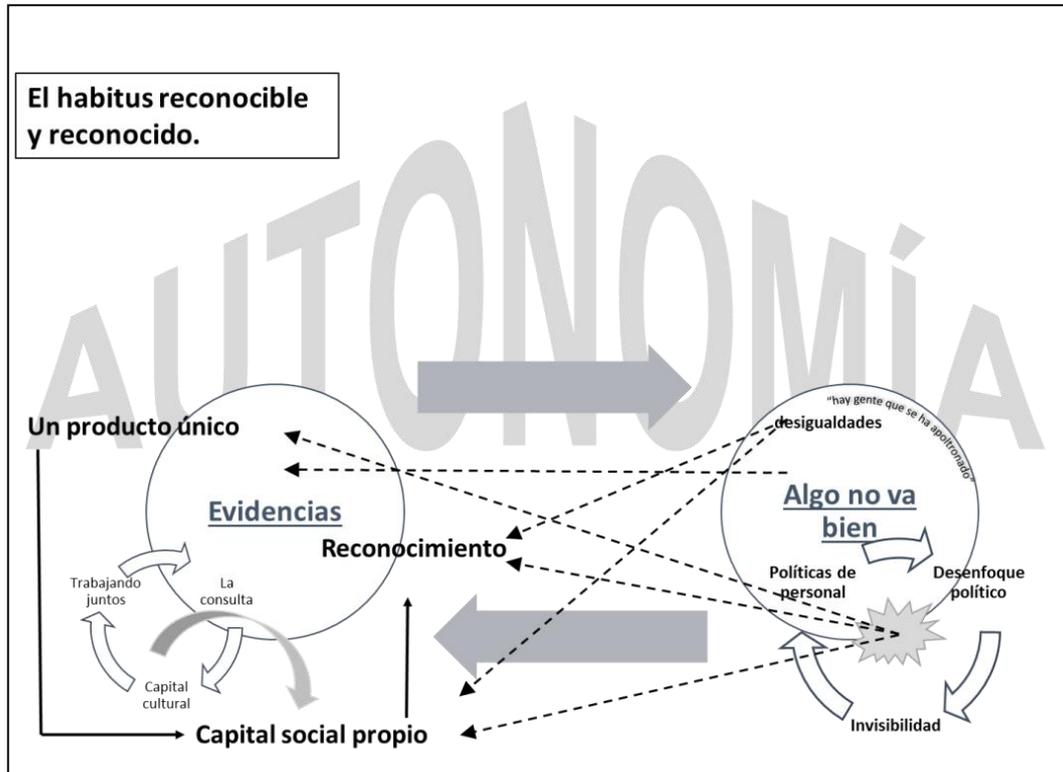


Figura 18. Representación gráfica de la categoría: El habitus reconocible y reconocido. Elaboración propia.

Tras una época de lucha por encontrar el espacio, por conseguir el capital en juego y hacerse merecedores de él, llega una en la que se ven los resultados de la misma, la legitimidad por desempeñar un papel ha sido conseguida. Atrás queda la necesidad de ocupar el tiempo, de recoger aquello que nadie ejerce.

En este proceso de evolución del rol enfermero en APS hay un momento en que los profesionales perciben con claridad su contribución, saben para lo que están. La sensación de haber alcanzado el objetivo de llenar su trabajo de contenido y que ese contenido sea diferenciable del resto, hacen que se tenga esa certeza.

Las principales “señales” que hacen identificar esa consolidación son la aceptación -sin género de dudas- de la consulta como núcleo de un trabajo propio y, dentro de ella, la educación para la salud como contribución más importante a la sociedad. Todo esto con percepción de igualdad ante los demás y sin tener que luchar constantemente por legitimarse, ya perciben que lo están. La consulta, además, va adquiriendo complejidad, ya no es necesario hacer un esfuerzo por “llenarla”, existe un contenido y se ejerce. La autonomía profesional, por tanto, se comienza a ejercer y la sociedad, identifica al profesional de enfermería y lo que le puede ofrecer.

Se han dejado atrás muchos de los conflictos existentes en la primera época que moldearon las iniciativas de los profesionales.

Paradójicamente, aparecen otras señales que advierten de una lucha en sentido contrario, aparecen una serie de factores que emergen como influencias negativas a un habitus, que por joven, es aún muy frágil.

4.3.1. EVIDENCIAS.

Tras el recorrido de un camino lleno de dificultades y retos en el que se llevaron a cabo iniciativas de distinta índole, unas para quedarse y otras para solucionar o evitar problemas del momento llamadas a desaparecer, ahora es momento de analizar las señales que evidencian la existencia de un rol propio que identifica a los profesionales que forman parte del grupo y condiciona la aportación que va a realizar. Aparece el habitus generado en este campo durante el periodo transcurrido desde la puesta en marcha. Los profesionales han adquirido ya una serie de disposiciones que sirven de esquema para la acción y se les distingue por ello. El habitus, como historia incorporada, es fruto de lo acontecido en la primera época, en la que los agentes siguen una clara estrategia de conquista de la autonomía.

4.3.1.1. Conquista de capital social.

4.3.1.1.a En la consulta, por supuesto.

Dado el valor simbólico que se le otorgó en la puesta en marcha del modelo, conocer la evolución de la consulta y su relación con el trabajo desempeñado por las enfermeras en la APS tenía una gran importancia, también como símbolo a la hora de conocer el grado de consolidación del rol profesional. Vemos que el trabajo de la enfermera en APS es inseparable de la labor que desarrolla dentro de la consulta y que el hecho de necesitar o no un espacio de trabajo no tiene que ser demostrado cada día.

Hay que tener en cuenta que en esta época se construyeron ya centros de salud pensados en las necesidades que iban a tener que cubrir, ya no se reutilizan viejos ambulatorios o consultorios, no se ocupan instalaciones precarias, se construyen centros con consulta para todos los profesionales, lo cual es un signo claro de la aceptación del trabajo de la enfermera como colectivo profesional.

0128R5281MF: cuando ya conseguimos: “Esto es enfermería y esto no lo ocupa ningún médico”, porque nosotras tenemos que pasar también consulta y tan importante es la de ellos como la nuestra.

128R5281MF: Entonces tuvieron que hacer otro centro y nosotras lo que hacíamos era compartir consulta. A lo mejor, cuando se marchaba un médico, nos metíamos nosotras y hacíamos algo.

Aunque la progresiva construcción de centros de salud fue adecuando las dependencias al trabajo que se iba a desempeñar en él, la planificación que se hizo en ese momento no previó la evolución de la demanda asistencial, que ha hecho que años más tarde hubiera luchas reales por el espacio donde trabajar, que los profesionales se tuvieran que disputar la consulta.

La consulta queda evidenciada como lugar de trabajo de los profesionales de enfermería en APS y a su vez lo condiciona.

0128R5281MF: Han hecho dos consultas nuevas para dos médicos. Entonces nosotras hemos cogido dos urgencias que han dejado esos médicos. Pero ahora, como vienen más médicos, es que... No, estas ya son nuestras y de aquí no nos movemos.

“Es que, si nos quitáis las consultas, entonces no puede haber trabajo de enfermería”. Entonces ellos ya también recapacitan.

4.3.1.1.b Conscientes de la necesidad de capital cultural.

La llegada a los centros, como hemos visto, fue precedida por una formación dispar de los profesionales que se incorporaban. Si en esa llegada hubo una identificación clara de la autonomía como posibilidad a ejercer y eso generó una rápida e importante ilusión en personas sin expectativas previas y motivaciones dispares, la consolidación del rol trae consigo la conciencia clara de la importantísima cantidad de conocimientos que necesita el profesional para ejercer esa autonomía con la polivalencia y la longitudinalidad que conlleva el desempeño en la APS. No solo se requiere saber, si no orientar los conocimientos adquiridos a la práctica. Se requiere conseguir capital cultural

incorporado, conocimientos, habilidades y valores acordes con el modelo, en definitiva, “ser de primaria”.

La idea que existía - incluso desde la propia profesión- de la menor necesidad de formación de los profesionales dentro de la Atención Primaria de Salud, estaba basada en que las personas que acuden no tienen problemas de salud “graves”, o que se trataba con personas sanas, o que el trabajo hacia la comunidad no pasaba de ser una serie de charlas. Esta idea se revela absolutamente errónea, identificando además la relación entre el logro de la autonomía profesional y la posesión de una base de conocimientos sólidos y de “creencia” o compromiso en el modelo, es decir, el reto se consigue con la posesión de capital cultural incorporado, en definitiva habitus adquirido dentro del campo.

0128R5281MF: Yo por ejemplo soy así: “Qué ruido, qué rápido”, es que no pido opinión a nadie, hago el electro y voy con el electro ya donde el médico y digo: “Oye, está con fibrilación”. Tienes que saber qué es una fibrilación. Cuando ves que hay algo raro en esa tensión, qué efectos secundarios puede tener lo que toma. Por ejemplo, con un betabloqueante a lo mejor está con cuarenta pulsaciones. Tienes que tener conocimientos de esa patología un poco profundos, que en el hospital lo tendrán, pero...

Esta identificación clara constituye una de las principales señales que evidencia la existencia de una contribución, que esa contribución es muy compleja y que para ejercerla adecuadamente los conocimientos deben ser amplios y sólidos.

La iniciativa de los profesionales de responsabilizarse de su propia formación también es un dato que revela la consciencia de lo que tienen que aportar y los requisitos que necesitan para poder llevar a cabo, tanto el trabajo del día a día, como cualquier otra iniciativa. Llegar aquí solo supone haber alcanzado un peldaño de la escalera, una escalera a la que solo unos pocos años antes estudiaban cómo acceder.

Los profesionales realizan un esfuerzo en la adquisición de conocimientos a través del estudio y de la realización de cursos de formación, adquisición de capital cultural institucionalizado, sin embargo éste no resulta ser un requisito, pero sí favorece la práctica cuando es acorde a los postulados del modelo. Queda patente que los propios profesionales ya eran capaces de identificar sus lagunas formativas para avanzar y/o mejorar.

0220D4791MF: Yo para la autonomía hice mucha formación. Yo me apuntaba a todos los cursos que había, yo tengo cursos, si te saco el currículum, entre 1992 y 1994, todo lo que pude: de ginecología, de la boca, de integración de equipos, que se hizo con Gama.

0328A6072MF: *Por ejemplo el tema de los grupos; pues tengo que decir aquí que, a nivel de enfermería, en la docencia se ha hecho poco. Yo, que voy con los alumnos a los institutos y tal, pues el planteamiento que tienen es otro, es de grupos entre ellos, entre profesionales, pero es difícil hacerles ver que tienen que tener como objetivo no perder de vista la población a la que se dirigen. O sea, no soltar el discurso que se han aprendido sino a quién se lo sueltas. No es lo mismo segundo de la ESO que tercero que primero de bachiller.*

0907R4890HF: *Por supuesto, tienes que conocer, tienes que tener conocimientos bastante amplios sobre todo lo que vas a tratar: saber llevar el trabajo con la diabetes, que es una enfermedad muy amplia, tienes que tener conocimientos sobre ella. Tienes que tener conocimientos de ciertas estrategias. Ya no nos vamos a meter solamente con los planes de cuidados sino con otros muchos factores.*

1005NO5874MF: *Claro, el conocimiento es básico. La seguridad te la da el conocimiento.*

0428R5280MF: *Bueno, yo sí que hice, sobre todo los primeros años hice mucha formación, pero todo por mi cuenta. ¿Suficiente? Sí, claro que suficiente porque, cuando tú haces algo por tu cuenta, muchas veces lo haces porque te interesa aprender de eso o porque te parece que te va a ser útil en un futuro o porque te parece que académicamente te va a ser útil. Entonces, yo he escogido lo que mejor me ha parecido.*

0510R3995MF: *Yo por ejemplo lo que veía, lo que siempre he visto, a mí nunca me ha convencido: el reñir al paciente. Entonces, por mi cuenta yo estuve buscando información de cómo puedes ayudarles. Fue cuando conocí la entrevista de motivación, a través del trabajo*

4.3.1.1.c Trabajando juntos.

El miniequipo, el equipo formado por médico-enfermera, se ha revelado como la célula o unidad de funcionamiento en APS de cara a la población, pero también ha jugado un papel importante en el desarrollo del papel de la enfermería en la APS.

Tras los intentos fallidos de que el equipo fuera quien decidiera la oferta a la población, que decidiera el qué y cómo se cumplía con la responsabilidad ante los ciudadanos, éste quedó para tomar decisiones de índole administrativa o de funcionamiento general, sin embargo la relación que realmente determinaba la oferta es la formada por el miniequipo. Esta relación, a su vez, condicionaba el trabajo que iba a desempeñar el profesional de enfermería, al influir individualmente en la práctica de cada una de las enfermeras, va a

servir para conformar el papel que desempeñan como colectivo, por el que se les iba a identificar. El capital social conquistado por cada uno de los agentes les sirve de respaldo al grupo.

0825NO5286MF: *El equipo lo haces tú con tu médico, trabajas en conjunto de cara a tus pacientes.*

0510R3995MF: *Luego por ejemplo a nivel de equipo médico-enfermera y los acuerdos, cada equipo es un mundo. Cada equipo trabaja de forma...*

Las relaciones que establece el miniequipo tampoco han estado exentas de conflictos, negociaciones, acuerdos y cesiones, pero se observa cómo llega el punto en el que la claridad del papel que desempeñaba la enfermera le hace menos dependiente de esa relación y se llega a un estatus de igualdad, o al menos donde la enfermera no percibe dominación por parte del médico.

Esto es un indicador importante de consolidación del rol profesional, si al principio se requería la legitimación por parte del médico para trabajar con “sus” pacientes y se llevaron a cabo iniciativas dirigidas a evitar los conflictos, como fueron la realización del trabajo burocrático que emanaba de su consulta con afán de contentar y cumplir las erróneas expectativas que tenían de la enfermería, ahora ya se habla de intereses comunes y de responsabilidad ante la población. Se pasa del “trabajar para” al “trabajar con”. Se reconoce especialmente al médico poseedor del *investissement*, al comprometido con la APS, con el que se establece una relación de total colaboración.

0612R3201MI: *En que somos un equipo, que tú tienes un paciente y le englobas, hablas de él, le pasa esto y lo otro, y todo está relacionado. No solo es la atención médica y la enfermera sino que es atender al paciente. Y tu trabajo deriva básicamente de esa relación.*

[...][Respuesta en relación a su experiencia con los médicos con los que ha trabajado]Lo normal es para bien. Yo he tenido suerte; siempre hay de todo, pero he tenido mucha suerte con los compañeros médicos porque te tratan de igual a igual la mayoría.

0710NO3402HE: *Luego, el trabajo aquí yo creo que también, aunque se supone que es un trabajo de equipo entre todos los trabajadores del centro, que es algo multidisciplinario y tal, al final yo creo que se trabaja en mini equipos. Básicamente con quien trabajas es con tu médico y yo creo que es más el referente un poco para hacer un buen trabajo o no.*

0510R3995MF: *Mira, el médico más joven que es N., tiene un poco más que yo y acaba de llegar, es una pasada trabajar con ella. Está a tu mismo nivel, tiene tus mismos objetivos, no hace falta que te explique lo que quiere porque tú ya sabes entender lo que quiere, te comunicas y la comunicación es muy fluida.*

Se observa cómo cuanto más seguridad se tiene como profesional, resulta más identificado y reconocido por parte de la población y existe menor dependencia del miniequipo. Cuanto más consciente se es del capital cultural incorporado que se posee, se es más reconocible y reconocido

0328A6072MF: *[En relación a cuánto de su trabajo depende del miniequipo.] Bueno, yo creo que hoy día depende menos de lo que parece, bastante menos pero, claro, también hay que contar con que yo llevo 25 años y con mucha gente 25 años, con mucha población. Me conocen a mí más que al médico, muchas veces me preguntan, me consultan, no van al médico. En mi caso a lo mejor es que llevo mucho tiempo.*

Cuando la enfermera tiene muy clara su contribución y su responsabilidad, la inexistente relación dentro del miniequipo o la inexistencia del mismo, no afecta. Eso sí, es necesario que no exista conflicto para no perderse en las luchas y la enfermera debía ejercer su autonomía profesional, de ese modo la voluntad o no de participar del médico de los objetivos comunes no afecta al producto de la enfermera que tiene claro su cometido.

0510R3995MF: *Yo tengo un problema muy gordo con mi médico y es que es médico de cupo. Yo reconozco que tengo buena relación personal con él, que ya sabes cómo es, tiene su carácter y tal, pero yo con él estoy muy limitada. Entonces, yo utilizo otras cosas. Él no sigue programas, él no cree en la promoción ni en la educación para la salud. Para él todo esto es...*

[...]Pues hago mis programas por ejemplo, y la verdad es que él no se mete en mi trabajo. O sea, él nunca me ha dicho... Me ha criticado: "Que tú siempre te metes en líos". Para él yo me genero demanda, pero no es su demanda.

[...]Por ejemplo, el otro día tuve que dejar la consulta para acompañar a una familia porque se estaba muriendo el abuelo. El médico no fue, fui yo. Dejé la consulta, dije: "Se está muriendo, le queda media hora pero voy a ir".

4.3.1.1.d El equipo de enfermería como garante.

Si en los inicios el equipo de enfermería se reveló como un motor de iniciativas muy importante, su importancia no es menor cuando se hacía necesario identificar o evidenciar las conquistas alcanzadas. El equipo de enfermería era el que identificaba a un grupo de personas que trabajan en el mismo sitio y comparten categoría profesional, existía en tanto que se trataba de un grupo que comparte intereses profesionales y era garante de los logros, por tanto era un factor muy importante para consolidarlos.

Lo que era muy difícil identificar profesional a profesional, el equipo lo trasmite sin necesidad de voluntad. El equipo comunica la labor profesional de quienes lo integran, contagia a los que se incorporan y defienden su cometido, si es necesario. Esto es un factor a tener en cuenta ante amenazas contra la integridad del rol. Cada vez que un miembro nuevo se incorpora se pone en juego su estabilidad, su valor como potenciador del efecto transmisor del habitus de agente a agente. También potencia el *investment* individual multiplicando el efecto motivador que produce, puesto que iniciativas más novedosas o costosas pueden contar con el apoyo del grupo. Sin embargo el equipo respeta la individualidad del profesional dentro de la consulta como agente activo y se nutre de sus resultados para aprender de los éxitos y de los fracasos.

1108D4390HF: A mí me dio la sensación de que estaba en un buen sitio y que la gente estaba cualificada y además vivía el modelo de Atención Primaria de Salud como algo positivo.

0128R5281MF: Por ejemplo en el equipo nuestro siempre ha llegado gente con menos interés, pero tienes que saber... Siempre lo hemos votado, eso es trabajar en equipo: "Oye, vamos a votar esto". ¿Sale mayoría? Se hace y, el que no quiera, pues ha salido mayoría y lo tiene que hacer.

[...] Cuando está en su consulta haciendo sus cosas, ahí no puede entrar nadie. Es decir, si yo a un diabético le enseño no sé qué y el otro no se lo enseña, claro, eso es como un maestro que enseña determinadas cosas y el otro no llega a eso. Eso ya es territorio de cada uno, pero sí que las cosas en común o el conseguir determinados objetivos, si se vota se vota y, si sale mayoría, no puedes poner la pistola a nadie en el pecho pero normalmente, al final...

0328A6072MF: Claro, yo siempre digo que quienes llevamos mucho tiempo sí que valoramos ciertas cosas de gente que realmente sabía lo que hacía, se notaba en el centro, las cosas se deslizaban con mucha más facilidad, había menos roces. Eso se nota, eso siempre queda.

Aunque se identificaba como necesario, y positivo, la cuestión es ¿qué hace que haya centros donde sí existía y otros donde no?, parece que tiene relación con la existencia de un liderazgo que surge de forma natural y con la existencia de un grupo cohesionado que comparte los mismos intereses, sin embargo no parece que exista una relación con el liderazgo formal.

0328A6072MF: A mí me parece muy importante, en el tema del equipo, que quien coordina el equipo tenga una capacidad de liderazgo y sepa manejar mucho porque, si no, sin querer, aunque sea coordinador o responsable de enfermería, te vas siempre a tu parcela y eso es difícil de romper.

0907R4890HF: Con la enfermería es lo mismo: necesitas un grupo, necesitas un equipo que funcione como tal, que esté consolidado y que hay un liderazgo y un grupo que trabaja con ese líder o con esos líderes.

1108D4390HF: Ese liderazgo tiene que ser compartido y además la gente debería ser consciente y honesta y asumir el liderazgo de otras personas que, por mayor conocimiento, competencia y lo que sea, estén más capacitadas en una determinada área.

Las personas que estuvieron presentes al comienzo de la implantación del modelo jugaron un papel de líderes informales aunando fuerzas, integrando a nuevos miembros y llevando a cabo las iniciativas más determinantes. Esas personas, con su esfuerzo, sufrieron un importante desgaste, pero aún hoy son de algún modo referentes en los equipos en los que trabajan puesto que atesoran algo intangible, poseen el capital cultural incorporado fruto de su trayectoria. Ese capital les hacía sentirse “de primaria”, si entre estas personas existía alguien capaz de ejercer un liderazgo informal eso era un factor facilitador muy importante para que existiera equipo en el centro.

0328A6072MF: Ha quedado ahí en individualidades, personas concretas que mantienen esa idea, ¿cómo se dice?

Romántica.

Romántica de la Atención Primaria de Salud, que mantenemos, pero que hay darse cuenta de que la situación es otra.

¿Pero estas personas están influyendo? ¿Crees que son necesarias esas personas y hacen algo?

Yo creo que sí, si te digo que no, sería un desastre.

1217R4895MF: *Yo de alguna manera pienso que hay una serie de personas que tenemos muy claro el concepto de raza, por decirlo de alguna manera, el concepto profesional, de amor a la profesión y de luchar por lo que consideras que es tuyo. Cuando consideras que es un cuerpo de conocimientos, de habilidades y de actuación, que es muy nuestro y que es enfermero...*

Existían otros liderazgos en los centros, ya no relacionados con el hecho de haber participado en una época, sino por sus características personales y/o por su prestigio profesional a ojos de sus compañeros, este liderazgo cumple la misma función.

Esta es una cuestión que pudiera influir en poner en riesgo el habitus adquirido, puesto que con el paso del tiempo los equipos podrían estar sometidos a diferentes fuerzas y ese papel de garante de un desempeño adecuado a unos postulados la APS, pudo tornarse en otros intereses, acordes a los mayoritarios del grupo. En ese caso se ponía en juego la supervivencia del equipo como tal o cambiaba su influencia hacia otros intereses, por ejemplo, en hacer valer dentro del campo otro capital mayoritario. La incorporación masiva de profesionales con otro habitus, unido a la existencia de personas con fuertes rasgos de liderazgo, podía ejercer esa influencia que legitimase otras formas de actuar.

0220D4791MF: *Yo creo que por ejemplo Ana es una líder en X, es una de las personas que arrastran porque tienen personalidad, porque es trabajadora y tal.*

0428R5280MF: *En la consulta de enfermería, para aprender temas de educación, de pacientes crónicos y tal, pues me fijaba en algunas compañeras que yo consideraba que sabían más que yo, eran de referencia.*

Si el liderazgo informal tenía la capacidad de convertir a un grupo de personas con un habitus adquirido coherente con la APS en un equipo cohesionado que comparte los postulados del modelo, de alguna manera constituía una garantía para su conservación frente a elementos potencialmente distorsionadores.

0328A6072MF: *En cambio, en X, la gente que nos quedamos la mayoría teníamos ya un bagaje de muchos años, con una idea distinta y entonces, aunque se incorpore alguien nuevo, de alguna forma siempre puedes decir: “Cuidado que esto no es así. No te metas ahí, que...”*

[Cuestionando la posibilidad de ser alguien que acaba de llegar] *¿Yo puedo llegar a tu centro mañana a trabajar y dedicarme a solucionar los temas que se derivan de la consulta médica exclusivamente?*

No.

¿Por qué?

Porque no te vamos a dejar.

4.3.1.2. Un producto único.

Una señal inequívoca de la existencia de un rol profesional es la identificación clara de la contribución social de los profesionales. Que esta contribución sea única e identificable son evidencias de la consolidación del rol. El reconocimiento de esta aportación es importante por parte de todos los agentes implicados, no solo por parte de los receptores de esa atención, si no de los propios profesionales, por el resto de profesionales que componen el EAP y quienes tuvieran alguna responsabilidad en su gestión.

Tras iniciativas llevadas a cabo en una época de construcción se puede comprobar cómo los propios profesionales identifican lo que consideran los pilares de su contribución única y reconocible.

En primer lugar, se identifica haber conquistado la autonomía en el trabajo, no existe la percepción, en general, de dependencia, de supeditación. Esto es percibido por el profesional que, a su vez, recibe esta identificación por parte de los usuarios. Existe la sensación de ser responsable de o de rendir cuentas a una población a cargo.

Es necesario recordar que se partía de una situación de dependencia del médico y de una nula identificación por parte de la población dentro de la APS, con lo que es de suponer que la percepción que tienen los agentes estará seguramente magnificada.

0128R5281MF: Hombre, a mí me parece que ha aportado lo primero, a mí me parece, de cuando yo empecé a ahora, el reconocimiento a la propia profesión.

¿En qué sentido?

Pues de que tú eres un profesional autónomo, que tú no haces solamente lo que te mandan sino que sabes hacer cosas de forma autónoma. El reconocimiento... O sea, antes tenían un poco la imagen de la enfermera como la ayudante del médico y yo creo que ahora no es así.

0328A6072MF: Yo ahora sí me siento enfermera de mi cupo, no me siento la enfermera del médico en absoluto.

O sea que para ti es importante el tener tu población propia.

Sí, imprescindible.

En segundo lugar, se es consciente de la complejidad del trabajo que se lleva a cabo. Aunque se explicita fundamentalmente en la labor relacionada con la educación, la complejidad que encierra es enorme. Aquellas iniciativas que se fueron llevando a cabo tímidamente para llenar un espacio o para “probar” lo nuevo que el modelo ofrecía se han ido enriqueciendo. Con la adquisición de conocimientos que han llevado a cabo los profesionales han “ofertado” más servicios a una población que ni siquiera era consciente de tales necesidades, han hecho más compleja su atención, ahora ya se sienten capaces de solucionar más y mejor.

Ha existido un cambio en la gestión del tiempo, de tener que llenar el tiempo se ha pasado a necesitar tiempo para hacer lo que se considera propio.

***0128R5281MF:** Entonces defendías mucho tu trabajo y tu trabajo se iba haciendo más rico porque al principio ibas...*

[...]Entonces, yo me acuerdo de un día que nos han hecho una entrevista para el periódico, que yo dije que hacemos cosas que antes se hacían en el hospital, pero lo fundamental que tiene que hacer enfermería es lo educativo, educar a la gente y prevenir. Para mí enfermería en primaria es prevención, yo lo tengo en ese concepto.

[...]De lo que te sentías capaz y de que cada vez necesitabas más tiempo para lo tuyo y no podías estar explicándole a todo el mundo cómo se prepara un puré.

***0328A6072MF:** soy menos militante pero hay cosas que no me pueden tocar. Entonces, si alguien cuestiona mi trabajo, que me lo demuestre porque yo soy de las que todavía hoy día, cuando oyes eso de: “¿Y qué hacen las enfermeras?”, entonces yo a veces me entretengo en mirar lo que hacen los demás de otros colectivos. [...] Entonces, si me tocan mucho, digo: “Vamos a ver, las enfermeras no pueden ver cuarenta porque su trabajo es otro. Tú a lo mejor sí, pero una enfermera no puede ver cuarenta pacientes en una consulta porque tiene que verlos de otra manera, tiene que hacer otras cosas”.*

[En relación con la educación sanitaria] Claro, eso es nuestro y sí notas que vas haciendo muchas cosas.

Se observa claramente la responsabilidad en la captación de la población a cargo y se es capaz de reconocer las oportunidades que brinda el sistema para identificar problemas y trabajar en su prevención o en su solución.

El código *en vivo* “cabeza verde” que aparece a continuación en la aportación de una informante encierra una gran riqueza, la existencia de una mirada diferente por parte de

quien posee un habitus coherente al campo. No solo está administrando una vacuna, sino que supone una oportunidad de no ceñirse simplemente a ese procedimiento, sino que sirve de oportunidad para valorar aquellos aspectos clave que sirven de cribado para una posible captación, o una oportunidad para realizar intervención educativa. [El color verde hace referencia al programa informático usado, que recoge una serie de datos de las personas incluidas en el cupo en color rojo, que solo se tornan en verde cuando han sido valorados].

0128R5281MF: Entonces yo siempre digo: “Cabeza verde”. Y si a esa persona que entra tú no la conoces y eso está en rojo, hay que rellenarlo porque es todo prevención: hábitos tóxicos, alimentación, peso y talla si es obeso, una toma de tensión si no tiene y una analítica si no tiene analítica. Ahí te salen a patadas hipertensos que tú luego: “Mire, a lo mejor este día está nervioso. Lo tengo que volver a citar para una segunda toma”.

La diferencia entre llevar a cabo una actuación de este tipo o no, evidencia “ser” o “no ser” de primaria, poseer el habitus. A la vez se aprecia la participación del profesional en ser reconocible, en fomentar el capital social, puesto que la persona que solo venía a ponerse la vacuna se va con un conocimiento del trabajo que realiza la enfermera que no tenía hasta ese momento.

El trabajo comunitario es percibido como otro de los pilares en los que se sustenta el rol de la enfermería en APS, con una clara identificación como un campo de trabajo propio que también la población que ha tenido la oportunidad de conocer y lo identifica como tal. Sin embargo se tiende a llevar a cabo de manera irregular, dada su singularidad de no estar sometido a la presión de la consulta, ser costoso de realizar o llevar consigo formación y/o la necesidad de alguien en el equipo que lidere o refuerce la iniciativa.

Es importante tener en cuenta la evolución del trabajo comunitario dentro de los centros, desde un comienzo tímido, haciendo incursiones en un campo emergente que los médicos no contemplaban como suyo ni por asomo, a formar parte del rol de manera clara y ejercido con un importante reporte de satisfacción. Es una parte del trabajo muy unida a la existencia del equipo de enfermería, precisamente por la necesidad de alianzas para desarrollarlo.

0128R5281MF: Después ya por ejemplo temas de la comunidad, enfermería sola siempre.

[...] Por ejemplo, los desayunos se empezaron a hacer porque mi hermana era en aquel momento la directora de un colegio público de Astillero y me dijo: “Ojo porque los críos vienen fatal a desayunar, que se nos marea uno”, y tal.

En aquel momento, que yo estaba de asociada, dije: “¿Por qué no empezamos a organizar esto y lo hacemos con los alumnos?” Ahí empezó un poco

0328A6072MF: *¿La revisión escolar? Bueno, ahí ya son niños sanos, estás trabajando con sanos y ya haces prevención y promoción, pero les pesas, les mides, les miras la columna y les vacunas. O sea que siempre hemos estado...*

[...]Sí, pero luego surgen cosas. Por ejemplo ahora el tema del tabaco está ahí y se puede trabajar, el alcohol, los institutos siguen estando ahí, los colegios, la gente...

0428R5280MF: *Yo he ido descubriendo el trabajo con la comunidad, el trabajo de atención a la comunidad, y me parecía a mí que, colaborando, abriendo un hueco y haciendo que el papel de la enfermera fuera un papel importante, fuera una referencia para la población, que yo creo que lo es.*

0907R4890HF: *Luego, además tienes unas actividades de cara a la comunidad en la que tú puedes realizar diferentes trabajos y diferentes cosas en las que estás interesado.*

[...] Cuando estuve trabajando en X había un problema que era el alcohol, sobre todo los fines de semana con los chavales. Muchos problemas en cuanto a borracheras, alcoholismos y demás. Fue un tema que me interesó, me formé y me puse a trabajar con ello. Hice un proyecto, trabajé con el instituto, hice una serie de encuestas, investigué sobre ello y luego es una de las cosas que publiqué. Yo hice ese trabajo porque me interesaba, pero lógicamente porque la comunidad lo demandaba. De hecho, lo demandó y conté con el ayuntamiento, conté con los propios hosteleros, conté con las asociaciones de padres, porque era un problema que estaba ahí.

0612R3201MI: *Yo creo que las ganas de hacer cosas nuevas te hacen el trabajo más fácil. No más fácil, el trabajo es más difícil pero con más ganas, con más entusiasmo: “Venga, vamos a preparar un equipo, un grupo de educación sobre la diabetes”.*

En destacable que, en general, los profesionales de enfermería perciben su trabajo como importante, pero cuando se profundiza más en concretar cuál la aportación de la enfermería dentro de la APS, el resultado que se obtiene se concreta en respuestas aparentemente muy genéricas o inespecíficas. Centran su aportación en cuestiones que, *a priori*, podría aportar cualquiera puesto que dependen más de características personales que de iniciativas profesionales, sin embargo forman parte muy importante de la complejidad de su rol. Sin esos ingredientes no sería posible desempeñarlo de manera deseable ni ser percibido por la población de igual manera.

Los informantes identifican dos cuestiones tan poco específicas y no necesariamente profesionales como son dar confianza y aportar cercanía.

Parece un contrasentido que un logro profesional se identifique con rasgos carentes de profesionalidad, en cambio lo que probablemente encierran estas respuestas es la importancia que perciben que tiene para las personas a las que atienden que un profesional cercano en el que tienen confianza esté relacionado cotidianamente con sus problemas o necesidades de salud. El usuario descubre un profesional de referencia que es capaz de conocerle en profundidad y al que otorga su confianza, fruto fundamentalmente de la longitudinalidad, característica fundamental de la APS, sin embargo estas características, muy facilitadoras de la accesibilidad, no sustituirían de ningún modo a la cualificación científica.

***0220D4791MF:** Muchísimas cosas. Yo pienso que somos un referente de confianza para los problemas de salud de todo tipo, no solo de cada paciente sino de lo que le rodea. Yo creo que ese espacio en general, quiero creer, que es general. A mí no me gustaría...*

[...] Pero para mí es el principal logro de la Atención Primaria de Salud porque sí tenían un practicante toda la vida y un médico, pero una enfermera que sirviera para algo más que para poner la inyección o hacerles la sutura, eso no existía. En cambio, una enfermera de referencia para poderle consultar, preguntar, comentar, ahora la tienen y yo creo que la gente sabe que la tiene.

***1005NO5874MF:** Yo apporto todas las explicaciones bien desmigaditas y apporto sobre todo mucha cercanía porque creo que ellos, cuando tienen algún problema, me llaman a mí, no llaman a X. A veces, cuando tienen fiebre, también me llaman a mí y no tienen que llamarme a mí.*

[...]Lo veo en cómo solicitan, cómo quieren, cómo van encantados, cómo se apoyan y cómo al final con el que más confianza tienen es con la enfermera y hasta a veces le llaman por teléfono: “Oye, me pasa esto”. Ayer estaba yo hablando con una compañera de adultos y estaba llamándole uno para contarle que le dolía la tripa, y le llaman a Ana y le cuentan las cosas a Ana. Ana les dice por teléfono lo que tienen que hacer.

Al hilo de la cercanía, también valoran como logro la adecuación de la información que se les transmite, pudiendo conseguir, como mínimo, que los ciudadanos tengan información sobre su estado de salud o de necesidades que presenten puntualmente.

0220D4791MF: *Pues que sepan algo básico sobre su enfermedad. No sé, conocimientos, he intentado transmitir conocimientos, pero el conocimiento va en el aire y no sé si luego... Les doy hojas a veces, les digo: “Mira, esto te pone esto y esto, pero llévalo a la casa, léelo y practícalo”. No sé la parte de práctica que han hecho o no, no lo tengo tan claro.*

Siguiendo con los logros, existe una constante de falta de concreción, se podría decir que ahí hay algo, pero cuesta explicitarlo. Un ejemplo es conseguir que acudan porque “mejoran” o que las enfermeras resuelven “cosas”, en ambos casos los términos se utilizan de manera intencionalmente ambigua, puesto que es algo que perciben, pero no aciertan a explicar exactamente en qué se traduce. Consideran que las personas tienden a acercarse a alguien por quien se sienten entendidas, por alguien cercano, que les da confianza, si ese alguien es un profesional de la salud es garantía del éxito en la relación. Este aspecto por si solo contiene una importante dosis de capital social y también de capital simbólico no conocido hasta ese momento.

0907R4890HF: *A mí siempre me ha resultado muy satisfactorio el ver que la persona con la que estoy trabajando mejora, que mis pacientes mejoran. El tener una buena relación con mi gente, mi médico y mi equipo.*

0328A6072MF: *Es complicado, es que no es la parte del trabajo. Yo creo que la mayor satisfacción la tenemos cuando la gente reconoce que tiene una enfermera que le resuelve cosas, que puede recurrir a ella pero, en cuanto al trabajo cotidiano, no me atrevería yo a decir qué. Yo creo que quienes vamos y hacemos actividades comunitarias siempre comentamos: “Qué bien, qué gusto”. Qué bien te quedas después; mucho estrés antes, qué bien te quedas después.*

Probablemente la frase que mejor resume el concepto que los propios profesionales tienen del rol que desempeñan en la APS es la que refleja la siguiente informante:

0825NO5286MF: *“Ser enfermera de Atención Primaria de Salud es como ser madre”*

Un papel importantísimo, insustituible, complejo y cargado de responsabilidad, para lo que hay que estar preparado, pero que sin embargo cuesta evidenciar o que, en ocasiones, es poco reconocido.

Además del producto que describen como aportación a la APS, el grado de madurez profesional está en el punto en el que hay centros de los que parten otro tipo de iniciativas

diferentes fomentadas por la existencia de algún liderazgo en sus filas cuyas características lo propicia. La preocupación por llevar cabo un trabajo autónomo ya no ocupa un lugar central, puesto que consideran que se ejerce, ahora se trata de explorar otras posibilidades.

0220D4791MF: En todos los centros había alguien que hacía cosas distintas, un poco puntero digamos. En todos había alguien y en distintos temas podía ser...

0510R3995MF: el peso que tenemos en programas de salud. Por ejemplo el tema del tabaco, que soy la única que hace tabaco en mi zona básica.

0907R4890HF: Hombre, la gente que tira de carros está motivada. Al fin y al cabo, normalmente si te pones a analizar todos los centros de salud de la región, en los que realmente funcionan o aportan, encontrarás uno o dos líderes y un par de grupos de trabajo. El resto van.

Algunos profesionales llegan a tener iniciativas menos ligadas a la atención directa a la población como son la realización de trabajos de investigación de los resultados de sus acciones, esto genera una satisfacción muy importante pues el capital cultural y el social que se ha ido fraguando se convierte en capital simbólico, buscando reputación o renombre que les diferencia del resto.

0128R5281MF: Entonces empezamos a hacer trabajos de investigación, desde aquella manera, claro. Vimos que mordían mucho los perros y un estudio de mordeduras de perros. Luego hicimos de úlceras, que ganamos Accésit en Madrid.

0128R5281MF: Luego, tienes que ser inquieta. O sea, tu trabajo no se acaba aquí. Tu trabajo en primaria: “Oye, ¿y por qué no investigamos? ¿Por qué no hacemos encuestas sobre qué opinan los pacientes de enfermería? ¿Por qué no hacemos una sesión clínica de un caso? ¿Por qué no hacemos un grupo?” Tienes que tener inquietud, para mí.

4.3.1.3. Reconocimiento.

Señal de la existencia clara de un rol es ser reconocido por la población a la que va dirigida la atención. Existen evidencias sobre que ésta les identifica como profesionales, cuestión no menor, puesto que se ha recorrido el camino desde la situación en la que se plantea oferta “algo” a una población que no percibe la su necesidad y que tiene una imagen del

profesional de enfermería asimilado a un ámbito de actuación absolutamente diferente, en el que valoraba su destreza técnica e intuía su cercanía por la asociación que tradicionalmente se ha establecido con los cuidados. La mayoría de la sociedad, en cambio, no había tenido relación directa con profesionales de la enfermería, no habían tenido problemas de salud.

Ahora, presente en un campo más accesible y cercano a donde están las personas, es interesante ver cómo es reconocido, o más exactamente cuáles son las causas del reconocimiento u otorgamiento de capital social y simbólico. Si las enfermeras al ser cuestionadas por lo que identifican como lo más importante en relación con su aportación señalan la cercanía, la calidez, la solución a problemas, coinciden en señalar que la población les reconoce por similares méritos.

0328A6072MF: *¿Tú crees que lo que la gente identifica en la enfermera es empatía generalmente?*

Sí

0510R3995MF: *Por ejemplo, hay gente que va a la consulta para que tú les escuches. Entonces, ellos valoran que tú seas...*

0710NO3402HE: *La diferencia básica, yo creo que la gente del cupo está contenta conmigo porque yo considero que soy una persona accesible, en el trabajo intento tener empatía con la gente, ser amable...*

Lo que sí parece que existe es un reconocimiento general y otro más particular que viene de aquellos que han tenido la oportunidad de un contacto profesional más directo, más profundo o más largo. Esas personas han sido probablemente receptoras de la esencia de la aportación de las enfermeras a la APS.

La posesión de capital social identifica a las enfermeras de APS como grupo, sin embargo la reproducción no es automática, se identifica más cuando se ha tenido experiencia cercana con el profesional, además es más valorado.

0710NO3402HE: *Pues mira, yo creo que cuando... Igual he tenido varios casos últimamente con pacientes que han fallecido, ya pacientes al final de la vida, tanto por temas tumorales como pacientes inmovilizados, y yo creo que al final, cuando llevas [...] a su domicilio para hacer unas curas o unos controles y al final ha fallecido la persona, el que venga la familia y te agradezca haber facilitado todo ese proceso, para mí ha sido satisfactorio.*

Por el contrario, existe el perfil profesional que se podría denominar como “la enfermera inexistente” o “enfermera invisible”. Existirían dos razones fundamentales para clasificar en esta categoría a los profesionales: Por un lado, estaría aquel profesional del que el usuario no es capaz percibir en qué puede ayudarlo. Este profesional no hace oferta alguna más allá de un procedimiento técnico puntual que se pudiera requerir, es decir: si no se necesita de una intervención de ese tipo, nunca se acude al profesional. No se conoce lo que hace, no se le echa de menos.

La otra razón es la mala práctica a la hora de llevar la consulta, regañando o culpabilizando a las personas por no seguir las pautas que le marca. Los usuarios acaban abandonado, o no acudiendo. Este perfil está causando realmente un perjuicio a una población necesitada de la atención de un buen profesional y las enfermeras ven erosionados sus logros. Todos pierden.

En ambos casos el capital social del grupo se resiente de manera importante. Este aspecto guarda una estrecha relación con el perfil de los profesionales de la APS y con las desigualdades en el desempeño.

0328A6072MF: Yo he vivido, y como todo el mundo, la experiencia de tener una enfermera inexistente.

También puede ser.

Que ni te quita ni te pone, simplemente la anulas. No me ofrece nada, no me da pie ni siquiera. Pasas totalmente, no la utilizas.

0710NO3402HE: Había gente, de hecho, que no quería venir a los controles de tensión o los controles de diabetes porque decían: “Joder, es que me echan unos rapapolvos cada vez que voy allí si tengo el azúcar alto o he cogido un kilo o dos”

El reconocimiento que realiza la población no tiene respuesta por parte del sistema, que no facilita la libre elección de profesional. Ésta está supeditada a la elección de médico, de tal manera que contar con lo que un usuario necesitado de atención calificaría, con toda probabilidad, de buen profesional está fiado a la buena suerte o a la renuncia a la elección de médico. Llama la atención cómo existen usuarios que priorizan la elección de enfermera a la del médico, signo de reconocimiento profesional, al menos, individual. La posibilidad de elegir en los mismos términos, escenificaría la autonomía profesional y situaría a los profesionales en las mismas condiciones, contribuyendo a la visibilización de la labor de cada profesional para quienes tuvieran que tomar decisiones organizativas.

0328A6072MF: *Yo pienso que, aunque la población sí que demanda el trabajo de enfermería, sabe para qué estamos, ahora sabe que quiere cambiar de médico pero no quiere cambiar de enfermera...*

O no puede.

No, no quiere. Hay mucha gente que, para sorpresa de muchos que a veces no lo quieren oír, no se cambian de médico porque cambiaría la enfermería, porque no tiene posibilidad de elegir. Eso pasa.

1217R4895MF: *me llama mucho la atención por ejemplo que haya libre elección de médico y no haya libre elección de enfermera, por ejemplo. Me llama mucho la atención por lo que os estoy diciendo, porque yo habitualmente hago acompañamientos en el duelo por ejemplo y no me importa, con pacientes que son de otros cupos médicos, pero lógicamente me parece que el paciente debería tener el derecho de decir: “Yo quiero este médico”, por lo que sea, pero también: “Quiero esta enfermera”.*

Parece existir una fidelización por parte de la población consecuencia de la confianza forjada con el tiempo y el rigor en el trabajo, con el capital social y simbólico individual que posee cada uno y la percepción que de ello tienen los ciudadanos.

0328A6072MF: *[en relación a si un usuario con un problema banal acudiría al médico o a la enfermera] Salvo que tu enfermera te haya demostrado que es una persona que es autónoma, que te produce credibilidad, que sabe, que te resuelve los problemas...*

Claro, eso influye. Si no, vas a ir porque te mandan.

Existen equipos que con gran esfuerzo iniciaron actividades dirigidas a la comunidad que merecieron un amplio reconocimiento por parte de ésta, reconocimiento que ha hecho posible que las actividades no se hayan abandonado con el paso del tiempo, esto es debido al compromiso social que han adquirido y al reconocimiento percibido por parte de la ciudadanía.

0128R5281MF: *¿Y por qué en tu centro lo piden?*

Pues quizás porque hay una tradición y siempre se ha hecho. Entonces, allí se siguen pidiendo cosas.

Y que probablemente en otros centros no se pidan.

Aquí se siguen pidiendo y tenemos dificultades para hacerlo.

La identificación que hace la población con el trabajo que llevan a cabo los profesionales de enfermería en los centros de salud, más concretamente el reconocimiento particular, ha llevado a la existencia de la consulta a demanda. Un tipo de consulta que era impensable al comienzo del modelo, pero que hace evidente que las enfermeras ofrecen algo que a los usuarios les interesa, la cuestión está en saber si todos los profesionales tienen demanda y en qué consiste ésta. Se observa cómo en algunos casos, se trata de cuestiones muy alejadas de la tradicional demanda a la enfermera y se basa en una relación cercana, de confianza hacia el profesional, bien porque se le percibe como más cercano, más competente o bien por sintonía personal. En cualquiera de los casos, dependiendo del trato que el profesional haga de esa demanda va a condicionar el uso que pudiera hacer en un futuro de la misma, existiendo la posibilidad de convertirse en un referente para problemas importantes que nadie resolvía; o se le puede llenar la consulta de cuestiones irrelevantes que le resten tiempo y credibilidad.

0612R3201MI: *Para dudas, llegan del hospital y que les expliques. Ayer precisamente me ha llegado una paciente que llegaba con la hija del hospital. Tenía un montón de cosas y venía aceleradísima. Y era como ir explicando, ir solucionando cosas.*

0710NO3402HE: *Una demanda siempre la vas a tener, pero tú esa demanda puedes hacer que sea así o puedes hacer que sea el doble. Entonces, depende un poco de lo que te quieras implicar.*

0328A6072MF: *Ahora, si tú me preguntas: “Oye, es que tengo un crío que tiene 15 años, que no puedo con él, que ha empezado a contestar, que sale, que no entra, que ya no puedo más, que no sé qué hacer”, pues a lo mejor tú puedes decir: “Oye, no sé, pregúntale al médico”, o puedes decir: “Pues si quieres ven un día con él y hablamos con él”.*

0328A6072MF: *Y luego las demandas, pues es que me marea: “Vengo a que me tomes la tensión porque a lo mejor tengo la tensión baja, porque me han puesto este tratamiento pero he leído que si tengo no sé qué no lo puedo tomar”. Las demandas espontáneas: “Me dieron el alta del hospital y me han dicho que pase por el centro de salud a revisarme tal cosa”, y se citan con la enfermera. Entonces, hay muchas cosas que antes no se hacían.*

Es cierto que la tradicional oferta con la que la sociedad relaciona a la enfermera sirve, en ocasiones, para acercarse y es cuando el profesional tiene la oportunidad de abordar

otros problemas y generar otro tipo de demanda que se puede generalizar por el boca a boca y el crédito que genera al cumplir las expectativas del usuario.

0510R3995MF: Van a charlar, sobre todo mujeres con fibromialgia que vienen allí, un par de señoras que realmente vienen pero no a tomarse la tensión, vienen a tomarse la tensión porque...

0510R3995MF: Casi toda la demanda... No, yo muchas veces me involucro en cosas. Por ejemplo mi médico, con el que yo trabajo, yo luego tengo pacientes de otros médicos por otras cosas pero, bueno, es porque yo me involucro, yo los capto. Él no me da trabajo, él muy poco.

Se puede ver cómo esas cuestiones, *a priori* sencillas o banales, son las cuestiones que la población identifica claramente con la aportación única que realiza la enfermera como parte de una actuación llena de complejidad.

1005NO5874MF: ..., cuando tienen algún problema, me llaman a mí, no llaman a X (la pediatra). A veces, cuando tienen fiebre, también me llaman a mí y no tienen que llamarme a mí.

[...] Lo veo en cómo solicitan, cómo quieren, cómo van encantados, cómo se apoyan y cómo al final con el que más confianza tienen es con la enfermera y hasta a veces le llaman por teléfono: “Oye, me pasa esto”. Ayer estaba yo hablando con una compañera de adultos y estaba llamándole uno para contarle que le dolía la tripa, y le llaman a Ana y le cuentan las cosas a Ana. Ana les dice por teléfono lo que tienen que hacer.

4.3.2. ALGO NO VA BIEN.

Paralelamente a la evidente generación de un habitus que les diferencia del resto y es reconocible, se van desarrollando fuerzas en sentido contrario. Unas fuerzas que aún no han hecho evidente su influencia, pero que quienes son conocedores de las singularidades del campo se muestran temerosos por las repercusiones que pudieran tener.

La enfermería de APS en Cantabria que posee legitimidad en el trabajo dentro y fuera de la consulta y es capaz de describir qué se ofrece y cómo la población lo reconoce, de contribuir al producto del miniequipo, se comienza a ver influenciada por factores que afectan a todo esto. Tras la identificación de los resultados en forma de capital social producto de la legitimación y el esfuerzo por conseguir un importante patrimonio en capital cultural era esperable la potenciación de aquellos elementos que favorecieran el

mantenimiento y avance de los logros conseguidos, pero hay señales que apuntan en sentido contrario.

4.3.2.1. El desenfoco político.

Una buena parte de esas fuerzas negativas son reconocidas por los entrevistados por venir de la mano de las decisiones que han tomado las sucesivas direcciones a lo de un periodo importante de tiempo. Con la Ley General de Sanidad aparece la figura de la dirección de enfermería en la estructura de la APS, en igualdad con las direcciones de gestión y médica, fueron conformándose entonces equipos de gestión con una importante cantidad de mandos entre los que se diluían las decisiones y la información

Lo que primero llama la atención y, seguramente pueda arrojar luz sobre sus decisiones, es el concepto que los profesionales de APS tienen de las personas que han ido ocupando los puestos de decisión. Parece que en el momento que las relaciones jerárquicas estuvieron claras se tomaron decisiones más basadas en criterios políticos que realmente en las necesidades de la población o teniendo en cuenta la potencialidad de los profesionales. Estos, que estaban en los centros en contacto con los usuarios y que muchos de ellos habían participado en la construcción del modelo, precisaban de decisiones acertadas que facilitarían lo que entendían como una adecuada evolución, adolecían de decisiones de carácter profesional, no empresarial.

Si algo que se ha revelado como decisivo para crecer en este campo de trabajo han sido dos cuestiones fundamentales: la creencia en el modelo y el conocimiento del mismo. Cuestiones que en los profesionales de los equipos se identifican en mayor o menor medida, no han tenido eco en las personas que han tenido responsabilidades de gestión en el ámbito de la enfermería.

Los profesionales tratan de llevar a cabo iniciativas coherentes con los postulados, sorteando conflictos, adaptando su formación y luchando por el fomento de la credibilidad y el reconocimiento de todos los que le rodean, cuestiones que no calan en quienes ocupan cargos directivos, más preocupados por aplicar criterios de gestión en sus decisiones ajenos a los criterios profesionales. Los profesionales llegaron a ser recriminados por no cumplir objetivos de gestión, cuando estaban llevando a cabo iniciativas con gran esfuerzo dirigidas a consolidar un papel, que aunque reconocido por todos era de gran fragilidad.

Se produce una situación paradójica y contraria a la que se dio en la implantación de la reforma, quienes dirigen saben menos que los dirigidos. Ni siquiera se sabía el trabajo que se venía haciendo en los centros, por supuesto tampoco los logros alcanzados ni el esfuerzo que había supuesto todo aquello.

0128R5281MF: *Ha habido de todo, pero en realidad ha habido un error muy gordo: que nadie estaba formado en primaria y que nadie realmente sabía lo que quería de primaria. Luego hay una cosa que para mí es lo peor, pero a nivel de todo. Es decir, que tú... A ver, si tú quieres luchar por enfermería no puedes estar unido a ningún partido porque, en el momento en que tú estás en una gerencia, si el de arriba dice: "Por aquí tienen que ir los tiros", van por ahí y tú eso, o lo asumes o te vas.*

[...]Yo me acuerdo por ejemplo que han pasado muchas directoras de enfermería y hubo una que tenía una cosa buena, no voy a dar nombres. Tenía una cosa buena, que era dinamizadora, pero de mala manera. O sea, no tenía la sutileza que se tiene que tener con la gente, que a mí me parece muy importante. Tienes que ser sutil, dejar un poco que la gente expresa también sus necesidades, sus no sé qué, y tú saber luego esto. Ella quería que todo el mundo participara, que hiciera grupos de trabajo,...

[...]Hay que mirar también todas las directoras que hemos tenido porque algunas estaban peor que yo, ¿qué van a tirar del carro? No pueden tirar porque no tienen ni liderazgo ni conocimientos ni...

0328A6072MF: *Yo veo el trabajo de la enfermera como que emerge, se mantiene un poquito y empieza a decaer.*

Sí.

¿Y en ese empezar a decaer tiene que ver esto?

Tiene que ver esto, tienen que ver algunas gerencias que en ningún momento han movido un dedo para potenciar la labor de enfermería, y han sido bastantes años.

0328A6072MF: *Han hecho gestión, no han motivado nada, y eso que yo reconozco que al principio en las reuniones la gente salía fatal porque se le reñía. No sé si recordarás.*

[...]...quizás porque estamos quemados, porque estamos hartos, porque llevamos mucho tiempo, porque cada cierto tiempo cambian los gestores, cada uno con la carpeta anterior, y entonces viene y de repente dice: "Ahora dicen que hay que ir a los institutos", y tú dices: "Pero si llevamos veinte años yendo a los institutos, ¿de dónde han bajado ahora?"

Parece evidente que ha existido ese abandono de gestionar la profesión dentro del modelo de APS en Cantabria. Al analizar el discurso de la responsable de enfermería del primer equipo de dirección, se identifica como un factor de fuerte impacto negativo la existencia de personas en importantes puestos de gestión dirigiendo algo en lo que no creían.

0328A6072MF: *Tú que has sido líder en enfermería en un momento determinado en la Atención Primaria de Salud, ¿tú crees que los líderes formales han tenido capacidad de virar esto, de modificarlo?*

Sí, y yo creo que ha habido gente que no se ha involucrado y entonces el liderazgo no se ha ejercido porque no se ha involucrado en el tema. Yo entiendo que una persona que está en la gestión, gestiona primero y luego tiene el colectivo, pero gestiona una profesión y una organización.

Cuando tú dices que no se han involucrado, ¿a qué te refieres? ¿A lo que tú decías de no creérselo?

Claro, es que...

Porque tú pones un énfasis importante en que esta es una cuestión de creencia.

Es que te tienes que creer lo que estás haciendo.

Aquí hay una creencia importante en el trabajo de la enfermera de Atención Primaria de Salud.

Claro, es que si tú no te lo crees... Tú gestionas.

Otra influencia muy negativa percibida por los profesionales es la falta de continuidad. Ante los cambios políticos se producía una importante repercusión en cuestiones como el de fomento de iniciativas, el reconocimiento o visibilización profesional. Existe una sensación de falta de coordinación, de tener que partir siempre de cero, de no haber valoración (o ni siquiera conocimiento) de los logros y eso se vive como un retroceso por el desconcierto o la desmotivación que genera. Existe un desajuste entre los intereses de los profesionales y los de los dirigentes, la gran motivación inicial no se supo utilizar de motor, en parte porque los intereses eran otros y por carencia de ese *investissement*. Consecuencia de ello, se generó el efecto contrario en forma de desilusión o desistimiento de iniciativas. La duración de estos efectos ha propiciado que cuando existían condiciones diferentes, propicias a trabajar en pro de los logros obtenidos, ya no eran recuperables algunos aspectos.

0328A6072MF: *Es que había ilusión, había motivación. Y luego yo pienso que sí ha habido otras etapas con direcciones de enfermería que tenían más motivación para seguir manteniendo el tema, pero ha habido mucha resistencia profesional porque estábamos muy quemados, porque la verdad es que tener que estar siempre...*

[...] Las gerencias lo que suelen hacer es borrar y cuenta nueva, y eso no se puede hacer.

0510R3995MF: *Por ejemplo, ahora esta gerencia, ellos están abiertos a proyectos, a que tú des tu opinión. Por primera vez.*

[...] Ha habido tantos años que la gente ha estado tan presionada, tan: “No te puedes mover”, porque esa era la política de X. de nuestro gerente de primaria. “No te puedes mover y, si te mueves, te voy a reñir”, y de repente es libertad total. Entonces, la gente yo creo que ahora está desmotivada también por eso.

Los responsables establecieron directrices de trabajo en las que prima más el cuánto que el cómo, llegando a priorizar algunos programas sin cuestionarse si realmente existía o no esa necesidad o incluso si el esfuerzo dedicado a éstas era necesario para otros. No había una valoración rigurosa de las repercusiones que iban a tener estas decisiones. Decisiones basadas en el desconocimiento o la falta de criterios profesionales, pero también basadas en la voluntad de tener contenta a una población a la que se le ofertaban unos servicios extra que no eran necesarios desde el punto de vista profesional. Esto provocó una creciente desmotivación entre los profesionales y unas necesidades en la población, no justificadas desde el punto de vista profesional, que llegaron para quedarse y dificultar, sin tardar mucho, el trabajo en la consulta.

Otro factor a tener en cuenta a la hora de achacar a las políticas su influencia negativa en la evolución del habitus generado es que tras una etapa en la que había muchas decisiones de funcionamiento que partían de los centros, se pasó a una situación que fue vivida como contraria, se tomaban decisiones sin contar con los equipos y, por tanto, alejadas de la realidad. Los profesionales intuían realizar un esfuerzo con el solo objetivo de cumplir unas demandas de quienes tomaban las decisiones, sin repercusión real en su población.

0128R5281MF: *A mí en aquel momento me daba la sensación de que les interesaban los porcentajes: “¿Y cuántos diabéticos tenéis?” ¿Tú te acuerdas de aquellas reuniones? Además íbamos por orden alfabético: “Astillero, ¿y cuántos diabéticos tenéis?” A lo mejor importaba más el número que la calidad.*

[...] pero por ejemplo en aquel momento políticamente interesaba que hubiera domicilios porque en primaria la gente no sé qué... Entonces todo eran necesidades para el paciente, que de aquello ha venido lo que hay. Entonces, es que aunque la señora vaya la peluquería, tenéis que ir al domicilio a tomarle la tensión. No, porque estás generando una demanda inútil que luego nos ha ahogado. Es el problema de lo que ha pasado: que luego todo aquello, a lo loco, ha ahogado a la propia primaria.

0220D4791MF: *Cuando estaba en la consulta, cuando me pedía que tuviera cien diabéticos, yo no lo entendía y entonces decía: “Vamos a ver: cien diabéticos, yo voy a tener a todo el que me entre por la puerta”. ¿Que es diabético nuevo? Bien. Si salen cien, bien pero, si no salen cien, pues no salen cien. Yo no voy a ir...*

Visitas a domicilio, me pedían dos y pico. Yo no voy a ir a tomar café con los pacientes, voy a ir a ver al que le hace falta. Al que no le hace falta, para tomarle la tensión y decirle que quite las alfombras y no me hace...

0328A6072MF: *Pero luego también está la parte de la gestión que está por encima. Entonces, ha habido etapas en las que, a nivel de la gerencia, importaban una serie de cosas, no importaban otras. O sea, querían resolver las cosas como fuera, que a la gente se le diera lo que pedía. Daba exactamente igual quién lo hiciera, pero que no hubiera problemas.*

1108D4390HF: *El qué pasó es que me da la sensación de que se pasó de tener una determinada autonomía en Atención Primaria de Salud a que se instaurase todo desde la dirección.*

Los dirigentes no tuvieron la consciencia de lo que se había conseguido, un habitus desconocido hasta entonces en un campo de la atención sanitaria que comprometía a todos, de gran complejidad y que había obtenido el reconocimiento, un incipiente capital social. Lejos de eso todo fue reducido a datos mediante criterios gerencialistas que no representaban la realidad en lugar de destinar esfuerzos a visibilizar la compleja labor que realizaban. El habitus conseguido tiene una duración que va más allá de las circunstancias que lo gestaron, pero los cambios que estas influencias provocan en el campo advierten de consecuentes cambios en él que servirán para modificar la actividad de los profesionales.

La puesta en marcha de la cartera de servicios como elemento evidenciador de la oferta de la Atención Primaria de Salud, no es un elemento que los entrevistados confiaran importancia cuando se habla del trabajo que desempeñan en la APS, es a instancias de las entrevistadoras en la totalidad de las entrevistas cuando sale a colación, esto nos lleva a pensar que no le confieren ninguna importancia a la influencia que ha tenido en su trabajo.

Para ellos no contribuye nada a ordenar el trabajo que llevan a cabo, a visibilizarlo, la cartera de servicios no sirve para evidenciar la aportación enfermera a la salud de las personas. Se vive más como un trámite de cara al exterior que como la forma de mostrar la oferta de cada profesional al programa de atención que se estaba ofreciendo al ciudadano. No hubo una planificación meditada.

Para ilustrar la importancia que tiene está la frase que dice una entrevistada al cuestionarle sobre el asunto:

“era el cartel que estaba en el centro” (0428R5280MF)

0428R5280MF: *La cartera de servicios ha sido sin creerlo mucho y un poco dedicada a la galería. No creo yo que haya habido una programación meditada y sería de la cartera de servicios.*

Por un lado, no parecía corresponderse siempre con las demandas/necesidades de la población y, por otro se planteaban criterios inadecuados de medida de los resultados.

0428R5280MF: Eso no se medía bien. Eso dependía del medidor de turno, eso nunca me lo creí.

1108D4390HF: Luego además los contratos de gestión han estado basados en las normas técnicas mínimas de la cartera de servicios y a mí el poner cruces en un sitio me da igual, no sirve de nada.

El hecho que se planteara una acción para la población hizo que el colectivo de enfermería tuviera que reunirse para ver cómo se iba a afrontar la aportación al programa desde el colectivo profesional, esta oportunidad de reunirse y compartir, que en el momento de la puesta en marcha de la cartera de servicios ya no era habitual, eso sí se vivió como positivo, de alguna manera era revitalizador, pero de ninguna manera recuperaba el concepto del *investissement*. Hay que destacar que el cumplimiento de objetivos, dentro de la cartera de servicios estaba remunerado.

0825NO5286MF: Yo lo vi bien, era una forma... Fijate, desde que las carteras de servicios ya no están, es cuando se ha perdido un poco lo que decías, el equipo de enfermería.

[...] Cuando se pedía: “Vamos a introducir este programa, el del anciano, el del domicilio, el de la atención”, o lo que sea, te decían: “Mira, lo tienes que hacer así, tenéis que hacer tanto de cual, tanto del otro lado”. Te fijabas unos objetivos y entonces intentabas cumplirlos, hacerlos, y todas las enfermeras trabajaban al unísono, de la misma manera, y de cara a conseguir aquello. Ahora no, ahora como ya no te pagan, pues entonces...

Desde el punto de vista de la oportunidad que suponía para visibilizar la aportación de cada profesional a los resultados del programa, no fue un elemento positivo. En concreto, el papel de la enfermera, quedaba desdibujado no era identificable, lo que iba en contra de las conquistas en relación con la autonomía profesional.

1108D4390HF: La cartera de servicios está bien, es general. ¿Cuál es el problema que yo veo? Que ha ido en contra de la autonomía profesional, y puedo estar equivocado. Es que la cartera de servicios en Atención Primaria de Salud

refleja los servicios generales, actuaciones con el niño, infancia y adolescencia, con la mujer, tal y cual. Es un poco general.

[...] En enfermería queda diluida la cartera de servicios por un trabajo en equipo junto con el médico principalmente o pediatra en Atención Primaria de Salud. Eso, que podría haber sido positivo, no sé por qué pero me da la sensación de que se ha vuelto en contra de la profesión.

En definitiva, no parece un elemento relevante para el desempeño de las enfermeras de APS. Las Normas Técnicas Mínimas (NTM) dejaban la posibilidad de que con la mera realización de un procedimiento hubiera un cumplimiento de un 100% del objetivo, sin tener en cuenta que los aspectos cualitativos que le acompañan hacen diferente el desempeño y el aporte que se le hace al usuario, reduciendo la complejidad de la actuación a mínimos y volviendo a hacer pensar si un profesional tan cualificado servía solo para realizar un procedimiento o entregar una hoja de papel con información, tendiendo al punto de partida.

1217R4895MF: Luego, me parece que finalmente se convirtieron en un trámite para los profesionales, en una trampa para los profesionales, más que en un método de trabajo o una justificación legal para hacer un trabajo, porque al final acababas poniendo cruces a lo tonto y sin ningún sentido.

La principal iniciativa que se ha llevado a cabo en relación con la visibilización del trabajo haya sido la implantación del aplicativo informático OMI-AP (Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria), un programa basado en la atención médica que posibilita escribir en apartados abiertos a la enfermera que así lo desea o señalar una serie de ítems relacionados con la valoración de datos muy básicos, de entrega de información o de realización de un procedimiento, no evidencia qué contribución enfermera ha habido a un proceso. El programa facilitaba la posibilidad de desarrollar un plan de cuidados, pero tan poco ágil que resultaba más complejo que el propio plan y tan poco accesible que no era visible ni posibilitaba su modificación.

Las direcciones utilizan los datos incluidos en el programa OMI-AP para cuantificar el trabajo desarrollado por los profesionales, quedando representado en cifras frías y descontextualizadas.

El ordenador en la consulta es bien recibido puesto que simplifica la labor burocrática.

0220D4791MF: Por ejemplo un hito fue el ordenador. ¿Qué pasa con el ordenador? Que está centrado en el médico, es una historia clínica médica pura

y dura. Nadie fue capaz de aprovechar los planes de cuidado y en [OMI] estaba bien desarrollado.

1108D4390HF: *...que luego he visto una evolución cuando las aplicaciones informáticas, en concreto OMI y tal, se pusieron al servicio de Atención Primaria de Salud. Eso yo creo que supuso un salto cualitativo enorme y unas posibilidades, hasta hoy, no bien explotadas ni por los profesionales ni por los gestores, ni por los pacientes, que no pueden...*

0825NO5286MF: *Yo creo que, menos por los que mandan, es valorado por todo el mundo. Los que mandan valoran números. Yo pienso que del OMI sacan sus estadísticas, lo que les interese, y punto, ya está.*

0710NO3402HE: *Es que yo creo que es muy difícil de cuantificar. Últimamente en enfermería siempre nos dicen: “Cualquier labor que hagáis la tenéis que hacer por medio del programa”. Hay que ponerlo porque, supongo que en el enfermero de hospital también, pero en el enfermero de Atención Primaria de Salud hay muchas labores que hacemos que no reflejamos. Entonces, yo creo que esa es una de esas labores que es muy difícil a veces evaluar.*

4.3.2.2. Políticas de personal.

0710NO3402HE: *Yo estoy un poco cansado del enfermero o la enfermera para todo. Yo creo que no podemos ser hoy enfermeros de primaria, mañana estar en quirófano, pasado en una UVI móvil.*

Si hay un campo donde los profesionales pueden ejercer su polivalencia al máximo es la APS, otorgándoles además la posibilidad de llevar a cabo su desempeño con las más altas cotas de autonomía, pero en el que el capital cultural incorporado se ha evidenciado como un elemento crucial a la hora de orientar la atención a la población. El lógico pensar que si un profesional desempeña su labor profesional en esta área durante cierto tiempo, va acumulando un potencial que le convierte en el profesional adecuado para llevarlo a cabo. Sin embargo esto no ha sido tenido en cuenta a la hora de incorporar a las enfermeras a este campo.

Desde el punto de vista de los propios profesionales, el ideal de liderazgo tendría que poseer unas características que resumen en alguien con capacidad de implicación, motivado y con conocimientos acordes a satisfacer la demanda de las personas a las que atiende. Volviendo a valorar la *illusio* o poder motivador y el *investissement* o complicidad objetiva con el campo, como un ingrediente principal del perfil del profesional para ejercer dentro del modelo.

0612R3201MI: *Yo creo que sería un profesional muy implicado con el entorno del paciente, que conociese muy bien la zona donde trabajase, que a la hora de tratar a un paciente tuviese todo eso en cuenta para que el paciente se sintiese atendido. Quizás no pueda solucionar sus problemas, pero por lo menos atendido y escuchado y que le llevase a llevar su vida lo más saludablemente posible.*

0710NO3402HE: *Yo he conocido enfermeras que se limitan mucho a sacar el trabajo sin implicarse en la comunidad o con los pacientes y hay enfermeras que ves que están totalmente involucradas con su cupo y no solo con su cupo sino, como hacen en este centro, acudir a institutos para dar una formación con grupos de diversos tipos.*

0907R4890HF: *Sobre todo motivación para trabajar con las personas, para estar pendiente de las personas.*

0907R4890HF: *Una persona motivada... Como decía un entrenador de rugby: “Dame los grandes y fuertes que el resto ya lo hago yo”. Pues: “Dame los motivados que el resto ya lo hago yo”. Una persona motivada puede adquirir la formación que le falte. También que sea una persona que tenga interés por los aspectos o por los problemas de la población que vas a atender y que sea capaz de verlos.*

También se resaltan otras características, pero que pertenecen más a la categoría de rasgos personales, que solo adquieren importancia una vez que se dan las anteriores, una persona que tenga capacidad de empatizar, fuertes dotes comunicativas, con dinamismo y capacidad de llegar a la población.

0825NO5286MF: *Tiene que tener capacidad de comunicación, tiene que tener empatía con los pacientes, tiene que darles confianza porque tiene que transmitir muchas cosas e intentar educar, con lo difícil que es eso; educar al paciente y se supone que a la población.*

0907R4890HF: *Muchas veces tienes que tener mucha capacidad de relación, mucha facilidad para manejar a la gente, y con manejar me refiero a cambiar conductas, tener capacidad para enseñar, para transmitir a la gente.*

0825NO5286MF: *Pues muy dinámicas, era gente muy dinámica, muy abierta, que daba muchas conferencias y muchas charlas. Estaban muy relacionadas con la población.*

Todo esto, que desde el punto de vista teórico es muy claro, no es tenido en cuenta a la hora de diseñar las políticas de incorporación de profesionales de enfermería a la APS. Las vías de acceso a los equipos son fundamentalmente tres: concurso oposición, contratos de duración variable y traslados desde la propia Atención Primaria de Salud o de la atención especializada, este último el más habitual.

Esta última vía de acceso es percibida como un problema dentro de los equipos al darse varias circunstancias que distan de las que podrían considerarse como idóneas para desempeñar el rol enfermero en APS. El trabajo que han venido desempeñando les ha hecho acumular talento durante más de 30 años - media de años de experiencia necesarios para conseguir un traslado - que no les va a resultar de utilidad en el nuevo destino. Por su edad, tampoco ha existido contenido alguno en su formación y es lógico pensar que sus esfuerzos por aumentar su capital cultural hayan ido dirigidos a aumentar los conocimientos en relación a la labor que venían desarrollando. Poseen un habitus generado en otro campo, con una carga importante de capital cultural incorporado y sometido al “efecto histéresis”, a la durabilidad que hará que ese habitus permanezca invariable más allá del tiempo que cese su relación con el campo en el que produjo.

Las políticas de personal hacen que el único requisito para poder incorporarse a la APS sea un título universitario que le legitime profesionalmente para ocupar una plaza vacante, dando solo importancia a un título que le legitime, capital cultural institucionalizado.

El problema no solo viene por lo que no tienen, también por lo que poseen, ya que se produce un desajuste en el equilibrio del campo al incorporarse miembros con dosis de capital diferentes, lo que obliga a ajustar los límites del grupo profesional incluso los pone en juego, afectando a los logros conseguidos hasta entonces.

0220D4791MF: Pero tiene un capital que ha ido acumulando a lo largo del tiempo que es muy valioso para donde trabajas, pero no es trasladable. No es trasladable. Tú puedes venir de un servicio de cardio y saber mucho de cardio, pero...

Esta situación, que se ha ido repitiendo periódicamente, ha generado un grupo importante de profesionales en APS que ha venido influyendo en el desempeño del rol profesional en este campo. El profesional que se incorpora es percibido como alguien que no ejerce el rol conquistado, es alguien que desde que llega, se pone a trabajar haciendo lo que mejor sabe hacer y lo que sabe hacer es solo una parte de lo que se espera que haga, careciendo además de los valores y la cultura que conlleva el modelo de Atención Primaria, carece del habitus.

0328A6072MF: *Yo es que creo que se incorporó mucha gente del hospital sin haber tenido un rodaje un poquito teórico también, haberse involucrado teóricamente un poco en lo que era la Atención Primaria de Salud y se incorporaron allí directamente ya al trabajo cotidiano. Entonces, eso te lleva a ir como va el de al lado.*

0510R3995MF: *¿Pues qué me encontré? Mucha gente del hospital. Es que el problema que habíamos tenido en Cantabria es ese, aparte de otros pero ese es básico. Yo creo que hemos dado un paso atrás, pero muy gordo, en estos últimos tres años.*

0510R3995MF: *Mucha gente no sabe cuál es su trabajo, no sabe qué es la primaria, viene de otro mundo, viene del hospital. Aparte, yo tengo una compañera que es una gran trabajadora. Viene del hospital de cuarenta años y es una persona que es muy trabajadora y tiene muchas ganas de aprender, pero tiene una concepción de la enfermería totalmente diferente a la nuestra. Yo la veo diferente.*

0510R3995MF: *Por ejemplo gente joven de mi promoción, que esté en primaria, que sí que se mueve pero a nivel muy individual, bueno, hacen cosillas pero a nivel muy personal, muy individual. Después las enfermeras que ya vienen del hospital, que para mí eso es un mundo aparte.*

0710NO3402HE: *La enfermería en Atención Primaria de Salud yo creo que se puede estropear un poco; con todo mi respeto a la gente del hospital, pero hay gente que viene del hospital con una actitud equivocada a la Atención Primaria de Salud.*

0825NO5286MF: *Bueno, de hecho han venido todas las del hospital, que una ha estado en laboratorio y la otra en politrauma, me parece, y ellas se han buscado la vida. Yo no sé si las habrán formado, a mí me parece que tampoco.*

0907R4890HF: *La que no se la da es porque llega con ganas de trabajar o que consigue lo que quería: jubilarse. Entonces, esas son rémoras para el equipo.*

0907R4890HF: *Es que es otra visión de la enfermería. Es una visión mucho más técnica la que puede traer una enfermera del hospital.*

Son percibidos como profesionales que tienen una concepción del modelo muy diferente, o directamente no lo tienen y que suponen una amenaza a la posición conquistada. Se identifica como lógico que, como mecanismo de seguridad, tiendan a llevar a cabo su actuación basada en lo que mejor saben hacer y no haciendo aquello que es probable que ni siquiera lleguen a identificar como necesario, pero que constituye el núcleo de su aportación a la población a la que atienden.

0510R3995MF: *¿han sido un problema los traslados del hospital?*

Sí, lo sigo diciendo. Es que yo creo que falta formación. La motivación sale de la misma,

0907R4890HF: *Es que es otra visión de la enfermería. Es una visión mucho más técnica la que puede traer una enfermera del hospital.*

Se identifica cómo cuando en el profesional se da cierta motivación y los conocimientos específicos que se “trasladan” también pueden resultar adecuados al papel que se va a desempeñar, la incorporación es menos abrupta. El profesional lo vive con menos desconcierto, aunque consciente de las limitaciones que le supone su posición.

1005NO5874MF: *yo me fui a primaria porque me quedaban pocos años, entre comillas, en aquel momento cuando no había habido tanto cambio. Ahora igual me queda algo más. Me quedaban pocos años para la jubilación y yo me quería ir de mi profesión con muy buen sabor de boca. Necesitaba un estímulo, necesitaba que aquello que yo había empezado con toda ilusión; que no se acabase mi vida así. Necesitaba un cambio.*

1005NO5874MF: *yo pedí pediatría, pero yo sabía que iba a ser más nueva en un centro de salud si iba adultos que si iba a pediatría. No es lo mismo sabiendo con quién tratas y manejando niños toda la vida que ir a adultos, que se te presente un diabético y tú dices: “¿Ahora qué le hago?” Yo sé que a los diabéticos hay que ponerles un tratamiento, seguir una dieta, darle unas recomendaciones, hacerle unos seguimientos, pero eso tú te lo tienes que trabajar más.*

1005NO5874MF: *Entonces, yo creo que a mí las enfermeras de adultos, que yo todo lo que tengo que hacer de adultos lo consulto con ellas... Aparte que son cosas muy puntuales porque lo que más hago son domicilios, pero en esos domicilios lo pasé muy mal con un señor de unas escaras bestiales.*

Yo de escaras no tenía ni idea y lo pasé fatal. Yo salía a las tres de trabajar y sabía que me llevaba tanto tiempo estar con él...

Yo estoy encantada, es lo único que puedo decir. A veces, cuando me lo cuento a mí misma, digo: “¿No serás un poco exagerada?” Pero yo es que estoy contenta y es lo que tengo que decir. No soy yo tan optimista como para, cuando las cosas me van normal, decir: “Estoy maravillosamente bien”. No, creo que no. En esto me sorprende hasta yo misma hoy, que lo primero que me sale es decir: “Estoy encantada”.

Sin embargo los profesionales con este perfil, con larga experiencia hospitalaria, aunque puedan intuir la autonomía profesional que supone trabajar en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, difícilmente podrán llegar a ejercerla. Es difícil que personas con una larga experiencia hospitalaria consigan la identificación con el campo, el “ser de”, ya que la mayor parte del capital cultural incorporado ya no está en juego si no se ha venido realizando un acopio de, al menos, conocimientos acordes con lo que va a tener que realizar que le permita ser consciente de aquello que tiene que aprender o demostrar, cuestión poco probable puesto que, como se ha señalado, es normal que ese esfuerzo se haya ido realizando dirigido a mejorar en su anterior ámbito de trabajo, más aún cuando la formación específica no es un requisito de entrada a la APS.

***1005NO5874MF:** Yo por ejemplo veo a mis compañeras enfermeras de Atención Primaria de Salud y yo veo la independencia que tienen a la hora del trabajo y cómo llevan las cosas. Yo eso no lo he conocido ni soñándolo.*

***1005NO5874MF:** Yo por ejemplo ahora lo veo. Yo por ejemplo veo que yo llego allí, yo estoy trabajando con el pediatra, ponen una agenda nueva y es que a mí me sale por naturaleza decir: “A ver qué opina el pediatra para hacer mi agenda”. Y ellas dicen: “Pero tú no tienes que depender del pediatra, tú tienes que hacerte tu agenda”, y es que yo todavía no me puedo desligar.*

***1108D4390HF:** Sí, hay mucha otra gente con conocimiento, capacidad y tal, pero que todavía hoy, después de llevar unos años en Atención Primaria de Salud, no han cambiado el chip.*

Entonces, yo lo veo muchas veces por la autonomía. Los profesionales en Atención Primaria de Salud piden, como en todos lados, autonomía. La tienen pero no la perciben como tal.

El equipo que acoge a los nuevos compañeros lo vive con preocupación, les supone una situación de inestabilidad y de amenaza para el rol profesional. El propio equipo, con intención de minimizar los efectos actúa como acogedor, facilitando una incorporación menos traumática. Este equipo, donde existe, ejerce una función de regulador de prácticas si los profesionales que se incorporan se integran en él, facilitando el efecto contagio del habitus. En cualquier caso, se produce en el campo una lucha consecuencia del desajuste entre el capital que poseen los diferentes profesionales que hará necesario un esfuerzo de adaptación para llegar, de lo contrario el resultado será quedarse en la posición que le otorgue el capital que posea, en ese caso producirá seguro efectos en la práctica.

0328A6072MF: *En cambio, en X, la gente que nos quedamos la mayoría teníamos ya un bagaje de muchos años, con una idea distinta y entonces, aunque se incorpore alguien nuevo, de alguna forma siempre puedes decir: “Cuidado que esto no es así. No te metas ahí, que...”*

1108D4390HF: *Hay de todo, como en botica. Tienes gente que ha entrado en primaria procedente del hospital, de toda su vida en el hospital, y se ha adaptado y muy bien, asumen el modelo de Atención Primaria de Salud como tal, no asumir el papel de enfermería... O sea, no es un papel más tecnificado sino que tiene estos otros factores de Atención Primaria de Salud en relación a la salud, prevención, promoción, etcétera; todo ese tipo de cosas. Hay gente que lo ha asumido muy bien y además lo lleva muy bien.*

1108D4390HF: *Esta gente ha hecho lo mismo: se han preocupado previamente incluso de hablar con compañeros, de pasar por centros de salud, de rotar, de pedir información.*

1217R4895MF: *Nosotros al principio lo vivíamos con miedo. Cuando hubo traslados a nosotros nos vino una compañera de Valdecilla y además ya bastante mayor. Lo vivíamos con miedo. Primero pensábamos que se iban a cumplir más plazas de las que realmente se cubrieron, que solamente fue una. Teníamos miedo de que eso, de alguna manera, fuera un freno para el resto del equipo en el sentido de que piensas: “Vienen las viejas glorias de Valdecilla al cementerio de los elefantes”.*

Simultáneamente a la incorporación de profesionales desde atención especializada se produce la salida de quienes ocupaban esas plazas. Personas con un trabajo inestable, la mayoría formada dentro del modelo, impregnadas de él pero que por su futuro incierto no pueden implicarse todo lo que quisieran. No pueden desarrollar todo su potencial. Esto hace que se desaproveche el talento, personas capaces de desempeñar adecuadamente un rol profesional consolidado, que son capaces de ofrecer a la población un producto que ya esperan, tienen que ceder paso a quienes proviniendo de un modelo de trabajo totalmente diferente es dudoso que lleguen a igualar.

Estas personas con contratos inestables tienen probabilidad de incorporarse a otro centro, pero con la lógica percepción de provisionalidad no se atreven a hacer cambios o aplicar su criterio por temor al conflicto o a tener que llevar a cabo un gran esfuerzo para un tiempo escaso. En consecuencia, optan por hacer aquello que se viene haciendo o trabajar al dictado - a demanda de la consulta médica - perdiendo la oportunidad del ejercicio de la autonomía profesional.

0220D4791MF: *Yo veo esa gente joven, que se incorpora, que también entiendo, no tiene plaza, va por un tiempo y tal, pero van muy al dictado.*

0510R3995MF: *Ahora por ejemplo me gustaría hacer cosas pero yo digo: “Si me voy de aquí, ¿para qué voy a empezar algo ahora si me voy a ir en dos meses o en tres?”*

0510R3995MF: *Yo no sé ahora qué están haciendo. Es que, claro, tampoco está haciendo nadie nada. Pero, bueno, yo creo que ahora mismo, como estamos en un cambio, la gente está un poco expectante.*

0510R3995MF: *Mira, es muy curioso porque las cuatro enfermeras jóvenes que estamos allí, que las cuatro nos vamos, yo creo que si nosotras siguiéramos en ese equipo, que ya el equipo está establecido y hecho porque hemos ido llegando antes los últimos años, ahora sí que podríamos empezar a hacer algo nosotras.*

0710NO3402HE: *Los enfermeros sustitutos sobre todo... Ahora ya cuando llevas aquí un tiempo te puedes implicar un poquitín más y hacer otro tipo de labores, pero lo que hacías prácticamente era sacar el trabajo adelante.*

0710NO3402HE: *Tú a lo mejor opinas que puedes hacerlo de una manera que está mejor pero, si vas a estar una semana, no vas a cambiar una pauta ni vas a andar revolviendo ahí para hacer cambios para que venga la enfermera la próxima semana y continúe haciendo el trabajo de otra manera.*

0710NO3402HE: *Lo único diferente que haría, posiblemente, sería implicarme más en temas de educación y cosas de esas que, como vas a estar una temporada, muchas veces no te implicas porque se prepara un curso a lo mejor para dentro de dos o tres meses y tú no vas a estar.*

4.3.2.3. Desigualdad en el desempeño.

La falta de directrices claras sobre qué hacer, la inexistencia de una concreción en el producto enfermero y la diversidad en el perfil del profesional han ocasionado grandes diferencias en el desempeño entre los profesionales de enfermería en APS.

El ejercicio de la autonomía, tan claro para quienes basaron su práctica en conquistarla, puede ser mal interpretado en manos de quienes la conciben como libertad de actuación, por quienes no poseen la clave o el código para descifrar el habitus.

Parte del contenido del trabajo de las enfermeras depende de la captación, es decir de la labor de promoción de la salud que desarrollen a la vez que lleva a cabo otras más tradicionales, de menos complejidad o ligadas a la demanda que genera la consulta médica. Por lo que existe variabilidad en esta cuestión, quienes, conscientes, aprovechan para captar usuarios para la consulta. Quienes, conscientes, perciben que no es algo

“obligatorio” y se conforman con la demanda y quienes no son ni siquiera conscientes de las posibilidades, de qué o como hay que hacer.

0128R5281MF: *[refiriéndose a la campaña de vacunación] Ahí te salen a patadas hipertensos que tú luego: “Mire, a lo mejor este día está nervioso. Lo tengo que volver a citar para una segunda toma”.*

0510R3995MF: *No, yo muchas veces me involucro en cosas. Por ejemplo mi médico, con el que yo trabajo, yo luego tengo pacientes de otros médicos por otras cosas pero, bueno, es porque yo me involucro, yo los capto. Él no me da trabajo, él muy poco.*

0612R3201MI: *si solamente te dedicas al que te viene, puedes hacer poco pero puedes ocuparte toda la mañana haciendo cosas, puedes hacer un montón de visitas domiciliarias.*

La disparidad en el desempeño de los profesionales se ve favorecido por la falta de “control” por parte de la institución, algo en común con cualquiera con la condición de funcionariado en sus profesionales y por la influencia de saber por lo que se va a medir su trabajo, con unos indicadores que invisibilizan la complejidad, es decir, los criterios que utilizan las gerencias para medir no discriminan entre profesionales.

0220D4791MF: *Vamos a ver, si tú quieres descansar, aquí puedes descansar. Es que, vamos a ver, yo te podría enseñar agendas aquí de algún compañero.*

[...]Pues como la dirección no te dice nada y en el sueldo no te quitan nada ni la nómina te la reducen por no hacer lo que tú debes de hacer, depende de ti, de lo que tú decidas. Tú vas a cobrar lo mismo, trabajes o no trabajes. Yo voy a cobrar lo mismo haga deshabitación tabáquica o no la haga.

Con la desigualdad, los agentes introducen nuevas prácticas en el campo afectando al habitus resultante y al capital social conseguido, tanto individual como como colectivo.

Existe hasta ese momento un esfuerzo por mantener un equilibrio de fuerzas entre las destinadas a mantener los logros alcanzados y las que ejercen los factores negativos crecientes.

4.4. HABITUS EN CUESTIÓN.

Figura 19. Habitus en Cuestión.

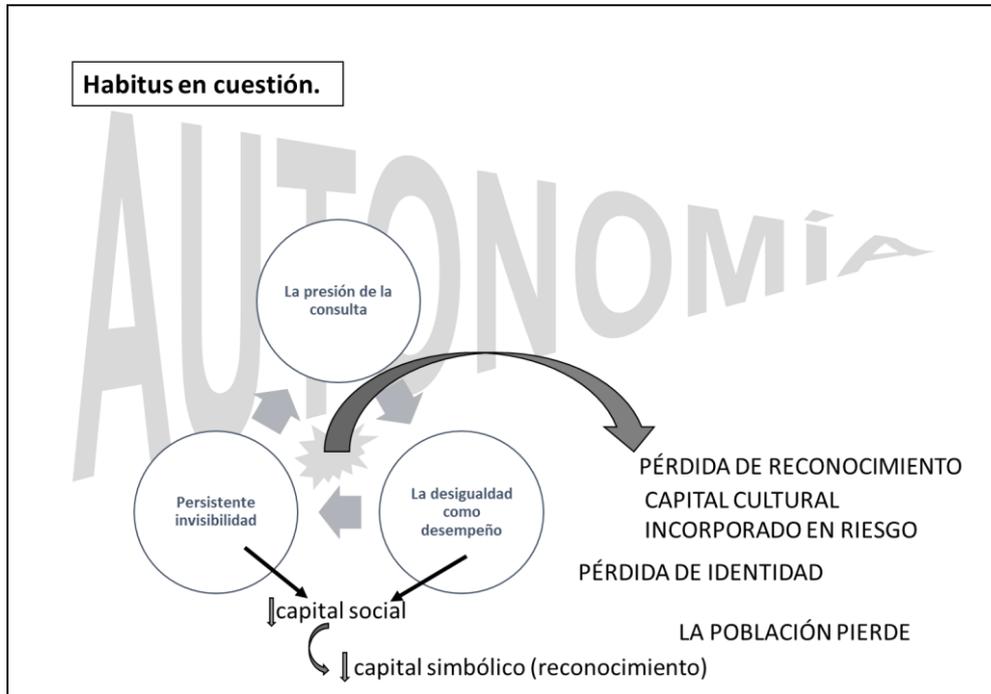


Figura 19. Representación gráfica de la categoría: Habitus en cuestión. Elaboración propia.

Como se desprende del apartado anterior, la consolidación del rol profesional ha tenido un momento de estabilidad muy pequeño, puesto que prácticamente a la vez de asomarse las primeras señales que evidencian la existencia de una actividad diferenciada, legitimada y reconocida, llevada a cabo por las enfermeras dentro de los equipos, aparecen otras que como fuerzas contrarias inciden en el eje vertebrador del rol profesional de la enfermería en la APS, la autonomía.

Se ve cómo las decisiones tomadas en esa época desde el escaso conocimiento del papel de la profesión en la APS y la variabilidad en la aptitud de los profesionales que se incorporan, avanzan de una manera decisiva hacia el retroceso. La durabilidad de estos efectos afecta de manera clara al desempeño, generando habitus diferente, acorde a los cambios que se van produciendo en el campo.

Existen otros factores que, en este estado de cosas, van a incidir mermando las posibilidades de dar un giro que corrija los desajustes que se han producido en el tiempo. Por un lado, está el cambio en las necesidades de salud de las personas atendidas y las ficticias necesidades creadas en la población y, por otro, el aumento de la influencia de los factores no resueltos.

4.4.1. LA PRESIÓN DE LA CONSULTA

La evolución de las consultas de enfermería en los centros de salud ha pasado de tener que crear un contenido que justificase su existencia a estar saturadas. Las políticas dirigidas a captar población y ofertar servicios no solicitados han derivado en una demanda que está ahogando a los profesionales, impidiéndoles prestar atención a otras cuestiones quizá más importantes como son las dirigidas a la promoción de la salud y al fomento del propio autocuidado.

El tiempo del profesional se ha llenado con la demanda habitual o esperada, aquella que tiene relación con aspectos previstos y necesarios que derivan de los problemas que cotidianamente presentan las personas, pero también la de los complejos cuidados derivados del envejecimiento y la dependencia y de la atención que requieren los problemas que se derivan de las altas hospitalarias, cada vez más tempranas, con una gran complejidad y variabilidad. A esto se le une una población demandante, basada en la oferta innecesaria que se hizo en otro momento y que ahora sirve para saturar las consultas y ocasionar dificultades al intentar convencer al usuario que ya no es necesario algo que antes era imprescindible, generando un descenso del crédito por parte de la sociedad.

0220D4791MF: nosotros tenemos mucho más programado... Hombre, últimamente se nota que la gente va envejeciendo y tengo bastante demanda ahora. Pues mira, ponle que un 40% de la consulta haya sido demanda, pero yo tengo muchas programadas. Yo me programo, yo me dedico mucho a los pacientes, pero sale mucho de curas. De buenos tengo cuatro o cinco, que yo normalmente no tengo curas. Pero se nota que la gente se está haciendo mayor.

0220D4791MF: Es que yo cuando empecé citaba a los intervalos del programa, pero ahora ya no. A este, al hipertenso pesado que tiene el aparato en casa y que no le da la gana tomarse la tensión porque no le da la gana, a ese le cito cada cuatro meses porque es mi obligación. Pero al que veo que tiene interés, al diabético que debuta ahora y tal, le voy citando poco a poco. Sin machacarle a conocimientos, pero le voy citando poco a poco y no le tomo la tensión cada vez que viene. Le voy sacando información que tengo por ahí, se la voy explicando, porque creo que al final lo que tienen que tener son conocimientos, habilidades y actitudes para manejar su enfermedad, yo no se la voy a manejar.

0220D4791MF: Trabajamos más personas para menos pacientes, hacemos más cosas. Cuando yo me fui a la gerencia tenía 2100 pacientes y yo me organizaba y tenía tiempo. Yo pensé que, cuando volviera de la gerencia con 1500, 1600, pues iba a trabajar menos. Qué error: en seis años todos los programas que se han introducido, para lo que han servido es para trabajar más.

Yo me voy a mi casa más cansada que antes, hago más cosas que las que hacía antes y de lo que estoy orgullosa es de que soy capaz de hacerlas. En otras cosas no, pero esto soy capaz de hacerla. No sé lo que me pasa, pero yo soy capaz de hacerlo.

0510R3995MF: *Por el aumento de la carga de trabajo, por el aumento de la cronicidad. Yo creo que antes estaban obsesionados con la captación de programas, era obsesión. Yo me acuerdo de eso, de la captación de los programas y de los objetivos de la captación de programas. Es que no se puede valorar así la asistencia.*

0510R3995MF: *La demanda, sí. Yo creo que no fomentar el autocuidado. Aunque nosotras estemos trabajando con el autocuidado continuamente, el programa en sí ha desarrollado pacientes más demandantes.*

0710NO3402HE: *Luego, la calidad baja muchísimo porque, lógicamente, no te puedes implicar tanto y no puedes hacer ciertas cosas. Si tienes que hacer cinco domicilios, tienes que sacar el tiempo de donde sea y aligerar las cosas y limitarte a un programa, tomar la presión, pesarte...*

Todo esto crea una situación en la que prácticamente es imposible dedicarse a nada más. Un ejemplo es el abandono del trabajo comunitario, después de haberse llevado a cabo y obtenido un reconocimiento social. Ahora se abandona, dejando una necesidad insatisfecha de cara a la población.

0328A6072MF: *Sí, pero luego surgen cosas. Por ejemplo ahora el tema del tabaco está ahí y se puede trabajar, el alcohol, los institutos siguen estando ahí, los colegios, la gente...*

Los profesionales se ven abocados a priorizar o reducir la complejidad de su atención, restringiéndose ésta a lo más objetivable, la recogida de datos clave y la realización de procedimientos a demanda de la consulta médica, dejando a un lado lo que, por otra parte, han identificado como algo esencial en su rol profesional, la educación y la promoción de la salud. Esto supone una seria amenaza para la autonomía profesional y un regreso a la situación de partida con la realización de tareas a demanda de la consulta médica y a una actuación basada en los requisitos que establecían las normas técnicas mínimas que tan poco gustaban en otro tiempo.

Llama la atención que se hayan tomado decisiones en relación con la dimensión de la plantilla, disminuyendo el ratio enfermera/población respecto al previsto inicialmente, decisiones basadas en criterios de medida inadecuados o desenfocados.

0128R5281MF: Sí, en Astillero lo que ha pasado es que se fueron ampliando cupos, porque fue una zona también de crecimiento, y entonces había dinero para médicos pero no para enfermería. Eso también quiere decir... Porque en realidad a lo mejor primaria tendría que haber sido más enfermería que médico. O sea, realmente tendría que haber habido más prevención y las cosas a lo mejor habrían funcionado mejor.

0328A6072MF: El problema es que cada vez hay menos personal de enfermería y más necesidad a la vez. Entonces, es una contradicción del sistema.

[...] Claro, y luego el ratio de profesional-población ha cambiado tanto que hace que te metas en una dinámica que casi no puedes hacer otra cosa. Entonces...

Ante este desequilibrio existe un riesgo añadido que no es solo no llevar a cabo nuevas iniciativas o mantener las existentes, sino desatender lo que la población ya espera del profesional; hay que recordar que existe una identificación social sobre el papel de la enfermera, sobre qué necesidades le va a resolver. Esto resulta un campo abonado para que otros lo asuman, lo que puede suponer un retroceso profesional irrecuperable.

0328A6072MF: Además de eso se puede producir una situación incómoda con el trabajador social por solapamiento a veces?

Yo creo que hay cosas que sí y luego creo que ahí tenemos mucha culpa desde enfermería porque hay gente que no se quiere implicar tampoco en casi nada. Entonces, los trabajadores sociales están ocupando su campo. Nosotros estuvimos hace veinticinco años, treinta así, pero ellos están ahora en la primaria. Entonces, podemos quedarnos así y otro se hará su hueco.

[...]la presidenta de la Asociación de Dietistas, que se ha reunido con la consejera y pide que haya dietistas en los centros de salud por el control de las enfermedades crónicas.

Por ejemplo; entonces, o espabilamos, o seguimos alertas, que siempre tenemos que estar mirando para todos los lados, o, bueno...

4.4.2. “HAY GENTE QUE SE HA APOLTRONADO”

0220D4791MF: *En primaria hay gente que se ha apoltronado.*

(Apoltronado, según la RAE: **1.** prnl. *Dicho de una persona, especialmente de la que lleva vida sedentaria: Hacerse poltrona.* **2.** prnl. *Arrellanarse, repantigarse.*).

Si han quedado en evidencia que existen una serie de factores que favorecen la desigualdad en el desempeño y estos continúan su evolución, el resultado parece evidente: la desigualdad en el desempeño se convierte en lo habitual, pasando de identificarse como problemas puntuales a ser una característica fundamental del desempeño de los profesionales de enfermería en APS. Parece claro que está completamente aceptada la idea de que cada uno va a lo suyo, que cada centro tiene una forma de hacer y que dentro de cada centro sus profesionales también.

0220D4791MF: *Somos reinos de taifas cada centro de salud.*

[...] No, claro, no ha habido continuidad. Vamos a ver, puede haber continuidad en la mitad de mis pacientes, se podría hacer un estudio perfectamente de mis pacientes desde el año que empecé yo en este cupo, 1998, hasta 2004 cuando me fui a la gerencia. Otro estudio, 2004 a 2010 estuvo otra enfermera y, desde 2010 hasta ahora, he estado yo.

0825NO5286MF: *Ahora sigues trabajando lo mismo que trabajabas pero como más independiente: tú lo haces si quieres, el otro no lo hace, el otro no sé qué...*

0907R4890HF: *Llegas a un punto en que la cosa se va estancando, tanto institucionalmente como a nivel de grupos, y van quedando restos, núcleos por ahí de gente que sí quiere hacer cosas, pero la mayoría, una vez que se acaba el empujón, tanto institucional como inicial de la novedad y de un campo que puedes abrir, esos pioneros ya nos vamos haciendo mayores y se va acomodando.*

Si la adecuación del perfil de los profesionales hemos identificado que no es el deseable para el cometido previsto y la política de incorporación de personal permanece invariable, es lógico pensar que no es una situación propicia para transmitir ni adquirir habitus en un campo tan inestable en cuanto a la multiplicidad de prácticas.

Con todo esto también se ve resentido el equipo de enfermería, que donde existe desaparece o se diluye o bien no es capaz de absorber y neutralizar la situación.

0510R3995MF: *Ellas trabajan, pero van a lo suyo. Es un trabajo muy independiente, trabajan lo menos posible, a demanda y por ejemplo mi*

compañera es excepcional, es súper trabajadora, está motivada a trabajar, pero no está motivada realmente en el caso de lo que es la primaria.

0510R3995MF: *Y la gente se llena sus agendas por decir que trabaja con demanda. Y es fácil el sistema.*

No salen a la calle, no salen a los colegios, no salen a la sociedad.

4.4.3. LA PERSISTENTE INVISIBILIDAD

La conquista de un rol en base a iniciativas individuales y con el eje central del mismo basado en una relación de confianza y cercanía percibida por usuarios - pero que encierra una gran carga de complejidad - hace que el trabajo de estos profesionales carezca de la visibilidad necesaria. Si a esto se le añade la poca sensibilidad o conocimiento que han tenido de este asunto las personas encargadas de tomar las decisiones, hace de la invisibilidad una característica del trabajo de las enfermeras en APS.

La invisibilidad es un problema generalizado en la profesión de Enfermería que tiende a hacer bandera de lo intangible, igual que se ha podido ver en estos resultados. Si nos situamos en el ámbito de estudio de la APS esta concepción alcanza su máximo nivel, puesto que la demanda puede venir desde la atención de un individuo en la consulta para control de una enfermedad crónica o la de un paciente inmovilizado en su domicilio. Sin embargo la atención puede quedar reflejada con uno o varios datos objetivos en el sistema de registro, no reflejando en absoluto la complejidad que puede llegar a encerrar cualquiera de esas actuaciones. En otros casos, esa invisibilidad servirá para “proteger” a quien no pueda o no quiera hacer más que lo mínimo exigible.

0825NO5286MF: *No valoran qué tipo de trabajo hagas, valoran cuánto trabajo haces, cuántas vacunas pones, cuánto no sé qué. Da igual que le pinches la vacuna y ya está, siguiente, y no hayas mirado si es alérgico, si no es alérgico, si toma un tratamiento, si no le dices lo que le puede pasar ni cuándo le puede pasar. Luego, cuentan las vacunas que has puesto.*

1108D4390HF: *Luego además los contratos de gestión han estado basados en las normas técnicas mínimas de la cartera de servicios y a mí el poner cruces en un sitio me da igual, no sirve de nada.*

El hecho que no exista constancia de la labor que se desarrolla influye de manera extraordinaria en la medición de los resultados. Si esto lo unimos con las desigualdades que existen entre profesionales a la hora de desempeñar su trabajo, el problema adquiere una importantísima magnitud.

En lo que coinciden los profesionales es en que las personas mejoran, pero no saben concretar en qué ni cómo ha influido su actuación profesional en ello. No está evaluado y, lo que es peor, no está claro que se esté en condiciones de evaluarse con los sistemas de información existentes.

0328A6072MF: Claro, eso no se ve a corto plazo, eso no se puede medir como puedes medir la tensión: tiene tanto, le doy un fármaco y en quince días ya lo tenemos en niveles normales. Eso no se ve, pero sí es cierto que hay cosas que se pueden medir. Si te vas al tema de los pacientes diabéticos, las amputaciones han bajado.

[...]Bueno, son cosas que están ahí pero que no se evalúan, no se han evaluado.

¿Es un hándicap importante?

Claro, es un problema porque nunca podremos demostrar científicamente que nuestro trabajo ha sido útil, muy útil. Sabemos que lo ha sido, pero...

[...]Cuántos de tus pacientes se han librado de una amputación o de ingresos por hiperglucemia?

Es que atribuirle eso a la enfermera es más complicado.

Ese trabajo sería muy complicado de hacer, esa evaluación. De todas formas, siempre se han planteado evaluaciones con indicadores de resultados cuantitativos. Yo, cualitativos, creo que no he visto nada.

0510R3995MF: Tabaco hacemos mucho y generalmente sí lo están valorando. Lo que pasa es que hasta hace muy poco no hemos podido descargar los datos del OMI. O sea que no hay nadie, que yo sepa ahora mismo, que esté haciendo algún estudio. No lo sé, ahora mismo creo que no.

Si el profesional está muy interesado en transmitirlo, puede hacer llegar de manera exhaustiva lo que ha hecho, pero no existe ningún recurso que de otra forma lo permita.

0907R4890HF: Si tú lo registras y con tu memoria anual dices: “Toma, este es mi trabajo del año”, si no lo ve es porque no quiere.

0510R3995MF: Ellos dicen: “Yo sé quién trabaja y quién no trabaja”. Ya, ¿pero cómo tú valoras que yo no trabajo?

Dadas las características de la atención enfermera en APS, reducir la atención a datos objetivos ya se intuye que es complicado y no aporta nada, pero sí advierte una posible solución a este grave problema: la utilización de una metodología de trabajo compartida por todos, con indicadores de actuación y de resultados de eficacia probada, la metodología enfermera.

Los profesionales de la APS lo identifican, pero el apoyo formativo y la adecuación de los registros son dos cuestiones imprescindibles que no dependen de ellos y están a falta de solución.

0220D4791MF: Yo creo que, de alguna manera, habría que estimular hacer planes de cuidados. Estoy convencida de ello, pero la herramienta tiene que ser más fácil, más sencilla y que las valoraciones... No rellenar por rellenar sino que toda esa valoración que tú ya tienes aquí integrada porque conoces al paciente, me voy a hacer intervenciones, que también las tengo integradas pero que no las sé poner ni en un código ni en un nombre, pero es lo que hago.

Lo que pasa es que este programa no me lo permite. Mis cuidados como enfermera van ahí en texto libre con mínimas intervenciones, porque también los médicos se han quejado en estos años de enfermería de cuánto escribimos las enfermeras.

0328A6072MF: Cuando hablas de cuidados, ¿te refieres a utilizar...?

Utilizar la metodología científica y lo que en mis tiempos se llamaba el PAE, que al final es lo mismo pero cada vez se llama de una forma.

¿Y eso tú crees que es importante?

A mí me parece importante pero, tal cual está planteado ahora, lo veo muy difícil, muy poco factible.

0510R3995MF: “A mí me parece muy interesante lo de atención al cuidador dependiente”, que en primaria no se... Por ejemplo, los terapeutas, sí que lo valoran, sí lo que tienen en cuenta. La asistente social también. Nosotros no, no tenemos un sistema de registro.

0612R3201MI: Por ejemplo, los cuidados de enfermería, el plan de cuidados, suena súper bien pero, a la hora de aplicarlo en primaria, a mí me resulta complicadísimo.

0825NO5286MF: No sirve porque es como la historia de papel: folios y folios y al final no acabas de encontrar lo que te interesa.

[...]Si hubiera un registro que se adaptara a lo que la enfermera hace habitualmente, sería fácil de registrar, probablemente.

0907R4890HF: *Siempre me ha preocupado el tema de los planes de cuidados. Yo me acuerdo cuando se empezó con planes de cuidados en Atención Primaria de Salud que se acabó dejando porque una cosa que te perdías.*

4.4.4 ¿Y AHORA QUÉ?

El camino ha sido largo, treinta años, pero sobre todo con dificultades. Por un lado las propias de la puesta en marcha de un modelo y, por otro las ligadas a una profesión en lucha constante por la defensa de su identidad.

En este tiempo se ha identificado la autonomía profesional con un bien a conquistar y mantener, se ha construido un contenido profesional único y reconocido por la población formado a base de iniciativas individuales con un apoyo variable por parte de los dirigentes de cada momento. Todo ello ha tenido como consecuencia una variabilidad importante en el desempeño profesional debido, entre otros factores, a las diferencias de motivación, formación y expectativas de los profesionales.

La situación actual, condicionada por la crisis económica y los cambios sociales y profesionales ha hecho necesario repensar lo conseguido y lo abandonado por el camino.

0907R4890HF: *Creo que es hora de parar, de retomar las esencias, tanto los unos como los otros, de volver a lo básico, de volver a medir, de volver a saber qué es lo que estamos haciendo y, aprovechando todo lo que hemos avanzado hasta ahora, tomar un camino.*

1108D4390HF: *Estoy hablando de autonomía y autogestión. Somos conscientes de que, para llegar a la autogestión, hay que pasar primero por la autonomía y ese es un cambio que, desgraciadamente, ha habido unos cuantos años en que se ha cortado de raíz. Recuperar eso es brutal.*

Todas estas circunstancias han encontrado eco en la dirección actual que, pretende dar voz a los profesionales poco acostumbrados a ello, generando una cierta desconfianza y siendo, además, recibido en un momento de mucha presión de trabajo.

0510R3995MF: *Por ejemplo, ahora esta gerencia, ellos están abiertos a proyectos, a que tú des tu opinión. Por primera vez.*

Se plantean estrategias dirigidas a recuperar las iniciativas que antaño han constituido el motor del rol profesional, pero que actualmente encuentran profesionales desconcertados o no conscientes de la existencia de esa posibilidad en sus manos.

1108D4390HF: *Ahora mismo hemos hecho un cambio, se ha propuesto un cambio en las agendas, precisamente para que cada uno pueda adaptar su trabajo a las necesidades de su entorno, de sus conocimientos, de sus capacidades, todavía andan pensando en que son imposiciones... Pero, vamos a ver, si lo que te estamos dando son las herramientas para que te modeles tu propia área de trabajo...*

1108D4390HF: *Cuesta horrores porque al final mucha gente dice: “Bueno, ¿pero qué tengo que hacer?” “¿Pero cómo qué tienes que hacer? Esto es Atención Primaria de Salud!”. Por eso digo que detecto que hay gente que sí lo tiene claro, pero hay mucha gente todavía que no se ha dado cuenta de lo que supone trabajar de enfermera en Atención Primaria de Salud.*

Sí parece advertirse un cambio en relación al reconocimiento de las dificultades para llevar a buen término las iniciativas que se plantean desde los profesionales hacia la dirección, parece existir un interés en retomar las labores comunitarias y de acercamiento a la sociedad.

1108D4390HF: *a mí me ha venido mucha gente que quería hacer no sé qué y yo digo: “Adelante, ¿qué necesitas? Tira, ¿qué necesitas?” Pues ha habido mucha gente que todavía estoy esperando el proyecto: “Yo te ayudo, yo te pongo”, y yo digo: “¿Y por qué? Si le he dicho que sí, que adelante, que qué necesita”.*

Ha habido otra gente que lo ha aprovechado y, es más, no es que lo haya aprovechado sino que yo les he dicho: “Te voy a echar un cable con esto y vamos a hacerlo así y así”, y lo han llevado adelante.

1108D4390HF: *No, educación y cuidado. Nosotros queremos fomentar la prevención, promoción, el apoyo al autocuidado, el apoyo a cuidadores, que haya grupos de trabajo de esto, de lo otro. ¿Por qué? Porque pensamos que a medio o largo plazo, eso es lo que va a dar resultado: intervención en la escuela, el que haya personas en una zona básica de salud referente para toda la comunidad escolar de la zona.*

Existe coincidencia en la necesidad de visibilizar la actuación profesional de las enfermeras en APS, rentabilizando y mejorando el soporte informático y fomentando el trabajo riguroso mediante el uso de una metodología de trabajo.

1108D4390HF: *Una obsesión mía es evaluar los resultados en salud de todo el mundo. Sí, se puede. Lo que hay que saber es si se quiere hacer, pero se puede hacer. Hoy en día por ejemplo en Atención Primaria de Salud con OMI disponemos de millones de datos que se pueden transformar en información que sirve para tomar decisiones basadas en la respuesta cualitativa que esperas.*

1108D4390HF: *[...]los cuidados que haya que aportar desde enfermería, que estén por una parte estandarizados lo más posible para que la gente empiece a hablar con el lenguaje y a utilizar la taxonomía de enfermería de manera sencilla que es lo un día estuvimos hablando y sobre lo que estamos dando vueltas para que enfermeras hagan consulta clásica de seguimiento de pacientes crónicos o consulta a demanda, a motu proprio como dentro de una cartera de servicios la enfermera está para esto y para esto, tengan respaldo legal, una metodología para poder trabajar, y luego nosotros podamos obtener información sobre qué diferencia hay entre trabajar así y no trabajar así.*

Es cuestión de tiempo identificar si estas estrategias han dado resultado o lo perdido en el camino sitúa a la profesión en una posición no deseable y ha habido un largo y costoso camino que, aunque llevaba una buena dirección, varió el rumbo.

La situación actual lleva a una evidente descapitalización de la profesión en APS y a la evolución hacia un habitus diferente, que si en algún momento se ha evidenciado como adecuado, ahora no lo es. Quienes luchan diariamente por desempeñar un papel en el que creen, realizan un importante esfuerzo por aportar a la sociedad el producto que precisa, pero ese esfuerzo no puede ser mantenido individualmente ni por mucho tiempo.

4.5. LA CATEGORÍA CENTRAL: LA AUTONOMÍA

La conquista de la autonomía profesional y el esfuerzo realizado para su mantenimiento han constituido el sentido del juego de una parte muy importante de los agentes en este campo.

Una vez finalizada la codificación se observa cómo todas las categorías se agrupan en relación a tres fenómenos: el intento de conquista de la autonomía en juego, la constatación de haberla alcanzado y la aparición de signos que constituyen un riesgo para la misma. Los resultados de esta investigación giran alrededor de la autonomía profesional (ver figura 21).

Se identificaron claramente tres grandes categorías o metacategorías que explican la evolución temporal del fenómeno a estudio, las categorías que las condicionan y las subcategorías que, a su vez dan sentido a las categorías. Para facilitar este proceso se hizo un relato, como contando una historia, que ofreciera de forma espontánea relaciones entre categorías, en este proceso, además emergió la categoría central: la autonomía.

Figura 20. La categoría central.

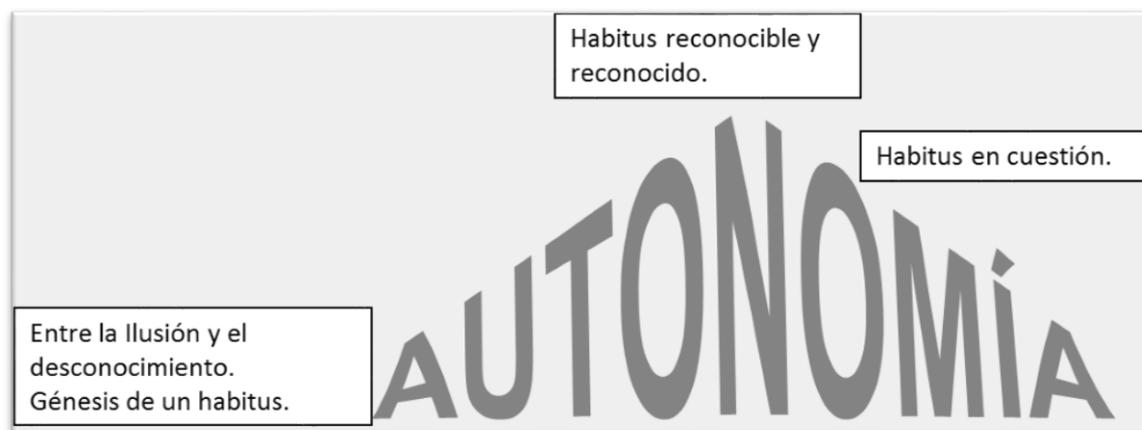


Figura 20. Representación de las tres categorías principales en relación con la categoría central. Elaboración propia.

Este fue un concepto que estuvo presente desde el principio de manera más o menos explícita, pero es capaz de explicar el “todo”, capaz de aunar las categorías y ser definida en términos de sus propiedades y dimensiones.

La profesión de enfermería tradicionalmente unida al concepto de dependencia o subordinación a la profesión médica encuentra en la APS un campo donde ser identificados y legitimados por llevar a cabo una contribución a la sociedad. La indefinición de funciones que plantea el nuevo modelo de APS desde su puesta en marcha,

paradójicamente supone un campo abierto para que la profesión pueda desarrollarse como en ningún otro ámbito.

0328A6072MF: *Claro, es que es mucho más autónoma la enfermera de Atención Primaria de Salud que la del hospital. Y para ser autónoma hay que saber mucho y creértelo mucho.*

0428R5280MF: *Yo he ido descubriendo el trabajo con la comunidad, el trabajo de atención a la comunidad, y me parecía a mí que, colaborando, abriendo un hueco y haciendo que el papel de la enfermera fuera un papel importante, fuera una referencia para la población, que yo creo que lo es.*

Siempre me he sentido autónoma en el trabajo y además siempre me he sentido respetada. Igual es porque yo tengo el carácter fuerte y no he tenido nunca esa sensación.

0510R3995MF: *Yo sí creo en la labor y en el proceso que tenemos las enfermeras de primaria. Yo creo que nos podemos desarrollar muchísimo y nuestra labor independiente, vamos, en primaria... Es que, vamos, yo no tengo... No tiene límites, los límites los ponemos nosotras.*

La oportunidad que supone la conquista de la autonomía sirve de aliciente para un trabajo duro, el que constituye el camino que lleva al reconocimiento y la legitimidad. Este camino lo compone el esfuerzo dirigido a adquirir los conocimientos necesarios para hacerse merecedor de la oportunidad en juego junto con el diseño de iniciativas coherentes con ese objetivo. En este trayecto se va construyendo un habitus en el que tiene especial influencia el capital cultural incorporado a lo largo del mismo.

No todos los profesionales que entran a formar parte del campo no son capaces de identificar la autonomía como una característica fundamental del mismo y, por tanto existen pocas posibilidades de ser ejercida.

0128R5281MF: *ay gente que no sabe la autonomía que tiene que tener.*

Hay agentes que no poseen los conocimientos para identificar siquiera su existencia o bien los requisitos necesarios para ejercerla, por otro lado están aquellos que teniendo el capital cultural necesario para ello, no poseen la creencia que les haga percibir ese sentido del juego que supone ser autónomo en el campo de la APS.

1108D4390HF: *Sí, hay mucha otra gente con conocimiento, capacidad y tal, pero que todavía hoy, después de llevar unos años en Atención Primaria de Salud, no han cambiado el chip. Entonces, yo lo veo muchas veces por la autonomía. Los profesionales en Atención Primaria de Salud piden, como en todos lados,*

autonomía. La tienen pero no la perciben como tal.

Cuesta horrores porque al final mucha gente dice: “Bueno, ¿pero qué tengo que hacer?” “¿Pero cómo qué tienes que hacer? Esto es Atención Primaria de Salud”. Por eso digo que detecto que hay gente que sí lo tiene claro, pero hay mucha gente todavía que no se ha dado cuenta de lo que supone trabajar de enfermera en Atención Primaria de Salud.

En consecuencia, cuantos más conocimientos y mayor sensación de pertenencia a la APS la identificación de esa autonomía ha sido mayor y también el ejercicio de la misma. Las personas que más lucharon por su conquista son aquellas que antes y en mayor medida identifican los signos de erosión o retroceso.

0428R5280MF: *¿Cómo percibes hoy la autonomía profesional? ¿Cómo la ves tú?*

Mira, la percibo débil y no veo muy claro... Yo estoy hablando dentro de la propia estructura organizativa del sistema. La percibo débil y muchas veces percibo que no avanzamos en lo que a mí me gustaría o en lo que yo creo que se debería avanzar.

Una de las posibilidades que ofrece la autonomía es poder organizar el trabajo de forma que se considere más eficiente y permita llevar a cabo las iniciativas que se consideren adecuadas con la población. Es también una manera de cambiar aquellas cuestiones que no gustan o que han demostrado no funcionar adecuadamente.

0510R3995MF: *Por supuesto, si hay algo que no te gusta, tú puedes cambiarlo. Solo tienes que poner tú.*

¿Impuesto? Es que impuesto ahora mismo... impuesto realmente... te imponen la agenda pero tú con la agenda puedes hacer lo que quieras. Tú puedes hacer una agenda...

El ejercicio de la autonomía que brinda el ámbito de la APS está relacionado no solo con el reconocimiento por parte de la población, sino también con el de otros profesionales, lo que facilita el establecimiento de los límites del campo de actuación.

0510R3995MF: *Pues mira, primero yo veía que la enfermera en primaria tenía mucha más independencia que en el hospital. La figura de la enfermera estaba mucho más reconocida, no solo por el usuario, sino por el equipo. O sea, era una parte muy importante del equipo.*

La autonomía no siempre es percibida como oportunidad de crecimiento, en ocasiones es percibida como como la libertad para encerrarse en la consulta y poder marcar la diferencia a título particular, es decir actúa como un factor que favorece la desigualdad en el desempeño. Entendiendo ese desempeño como en el ejercicio de lo que se ha considerado una práctica adecuada, reconocida y legitimada.

0510R3995MF: *En Atención Primaria de Salud ya sabéis que, a diferencia del ámbito hospitalario, el enfermero tiene mucha autonomía a la hora de trabajar. Entonces, quitando actividades grupales en las que sí tiene que haber más cohesión porque tienes que ponerte de acuerdo con el compañero, cada uno hace un poco su trabajo.*

Esa tendencia a confundir el término autonomía con la posibilidad de hacer cada uno lo que quiera se ve aumentada por el escaso control de la institución, cuyos parámetros de medida no discriminan el producto. El cualquier caso, quien sale perdiendo es el ciudadano, que se ve privado de ese producto que se ha considerado óptimo.

0907R4890HF: *Porque, si quieres, tienes mucha libertad para trabajar y, si no quieres, tienes mucha libertad para no trabajar. Es que en el hospitalario, como estás más controlado, más en una cadena y estás más cerrado, no tienes posibilidades de salir, de ir a hacer avisos, es diferente y además estás mucho más controlado*

1005NO5874MF: *Bueno, y eso es serio. Vamos a ver, está claro que en un centro de salud la enfermera tiene el trabajo que quiere tener. Porque ella es la que se organiza y la que lleva a sus pacientes. Les puede controlar estupidamente o pasar de ellos y no controlar.*

Sin embargo, las personas que tienen claro cuál es cometido encuentran en la autonomía la facilidad para llevarlo a cabo su trabajo de la manera más eficiente, alcanzando altas cotas de desarrollo profesional.

0328A6072MF: *no, un protocolo yo entiendo que es una guía, es una línea por la que te mueves, pero ahí puedes ir recto, puedes ir de lado, puedes hacer muchas cosas dentro de esa línea. Entonces, yo pienso que tendríamos que ser capaces de cualquier servicio o atención que le demos a la población y aprovecharlo, intentar no quedarte en la pura técnica, que a veces es lo que hacemos.*

0907R4890HF: *Si tú quieres trabajar la primaria, tienes mucho campo.*

Es destacable que existe una diferencia entre la concepción que tienen de la autonomía los profesionales “hechos” en AP y los “llegados”. Los primeros tienen “impregnado” el concepto, reconocen su importancia al cuestionarles por ello, pero viven la cotidianidad de su ejercicio; los segundos, quienes lo perciben, se sorprenden al descubrir las posibilidades que ofrece el modelo, suponiéndoles cierto reto o desconcierto o viviéndolo como algo inalcanzable.

1005NO5874MF: *Yo por ejemplo veo a mis compañeras enfermeras de Atención Primaria de Salud y yo veo la independencia que tienen a la hora del trabajo y cómo llevan las cosas. Yo eso no lo he conocido ni soñándolo.*

Yo por ejemplo ahora lo veo. Yo por ejemplo veo que yo llego allí, yo estoy trabajando con el pediatra, ponen una agenda nueva y es que a mí me sale por naturaleza decir: “A ver qué opina el pediatra para hacer mi agenda”. Y ellas dicen: “Pero tú no tienes que depender del pediatra, tú tienes que hacerte tu agenda”, y es que yo todavía no me puedo desligar.

Yo a ellas les veo una seguridad a la hora de... No solamente eso, es que lo manejan todo y le dicen al médico hasta lo que tiene que hacer. O sea, veo cómo hacen los controles, cómo lo llevan todo, cómo resuelven las escaras por ejemplo: “Hoy la voy a recortar, hoy la voy a quemar, hoy la voy a quitar”, y yo digo: “Vale”. Se manejan muy bien”.

De verdad me gusta además cómo ellas van por delante, cómo van haciendo, con qué seguridad, tal y cual.

Las políticas llevadas a cabo por las gerencias en relación con los parámetros que han dictado la práctica y su evaluación han tenido un carácter muy cerrado, moldeando esa práctica de iniciativas conducentes a la autonomía y convirtiéndola en una dirigida a cumplir con las expectativas de unos criterios de medida desenfocados.

Revertir ese proceso se ha convertido en reto. Los profesionales, ante las ofertas posteriores de supuesta autonomía por parte de quienes dirigen, solo perciben libertad para organizarse, con cierto carácter de imposición o con cautela por ver qué encierra esa oferta.

1108D4390HF: *Estoy hablando de autonomía y autogestión. Somos conscientes de que, para llegar a la autogestión, hay que pasar primero por la autonomía y ese es un cambio que, desgraciadamente, ha habido unos cuantos años en que se ha cortado de raíz. Recuperar eso es brutal.*

1108D4390HF: *Ahora mismo hemos hecho un cambio, se ha propuesto un cambio en las agendas, precisamente para que cada uno pueda adaptar su trabajo a las necesidades de su entorno, de sus conocimientos, de sus capacidades, todavía andan pensando en que son imposiciones. Pero, vamos a ver, si lo que te estamos dando son las herramientas para que te modeles tu propia área de trabajo.*

La autonomía es un motivo de conflicto en relación con los médicos, puesto que entienden que el reconocimiento y legitimidad que conlleva la autonomía es a costa de la suya o supone una falta de hegemonía o control por su parte. Existen, sin embargo, profesionales de la Medicina que viven con absoluta naturalidad las iniciativas de sus compañeras enfermeras dentro del equipo. Las enfermeras que se ven sometidas a este conflicto corren el riesgo de abandonar algunas prácticas con el fin de evitar conflictos, por el contrario, quienes más integrado lo tienen supeditan el conflicto a la práctica, haciendo valer su interés o creencia que en la buena relación personal.

1217R4895MF: ¿Me estás preguntando si creo que nuestro trabajo es autónomo? yo tengo absoluta convicción de que sí, aunque algunos compañeros médicos piensan que no y de hecho lo marcan fehacientemente, pero yo tengo la percepción de que la enfermería es una profesión que colabora con la profesión médica como con la matrona como con la trabajadora social o como con el farmacéutico, pero que es autónoma.

No sabría qué decirte. Yo tengo percepción de una cosa que me ha quemado bastante: es que en muchos casos la consulta de la enfermera acaba siendo un reflejo o un apéndice de la consulta médica, que esto es algo que a mí personalmente me fastidia bastante.

CAPÍTULO V – DISCUSIÓN

5.1. LA BÚSQUEDA DE LA AUTONOMÍA PROFESIONAL. UNA EXPLICACIÓN A LA GÉNESIS DEL ROL PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS DE APS EN CANTABRIA.

La práctica de la enfermería en Atención Primaria de Salud no tiene antecedentes como tal. El llamado nuevo modelo llega a Cantabria en el año 1985, al igual que al resto del país, como una reforma del sistema sanitario no conocido hasta entonces. Esto supone la necesidad de crear un contenido nuevo para unos profesionales en un campo nuevo en el que el papel que están llamados a jugar tiene una importante indefinición. La situación en ese momento era percibida como caótica por los profesionales según Irigoyen (1986) debido a que nadie sabía cuál era su papel.

Los nuevos programas formativos universitarios de Diplomado en Enfermería, que nacieron prácticamente a la vez que la reforma, y el carácter abierto y democrático que planteaba el modelo de Atención Primaria, fueron inicialmente los ingredientes básicos para identificar la reforma como una oportunidad para alcanzar la autonomía profesional.

Para Hernández (2010) esta búsqueda de la autonomía constituye una de las respuestas a la búsqueda del fin de una posición subordinada y descualificada que había emprendido la profesión unos años antes. Esa búsqueda en ese momento se limitaba a un debate profesional en ámbitos concretos puesto que hasta ese momento la práctica no ofrece la posibilidad de iniciativas que faciliten avanzar en esa autonomía.

El campo de la APS y las circunstancias que rodearon en Cantabria su puesta en marcha, supuso un campo muy propicio para emprender este camino.

Las prácticas que se llevaron a cabo dentro de ese ámbito respondieron a una estrategia de conquista de la autonomía profesional, identificada tras las corrientes surgidas como consecuencia los conflictos profesionales que tuvieron lugar a finales de los 70, como refiere Germán (2013). Esa estrategia determina el sentido del juego que explica las iniciativas llevadas a cabo por los profesionales a lo largo de sus alrededor de los 30 años de historia de la APS en Cantabria. En un estudio realizado en Brasil por Tosoli y Oliveira (2008) se identifican los procesos para acceder a la autonomía profesional donde se observan claramente las luchas dentro del campo y el poco reconocimiento a lo largo de ese proceso, coincidiendo con nuestro trabajo en dichos aspectos.

Si la práctica genera práctica y a su vez es condicionada por ella, se puede decir que en el momento de la puesta en marcha del modelo, esa práctica no existía puesto que no había antecedentes, pero lo que sí se puede decir es que al día siguiente, prácticamente, de su puesta en marcha ya existía una práctica que condicionaba a los agentes.

Es importante identificar los mecanismos que conducen a una práctica a convertirse en rol profesional. Nosotros consideramos que una práctica mientras no está legitimada y reconocida por otros no es un servicio a la sociedad, de modo que hasta que esto no ocurre

podemos hablar de práctica, de habitus y de su evolución, pero no de un rol profesional como tal.

El proceso de generación del rol de la enfermeras de APS en Cantabria encuentra explicación en la interacción de los elementos de la sociología de Bourdieu: habitus, campo y capital, estos permiten entender las interacciones profesionales del día a día y los distintos elementos que constituyen la práctica como señala Acebedo et al. (2011).

El concepto de habitus sirve de explicación a las relaciones entre las condiciones objetivas del ámbito donde se desarrolla la práctica, la APS, y las acciones que llevan a cabo los individuos en respuesta a las nuevas situaciones que se le presentan según Bourdieu (2001, 2007a). Para Acebedo et al. (2011) el poder explicativo que tiene este concepto evidencia las relaciones entre de poder entre los profesionales, elemento muy relacionado con el concepto de autonomía profesional.

El habitus sirve, además, para explicar la evolución de la práctica a lo largo del tiempo debido a su capacidad de interiorizar la historia como sostiene Gutiérrez (2002), al impregnarse de los cambios que va sufriendo el campo en el que se desarrolla, transformándose e influyendo en los profesionales y, por tanto, en sus prácticas. Otra característica muy importante para nuestro estudio es que según el análisis que realiza Bourdieu (2000) de las prácticas sociales, estas tienen poder predictivo, ya que las personas tienden a comportarse de determinada manera bajo determinadas circunstancias. De este modo es posible aventurar la evolución del rol de los profesionales a estudio una vez identificados cuáles han sido los factores que han influido en su desarrollo, esto lo recoge la teoría sustantiva resultado de este trabajo y se articula en forma de recomendaciones para la práctica al final del mismo.

Los cambios en las prácticas de las enfermeras en la APS de Cantabria se explican por la adaptación a los cambios dentro del campo. El campo es un concepto indisoluble del habitus, como recalca Bourdieu (2007a) y como tal tiene poder explicativo para las prácticas. Los cambios organizativos que han tenido lugar en este ámbito han supuesto una repercusión en forma de variación del habitus de los profesionales que forman parte de él. Aunque estas repercusiones no son inmediatas, debido al efecto de durabilidad del habitus que aclara el autor, Bourdieu (2007b), sí generan efectos que posteriormente van, a su vez, a condicionar las prácticas. De este modo se explica que cualquier variación en el campo, intencionada o no, vaya a producir un efecto.

Podríamos decir que la asimilación del habitus generado a un rol profesional se alcanzaría cuando la enfermería dentro de la APS se pudiera considerar un subcampo dentro de ésta al darse las características que Bourdieu le otorga al campo según García (2001). Una de estas características es precisamente la autonomía, la enfermería para considerarse un subcampo debería tener claros sus límites y gozar de autonomía. Esto significa que en tanto en cuanto no exista una diferenciación que convierta al campo en diferenciado de los demás no existiría como tal, es decir, mientras que los profesionales, como concluyen Limeira et al. (2013), con el capital que poseen no sean capaces de diferenciarse de otros mediante la legitimación de su trabajo.

Otra de estas características que se observa en el momento de diferenciación como grupo es la trayectoria, dado que la historia incorporada de los profesionales va a determinar su práctica. Esta característica hace que quien se incorpora en un momento al campo tiene la posibilidad de evolucionar y desempeñar el habitus imperante y mejorarlo. Las enfermeras que participaron en las épocas de lucha por la conquista de la autonomía tenían un potencial al añadir capital a su práctica, eso les permitiría la conquista de otro capital en juego, el social, el que otorgaría la legitimación social, es decir, formándose eran capaces de conseguir reconocimiento y autonomía.

En la evolución del desempeño de los profesionales estudiados se observa que cuando se constituyen como subcampo en base a esa diferenciación, es un momento de poca duración, puesto que las relaciones que establecen los agentes y las fluctuaciones del capital generan una nueva práctica, que comienza a erosionar la diferenciación que había tenido lugar y con ello la autonomía y la supervivencia del joven subcampo.

En el periodo de tiempo transcurrido desde la llegada a la APS y la actualidad han tenido lugar una gran variedad de fenómenos y todos ellos relacionados con la búsqueda, conquista o pérdida de la autonomía profesional. La pérdida de la autonomía profesional y su influencia en la motivación de los profesionales es identificada por el Ministerio de Sanidad en 2007 en su informe de marco estratégico para la APS (Melguizo et al. 2007) y es corroborada actualmente de igual modo en nuestra investigación.

Figura 21. La teoría.

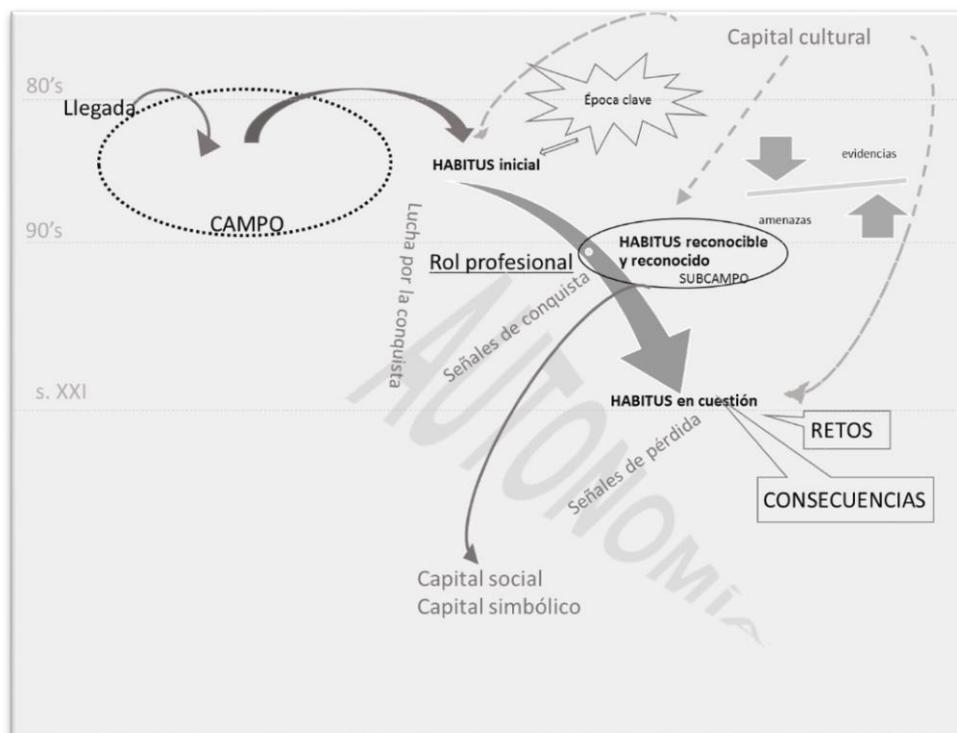


Figura 21. Representación gráfica de la teoría emergida de la investigación. Elaboración propia.

5.1.1. ENTRE LA ILUSIÓN Y EL DESCONOCIMIENTO. GÉNESIS DE UN HABITUS.

La llegada de los profesionales a la APS, un campo nuevo, no solo supone una novedad para ellos, es nuevo para una sociedad que se encuentra inmersa en una época de reformas sociales.

Estos profesionales pioneros en el modelo, llegan a un ámbito de trabajo nuevo y desconocido, sus expectativas no se puede decir que fueran condicionantes para su desempeño, puesto que eran prácticamente nulas. La simultaneidad entre su llegada y la puesta en marcha hizo que el grupo inicial o pionero no hubiera tenido la oportunidad siquiera de conocerlo desde el punto de vista teórico, puesto que formaba parte más de un interés reformista de la sanidad, que de cómo resolver los problemas de salud de la población, como una oportunidad de reforma al dictado de los postulados de Alma Ata.

Figura 22. Enfermería y Atención Primaria De Salud. De Enfermeras de Médicos a Enfermeras de Comunidad.

Vuelvo a España en 1979 y al reintegrarme al mundo profesional, encuentro que las enfermeras en los ambulatorios continúan escribiendo, que las consultas siguen siendo fulminantes y que ni la transformación del curriculum, ni el reciente título de Diplomados Universitarios, ni la transformación de la sociedad y de sus problemas parecen haber existido.

Constatar aquello fue para mí muy amargo ya que acababa de dejar un mundo donde una enfermera profesional para miles de habitantes era un lujo que pocos podían tener.

Eso me llevó a una pérdida de mi identidad profesional y a un alejamiento de las enfermeras. Pero, poco después, la oportunidad de trabajar en el Centro Especial de Medicina Comunitaria, el tiempo que como coordinadora de enfermeras dediqué a poner en marcha el Centro de Salud de Parla y el encuentro con tantos y tantos enfermeros deseosos de cambiar la situación, me llevó a la convicción de que el cambio era posible.

A partir de entonces participé en cursos, cursillos, congresos, jornadas, en definitiva, en todos los lugares donde me permitían hablar de lo que la enfermería como colectivo era capaz de ofrecer a la sociedad.

En aquellos encuentros surgió la idea del libro como una necesidad de dejar plasmadas las razones de un movimiento que con grandes dificultades se estaba llevando a cabo

Figura 22. Recorte del prólogo del libro: Enfermería y Atención Primaria De Salud. De enfermeras de Médicos a Enfermeras de Comunidad. Antón, M.V. (1989). Enfermería y Atención Primaria de Salud - De Enfermeras de Médicos a Enfermeras de Comunidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S. A.

El hecho de que no tuviera expectativas hace que, en este sentido, se homogeneizase el perfil de los recién llegados. Los profesionales de enfermería llegan socializados en un ámbito hospitalario y con un reconocimiento social relacionado con la ejecución de

procedimientos, el cuidado vocacional a los enfermos y una dependencia profesional del médico, tanto percibida como real, alrededor de cuyos actos gira la asistencia sanitaria prácticamente en su totalidad.

Este grupo recibe por parte de los encargados de tomar decisiones el mensaje de ser un colectivo importante y decisivo en el nuevo modelo sanitario, esto hace que un colectivo poco acostumbrado a participar en ámbitos de poder y decisión visualice de manera nítida la oportunidad de una participación autónoma en el campo de la APS. Este aspecto genera una importante fuerza que condiciona sus iniciativas. Esta peculiaridad que les sitúa como un grupo referente para el estudio de los condicionantes de la práctica profesional. El estudio publicado en el año 2000 respecto a la Enfermería de APS de Castilla-La Mancha por Melgar (2000) identifica a ese grupo también como “instituyente” o “motor del cambio”, ratificando nuestra tesis de la importancia de conocer las prácticas de los profesionales que pusieron en marcha el modelo como patrón de iniciativas.

En Cantabria se dieron dos circunstancias singulares, por un lado el grupo inicial estuvo formado por los profesionales que se fueron incorporando desde fuera del sistema, no reciclando a quienes ya estaban formando parte del viejo modelo, y por otra parte, en esta puesta en marcha, existió un agente diferenciado que colaboró de forma singular al avance profesional en este campo: la responsable de enfermería del primer equipo de dirección. Su estrategia se basó en hacer partícipes a todos de lo que se estaba gestando, de transmitir la importancia de cada iniciativa. Eso tuvo un impacto importante en la ilusión por crear y sentirse partícipe de aquello que se iba construyendo, que coincide con lo planteado por Borrell y Gené (2008) en relación al motor que supone la inyección de autoestima profesional.

Este grupo recibe el encargo con una importantísima dosis de ilusión (*illusio*) que actúa como un elemento clave que relativiza el enorme esfuerzo que tiene que hacer en formarse y llenar de contenido su trabajo. Hay que reiterar que el modelo deja el papel de la enfermería en una enorme indefinición que hace que un objetivo inmediato fuera llenar el tiempo de contenido.

Para Irigoyen (1996) el alto nivel de indefinición que la APS plantea para la enfermería, es una oportunidad de progresar de la situación de mínimos profesionales donde le había colocado su trabajo en los ambulatorios. Según Hernández (2010) la incorporación de estos profesionales suponía notoriedad y desarrollo autónomo para los programas de enfermería. Es una época donde la enfermería dentro del sistema nacional de salud tiene un extraordinario desarrollo en todos sus ámbitos: formación, modelos, prácticas y gestión, como señala Hernández (2006), como se puede comprobar también en nuestra teoría.

Sus prácticas se van conformando en base a utilizar la faceta más conocida de técnicas y procedimientos con el fin de generar seguridad, tanto en los receptores de los mismos como en los propios profesionales que encontraban un asidero seguro. Por otro lado, se trataba de acercarse a la población, eje del modelo, y de evitar conflictos llevando a cabo pequeñas iniciativas novedosas que, aunque les generan cierto miedo, se perciben como

grandes logros. Tanto el miedo como la percepción de logros, seguramente desmesurados y fruto de la inexperiencia y la falta de tradición, coinciden con nuestro estudio en los hallazgos del en Castilla-La Mancha por Melgar (2000).

El primer descubrimiento que hacen como intervención autónoma y carente de conflictos son las intervenciones educativas a la población, acciones muy importantes dentro del modelo, que no encuentran eco en los médicos, quienes califican estas intervenciones de baja cualificación y nulo prestigio y, por tanto, no ven con malos ojos que las enfermeras se dediquen a ello, coincidimos en este aspecto con lo señalado por Melgar (2000) y Duro (2003).

Las enfermeras encontraron en estas actividades un reto, no estaban formadas para ello, pero sabían que las dificultades iban a venir solo por el esfuerzo en adquirir esa formación y por conseguir un hueco en una población que no estaban acostumbrada a recibir esa oferta. Los resultados de Duro (2003) son coincidentes con los nuestros en tanto que las enfermeras no debían luchar por disputarse ese espacio, el de la promoción de la salud, ya que nadie más lo quería y, de paso, lo que se encontraron fue la posibilidad de formarse mientras lo llevaban a cabo, puesto que algo que ofrecían estas actividades era la oportunidad de interaccionar con los grupos y obtener valiosa información de la comunidad para la que trabajaban y darse a conocer.

La circunstancia del desinterés por el trabajo comunitario fue un factor facilitador para que las enfermeras accedieran a una faceta del trabajo en APS que les produjo alta satisfacción, cierto reconocimiento y posteriormente lo situarían en el eje central de su trabajo, como también recoge Melgar (2000) en sus resultados.

El gran hito, como lo califican los profesionales del grupo pionero, es el que materializaba el cambio: la consulta. La consulta significó darle cuerpo a esa conquista perseguida: la autonomía. Este hecho tuvo un tremendo valor simbólico para la identidad profesional de las enfermeras, como corroboran Hernández (2010) e Irigoyen (1996). Según Miró (2008) el uso de espacios físicos y tiempos confiere legitimidad, es sinónimo de un trabajo más intelectual o de mayor prestigio.

Sin embargo, los problemas que surgieron fueron proporcionales a su importancia, inmediatamente los médicos de forma mayoritaria se opusieron a que “vieran a sus pacientes”. Hasta ese momento no había surgido la lucha, puesto que los médicos, aunque miraban de reojo la indefinición del papel de las enfermeras, tenían claro que su trabajo estaba supeditado al de ellos. La indefinición de funciones que el modelo planteaba a las enfermeras les cargaba de inseguridad, pero a los médicos les suponía cierta amenaza.

Con la entrada de las enfermeras en la consulta estaba en juego el reconocimiento social y el prestigio, el capital social y la forma simbólica que adquiere el conocimiento, y los médicos no estaba dispuestos a perder ni un ápice. Tachaban las iniciativas de intrusismo. Aunque no supieran lo que realmente se realizaba dentro de la consulta, tenían claro que no era el sitio de las enfermeras. Para Irigoyen (1986) este conflicto reforzaba la desorganización y creaba un clima poco propicio para tomar decisiones, coincidiendo con

nuestros resultados, que evidencian un época de conflicto en la que las iniciativas personales trataban de suavizar el conflicto laboral.

El momento tampoco favoreció una rápida solución al conflicto, puesto que los lugares en los que se instalaron los primeros equipos eran ubicaciones reconvertidas en las que no había consultas para todos, así que la lucha por el espacio lo agrandaba.

La lucha por el capital en juego supuso un conflicto importante, la solución pasó, en parte, por la cesión de las enfermeras mediante la realización de favores en forma de trabajo burocrático derivado de la consulta, como recetas u otros trámites, muy denostados por ellas, que aspiraban a una posición clara, legitimada y reconocida dentro del campo. Estos favores, sin embargo, tuvieron una curiosa importancia, puesto que llenaban de contenido la consulta y, de alguna manera, el tiempo de las enfermeras y también, a ojos de los usuarios, eran avaladas por el médico, percibían que éste, con su gran capital social y simbólico, no podía dejar los asuntos importantes en manos de cualquiera. Así que esos profesionales que no conocían, eran percibidos como legitimados por quienes ya tenían ese capital social. A las enfermeras les servía para ir conociendo a unos usuarios que no conocerían de otro modo, establecer una relación e iniciar una tímida captación.

La solución definitiva, o al menos la disminución de la intensidad de la lucha, vino de la mano del tiempo, en una época en la que aún era necesario entenderse dentro de los equipos pues quedaban muchas cosas por hacer y decidir, lo que facilitó el entendimiento y la demostración de ser merecedores de utilizar la consulta.

Esta situación tan compleja y costosa para los profesionales contó con elementos que favorecieron una evolución positiva, un liderazgo muy importante desde el equipo directivo encargado de la puesta en marcha de la enfermería, que como el resto de sus miembros tenían más conocimientos que los de abajo como recoge Irigoyen (1986) en su trabajo, pero que compartía dos aspectos muy importantes con los profesionales: la ilusión y el compromiso con lo que se pretendía construir. Para Hernández (2010) este tipo de profesional supuso un verdadero referente para el desarrollo de la enfermería que se pretendía ya que fundamentaron sus señas de identidad mediante sus programas de desarrollo profesional. Nosotros consideramos que lo que supuso esta profesional en relación con sus conocimientos, expectativas e implicación fue un factor fundamental en el desarrollo de la enfermería de APS en Cantabria en ese momento.

Era una época en que los principios del racionalismo planificador imperaban en la gestión de las instituciones sanitarias, todo se planificaba, todo era susceptible de reducirse a objetivos y se fomentaba la participación en salud amparada por el salubrismo imperante según Irigoyen (2004).

Las enfermeras que estaban participando en la construcción de un habitus no conocido hasta entonces poseen la ilusión de crear algo nuevo y positivo, Bourdieu (2007b) le concede al *illusio* o poder motivador el interés por el juego, la razón fundamental para actuar, creer que vale la pena, adherirse a los presupuestos. El otro elemento, el

compromiso que señala Bourdieu (2007b) y destaca García (2001), corresponde al concepto de *investissement*, que nombra el interés hacia el campo, la complicidad objetiva o la creencia que incita a participar en el juego, del que también estaban contagiados los profesionales. Nosotros consideramos que estos elementos han sido potentes motores en la construcción del rol profesional y serias amenazas para el mismo cuando no han existido, revelándose entonces como factores fundamentales en el estudio.

La situación generada por la convivencia de todos estos factores propició una oferta formativa muy interesante, dirigida a conseguir los objetivos con los que mayoritariamente se sentían comprometidos, lo que facilitó un conocimiento profundo del modelo y la adquisición de competencias transversales dentro del mismo, facilitó la posterior adquisición de capital cultural incorporado, del habitus, como señala Bourdieu (2001).

La búsqueda de un espacio en el campo, reconocido, legitimado y con el mayor nivel de prestigio, determinó el sentido del juego de los profesionales de APS que constituyeron el grupo pionero. Un grupo que, por su trayectoria y por el resultado de la misma, constituyen un grupo de especial importancia en el estudio del desempeño profesional de enfermería en este ámbito en Cantabria dotado de una carga de capital cultural incorporado de gran importancia. Para ellos, al plantearles la singularidad de sus actuaciones en ese momento en el estudio llevado a cabo por Irigoyen (1986), no tenían en absoluto conciencia de ser un grupo referente para el desarrollo del modelo en Cantabria.

Esta categoría considerada como inicial tiene una gran importancia dentro de la investigación, puesto que aunque concurren circunstancias no reproducibles en el futuro, la cantidad de cambios que se producen en el campo permiten identificar las dinámicas que se establecen entre habitus, campo y capital y otorgar valor predictivo a algunas de ellas como señala Bourdieu (2000).

5.1.2. EL HABITUS RECONOCIBLE Y RECONOCIDO

La identificación de haber alcanzado el objetivo de un puesto en el campo se produce cuando las estrategias llevadas a cabo en la primera época comienzan a tener resultados, esto coincide con el estudio realizado en Cataluña en el año 1997 por Castell y Viñas (2001). El período transcurrido hasta aquí se ha caracterizado por multitud de cambios en el campo fruto de su juventud, y de la influencia de las corrientes políticas imperantes, provocando una rápida evolución debido a la naturaleza que posee el habitus para las prácticas de oportunidad y necesidad, recurso y limitación como plantea Gutiérrez (2002).

Las prácticas de los profesionales respondían a ese sentido del juego que pretendía la conquista de la autonomía profesional. La práctica hasta el momento ha respondido a un ritual codificado, como afirma Bourdieu (2001): según él, en situaciones críticas se

recurre a reglas para formalizar lo que se está haciendo. Una vez que queda formalizada la práctica que se venía realizando, entonces es cuando tiene lugar una práctica no calculada o lo que denomina la “espontaneidad generadora”.

Según Irigoyen (1996) la estrategia seguida por las enfermeras oscila entre la adhesión al modelo de APS y la pretensión de encontrar aquí un territorio liberado del control médico. Francisco (2008) estudia las concepciones presentes en el ejercicio profesional y concluye que pese a haber una falta de consenso en la identificación del rol profesional, las enfermeras de APS lo relacionan claramente con el desempeño de un rol autónomo. Avalando ambos autores nuestros resultados en relación con la existencia de un campo óptimo para desarrollarse profesionalmente a través de una contribución única a la sociedad.

Para Bourdieu (2000) esa espontaneidad produciría estructuras estructuradas que se van transmitiendo de manera inconsciente que generan la posibilidad de poder orientarse en el campo sin apenas reflexionar. Se puede decir que en ese momento se ha llegado a la génesis de un “sistema de competencias sociales”, lo que acarrea la legitimidad y el reconocimiento para llevar a cabo esas competencias. Es por eso que decimos que el rol profesional existe como tal cuando las prácticas de los profesionales dentro del campo (el habitus) adquieren estas características.

Nosotros identificamos la conquista del rol profesional cuando el habitus es reconocido y reconocible, cuando es identificado y apreciado por la sociedad en la que cumple un papel único. Es entonces cuando se puede hablar de subcampo de Enfermería coincidiendo en esto con Limieira et al. (2013).

La evidencia de estas características es consecuencia de las estrategias llevadas a cabo en la época anterior, éstas han producido efectos en forma de reconocimiento por parte de la población y también del resto de profesionales, fundamentalmente de los médicos. Para Hernández (2010) los avances que tienen lugar en la definición de las fronteras profesionales, no tienen tanto que ver con las preferencias profesionales, como con aquellas reformas que se muestran más funcionales. Nuestro estudio pone de relieve que los grandes logros han sido protagonizados por los profesionales y las reformas que han afectado al campo han tenido una influencia mayoritariamente negativa en sus efectos.

Se ha generado la necesidad de adquirir conocimientos para desempeñar lo que consideran su trabajo y son conscientes de lo que están aportando. Diferencia importante con la época pionera de más dispersión e indefinición.

A los ciudadanos ya se había llegado porque habían sido derivados desde la consulta del médico cuando había algún tipo de intervención de la enfermera, a través de la ampliación de la oferta de servicios que antes solo se llevaban a cabo en el hospital o ambulatorio (favoreciendo la accesibilidad y el conocimiento mutuo) y por el conocimiento derivado de las actividades dirigidas a la comunidad que se habían venido haciendo.

El conflicto por la carga de capital simbólico que llevaba consigo el trabajo en una consulta desapareció como problema generalizado. Podrían quedar resistencias, pero eran singulares y no afectaban a la práctica. Las enfermeras habían demostrado que eran capaces de llevar a cabo un trabajo con la población que se debía desarrollar en una consulta y era complementario al del médico.

Ese trabajo que realizaban, ya no les producía el miedo inicial porque identifican su contribución, al mismo tiempo que eran conscientes de los conocimientos que necesitaban para desempeñarlo y hacían el esfuerzo por estar a la altura. Identificaban la necesidad de no solo tener los conocimientos necesarios para responder al día a día adecuadamente y seguir planteando iniciativas acordes al modelo, sino que percibieron la importancia de poseer ese capital cultural que se va acumulando fruto de la experiencia e impregnado de los valores que propugna la APS, lo que Bourdieu (2001) denomina el capital cultural incorporado, que identificamos como lo que se conoce como “ser de primaria”. Este conocimiento colabora al compromiso tan importante con la práctica que constituye el *investissement*.

No solo reciben formación dirigida desde la institución, ahora ya son los profesionales los que saben del modelo y saben qué necesitan saber para desempeñar “su papel”. Consecuentemente, la idea de entender que a “menos complejidad” de los casos que acudían a la APS sería necesario menos conocimiento, se reveló como absolutamente errónea. La necesidad de conocimientos era proporcional a la respuesta profesional que determinaba la longitudinalidad como elemento fundamental del modelo. Esta idea, sin embargo, quedó clara solo para el colectivo implicado y los agentes interesados, no impregnó al conjunto del colectivo profesional enfermero.

También se identificó claramente cómo ese capital cultural adquirido se puede convertir en capital social, puesto que es reconocido por el usuario que percibe cómo le solucionan problemas o le atienden la demanda adecuadamente, y también que es posible su transformación en capital simbólico, lo que añadiría no solo el reconocimiento como grupo, sino que otorgaría lo que Bourdieu (2007a) identifica con el prestigio o renombre. La transformación del capital *cultural* en social y simbólico se revela como clave, nuestro estudio identifica esa transformación en el eje para convertir el habitus en rol.

En sus aportaciones de los informantes encontramos una frase que encierra gran potencia pues refleja los elementos más importantes del estudio: “... *para ser autónoma hay que saber mucho y creértelo mucho*”. Se abandona el discurso de la de virtud como necesidad para ser reconocido y por tanto autónomo, se precisan conocimientos que conviertan su aportación en práctica rigurosa, coincidiendo con la identificación que realizan Gordon y Sinoban (2005) sobre la necesidad de apostar por la capacitación científica en vez de fomentar que el potencial profesional gire alrededor de la tradicional imagen de vocación y bondad y lo convierta en su punto fuerte.

Tras los momentos de intensa lucha por la dominación por parte de los médicos, ejerciendo el poder simbólico que les permite el capital del que disponen, ahora se han

establecido unos equipos funcionales de gran eficiencia que son los formados por enfermera-médico.

Paradójicamente esta estructura no está contemplada en la organización del modelo de APS, sin embargo se establecen miniequipos en los que existe un funcionamiento interno basado en la confianza, la negociación, la cesión y el apoyo. Estas células organizativas condicionan el trabajo que llevan a cabo las enfermeras y con el de cada una el del colectivo, por tanto es un aspecto muy importante a destacar que en ese momento se identifica claramente el “trabajar con”, no el “trabajar para” que era reconocido como una debilidad interna, como señala Butticé (2005), de ahí que no erosionara la autonomía profesional que se había conquistado. Detrás de este interés está muy probablemente la actitud más positiva a este tipo de colaboración que plantean Hasson, Avermo, Marklund, Gedda y Mattsson (2010), que explorando las actitudes de colaboración de los diferentes profesionales, concluyen una mayor actitud positiva de las enfermeras hacia esa relación, destacando las cesiones que precisa realizar para mantenerla adecuadamente, coincidiendo con nuestros hallazgos a la vez que identificamos que también tratando de evitar obstáculos que dificulten su trabajo.

Se tratan intereses comunes y se plantea, de manera más o menos tácita, la oferta que se le va a hacer a la población desde sus consultas que llamativamente puede diferir de la oferta que realicen otros miniequipos, generando desigualdades en el desempeño y consecuentemente en la población.

Claro está que para que ese equipo funcione ambos miembros deben compartir ciertos principios, sin embargo se observan casos en los que cuando la contribución enfermera está muy clara y los profesionales son capaces de transmitirla el hecho de que el médico no comparta esos principios, no afecta a la contribución que la enfermera realiza a la población, puesto que ya ha conseguido su favor. Por tanto, el óptimo funcionamiento de ese miniequipo es deseable pero no estrictamente necesario.

Para Hernández (2013) esta relación es fundamental, pero encierra algunas dificultades como las relacionadas con la inseguridad que presentan las enfermeras a la hora de discutir los casos comunes o la supervivencia de la relación por los continuos cambios contractuales. También pervive en esa relación el juego que plantean los ancestrales estereotipos de tener iniciativas, pero parecer pasiva, ceder en cuestiones para que no parezca cuestionamiento, etc., dado que subyace lo que Bourdieu (2001) llama la dominación simbólica.

Galindo et al. (2002) identifican un porcentaje importante de médicos y enfermeras de APS (más de un 40%) que creen que la intervenciones de enfermería dependen de las decisiones médicas, estos mismos enfermeros, sin embargo, identifican la autonomía profesional como la característica que mejor define la profesión en este campo, lo que coincide con nuestra teoría en relación con la fragilidad de la pretendida y conquistada autonomía y explicaría, en parte, la escasa duración de una situación de estabilidad y una evolución en contra de lo pretendido.

Todos los logros alcanzados por parte de la profesión tuvieron un órgano garante, como señala también Drew (2011), el equipo de enfermería, que tampoco estaba regulado dentro del modelo, pero que apareció tímidamente en la primera época como un grupo de ayuda y apoyo mutuo entre los centros y en ese momento se revela con fuerza en algunos de ellos. Sirvió de importante trasmisor para ese capital cultural incorporado puesto que en sus filas se identificaban miembros investidos de ese compromiso con el campo denominado *investissement*. Coincidiendo con nuestros hallazgos, Irigoyen (1996) señala que este equipo surge como estructura defensiva frente a las tareas que los médicos proponen que lleven a cabo en nombre del equipo, como por ejemplo el inherente trabajo administrativo del nuevo modelo, que para este autor sienta las bases del característico desorden existente en los centros de salud.

Como hemos apuntado, una de las señales inequívocas de la existencia de un rol profesional es el *habitus* reconocible y reconocido. En ese momento existe la identificación de lo que el profesional aporta, pero esa identificación no es generalizada para el conjunto del colectivo profesional ni para los usuarios, que solo tienen oportunidad de identificarlo quienes hayan tenido contacto profesional con una de las enfermeras que presta este servicio, un grupo muy minoritario, puesto que hay una parte muy importante de la población que no frecuenta el sistema y quienes sí lo hacen mayoritariamente demandan atención del médico.

Las enfermeras identifican con claridad a aquellos usuarios que sí han tenido la oportunidad de conocer la aportación de las enfermeras a la APS, son aquellos que han tenido oportunidad de conocer la labor profesional que desempeñan dentro del programa de atención domiciliaria, coincidiendo con los resultados de Corrales y Palomo (2014) y Rondinelli, Omery, Crawford y Johnson (2014), sin embargo hay autores como Irigoyen (1996), Martín, Ledesma y Sans (2000) y Rey (2015) que plantean que la enfermera no se involucró como debiera en este programa, fundamental dentro de la APS, o que esta implicación es susceptible de importantes mejoras. Nosotros creemos que las diferencias en la formación y su traducción en las prácticas llevadas a cabo juegan un papel muy importante en este y otros aspectos relacionados con el desempeño, haciendo que la experiencia del usuario pueda llegar a ser diametralmente opuesta en función del profesional que le sea asignado. El reconocimiento individual que tenga del profesional va a variar y con él la identificación del grupo, influyendo de manera muy importante en el rol profesional, basado como hemos señalado en ser reconocible y reconocido.

En este punto se ha identificado cómo la atención se había hecho más compleja, se identificaba la autonomía en el trabajo y se tenía la impresión de contribuir a la APS con un trabajo importante en cuyos pilares se encuentra la captación y la educación sanitaria. En relación con ésta son muchos quienes identifican a los profesionales de la enfermería como los más adecuados para llevarla cabo, un estudio multicéntrico reciente realizado por March et al. (2014) llevado a cabo entre profesionales de APS revela cómo la enfermera es el profesional idóneo para realizar las intervenciones educativas en este ámbito, calificándolo de “agente clave” y protagonista en este tipo de actuaciones, con lo

que nosotros estamos de acuerdo si se cumplen las circunstancias de adecuación del perfil profesional en cuanto a formación.

Las cualidades intangibles de cercanía y conocimiento de la población, no se explicitan como tales, pero constituyen dos cuestiones de gran fortaleza puesto que favorecen la longitudinalidad de la atención, los llamados por “datos blandos” (Gervás y Pérez, 2012, p. 37), aquella información que las enfermeras poseen de los usuarios, que están condicionadas por el tipo de relación que mantienen y que, a su vez, la condicionan. En este valor también coincide el estudio de Pico y Tobón (2005).

Al hilo de Gordon y Sinoban (2005), cuando a las enfermeras se les cuestiona por su contribución a la APS, especialmente en este punto de la evolución del rol en el que sí identifican la conquista de un papel autónomo, los discursos tienden a cualidades relacionadas con lo intangible en forma de cercanía, empatía, claridad, afecto, aparentemente desprovistas de lo científico y riguroso, como así se refleja también en nuestros resultados. Sin embargo, ese discurso encierra una complejidad que estos profesionales no aciertan a evidenciar puesto que han sido protagonistas de una trayectoria dentro del campo, como señala García (2001), que ha tenido en cuenta sus fortalezas y sus potencialidades y ha ido transformando su práctica. Consideramos que minimizan el proceso que han protagonizado, quienes lo han hecho, hasta llegar a vivir con naturalidad su autonomía y resaltar sus señas de identidad más tradicionales como puntos fuertes, que nosotros consideramos que lo son, pero no aisladamente. Conseguir un equilibrio entre los elementos invisibles de la profesión y la alta cualificación, como proponen De la Rosa y Zamora (2012), es esencial para el adecuado ejercicio profesional.

Coincidimos, por tanto, en la importancia de las relaciones con los usuarios y cómo éstas son percibidas constituyen una fortaleza que las enfermeras deberían utilizar para el desarrollo de actuales y nuevas competencias como identifican Falf-Rafael y Betker (2012), la tradicional imagen de cercanía y confianza es una fortaleza del colectivo, pero que es inútil aisladamente, constituye sin embargo un factor que bien gestionado favorece de manera relevante el desempeño profesional.

La aportación que realizan las enfermeras tiene gran complejidad fruto de la condición que plantea el solo hecho de serlo y el tejido que se ha producido entre esto, el campo abierto del modelo, la evolución de las necesidades de la población y el resultado de las estrategias del colectivo profesional. En la frase “*ser enfermera de primaria es como ser madre*”, aportada por una entrevistada, se observa la gran importancia que se le otorga a esta contribución, coincidiendo en esa denominación con el estudio de Pico y Tobón (2005). Constituye la conquista del capital social que otorga respaldo al grupo, les hace merecedores de crédito, como señala Bourdieu (2001).

Como se ha apuntado, en este momento de afirmación de existencia de un rol, por un lado está el logro de haberse convertido en reconocible, y tanto o más importante y a su lado está el reconocimiento otorgado por todos los agentes implicados en el campo. Sin embargo el reconocimiento no cala de igual modo en todos ellos, los usuarios que tienen oportunidad de “probar” lo que hacen, les otorgan un crédito que supera, en la mayoría

de los casos, las expectativas que tenían relacionadas con una imagen social tradicional y dependiente. Esto le otorga un importante capital simbólico al profesional. Coincidimos con De la Cuesta (1994) los usuarios deben confiar en la enfermera como persona y como profesional, “compra” el servicio fruto de una labor de “marketing” que tiene lugar a través de lo intangible de la relación, la “creación de contextos”.

Este capital no revierte automáticamente en el colectivo, teniendo mayor reputación un profesional individualmente que el colectivo como tal, coincidiendo con lo expuesto por Hernández (2010) en su informe “La enfermería frente al espejo”. Esta diferencia hace que haya profesionales que hayan adquirido tal credibilidad de la población a su cargo que han conseguido consulta a demanda, es decir, personas que se citan con la enfermera para buscar solución a un problema para cuya solución consideran que es el profesional adecuado, como también reflejan Pino y Martínez (2007).

Paralelamente a este proceso de adquisición de reconocimiento e identificación de la práctica con la consecuente conquista de la autonomía, se produce un efecto negativo en forma de señales de peligro, de amenaza hacia esas incipientes conquistas que identifican también Corrales y Palomo (2014), haciendo hincapié que la buena práctica es sinónimo de prestigio profesional y cómo los requisitos para esa buena práctica como son la gran competencia clínica, el compromiso y la autonomía, no se llegan a alcanzar, coincidiendo planamente con nuestro planteamiento.

Haciendo referencia a esa conquista de la autonomía, se podría representar como alcanzar la cima de una montaña y comenzar el descenso. Si era esperable que las estrategias sirvieran para apostar por los logros alcanzados, las señales apuntan en sentido contrario. Coincidimos con Pino y Martínez (2007) cuando plantea la coexistencia de un espacio profesional evidente con la demanda social con desmotivación, invisibilidad, y ausencia de políticas facilitadoras. Para estos autores la viabilidad de la enfermería en APS como proyecto lo es en la medida que solucione problemas a las personas, con lo que estamos plenamente de acuerdo y así lo corrobora nuestra teoría.

Las cuestiones que comenzaron a erosionar la conquista tienen muchos aspectos en común y una relación interesante entre ellas.

En primer lugar está el desenfoque político. No parece que la aparición de una figura como la dirección de enfermería que plantea la Ley General de Sanidad en relación de igualdad con el resto de las direcciones supusiera un salto cualitativo en lo que se refiere a la profesión, quienes estuvieron ocupando esos puestos no pudieron o no supieron impulsar el fenómeno que estaba ocurriendo. La época coincide con las políticas gerencialistas en las que, según Irigoyen (2004), se reduce la participación, se devalúan las políticas que fomentan la educación para la salud y se ponen en marcha mecanismos propios de las empresas, a esta corriente tampoco es ajena la enfermería que ve afectada su trayectoria y por ende su contribución a la sociedad.

Según Irigoyen (1996), se ponen en marcha estrategias de clientelización, introducidas por los directivos que otorgan prioridad a iniciativas que desde el punto de vista

profesional no la tenían, como ofrecer servicios que no se consideraban necesarios o primar el cuánto frente al cómo. Aspecto este último que hubiera sido muy importante en ese momento para haber podido poner de relieve la complejidad de la actuación de estos profesionales que, sin embargo, no fue aprovechado.

Para este autor algunas estrategias tuvieron carácter compensatorio en el que los usuarios fueron utilizados como escudos en los conflictos entre dirigentes y profesionales. Prácticas del tipo que refleja una entrevistada de la siguiente manera: “...*aunque la señora vaya la peluquería, tenéis que ir al domicilio a tomarle la tensión*”.

Se implanta la cartera de servicios y con ella las normas técnicas mínimas, ambas suponen la definitiva pérdida de oportunidad para la visibilización, o más concretamente la invisibilización de la complejidad, reduciendo en ocasiones una intervención de gran complejidad a evidenciarlo como la ejecución de una tarea. Para Hernández (2013) la invisibilidad es en gran parte responsabilidad de los responsables corporativos, como queda en evidencia también en nuestro trabajo.

En un estudio realizado en la comunidad de Madrid, Pérez (1995), sobre el grado de aceptación del contrato programa en APS se identifica que las actividades realizadas por enfermeras se citan una sola vez en el documento del contrato programa y se resalta también la contraria aceptación por parte de los profesionales médicos y de enfermería, la baja aceptación del mismo por parte de las enfermeras y la alta por el colectivo médico por idéntica causa: servía para diferenciar de nuevo a los dos colectivos profesionales dentro de la APS.

Simultáneamente aparece una consecuencia lógica de la invisibilidad, el conocimiento por parte de los agentes de que no existe capacidad para medir el trabajo o realizar ningún tipo de control sobre el qué o cómo se realiza el trabajo, tendiendo a la perversión del desempeño. Si no se nota, es posible obtener el mismo resultado, aparentemente, con el mínimo esfuerzo. Corrales et al. (2000) coinciden con nuestro estudio en señalar el acomodamiento sobrevenido tras el esfuerzo realizado junto con la falta de evidencia de resultados en los usuarios como la causa del deterioro de la práctica.

Aparecen las grandes desigualdades en el desempeño, las personas que advierten una falta de control, las que no conocen el impacto de su trabajo, las que tuvieron que realizar grandes esfuerzos y no han recibido reconocimiento alguno tienden a ir “reduciendo” su práctica y esto es percibido por quienes se incorporan, llegan un campo cambiante que está modificando su habitus. Una práctica que va a condicionar la de estas personas, cuyo habitus trasladado también colabora, produciendo uno diferente, tendente a generar un menor capital social y simbólico, justamente lo contrario de lo perseguido.

La consulta de enfermería tiende a perder autonomía según Irigoyen (1996) y a convertirse en un espacio donde se traslada un trabajo subordinado, haciendo dudar si la consulta solo constituyó una concesión simbólica más que un instrumento específico para desarrollar una labor profesional con un contenido real y diferenciado de los demás. La

consecuencia más inmediata la tendría una población que perdería un servicio que recibía y por el que obtenía un importante reporte de satisfacción.

Coincidimos con Drew (2011) en afirmar que la invisibilidad es un factor muy importante en la erosión de la autonomía profesional que no solo influye en el desencanto que puedan percibir los profesionales es más importante el valor que le resta al colectivo y la influencia que puede tener a la hora de tomar decisiones estratégicas en materia de políticas sanitarias. Lo que no se ve no existe.

Con la incorporación de nuevos profesionales se va a producir una alteración en el equilibrio del campo, poniéndose en juego los límites y la identidad del grupo como señala Gutiérrez (2002), sometiéndole a riesgo de alteraciones o adulteraciones como el fomento de las desigualdades y, en definitiva, la posible pérdida de autonomía conquistada, estos efectos dependerán de la idoneidad de quienes lleguen, de su capacitación para llevar a cabo el rol instaurado o no.

Los profesionales se incorporan por dos vías fundamentalmente, la del concurso oposición a través de un oferta de empleo público (no necesariamente específica para APS) y por traslado desde los hospitales, quienes lo hacen por esta última vía solo tienen un requisito de entrada al campo: el capital social institucionalizado, un título universitario, prescindiendo de cualquier demostración de méritos acordes con la práctica en el campo, y la antigüedad adquirida en base de *habitus* en otro campo. Esto hace que se deslegitime al colectivo como consecuencia de que al día siguiente tienen que llevar a cabo una práctica basada en la buena voluntad y en la capacidad que le otorga un *habitus* adquirido en otro campo que en éste no resulta adecuado, perdiéndose autoridad con una práctica construida a base de esfuerzo y formación.

Coincidimos con Hernández (2010) y Violan, Fábregas, Bonal y Casado (2009) en que existió la oportunidad de utilizar la carrera profesional como elemento diferenciador de competencias que fue desaprovechado en aras de la antigüedad, que poco o nada tiene que ver con el traslado de las competencias de un campo a otro. Esta oportunidad de oro fue desaprovechada según Hernández en afán de evitar conflictos en el campo y es calificada por el autor como uno de los mayores disparates de la política sanitaria española, contando con el acuerdo de los sindicatos. Nosotros creemos que no solo constituye un disparate desde el punto de vista de los intereses profesionales, si no que atenta contra la propia supervivencia de la APS, tal y como se pretende, eje del sistema sanitario.

Para Hernández (2010), la imagen de la enfermería como colectivo ha mejorado, entre unas otras pocas cosas, por el trabajo que han desempeñado las enfermeras en la APS, por tanto es para plantearse la importancia del proceso que condujo a alcanzar un *habitus* reconocible y reconocido.

5.1.3. EL HABITUS EN CUESTIÓN.

Se llega a una situación de percepción de un riesgo real de deterioro del rol conquistado y de su repercusión en la APS como es concebida, esto ocurre tras la identificación de las consecuencias de las decisiones tomadas en una época en la que los criterios de los que las tomaban no eran acordes con las necesidades del campo.

La evolución desde una situación de tener que llenar el tiempo a no tener tiempo para responder a la presión de la consulta no ha sido lineal, como se ha visto. Las consecuencias de haber ofertado servicios a la población con el fin de contentarla les han convertido en dependientes para unas demandas consideradas hoy innecesarias. Las enfermeras hoy luchan por intentar convencer de lo innecesario de algunos servicios a los mismos usuarios que convencían hace años de lo contrario. Paralelamente la demanda aumenta como consecuencia del envejecimiento de la población y la cronicidad relacionada, lo que hace necesario priorizar o reducir la atención.

Las consecuencias tienen una rápida traducción en pérdida de complejidad en la atención que se presta y una reducción de crédito por parte de la población, con la pérdida que esto significa en relación a la autonomía por la que se ha venido luchando. El traslado de un habitus engendrado en un campo más tecnologicado y más parcelado favorece la división del trabajo por tareas, Gervás, Palomo, Pastor, Pérez y Rubio (2001) al hilo de los problemas acuciantes en la APS, llaman la atención sobre la distribución del trabajo de las enfermeras por tareas con la consecuente la pérdida de visión del individuo, atentando contra la integralidad y la longitudinalidad que nosotros, sin duda, compartimos.

Se produce prácticamente un abandono del trabajo comunitario no realizándose más educación, en general, que la que se lleva a cabo en la consulta, que como se ha dicho ha visto rebajada su complejidad y disponibilidad. La población acostumbrada ya a otra atención, ve desatendidas sus necesidades.

Las acciones de promoción de la salud son percibidas como un trabajo extra. Ramos et al. (2014) señalan que son percibidas por las enfermeras como las mayores oportunidades de mejora y paralelamente como con las que perciben más barreras por su grado de dificultad y tiempo necesario para su ejecución. De ahí que creamos que la mezcla de formación, motivación y visibilización sea capaz de mejorar estas actividades, entre otras.

Para March et al. (2014) los hallazgos de un estudio multicéntrico ponen de manifiesto que las intervenciones de promoción de la salud no son intervenciones generalizadas, pero en donde se llevan a cabo perduran al estar instauradas entre población y profesionales y precisan de iniciativas que faciliten su visibilización, clarificando así el rol de los profesionales comunitarios.

La invisibilidad de la contribución de las enfermeras no ha encontrado solución y este factor continúa alimentando una desigualdad de desempeño en ascenso. Para Hernández (2013) las luchas llevadas a cabo por tanta gente durante tanto tiempo en condiciones, en

ocasiones muy adversas, ven ahora el resultado en más “humanidad sin ciencia”, en un retroceso contrario a lo perseguido durante décadas, lo que produce mucho desánimo y rendición por parte de los agentes más motivados.

El capital cultural se revela como el factor fundamental para conseguir o mantener la autonomía profesional desde los dirigentes hasta los nuevos agentes que se incorporan al campo, un campo donde el capital social y simbólico van de la mano de la demostración de competencia profesional.

Coincidiendo con Hernández (2103), los valores tradicionales de ser enfermera deberían ser aprovechados en aras de la profesionalización, aportando otra mirada a un sistema cada vez más despersonalizado y tecnologizado, que es muy aplaudido por los usuarios, pero sin que sea solo eso lo que constituya su aportación.

Este autor en su libro convicciones y conveniencias (2103) analiza dos informes de 2010, por un lado al prestigiado Institute of Medicine (OIM) que reclama roles más amplios para la enfermería en APS y el American Medical Association que aplaude esta reclamación con un matiz, efectivamente son profesionales cruciales, pero no hay nada que pueda sustituir la formación y la educación.

5.1.4. LOS NUEVOS RETOS. LAS MISMAS DIFICULTADES.

Por las características del modelo de APS y el recorrido que han tenido en sus alrededor de 30 años de historia, tanto profesionales como usuarios, el campo se revela como el idóneo para el desarrollo de competencias avanzadas que aúnen la esencia de la atención profesional enfermera y presten solución a los problemas que tienden a presentar las personas en la sociedad actual. Para Hernández (2010) el campo de la APS parece el ámbito más adecuado para el desarrollo de la práctica avanzada en enfermería. Esto llevaría a un nuevo cambio en el campo que haría necesaria la adopción de estrategias a los agentes en forma de acumulación de conocimiento (capital cultural) transformable en capital social que permita ser identificado por la población como el profesional idóneo para la solución de una parte muy importante de sus problemas.

Coincidiendo con Hernández, los profesionales que saben mucho de medicina o de otras disciplinas no se pueden considerar mini profesionales de nada sino mega enfermeras.

Para este autor, la aparición de la enfermería de práctica avanzada será un realidad en un plazo medio de tiempo. Esto supondrá un reto para una colectivo con formación y compromiso con el campo muy diferente, sin embargo si no se desarrollan estrategias conducentes a la consecución de unos mínimos, habrá una población que puede ver desatendidas sus necesidades de salud más básicas. Para Corrales y Palomo (2014), la

asunción de nuevas competencias aunaría la doble condición de cualificación y polivalencia y facilitaría la delimitación de competencias.

Coincidimos con las cada vez más voces desde dentro de la APS que plantean la necesidad de que los profesionales de enfermería asuman nuevas competencias que permitan racionalizar la asistencia. Son muchos los autores que defienden que las enfermeras deban prestar atención a problemas agudos o a la cronicidad, reflejan estas propuestas como Casajuana (2012), Hernández (2010), Lleras (2010), Millas et al. (2011), Miguélez y Ferrer (2013), Ortún (2013) y Starfield (2001).

Pero también estamos de acuerdo con quienes advierten de las las dificultades para poder responder a esas expectativas, como aparece en nuestros resultados. Un estudio realizado en Australia entre enfermeras de APS por Keleher y Parquer (2013) concluye la buena disposición de éstas a asumir nuevos retos acordes con las nuevas necesidades de la población, sin embargo la formación constituye un obstáculo para llevarlas cabo. Por una estrategia que pase por la formación para dar respuesta a esos nuevos roles también aboga Sánchez (2014), definiendo competencias y nivel formativo para desarrollarlas.

Borrell y Gené (2008) plantean la necesidad de una enfermería con un abanico competencial más amplio que suponga suficiente prestigio (capital social y simbólico) que constituya el filtro de la APS, coincidiendo con nuestro planteamiento que el capital cultural es el productor de los otros capitales.

Gervás y Pérez (2008) califican el perfil de enfermería necesario en APS de “potente” para dar respuesta a todo tipo de problemas, no centrada simplemente en una excesiva promoción de la salud dirigida a una pequeña parte de población cumplidora como aclara Martín (2013).

Lowe, Plummer, O’Brien y Boyd (2011) analizan los factores que llevan a la práctica avanzada en diferentes países de mundo, destacando la importancia de la idiosincrasia de cada uno en su puesta en marcha, pero con aspectos comunes entre los que destacan la madurez profesional como requisito y la necesidad de una clarificación del rol, con lo que conlleva de normas de competencia y formación que garanticen cumplir con su cometido social ante las personas. Sin embargo, apuntan la incertidumbre en la claridad de su contribución a nivel internacional, causante de una importante dosis de invisibilidad. En un estudio cualitativo llevado a cabo en Irlanda con objeto de estudiar las dimensiones del rol, McCarthy, Cornally, Moran y Courtney (2012) identifican también la contribución única y significativa que practican enfermeras en APS y el gran potencial que tienen, al tiempo que detectan una falta de política del gobierno en Irlanda sobre el papel de la enfermera en la práctica y su lugar dentro de la Atención Primaria.

El Ministerio de Sanidad en 2007 dentro de un marco estratégico para la APS, Melguizo et al. (2007), plantea la posibilidad de la creación unidades tipo Walk-in-Centers al estilo del Reino Unido atendidos solo por enfermeras y reflexiona sobre la importancia de la reacreditación periódica de los profesionales de APS y las dificultades que esto tiene, lo que nos hace pensar que desde las más altas instancias se identifican los problemas de la

enfermería para llevar cabo nuevas competencias, pero que sin embargo no se ha hecho nada por resolverlas, puesto que años más tarde persisten los mismos problemas.

Lo que llama la atención es que todos esos planteamientos llenos de lógica, desde el punto de vista teórico, no tengan en cuenta el perfil de los profesionales que prestan sus servicios en la APS y las políticas de provisión de personal y la formación del mismo. Ortún (2013) sí señala la oportunidad que supone para la enfermería la práctica avanzada y evidencia la disparidad en la formación académica que existe entre los miembros del colectivo, nosotros creemos que el problema no es solo la formación académica, sino un concepto más complejo y más determinante que es el capital cultural incorporado, para el que la formación universitaria es solo el punto de partida.

Todos los planteamientos que defienden asumir nuevas competencias son plausibles, pero parece lógico pensar que deberían relacionarse con las características de los agentes presentes en el campo, en un sistema sanitario público que tiene una vinculación con sus profesionales a muy largo plazo.

En el año 2007 la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP), Cardeñoso y Abad (2007), publica un informe de análisis y propuestas de mejora del trabajo enfermero en APS, en el que concluye la importancia de la conquista de nuevas competencias y la de la correcta asignación de recursos de personal, justificada en la libre elección de profesional y en la disminución del número de usuarios por enfermera, Llama la atención que en un documento de 34 páginas solo un párrafo relaciona las deseadas nuevas competencias con las necesidades de formación de los profesionales en forma de declaración de intenciones de carácter genérico. No se mencionan en el documento las políticas de personal en los distintos servicios de salud cuando, a nuestro juicio, no es posible separar los tres aspectos.

La formación y las políticas de personal son dos factores indisolubles en la evolución del rol profesional que se estudia en esta tesis. Si la búsqueda de la autonomía profesional ha sido el eje vertebrador de esta investigación, la formación es otro de los pilares. La formación se plantea como el ingrediente fundamental para responder a la atención cambiante, para demostrar la legitimidad ante la población y para responder a las luchas por el poder social y simbólico. Si la autonomía determina el valor del producto, el capital cultural, los conocimientos, van a determinar el puesto que se ocupe dentro del campo.

Desde los requisitos de entrada al campo, establecidos en un mínimo de capital cultural institucionalizado en forma de un título universitario que garantice el ejercicio de un profesión, hasta la acumulación de capital cultural en forma incorporada existe una trayectoria posible influida por el compromiso con el campo y la creencia en el mismo (el *investissement* y la *illusio*) que convertiría al “estar en” el campo al “ser de”, este sería el valor supremo para el ejercicio del rol profesional en APS.

La política de incorporación de profesionales debería de ser coherente con lo que se espera del profesional para garantizar un mínimo de éxito. Los profesionales deben estar en las mejores condiciones para el desempeño del rol que la sociedad espera de ellos.

Estas condiciones sirven de “código” como señala Bourdieu (2000) para descifrar el habitus, para adquirir la consciencia necesaria que permitiera reproducirle, que también es adquirido a través del conocimiento. Por tanto la adquisición del capital cultural incorporado vendría de la mano de una capacitación coherente como requisito de entrada al campo más allá de una certificación académica.

Existe una vía de acceso muy importante a este campo que viene condicionado en exclusiva por la posesión del título (capital cultural institucionalizado) y la posición que otorga la experiencia profesional acumulada tras años de ejercicio en el ámbito hospitalario, siendo esta antigüedad la que finalmente decide la entrada. Estos profesionales poseen un habitus totalmente diferente al del campo de estudio y su capital cultural incorporado es consecuente con él, así como el capital cultural institucionalizado que ha ido acumulando en forma de formación continuada.

Sin embargo los poseedores de capital cultural incorporado adquirido tras años de experiencia en el campo de la APS son quienes más coherencia demostrarían a la hora de evidenciarlo a través de la acumulación de capital cultural institucionalizado adquirido a lo largo de su vida profesional.

Hernández (2010) plantea una verdadera carrera profesional basada en el perfil de las especialidades, en la que quien haya alcanzado el mayor grado profesional en un campo no pueda ser trasladado automáticamente a otro en el que es un auténtico inexperto. La formación es el instrumento fundamental para visibilizar la contribución y superar el “haber nacido para” o la “humanidad sin ciencia” y ser percibido como el “haberse formado para”, según él, Hernández (2103), con quien coincidimos totalmente en estas propuestas.

En el año 2004 De la Cuesta define lo que significa ser enfermera generalista, abandonado el criterio de servir para todo y haciendo hincapié en la importancia de tener una formación clínica sólida para responder a la complejidad de la práctica y ejercer la autonomía. La autora plantea situar a los mejores profesionales en el primer nivel de atención. A su vez Miró (2010) afirma que la práctica que las enfermeras se conforma a partir de un conjunto de conocimientos y competencias que relacionan aspectos intelectuales, emocionales, éticos, clínicos, técnicos, etc., otorgando, en definitiva, una gran importancia al capital cultural incorporado que planteamos en nuestra teoría.

Según Miró (2008) las enfermeras en España se siguen considerando intercambiables, esto supone una legitimación de la ausencia de importancia de los conocimientos específicos por parte de los gestores, lo que evidencia una falta de compromiso con la calidad que se oferta desde las organizaciones. Según la autora no se promueven ni priorizan políticas que faciliten la contratación de profesionales que puedan liderar proyectos, mediante una formación especializada y un compromiso ético y social. Para Hernández (2010) la planificación de recursos humanos en el ámbito sanitario no ha tenido en cuenta los perfiles y las competencias enfermeras que posibilitarían una mayor eficiencia y calidad de los cuidados que prestan. Para nosotros no ha existido interés de dar una solución a un problema que comenzó en los años 90 y que es conocido por todos

los sectores implicados y responsables: colectivos profesional, responsables de los sistemas sanitarios y sindicatos, que se ha refugiado en dar respuesta a las expectativas laborales de unos profesionales que por sus condiciones precisaban de puestos de trabajo menos penosos, sacrificando el nivel asistencial más importante para la sociedad, la Atención Primaria de Salud.

El informe SESPAS 2012 recoge en su prólogo lo siguiente: “Se llevan a cabo políticas de personal que facilitan el deterioro de la atención y el descrédito de quienes lo prestan. El permitir el trasvase indiscriminado de enfermeras de un nivel a otro con criterios tan solo de antigüedad sin valorar el mérito ni la capacidad. [...] en este panorama las enfermeras comunitarias han pasado de ser considerada, en principio y de manera interesada pilares básicos del <nuevo modelo>, a ser profesionales prescindibles y reducibles hasta extremos que en pocos países de nuestro entorno se producen. [...] en este escenario se deben incorporar especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria. (Asociación de Enfermería Comunitaria, 2012, p. 2)

Este informe pone claramente en evidencia la repercusión que tiene la pérdida de competencias de los profesionales de enfermería, no solo para la profesión, sino para la sociedad que, dada la situación sociodemográfica, quedaría huérfana de un servicio que nadie prestaría. El estudio llevado a cabo en Baleares por Sancho et al. (2002) con grupos focales intentado identificar la situación de la APS, pone de manifiesto las desigualdades de formación entre profesionales y la consecuente repercusión en su desempeño. Rey (2105) en el informe sobre la sostenibilidad del sistema sanitario público relaciona estos traslados con las desigualdades en el desempeño. Para De la Cuesta (2004) el pensamiento biomédico dificulta que la enfermería de APS se centre en la comunidad, lo que avala que el habitus traído de otro campo no es aplicable y supone un problema evidente.

Zurmerhly (2007) en un estudio cualitativo con el objetivo de identificar las prácticas comunitarias en EE.UU. y explorar qué transición deben realizar las enfermeras procedentes de las unidades hospitalarias, resalta la trayectoria que deben realizar hasta lograr un desempeño óptimo, destacando la necesidad de formación necesariamente junto a la adquisición de competencias conceptuales y emocionales acordes al nuevo campo. En este extremo es coincidente con nuestro planteamiento de la importancia de la formación y la necesaria implicación “en” y “con” el campo.

En un estudio sobre la actitud ante las actividades de promoción de la salud en APS Ramos et al. (2014) señalan como una importante barrera para su realización la incorporación de enfermeras del hospital con escasa experiencia y formación, volviendo a evidenciar una vez más las políticas de incorporación de personal como un atentado contra la integridad de la propia APS.

Rodríguez et al. (2013), identificando las competencias actuales y futuras de los profesionales de APS, abogan por la visibilidad de la APS y por la importancia de las competencias transversales de los profesionales, reforzando nuestra apuesta por el capital

cultural incorporado como parte de la formación determinante para jugar un papel óptimo en el modelo.

Existen en definitiva tres vías de acceso al campo: la oposición que permitiría haber demostrado cierto conocimiento previo, el traslado dentro del sistema de público de salud, que ha quedado en evidencia los problemas que conlleva y otro, cada vez más numeroso, es el contrato temporal, que conlleva una baja implicación. Tanto la segunda como la tercera de las vías de acceso atentarían contra las pretendidas longitudinalidad, polivalencia y accesibilidad de manera importante. A nuestro juicio, debería analizarse rigurosamente el precio que la sociedad debe pagar al verse desatendidas sus necesidades en materia de salud como consecuencia de la inadecuada asignación de profesionales que se está favoreciendo y los efectos que provoca la precariedad laboral.

Coincidimos con Gervás y Casajuana (2012) cuando defienden que la Atención Primaria en España tiene básicamente tres problemas, la desprofesionalización (o funcionarización), el complejo de inferioridad y el bajo liderazgo de los equipos. Respecto al primero de los problemas, en Enfermería no afecta solo en cuanto a la supuesta baja implicación que se pudiera producir, según los autores, si no que se produce un hecho de más que dudosa eficacia, el modelo de trabajador público junto a la formación generalista de las enfermeras posibilita inestabilidad en las plantillas y una más que frecuente inadecuación entre el capital que posee el profesional y las necesidades que plantea el campo. En el informe sobre el análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España, Rey (2015) plantea, con el fin de mejorar la cualificación de los trabajadores de la sanidad pública, la derogación del Estatuto Marco y la creación de una agencia nacional de acreditación de la competencia profesional a la vez que responsabiliza a las organizaciones colegiales de velar por la competencia de los profesionales y su adecuación a los puestos de trabajo.

La existencia de líderes informales entre los profesionales que acceden al campo provenientes de otro campo, supone un factor a tener muy en cuenta, pues a su alrededor se puede ejercer un poder importante en relación con la práctica en función de su creencia o compromiso con el campo. Si el líder posee el habitus, generado a través de la experiencia el conocimiento y el compromiso, es un motor de indudable valor; si por el contrario está impregnado de un habitus adquirido en otro campo y sometido al efecto histéresis, es decir a contratiempo, su discurso puede tener eco en profesionales con pocos conocimientos y/o bajo grado de compromiso y bajar el nivel de complejidad de la actuación hacia actuación al dictado o a demanda de la consulta médica. La aportación como grupo puede variar y la población adscrita puede ver mermado el servicio que recibe.

Existe un clamor la señalar que la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad son los aspectos en los que incidir para mejorar la productividad en APS y ofrecer un servicio más eficiente. Sabiendo del valor de la longitudinalidad y la polivalencia en la APS, Gervás y Pérez (2012) lo asocian a la estabilidad en el puesto de trabajo, afirmando que solo permaneciendo durante décadas se pueden ejercer adecuadamente, revirtiendo

además en la mejora del rendimiento y la práctica profesional, con lo que coincidimos plenamente.

Para Casajuana (2012), en cuanto a la accesibilidad, la enfermería de Atención Primaria no parece estar sujeta a la gran presión de la consulta médica en la que una cita puede demorarse días o semanas. La polivalencia está escrita en los genes de la profesión, sin embargo, según Gervás y Pérez (2012) hay un desperdicio de talento al no asumir nuevas responsabilidades y, en cuanto a la longitudinalidad, es importante el valor que el autor le concede al conocimiento que la enfermera puede llegar a tener de la población a su cargo y que aumenta de manera considerable la eficiencia. Pujol et al. (2006) realizan un estudio cualitativo en Cataluña que revela la continuidad en los cuidados como uno de los tres aspectos que mayor influencia tienen en el reconocimiento de la asistencia en APS por parte de los usuarios.

Muchos de los problemas que plantea la enfermería en APS actualmente para Corrales et al. (2012) tendrían solución con una enfermería más profesionalizada, polivalente y comprometida, estando de acuerdo con nuestra teoría resaltando la importancia del compromiso con el campo. El compromiso y la ilusión han jugado un importantísimo papel en la evolución del rol de estos profesionales junto con la adquisición de capital cultural, quedando patente tanto cuando han jugado un papel favorecedor como negativo.

Uno de los factores que se ha revelado como más estimulante para trabajar en base al mantenimiento de unos límites que identifiquen el subcampo de enfermería es la *illusio* o ilusión, lo que Bourdieu llama poder motivador, es lo que determina el sentido del juego. La creencia en el campo y su interés por participar en él. La ilusión junto con el compromiso hacia el campo, el *investissement*, son dos potentes motores para desarrollar un habitus con estrategias que compensen las dificultades.

La conquista de la autonomía siguiendo los postulados del modelo generó una creencia que ha supuesto un motor de avance profesional muy importante, consecuentemente la amenaza a esa autonomía produciría desilusión. Heierle (2011) identifica la dependencia de los médicos como un factor desilusionante para las enfermeras, lo que supondría que mínimo retroceso en la autonomía significaría una importante pérdida en términos de ilusión o de creencia, de ganas de participar en el juego llevando a cabo iniciativas o intentando mejorar la práctica.

Añadir la posibilidad de recuperar la autonomía perdida ahora que parecen abrirse nuevos retos competenciales pudiera añadir ilusión, pero para eso se necesitan líderes con conocimientos y estrategias que resten los efectos de los factores negativos que han propiciado el retroceso. Coincidimos con las conclusiones de De Pedro et al. (2011) en el estudio de la aplicación de la práctica basada en la evidencia en Baleares, donde plantean una serie de estrategias para mejorar la práctica: la incorporación de los valores de participación en los asuntos de organización, la autonomía profesional y la relación entre profesionales que incorpora el modelo de práctica en APS, todas ellas relacionadas con el aumento del compromiso con el campo.

Martín et al. (2000) publican en la revista Atención Primaria un artículo sobre el balance y las perspectivas de la APS donde plantean la importancia del sentido de pertenencia al campo y hace referencia a la necesidad de incentivos profesionales. Para Hernández (2006) esta forma de incentivos internos es crucial para explicar las conductas de los profesionales, de ahí que sean un instrumento para mejorar de igual modo que, en sentido contrario, han ejercido una importante influencia negativa.

Repullo (2010) plantea una especie de pacto de estado que replantee la atención a las necesidades de salud de una sociedad moderna en el que a la vez que se fomentaría la sostenibilidad del sistema, se produciría un rearme moral y personal de los profesionales, que significaría una forma de fomentar el compromiso con el campo y la recuperación de cierta ilusión. Nosotros creemos que en un momento de crisis para las enfermeras de APS en el que se plantean nuevas competencias es el punto ideal para llevar a cabo un planteamiento riguroso y responsable que, a buen seguro, daría un importante empuje a los profesionales llevar a cabo esas nuevas competencias, haciéndoles partícipes de los retos y fomentando la adecuación a los puestos de trabajo para conseguir la práctica deseable.

Las sucesivas decisiones en relación con la captación de profesionales para la APS ha conformado un grupo tan heterogéneo como heterogénea es la práctica, lo que dificultaría enormemente llevar a cabo estrategias pensadas para un colectivo con cierta dosis de homogeneidad. En relación con esto, Hernández (2010) propone un proceso de capacitación funcional para que profesionales de la APS puedan asumir nuevas funciones y se pudiera garantizar un mínimo de esa homogeneidad necesaria para iniciar cualquier proceso de cambio. Las estrategias para responder a nuevos requerimientos pasan según Pico y Tobón (2005) por la educación continua, la estabilidad laboral y el deber ético. Coincidiría con nuestra teoría en todos los casos dado que el deber ético se traduce en un compromiso con el campo, el *investissement*.

Para asumir nuevas competencias se hace necesario romper ciertas barreras que sitúan a las enfermeras como el profesional percibido por la sociedad como idóneo para la solución de determinados problemas en grupos muy concretos de población, esa percepción tiene su origen, a nuestro juicio, en el papel tradicional asignado a las enfermeras más cercano a la vocación, cercanía y la virtud, al escaso período de tiempo en el que la profesión ha podido hacer acopio de capital social y simbólico en el campo de la APS y la persistente invisibilidad del trabajo realizado, común a toda la profesión, pero especialmente patente en este campo.

La visibilidad o invisibilidad no afecta solamente al reconocimiento por parte de la sociedad, hace que el resto del colectivo profesional conozca el trabajo que realizan los profesionales en este área, llama la atención cómo los profesionales con experiencia en otro ámbito emigran a la APS en busca de un trabajo cómodo y menos penoso que en el hospital, mientras que quienes conocen la APS desde dentro y se sienten comprometidos con su trabajo reflejan la dureza de su trabajo en cuanto a presión de la consulta o

complejidad. Si los otros conocieran la situación de estos es lógico pensar que no emigrarían.

La invisibilidad ha contribuido notablemente a la pérdida de autonomía, la falta de evidencia de lo que se ha ido consiguiendo no ha favorecido el establecimiento de los límites profesionales, favoreciendo, además, la insatisfacción y desmotivación en ello coinciden Drew (2011) y Miguélez y Ferrer (2013). A nuestro juicio todo ello actúa reduciendo el *investissement*.

Según Hernández (2010) y Miró (2008) las enfermeras solo son visibles cuando se produce un incidente, no cotidianamente por sus logros o su contribución a la sociedad. Para Hernández, la estrategia pasa por repensar los límites competenciales que faciliten, además de responder coherentemente a los problemas de la población, evidenciar la aportación profesional de la enfermería a la sociedad. Para Miró es importante sacar a la luz pública discusiones y reflexiones internas de la profesión que son de interés para la sociedad. De Pedro y Morales (2004) ya planteaban como estrategia la oferta de servicios efectivos, de impacto poblacional como una de las más potentes vías de visualización de la población de la competencia enfermera. La estrategia, según Hernández es, no solo definir su locus profesional, si no proyectarlo socialmente.

Serrano y Ranchal (2010) realizan un trabajo en 2008 sobre la satisfacción de los usuarios de la APS de Andalucía donde pone de relieve nuevamente la paradoja de que los enfermeros y enfermeras reciben un reporte de satisfacción por encima del resto de profesionales y, sin embargo, su trabajo se difumina entre el resto, adquiriendo el médico un protagonismo casi exclusivo como colectivo.

Para Mendes y Lopes (2009), estructuras claras sobre el papel del profesional y sus competencias asociadas facilitarían la identificación de los elementos más invisibles y facilitarían la delimitación de la práctica y el camino de la profesión. Pino y Martínez (2007) proponen la utilización de un lenguaje enfermero y la labor de las asociaciones y sociedades profesionales con la asunción de responsabilidades éticas y profesionales como factores altamente favorecedores de la visibilidad. En ambas tesis coincidimos con nuestra teoría.

Según Planas e Icart (2014) para evidenciar los resultados es importante el uso de indicadores sensibles y cuantificables, basados en la investigación empírica a partir de registros de la práctica enfermera, debiendo las enfermeras tener los conocimientos para responder a estos criterios. En una revisión sistemática de 31 trabajos relevantes realizada en Australia por Keleher (2009) se pone de manifiesto la inexistencia de datos que midan lo que hacen las enfermeras en APS ni los resultados de sus acciones. Coincidiendo con nuestro resultados en cuanto a la idoneidad de los criterios de medida para reflejar la complejidad de la actuación de las enfermeras.

Los trabajos realizados por Heslop y Lu (2014) y Houston y Clifton (2001) reconocen la dificultad a la hora del diseño de indicadores de resultados dada la complejidad que encierra la atención de enfermería, así como la falta de conocimiento del mismo por parte

de la administración, proclamando la necesidad de conexión entre la realidad clínica y los sistemas de información en salud.

Queda evidenciado en este estudio que las decisiones políticas han influido en la práctica de los profesionales y, en definitiva, en el servicio que se ofrece a la sociedad. En tener o no cubierto ese servicio van a tener que ver mucho también de las decisiones que se tomen en relación con los profesionales, sus competencias, sus perfiles y con la sociedad, haciéndole partícipe.

Si los profesionales se enfrentan al reto importante de repensar el rol que desempeñan, no lo es menos la responsabilidad de la administración de situar en los órganos de decisión a profesionales con conocimientos relevantes en el campo de la APS que esté a la altura, con un importante compromiso hacia el campo y por ende hacia la sociedad.

Las decisiones a las que ha estado sometida la Atención Primaria en Cantabria han sido percibidas por los profesionales, en general, como negativas debido al desconocimiento que quienes les dirigían demostraban de la APS y del trabajo que desarrollaba los profesionales través de ellas, decisiones más basadas en las tendencias imperantes en las políticas sanitarias que en un verdadero conocimiento de la profesión y el ámbito en el que se desarrollaba. Si al inicio del modelo se percibía cómo quienes estaban encargados de dirigir la puesta en marcha tenían una gran diferencia de conocimientos respecto a quienes eran los encargados de desarrollar el trabajo, el paso del tiempo creó una brecha en sentido contrario. Quienes gestionan la APS no demostraban conocerla. La motivación es identificada como un elemento importante para la práctica por Melguizo et al. (2007), atribuyendo una responsabilidad importante en su consecución a quienes tienen la posibilidad de tomar decisiones.

Starfield (2001) defiende que quienes dirigen la APS estén formados en ella refiriéndose a los gerentes, pero de igual modo creemos que es imprescindible en quienes dirigen la enfermería como medida fundamental para poder entender su papel ahí, más allá van Miguélez y Ferrer (2014) cuando plantean la escasa presencia de profesionales de enfermería en puestos importantes de decisión en política sanitaria como elemento favorecedor del crecimiento profesional, sin embargo no contempla la adecuación del capital del profesional al campo. Rey (2015) en su informe pone de manifiesto la inexistencia de instrumento que garantice la cualificación en materia de gestión de aquellos que van a tener el encargo de tomar decisiones. Nuestra investigación pone de manifiesto también la importancia del líder formal en la gestión del conocimiento y la ilusión y compromiso con el campo.

Ramos et al. (2014) señala que las organizaciones deberían poner en marcha estrategias que pusieran en valor el trabajo de promoción y prevención que se lleva a cabo en APS y mejorar la aptitud de los profesionales para llevarla a cabo. Para Francisco (2008) desde la gestión se deben llevar a cabo acciones que promuevan y reconozcan la competencia profesional.

Para Hernández (2013) las enfermeras, junto con la Atención Primaria de Salud están llamadas a jugar un papel decisivo en la respuesta social a los problemas de salud de las personas en las próximas décadas, el asunto es ¿Qué enfermeras dentro de la APS van a desempeñarlo? y ¿Bajo qué condiciones?

CAPÍTULO VI – CONCLUSIONES

El estudio del desempeño de las enfermeras en APS de Cantabria ha permitido identificar la génesis de un rol profesional así como los elementos favorecedores y los que dificultan el adecuado desempeño dentro del modelo.

- Desde la puesta en marcha del modelo de APS en Cantabria, la génesis y evolución del rol de la enfermería han sido claramente condicionadas por la búsqueda de la autonomía profesional y por el perfil de los profesionales que se han ido incorporando. En todo ese período la ilusión por conquistar ese reto, el sentido de pertenencia y el compromiso con el campo han jugado un papel fundamental. Los profesionales de la enfermería de APS en Cantabria han ido conformando una forma de actuar, de usos y de costumbres que les hace ser diferentes a los demás.
- Se puede afirmar que existe un rol profesional, cuando se evidencian señales que informan de la existencia de una labor que permite a la sociedad identificar a los profesionales de enfermería como grupo y reconoce su aportación, cuando se puede identificar su contribución y es valorada a través de la conquista de capital social y simbólico.
- La formación ejerce una influencia determinante en la evolución del rol. El capital cultural incorporado tiene especial importancia al constituir una forma de enfrentarse a la práctica, en él confluyen conocimientos valores y creencias, diferenciando a los profesionales, permitiendo alcanzar el reconocimiento de la sociedad.
- El perfil de profesional de enfermería que se ha revelado ideal para ejercer el rol gestado en APS debe responder al de una persona con conocimiento del modelo, que comparta sus valores, con compromiso ético hacia la población y una sólida formación clínica.
- Las políticas de incorporación de personal, han deteriorado la autonomía conquistada al no tener en cuenta la coherencia del perfil de profesional con el papel a desempeñar, dificultando no solo el rol profesional adquirido, sino el desarrollo del modelo de APS en Cantabria. Asimismo la alta inestabilidad laboral disminuye su compromiso con el campo e imposibilita la longitudinalidad.
- El liderazgo formal ha carecido, en general, de los conocimientos y la sensibilidad necesarios para llevar a cabo políticas que permitieran identificar el trabajo que se venía desarrollando, apoyarlo y visibilizarlo, contribuyendo, a la invisibilización, la desigualdad del desempeño y, en definitiva, a la pérdida de autonomía profesional.
- Se hace necesario llevar a cabo políticas que fomenten el compromiso con el campo, la capacitación de los profesionales, la visibilización del trabajo y frenen el deterioro de las conquistas profesionales. Políticas que deben ser lideradas por agentes formados y comprometidos con la Atención Primaria de Salud. Se deben impulsar nuevos estudios que permitan

identificar claramente la repercusión que tiene el desarrollo de estrategias dirigidas a compensar el deterioro en el desempeño, con el fin de facilitar el desarrollo de nuevas competencias dirigidas a dar respuesta a las nuevas necesidades de la sociedad.

CAPÍTULO VII – RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

El punto de partida del estudio estaba marcado por una gran reforma sanitaria y social que planteaba un modelo de atención sin precedentes. Ahora la situación social y sanitaria plantea nuevos retos para los que se hace necesario un replanteamiento que compense el deterioro sufrido y ponga a la profesión en el lugar adecuado para asegurar la respuesta a las necesidades de una población cambiante. Queda evidenciada la conversión del capital cultural por capital social y simbólico para generar crédito y reconocimiento.

Los cambios dentro del campo han ido erosionando cada uno de los ingredientes que han conformado la génesis del rol profesional, esto es especialmente evidenciado a través de la repercusión en el deterioro de la autonomía profesional. Esta se ha visto influenciada por factores de distinto tipo, afectando a ese sentido de pertenencia y compromiso y a la ilusión, que se habían constituido como principales motores para la práctica. Esos factores han tenido relación especialmente con el perfil de los profesionales, con su formación y adecuación al campo y por las decisiones tomadas por sucesivos responsables políticos.

La situación actual muestra una profunda desigualdad entre los agentes, no solo en su capacitación, sino en su conocimiento del campo y en el compromiso hacia los ciudadanos, lo que genera enormes diferencias en su desempeño que son trasladadas a las personas a las que atienden.

El carácter predictivo que posee la sociología de Bourdieu, y más concretamente el concepto de habitus, según el cual los agentes sometidos a las mismas circunstancias tienden a tener la misma respuesta, nos permite realizar las siguientes recomendaciones para la práctica:

- La creación de un debate sobre las necesidades de la población en materia de Atención Primaria de Salud y las potencialidades existentes dentro de la enfermería para darles respuesta.
- La participación en ese debate y el compromiso de instituciones profesionales, administración, sindicatos y formadores para adecuar el perfil de las enfermeras de APS, tanto de los profesionales que acceden a los equipos como a quienes tienen responsabilidades en su gestión.
- Clarificar los requisitos de entrada al campo, dando prioridad al perfil que otorga una formación coherente con el papel que se debe ejercer, huyendo de una carrera profesional basada en la antigüedad y elaborando un plan de acceso y de capacitación para solventar las deficiencias que pudieran presentar quienes ya están dentro del campo.
- Garantizar, igualmente, la capacitación de quienes deban tomar las decisiones en relación con el desempeño de los profesionales, demostrando un profundo conocimiento del campo de la APS.
- Todos los agentes implicados deberían identificar sus potencialidades para visibilizar el servicio que realizan a la sociedad, implicándola y haciéndola partícipe del debate, dejando al lado las luchas competenciales y el discurso de la virtud y la vocación como principales rasgos de identidad.

- Implicar a aquellos profesionales poseedores de capital cultural incorporado como líderes de una estrategia de recuperación de ilusión y compromiso con el campo ante la posibilidad de hacer frente a los nuevos retos competenciales, fomentando, además, que identifiquen en sus centros las fortalezas y debilidades para hacerlos frente.
- Diseñar una estrategia de ocupación de puestos de trabajo en el ámbito hospitalario que tenga en cuenta las capacidades de los profesionales, así como las circunstancias personales que maximicen sus aptitudes, con objeto de evitar una emigración a la APS sin más motivación que la de mejorar la penosidad del trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acebedo, S., Jiménez, M. F., Rodero, V., & Vives, C. (2011). Re-Pensando las complejidades del rol profesional desde la teoría de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 20 (1-2). doi:10.4321/S1132-12962011000100018
- Aguilera, M., Vega, L., Abad, A., Romera, M. T., García M., Palanca I.,... Honduvilla, R. (2002). Cartera de Servicios. En Instituto Nacional de la Salud (Ed.), *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia* (pp. 8-40). Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa, Instituto Nacional de la Salud.
- Alvarez, A. (julio-septiembre, 1996). El constructivismo estructuralista: la teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu. *Reis*, (75), 145-172. Recuperado de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_075_08.pdf
- Amezcuca, M. (2003) 25 años, y un futuro por delante. A propósito de la integración de la Enfermería en la Universidad española. *Index de Enfermería*. 40, 9-10 Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_9-10.php
- Amezcuca, M., & Gálvez, A. (septiembre-octubre, 2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500005&script=sci_arttext
- Anadón, M. (julio-diciembre, 2008). La investigación llamada “cualitativa”: de la dinámica de su evolución a los innegables logros y los cuestionamientos presentes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 198-211. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n2/v26n2a02.pdf>
- Andreu, J., García, A., & Pérez, A. M. (2007). *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Antón, M.V. (1989). *Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de Comunidad*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Vivar, C.G. (2012). *Investigación cualitativa. Manual para principiantes*. Pamplona, España: Ediciones Eunote.

- Asociación de Enfermería Comunitaria. (2012). Prólogo. En F. Hernansanz, A. Clavería, & J. Gervás (Eds.). *La Atención Primaria de Salud: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria*. Gaceta Sanitaria, 26(S).doi:10.1016/j.gaceta.2102.01.006
- Borrell, F., & Gené, J. (2008). La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 10(1), 3-7. Recuperado de http://actasanitaria.com/fileset/doc_43819_FICHERO_NOTICIA_804.pdf
- Bourdieu, P. (2000). *Cosas Dichas*. Barcelona, España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, Derecho y clases sociales (2ª En.)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bourdieu, P. (2007a). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción (4ª Ed.)*. Barcelona, España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007b). *El sentido práctico*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Butticé C. (2005). El campo ocupacional de la enfermería “un espacio de lucha”. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005*. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste. Resumen recuperado de <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/1-Sociales/S-022.pdf>
- Calderón, C. (septiembre-octubre, 2002). Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500009&script=sci_arttext
- Cardeñoso, R., & Abad, A. (coords) (2007). *Análisis y Propuestas de Mejora del Trabajo Enfermero en Atención Primaria*. FEACAP. Recuperado de: <http://www.faecap.com/documents/download/39>
- Carrero, V., Soriano, R. M., & Trinidad, A. (2012). *Teoría Fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual (2ª ed.)*. Cuadernos Metodológicos. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Carrillo, M., Leyva-Moral, J. M., & Medina, J. L. (enero-junio, 2011). El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index de Enfermería* 20(1-2), 96-100. doi:10.4321/S1132-12962011000100020

- Casajuana, J., & Gervas, J. J. (2012). *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Madrid, España: Springer Healthcare Ibérica.
- Castel, S., & Viñas, M. (2001). El rol enfermero en el equipo de atención primaria: opiniones y expectativas de los profesionales del equipo. *Metas Enfermería*, *IV*(37), 30-5.
- Castón, P. (octubre-diciembre, 1996). La sociología de Pierre Bourdieu. *Reis*, (76), 75-98. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/40183987>
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. San Vicente del Raspeig, España: Universidad de Alicante.
- Constitución Española (1978). Título I, Capítulo III, artículo 43. Recuperado de: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=39&fin=52&tipo=2>
- 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
- Corrales, D., Alonso, A., & Rodríguez, M. A. (marzo, 2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, *26*(S), 63-68. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.032
- Corrales, D., & Palomo, L. (enero-febrero, 2014). La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería Clínica*, *24*(1), 51-58. doi:10.1016/j.enfcli.2013.08.006
- Cuesta de la, C. (1994). Creación de contextos: Trabajo intangible de enfermería comunitaria. *Revista ROL de Enfermería*, *195*, 13-19. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/18355>
- Cuesta de la, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, *2* (4). Recuperado de <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4506/0>

- Cuesta de la, C. (marzo, 2004). Estrategias de futuro para el desarrollo de la enfermería comunitaria. *Metas de Enfermería*, 7(2), 60-63. Recuperado de <http://hdl.handle.net/710045/17042>
- Cuesta de la, C. (mayo-junio, 2011). La reflexividad: Un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163-167. doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.005
- Cuesta de la, C. (junio, 2006). Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. *Metas de enfermería*, 9(5), 50-55. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metas>
- Cuesta de la, C. (julio, 2008). ¿Por dónde empezar?: La pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18(4), 205-210. doi:10.1016/S1130-8621(08)72197-1
- Dantas, C. Leite, J. Lima, S. & Stipp, M. (2009) Teoría fundamentada en los datos - aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17(4), 573-579. doi:10.1590/S0104-11692009000400021
- Domínguez, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid, España: Pirámide.
- Drew, D. (marzo, 2011). Professional identity an the culture of community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 16(3), 126-31. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21378653>
- Duro, J. C. (septiembre-octubre, 2003). El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 615-627. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n5/original7.pdf>
- Falk-Rafael, A., & Betker, C. (octubre-diciembre, 2012). The Primacy of Relationships: A Study of Public Health Nursing Practice from a Critical Caring Perspective. *Advances in Nursing Science*, 35(4), 315-332. doi:10.1097/ANS.0b013e318271d127
- Fernández, J. M., & Puente, A. (2009). La noción de campo en Kurt Lewin y Pierre Bordieu: un análisis comparativo. *Reis*, 127(1), 33-53. Recuperado de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_127_JUL_SEP_2009_pp_33_531246429498222.pdf

- Francisco, J. C. (2008). *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. (Tesis doctoral). Universidad de Alcalá. Madrid.
- Galindo, A., Escobar, M. A., Corrales, D., & Palomo, L. (2002). Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. *Enfermería Clínica*, 12(4), 157-165. doi:10.1016/S1130-8621(02)73746-7
- García, A. (1995). La regla en la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu. En J. M. Urbez, (Ed.), *Acciones e investigaciones sociales 3*, (pp. 241-268). Universidad de Zaragoza: Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.
http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/03_AIS/AIS_03_14.pdf
- García, A. (2001). La razón del derecho: entre habitus y campo. En P. Bourdieu, (Ed.), *Poder, derecho y clases sociales* (pp. 9-60). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Germán, C. (2013). *La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1973 a 1978*. Zaragoza, España: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Gervás, J., Palomo, L., Pastor, R., Pérez, M. & Rubio, C. (octubre 2001). Problemas acuciantes en Atención Primaria. *Aten Primaria*.28(7) 472-477. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-problemas-acuciantes-atencion-primaria-13021824>
- Gervás, J., & Casajuana, J. (2012). Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu renovador contra la rutina y la “cultura de la queja. En J. Casajuana, & J. Gervás (Eds.), *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta* (pp. 1-3). Madrid, España: Springer Healthcare.
- Gervás, J., & Pérez-Fernández, M. (2008). La necesaria Atención Primaria en España. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 10(1), 8-12. Recuperado de <http://www.iiss.es/gcs/gestion35.pdf>
- Gervás, J., & Pérez-Fernández, M. (2012). Propuesta práctica de renovación clínica en la consulta de Atención Primaria. En J. Casajuana, & J. Gervás (Eds.), *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta* (pp. 31-48). Madrid, España: Springer Healthcare.

- Giménez, G. (enero-junio/julio-diciembre, 2002). *Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu*. Colección Pedagógica Universitaria, 37-38. México: Universidad Veracruzana. Recuperado de http://www.uv.mx/cpue/coleccion/N_3738/B%20Gilberto%20Gimenez%20Introduccion%202.pdf
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Gordon, S., & Sinoban, N. (mayo, 2005). An End to Angels. *AJN, American Journal of Nursing*, 105(5), 62–69. Recuperado de http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/2005/05000/An_End_to_Angels.31.aspx
- Gutiérrez, A. B. (2002). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Madrid, España: Tierradenadie ediciones.
- Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B., & Mattsson, B. (septiembre, 2010). Working together-primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85. doi:10.1177/1403494809347405
- Heierle, C. (2011). *Imagen social de la enfermera a través de los medios*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Hemeroteca del diario El País (22 de mayo de 1980). Ultimada la regulación del curso de convalidación del título de ATS. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/1985/07/23/sociedad/490917601_850215.html
- Hemeroteca del diario El País (2 de mayo de 1985). Realizado con éxito en Santander un trasplante de corazón a un joven de 17 años. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/1985/05/02/sociedad/483832808_850215.html
- Hemeroteca del diario El País (22 de mayo de 1980). Ultimada la regulación del curso de convalidación del título de ATS. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/1980/05/22/sociedad/327794405_850215.html
- Hernández, J. F. (2006). Políticas de personal en el sistema sanitario público. *Presupuesto y gasto público*, 41(4), 287-307. Recuperado de http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/41-14_JuanHernandezYa%C3%B1ez.pdf
- Hernández, J. F. (2010). *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Madrid, España: Fundación Alternativas. Recuperado de

<http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>

- Hernández, J. (n.d.). (2013). *Convicciones y conveniencias. Profesiones sanitarias y relaciones de poder*. Recuperado de <http://bibpsxxi.blogspot.com.es/2013/10/convicciones-y-conveniencias-2013.html>
- Heslop, L., & Lu, S. (julio, 2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2469–2482. doi:10.1111/jan.12503
- Houston, A. M., & Clifton J. (mayo, 2001). Corporate working in health visiting: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 356-66. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01765.x
- Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de Población (2015). *Evolución de la Población en España entre los censos de 1981 y 1991*. Recuperado de <http://www.ine.es/daco/daco42/demogra/evo81-90.xls>
- Informe Abril. (25 de septiembre de 1991) Proposición Parlamentaria. Recuperado de http://www.consorcio.org/media/upload/pdf/docs_norm/resumen_informe_abril.pdf
- Irigoyen, J. (2004). Perspectivas documentos de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Revista Comunidad*, 7, 73-79. Recuperado de http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/documentos_perspectiva.pdf
- Irigoyen, J. (1986). Operación espejo. Informe sobre dos centros de salud de Santander. Instituto Nacional de la Salud. Dirección Provincial de Cantabria.
- Irigoyen, J. (1996). *La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica*. Granada, España: Universidad de Granada.
- Keleher, H., Parker, R., Abdulwadud, O., & Francis, K. (enero, 2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 16-24. doi:10.1111/j.1440-172X.2008.01726.x
- Keleher, H., & Parker, R. (2013). Health promotion by primary care nurse in Australian general practice. *Collegian*, 20, 215-221. doi: 10.1016/j.colegn.2012.09.001

- Lamata, F. (1998) Manual de gestión y gestión sanitaria. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Lamata, F., & Pérez, C. (septiembre-octubre 2011) 25 años después de la reforma sanitaria de Ernest Lluch. *Rev Esp Salud Pública*, 84, 421-426
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Limeira, M. E., Domingos, M., & Geraldo da Costa S. F. (2013). Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 22(3), 819-825. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a31.pdf>
- Lleras, S. (2010). Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 43(10), 516-523. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.021
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P., & Boyd, L. (marzo, 2012). Time to clarify - the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 677-85. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x.
- March, S., Jordán, M., Montaner, I., Benedé, C. B., Elizalde, L., & Ramos, M. (julio-agosto, 2014). ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 267-273. doi:10.1016/j.gaceta.2014.01.009
- Martín, E. (2009). Habitus. En R. Reyes, *Diccionario crítico de ciencias sociales. Terminología científico social*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/H/habitus.htm>
- Martín, A., Ledesma, A., & Sans, A. (2000). El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Atención Primaria*, 25, 48-58. doi:10.1016/S0212-6567(00)78464-2
- Martín, A. (3ª ed.). (2010). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona, España: Elsevier.

- Martín, A., & Jódar, G. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona, España: Elsevier.
- Martin, A. (diciembre, 2013). El *Task Force* español sobre promoción y prevención. Demasiados años de insistencia improductiva. *Atención Primaria*, 45(10), 501-502. doi:10.1016/j.aprim.2013.09.002
- Martínez, J. S. (2014). *Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu. Un intento de aclaración*. Salamanca, España: Departamento de Sociología. Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://josamaga.webs.ull.es/Papers/clase-bd-usal.pdf>
- McCarthy, G., Cornally, N., Moran, J., & Courtney, M. (agosto, 2012). Practice nurses and general practitioners: perspectives on the role and future development of practice nursing in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2286-95. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04148.x.
- Melgar, G. (Ed.). (2000). *Las enfermeras de Atención Primaria en Castilla la Mancha*. Cuenca, España: Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha.
- Melguizo, M., Cámara, C., Martínez, J. A., López, A., Prieto, A., García, T., Cortés, J. A., & Pérez, C. (Eds.). (2007). Análisis de situación de la Atención Primaria. En Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.). *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21*. (pp. 71-104). Madrid: Sanidad 2007. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/en/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
- Mendes, M. A., & Lopes, D. A. (octubre-diciembre, 2009). La teoría de los roles en el contexto de Enfermería. *Index Enfermería*, 18(4), 258. doi:10.4321/S1132-12962009000400010
- Meneu, R., & Peiró, S. (2012). La renovación de la Atención Primaria. Vistas desde la platea. En J. Casajuana & J. Gervás. *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta* (pp. 175-191). Madrid: Springer Healthcare.
- Miguélez, A., & Ferrer, C. (enero-febrero, 2013). La enfermera y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería Clínica*, 24(1), 5-11. doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.002
- Millas, J., Otegui, A., Perez, S., Arzuaga, M., Martínez, J. M., & Insausti, M. J. (octubre, 2011). Consulta de Atención Primaria: ¿todo es del

médico? *Atención Primaria*, 43(10), 516-523.
doi:10.1016/j.aprim.2010.09.021

Mínguez, J. (2011). *La Cultura Enfermera: Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante. Recuperado de <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/339/TD.%20Jorge%20Mi%CC%81nguez.pdf>

Miró, 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, M. (2008). *Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. (Tesis doctoral). Universitat Illes Balears. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9440/tmmb1de1.pdf;jsessionid=B668A4DCD4EE0A5B48001C3666753143.tdx1?sequence=1>

Morse, J. M. (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. San Vicente del Raspeig, España: Universidad de Alicante.

Nespral, M. C. (2014). *La Escuela de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” (1929-2010): origen y evolución de la formación y percepción de los estudiantes*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/25622/1/T35381.pdf>

Nuñez, J.I. (2011). Elementos Básicos de la Teoría de los Campos Sociales de Pierre Bourdieu. Apuntes para Estudiantes y Docentes de Derecho. *Ars Boni et Aequi*, 7(1), 209-222. Recuperado de <http://www.ubo.cl/icsyc/wp-content/uploads/2011/09/Art-10.-Nu%C3%B1ez.pdf>

OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Salud para todos. Recuperado de <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/alma-ata.pdf>

OMS (2006). 59ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA 59.27. Recuperado de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

OMS (2010). Nursing Midwifery Services. Strategic Directions 2011–2015. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.1_eng.pdf

- Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería.
- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Ortún, V. (2013). La enfermería en el mundo que viene. *Enfermería Clínica*, 23(2), 45-47. doi:10.1016/j.enfcli.2013.02.001
- Osses, S., Sánchez, I., Ibáñez, F. M. (2006). Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos*, 32(1). doi:10.4067/S0718-07052006000100007
- Pedro de, J. E., & Morales, J. M. (primavera-verano, 2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? , *13*(44-45), 26-31. doi:10.4321/S1132-12962004000100006
- Pedro de, J. E., Morales, J. M., Sesé, A., Bennasar, M., Artigues, G., & Perelló, C. (mayo-junio, 2011). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria* 25(3), 191-197. doi:10.1016/j.gaceta.2010.11.007
- Peiró, J.M. (1992). *Psicología de la organización*. (Vol.1). Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez, C. (enero-febrero, 1995). Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: Un estudio cualitativo. *Rev San Hig Púb*, 69(1), 79-88. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_1_079.pdf
- Pico, M. E., & Tobón, O. (marzo, 2005). Sentido del rol de profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. *Index de Enfermería*, 14(51), 19. doi:10.4321/S1132-12962005000300004
- Pino del, R., & Martínez, J. R. (2007). Estrategias para mejorar la visibilidad de los cuidados enfermeros en atención primaria de salud. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 5(2), 311-337. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13107526&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=

34&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fi
chero=261v5n2a13107526pdf001.pdf

- Planas, C., & Icart, M.T. (2014). Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 24(2), 142-147. doi:10.1016/j.enfcli.2013.07.003
- Pujol, E., Gené, J., Sans, M., Sampietro, L., Pasarín, M. I., Iglesias, B., Casajuana, J., & Escaramis, G. (mayo-junio, 2006). El producto de la Atención Primaria definido por profesionales y usuarios. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 209-19. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000300007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Ramos, A. J., Ruzafa, M., Fernández, S., Pino del, R., & Armero, D. (noviembre, 2014). Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Atención Primaria*, 46(9), 483-491. doi:10.1016/j.aprim.2014.02.002
- Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la lengua española* (23ªed.). Madrid, España: Real Academia Española. Recuperado de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica.
- Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.
- Repullo, J. R. (11 de enero de 2010). Triple crisis: medicina, médicos y sistema; ¿podemos renovar el contrato social para organizar la respuesta a la cronicidad? *Médicos y Pacientes*. Recuperado de http://historico.medicosypacientes.com/colegios/2010/01/10_01_11_triple_crisis
- Repullo, J.R. (2012). *Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios*. Madrid, España: Escuela Nacional de Sanidad. Recuperado de http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500568&dsID=n2.4_Cambios_y_reformas.pdf

- Resolución del 15 de enero de 1985, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, por la que se hace público el resultado del concurso libre para la provisión de vacantes de ATS en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Rey, J. (Ed.). (2015). *Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España*. Madrid, España: Fundación Alternativas.
- Rhynas, S. J. (marzo, 2005). Bourdieu's theory of practice and its potential in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 179-186. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03377.x
- Rodríguez, D., Berenguera, A., Pujol-Ribera, E., Capella, J., Peray de, J. L., & Roma, J. (septiembre-octubre, 2013). Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 388-397. doi:10.1016/j.gaceta.2012.10.005
- Rondinelli, J. L., Omery, A. K., Crawford, C. L., & Johnson, J. A. (invierno, 2014). Self-reported activities and outcomes of ambulatory care staff registered nurses: an exploration. *The Permanente Journal* 18(1): 108–115. doi:10.7812/TPP/13-135
- Rosa de la, R., & Zamora, G. (octubre-diciembre, 2012). Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? *Index de Enfermería*, 21(4), 219-223. doi:10.4321/S1132-12962012000300009.
- Salmón, F., García, L., & Arrizabalaga, J. (1990). *La Casa de Salud Valdecilla: Origen y antecedentes: La introducción del hospital contemporáneo en España*. Santander, España: Universidad de Cantabria & Asamblea Regional de Cantabria.
- Sancho, S., Vidal, C., Cañellas, R., Caldés, M. J., Corcoll, J., & Ramos, M. (septiembre-octubre, 2002). Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio de grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 531-543. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500014&script=sci_arttext
- Serrano, R., & Ranchal, J. (enero-marzo, 2010). La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. *Index de Enfermería*, 19(1), 9. doi:10.4321/S1132-12962010000100002
- Servicio Cántabro de Salud. (2014). *Profesionales*. Recuperado de <http://www.scsalud.es/web/scs/recursos-humanos-gap>

- Servicio Cántabro de Salud. (2014). *Recursos asistenciales*. Recuperado de <http://www.scsalud.es7web/scs/recursos-asistenciales>
- Soãres, S.B. Luzia, J., Lorenzini, A., Giacomelli, A., Conceição, M. A., & Real Lima, V. R. (enero-marzo, 2010). La Teoría Fundamentada en Datos. Un camino a la investigación en enfermería. *Index de Enfermería*, 19(1), 55. doi:10.4321/S1132-12962010000100012
- Starfield, B. (2001). *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona, España: Masson.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de La investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tosoli, A.M., & Oliveira de, D. C. (marzo-abril, 2008). Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 178-185. doi:10.1590/S0034-71672008000200006
- Trinidad, A., Carrero, V., & Soriano, R. M. (2006). *Teoría fundamentada "Grounded Theory". La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Violán, C., Fabregas, M., Bonal, P., & Casado, V. (2009). Docencia y Formación en atención primaria. En V. Navarro & A. Martín-Zurro (Eds.). *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas* (pp. 47-71). Barcelona, España: Semfyc ediciones.
- Vivar, C. G., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., Gordo, & C. (octubre-diciembre, 2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería*, 19(4). doi:10.4321/S1132-12962010000300011
- Zurmehly, J. (octubre, 2007). A quality case study review of role transition in community nursing. *Nursing Forum*, 42(4), 162-170. doi:10.1111/j.1744-6198.2007.00083.x

