



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

ASPECTOS SOCIOCULTURALES DEL SERVICIO ENFERMERO. UN ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

***Belmonte García, Teresa**

*D.U.E. Lcda. en Antropología. Prof. Titular de Administración de los Servicios de Enfermería. Dpto. de Enfermería. Universidad de Almería.

Palabras clave: Servicio enfermero. Cuidados profesionales enfermeros. Sistema de atención culturalmente delimitado. Producto enfermero. Calidad.

RESUMEN

El cuidado, como práctica universal, es la base que sustenta el servicio enfermero. Cada grupo social elabora respuestas ante el hecho de la pérdida de la salud y su restablecimiento que se encuentran mediatizadas culturalmente.

En nuestra sociedad occidental, entendemos el Modelo Sanitario como la expresión espacial y temporal de cómo una comunidad aborda el cuidado de la salud de sus miembros. En este contexto, situamos el análisis sobre el servicio enfermero, articulando para ello los conceptos de cuidado profesional enfermero y calidad en el entorno sanitario actual. Como método de trabajo se ha utilizado el método deductivo a partir de la identificación de las peculiaridades socio-culturales que reúne el servicio enfermero en los servicios sanitarios occidentales.

Como criterios de confirmabilidad se ha usado la triangulación de fuentes de datos y ejercicios de reflexión sobre los supuestos epistemológicos que permiten formular nuestras interpretaciones.

INTRODUCCIÓN

Retomar el cuidado profesional enfermero dentro del contexto social y cultural que lo genera y perpetúa, es aceptar que la profesión enfermera como disciplina de servicios, está profundamente enraizada en la comunidad en la que se desarrolla. Por este motivo, estará fuertemente condicionada por la variación de los valores que determinarán las necesidades de atención percibidas por el grupo humano y los recursos que dicho grupo disponga para la atención a esas necesidades.¹

El hombre es un ser social. La importancia de los sistemas sociales para el desarrollo humano y toda la variedad de comportamientos de interacción y cambio han sido ampliamente documentados (Smoyack, 1992)². En el sistema de atención desarrollado desde el *continuum* salud/enfermedad/atención, el paso del cuidado natural al cuidado profesional ha estado mediatizado por el desarrollo científico positivista, que propició una fundamentación de la división sexual del trabajo extrapolada del núcleo familiar, el cual ejerció de institución social básica encargada de la satisfacción de los cuidados de salud de los miembros de la comunidad. La necesidad de alimentarse determinó históricamente el desarrollo social y cultural de los grupos societarios³.

En los grupos humanos, la mujer ha ejercido tradicionalmente el rol de nutridora debido a los procesos de parto, lactancia y crianza de la prole. Estos aspectos relacionados con los cuidados se encontraban ligados a procesos de aprendizaje y de relación que permitían una mejor adaptación al entorno, asegurando la supervivencia. Como afirma De los Santos (1997)⁴, la constatación de la existencia de una capacidad potencial en cada ser para su autorecuperación y reconstrucción de su propia autonomía (relacionada siempre con un factor temporal), debió ser un factor decisivo para inclinar al ser humano hacia la prestación de cuidados, basados éstos en criterios de rentabilidad. Atendiendo a dichos criterios, probablemente la aplicación de las leyes biológicas de la naturaleza al mantenimiento y perfeccionamiento del ser humano, resultaron determinantes para el desarrollo de la división sexual de las tareas dentro del grupo doméstico.

Los cuidados aparecen ligados a estos procesos relacionados con los fenómenos de la salud y la enfermedad. Por este motivo, originariamente pudieron estar revestidos de un carácter mágico. Los procesos mágico-religiosos están insertados en la naturaleza y cumplen funciones de control social. Siguiendo este razonamiento, podemos pensar que los cuidados prestados desde distintas instituciones utilizaban inicialmente la naturaleza en beneficio del individuo y no en su contra (tal y como apuntó muchos años después F. Nightingale). Entonces, la naturaleza de la actitud de cuidar (entendiendo por naturaleza aquello que nos es dado con anterioridad) no será irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente, sino dejar ser al ser; la finalidad del cuidado no es sustituir a una persona, sino ayudarle a autoactualizarse en sus funciones y potencialidades.

Pero no debemos olvidar que un fenómeno de gran importancia para la transformación de las prácticas de cuidado natural en cuidado profesional lo ha constituido el desarrollo científico y tecnológico, que transforma progresivamente el quehacer cuidativo, imprimiéndole una fuerte inercia de desplazamiento subordinado convirtiendo a quienes cuidan en ayudantes de quienes centran su interés en aspectos relativos a la enfermedad, a la lucha abierta contra la naturaleza dañina para el ser.

En este contexto, donde la naturaleza se enfrenta a la cultura, las connotaciones homogeneizadoras y legitimadoras a nivel social del ritual (es decir, su función de identificación para el grupo), son reemplazadas en la sociedad occidental por otra práctica ritual, centrada en los procesos morbosos, configurando al hospital como lugar de referencia para unas nuevas prácticas, a las cuales se les confiere un estatuto de credibilidad y legitimación diferente, no siendo reconocidas como tal ritual. Estamos ante una determinada forma de racionalidad que se impone como modelo social, convirtiéndose en regla de transformación sancionadora⁵. Es así como una forma de sanar (la medicina científica), naturaliza y sacraliza la realidad convirtiendo su discurso en absoluto y hegemónico, a la vez que revela la existencia de posiciones subordinadas (los procesos cuidativos) en el contexto de un determinado espacio social (el sistema sanitario).

La despersonalización a la que conduce la cultura tecnológica (cada vez más presente en nuestra sociedad occidental) corre el riesgo de disolver la práctica ancestral del cuidado en la aplicación de procesos de carácter biomédico. La estructura y el funcionamiento sanitario, la cultura profesional que genera y los procesos de socialización secundaria de las enfermeras en la práctica, enfocan la praxis hacia un sistema de tratamiento tecnológico (preocupado por obtener mayor eficacia) en el que prima la pericia técnica frente a la ayuda en la aplicación del ejercicio del cuidado. Las estructuras de gestión del sistema sanitario (sobre todo las hospitalarias) y el trabajo de administración de enfermería marcadamente tecnocrático determinan inevitablemente el horizonte de significados y las condiciones objetivas del trabajo de las enfermeras. Analizar la cultura social, con sus valores dominantes y los modelos sanitarios alternativos que se ajustan a los distintos tipos de sociedad (individualista o solidaria), nos abre un camino de estudio y comprensión de las posiciones que, como enfermeras, adoptamos frente a este tipo de valores. Estos valores sociales y el modelo sanitario acorde a los mismos, influye en la creación de valores profesionales que conforman un patrón cultural específico de nuestras instituciones sanitarias⁶.

El Modelo Sanitario puede entenderse como la expresión espacial y temporal (para un ámbito geográfico y un determinado momento en la historia) de cómo una comunidad aborda el cuidado de la salud de sus miembros. Este es el marco social de referencia para articular un discurso comprensivo sobre los cuidados profesionales enfermeros⁷. En los servicios de salud, de marcado carácter occidental, la organización de los cuidados ha llegado a ser más importante que su significación, mientras que las actividades enfermeras aisladas del contexto han sido construidas en la complejidad creciente de la tecnología, hasta el punto que sirven para medir el valor económico y social del cuidado, además del personal de enfermería que los aplica.

Hall (1992)⁸ asevera que los sistemas sanitarios para la provisión de los servicios organizados de la salud en las sociedades occidentales se encuentran sometidos a la crítica por una gran variedad de grupos e individuos. El aumento del gasto sanitario, la deshumanización de los servicios y la creciente preocupación por una costosa tecnología con relación asimétrica en el análisis coste/beneficio, provoca preocupaciones por parte de los usuarios del sistema. En realidad, esto refleja un cambio en los roles sociales; los conceptos e ideas tradicionales que determinaban la naturaleza de estos servicios se están modificando. Los resultados se observan en el creciente interés por el estilo de vida y el entorno, su influencia sobre la salud, el desarrollo de medidas preventivas, los equipos de salud multidisciplinares, etc. El rol del autocuidado se impregna en el individuo con rapidez, al igual que el papel como miembro activo del equipo de los cuidados de salud. Este modo de pensar también influye sobre la planificación estratégica de la salud (a nivel nacional y regional), al igual que en los conceptos y prácticas que subyacen a su aplicación, donde la enfermera juega un papel de gran importancia.

Delimitación conceptual del Servicio de Enfermería en las organizaciones sanitarias occidentales

Si como afirma Luis Duch⁹ la palabra supone para el ser humano la construcción de su realidad, es evidente que ejercer el oficio de enfermera equivale, de hecho, a dar consistencia verbal a nuestra realidad. Definir lo que entendemos por *Enfermería*, permite delimitar con precisión el marco en que las acciones enfermeras van a tener lugar, así como las relaciones teóricas entre los elementos implicados que pueden establecerse, no sólo para explicarla, sino para entenderla, comprenderla y practicarla¹⁰.

La palabra inglesa *Infirmiry* significa lo mismo que la española *Enfermería*, pero el término inglés utilizado para designar a la enfermera es *Nurse*. *Nurse* posee varias acepciones (cuidar, amamantar, criar, nutrir...); de *nurse* deriva *nursing*, palabra empleada para denominar la profesión enfermera. Para Weatherston (1992)¹¹ *Enfermería* es un concepto complejo que permite muchas interpretaciones. Todos los conceptos son dinámicos, siendo creados para fines humanos. Sin embargo, el concepto de enfermería ha cambiado rápidamente en el último siglo. Según McLean (citado en Weatherston) la palabra *nursing* deriva de dos verbos; “to nourish” (nutrir) y “to cherish” (apreciar). Ambos connotan la prestación de confort y apoyo necesarios para la vida.

Esta definición de Enfermería nos lleva al término *cuidado*, usado por el colectivo enfermero como verbo para designar la idea de cuidar a otra persona o manifestar interés o preocupación por ella. Podemos decir que el cuidado, en el contexto de Enfermería, es la profesionalización y racionalización de la tendencia instintiva y culturalmente mediada de los seres humanos como especie hacia la protección de sus miembros. La acción de cuidar es por tanto universal.

El cuidado es una entidad compleja, pues detrás de una evidente unidad, coexisten multiplicidad de componentes, siendo la asociación de ellos mismos (diversos por completo), lo que da coherencia a la acción cuidadora. Siguiendo a Collière (1992)¹² podemos afirmar que el cuidado surge de las costumbres y creencias diarias, por tanto, posee factores culturales unidos a su tejido, a su compleja materia que es la textura de la vida misma. Dependiendo del desarrollo de la vida de un grupo humano, de su cotidianidad, se transmiten y perpetúan unas conceptualizaciones específicas sobre el proceso cuidador, o sea, sobre el continuum salud-enfermedad y la atención que éstas requieren para su restablecimiento y autoprotección.

La respuesta culturalmente elaborada ante una necesidad vital, es lo que Collière denomina como “servicio de enfermería”. El crecimiento de las sociedades, cada vez más complejas en sus estructuras, hace necesario organizar paulatinamente el servicio ofrecido. Los servicios van siendo prestados por varias personas, en unas ubicaciones específicas y con unos métodos de trabajo también específicos que varían según el grado de sofisticación tecnológica utilizado. Poco a poco, el servicio se va convirtiendo en una institución, en un instrumento de dirección.

En opinión de esta autora, el servicio ofrecido debe ser el corazón de la organización y de la dirección, pero esto es fácilmente olvidado en nuestro sistema de atención. El servicio como epicentro de la institución sanitaria, hace la administración de servicios y la organización en la prestación de cuidados más tangibles, generando más sentido de utilidad y de prestigio. Pero lo que es esencial es la parte menos obvia, es decir, “el servicio” que la enfermería ofrece, su especial contribución que guarda relación con la naturaleza y significación de la enfermería. Este servicio, debería ser remodelado y continuamente analizado en términos de las necesidades de salud de los individuos atendidos, no en base a las necesidades de la institución en la que el enfermero presta cuidados.

El mundo industrial en el que se encuentran inmersas las instituciones de servicio (también las de salud) está introduciendo innovaciones tecnológicas y organizativas tendentes a la disminución de la verticalidad en la gestión, desconcentrando y descentralizando la producción, buscando una mayor participación del trabajador en algunas decisiones. El reto para los enfermeros se encuentra en *aprehender estas modificaciones, adoptándolas y transformándolas desde la praxis del quehacer enfermero*, para constatar con ello la peculiar y única aportación que se realiza al sistema de salud.

No podemos olvidar que ningún grupo social podría existir sin poseer conciencia de sí mismos (conciencia cultural, profesional, de consolidación de tradiciones, de saberes, etc.). El cuidado de enfermería solo tiene significado si comprendemos el contexto social en el que se produce y que, al mismo tiempo, lo condiciona.

El Sistema Sanitario como contexto económico y social del servicio enfermero.

Actualmente, los sistemas sanitarios se encuentran sometidos a tensiones que constituyen uno de los mayores problemas socioeconómicos a los que se enfrentan los gobiernos que forman parte de la O.C.D.E. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). Estas tensiones serán cada vez mayores, teniendo en cuenta el ritmo de la evolución tecnológica en el sector sanitario, las exigencias de los gobiernos para reducir al mismo tiempo los gastos totales y las expectativas, cada vez mayores, de los consumidores respecto a la atención de sus demandas de salud¹³.

El contexto general de los países de nuestro entorno se caracteriza por una peculiar evolución demográfica que hace que el número y la proporción de personas mayores en la población siga incrementándose. La estructura de la morbilidad también evoluciona, traduciéndose en un incremento de las enfermedades crónicas y multiformes. Epidemiológicamente, estamos pasando de la noción de incidencia a la noción de prevalencia, *aumentando la necesidad de prestar cuidados continuados*. La evolución tecnológica constituye un reto, al igual que las exigencias del grupo social en materia de salud, debido al aumento de las expectativas de la población sobre su nivel de salud.

Según Navarro et al (1996)¹⁴ la O.C.D.E. ha detectado en las instituciones sanitarias los siguientes problemas que deben ser tenidos en cuenta en la prestación de cuidados:

- ☞ Rápido crecimiento del gasto sanitario, debido a la universalización de la asistencia y el empleo de nuevas tecnologías en la asistencia.
- ☞ Utilización innecesaria de servicios sanitarios, como son la duplicidad de pruebas por extravío, retrasos, excesiva jerarquización y la medicalización de problemas sociales, que podrían resolverse en otras áreas con una adecuada coordinación.
- ☞ Servicio no personalizado, que produce insatisfacción en el usuario.
- ☞ Costes unitarios altos, debido a objetivos deficientemente definidos.
- ☞ Coordinación deficiente entre niveles sanitarios, que eleva los costes y empeora la calidad del servicio ofertado.

En este sentido, podemos decir que el contexto económico conforma actualmente un aspecto fundamental del modelo alopático o biomédico en el cual los enfermeros nos encontramos inmersos y prestamos nuestros cuidados. En dicho contexto, los productos se clasifican en **Bienes y Servicios**; cuando nos referimos a éstos últimos, hablamos de procesos y actividades que no son tangibles. El **producto servicio**, dentro de los diferentes sistemas sanitarios, tiene unas peculiaridades que lo diferencian del producto bien.

En este sentido, Lamata (1998)¹⁵ destaca las siguientes características propias del producto - servicio, adaptadas al producto sanitario que por extensión, nosotros aplicamos también al producto enfermero:

- ☞ Intangibilidad. Las actuaciones enfermeras no se pueden “tocar”, son intangibles.
- ☞ Inseparabilidad de la producción-consumo. El cliente/enfermo compra algo que aún no se

ha producido. Podemos decir que la venta, la producción y el consumo del mismo se gestan simultáneamente en la organización.

- ☞ Inseparabilidad del productor-vendedor. El enfermo está presente en el proceso de producción. Por este motivo, la enfermera que fabrica el producto, es también quien lo vende mediante la relación establecida con el cliente.
- ☞ Participación del consumidor(el individuo enfermo). El enfermo no sólo participa en el proceso productivo mientras se produce el servicio, sino que también es parte activa en el proceso de producción.
- ☞ Fugacidad. Los servicios ofrecido son perecederos, no pueden ser almacenados ni inventariados.
- ☞ Originalidad del proceso. El producto servicios de enfermería siempre será distinto según quien lo cristalice. Es cambiante porque surge de la relación establecida en el acto de cuidar entre la enfermera y el enfermo-cliente; esto lo dota de una singularidad que lo configura como elemento clave en la estructura sanitaria.
- ☞ Es variable según el entorno. El producto enfermero, variará sensiblemente atendiendo a las variables externas, donde influirá tanto el tipo de organización como los instrumentos y recursos que ella disponga.
- ☞ Heterogeneidad como garantía de calidad. En el centro del producto servicios está la relación entre la enfermera como personal sanitario y el paciente como cliente de un servicio. Según Lamata, “*La clave de un buen servicio será conseguir que esa relación sea la más adecuada*” (Lamata, 1998: 588)

El análisis de las características del “**producto servicio**” enfermero nos pone de manifiesto la concepción de provisión del cuidado como acto recíproco e intersubjetivo, cuando dicho cuidado es prestado a cualquier persona que de forma permanente o temporal, necesita ayuda para mantener sus necesidades vitales. El cuidado, configurado como práctica social en el contexto sanitario, es un fenómeno de interacción entre sujetos mediatizado por la asistencia al bien salud. Cada situación de cuidado enfermero requiere ser adaptada a un entorno sociocultural cambiante, enfocando siempre esta actuación a la prestación de cuidados de calidad, basados en un diagnóstico situacional que permita al profesional de enfermería caracterizarse como proveedor, identificar el servicio a prestar (según las necesidades y las expectativas de a quién va dirigido) y modelar el producto o servicio, de modo que sintonice con aquello que el cliente espera de él. En esta transacción, los códigos culturales mediatizan la comprensión de las acciones.

Por este motivo, no debemos obviar que de la comprensión e interpretación que hagan de sus necesidades y expectativas los usuarios de nuestros servicios, dependerá su adhesión y satisfacción, y por tanto la calidad percibida en el servicio ofrecido.

La calidad en la prestación de los cuidados. Algunos apuntes de interés.

Las interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad varían de unos grupos a otros. Para las sociedades occidentales, la salud puede producirse o incrementarse, es decir, puede ser un bien de consumo público o privado.

Los retos planteados en este sentido se encuentran relacionados con el uso de la **tecnología**, una **especialización** cada día mayor y las exigencias de un **trabajo** que, necesariamente, debe realizarse en equipo dentro de un mismo hospital y también entre estructuras hospitalarias. Todo ello supone la aplicación de medidas y estrategias

encaminadas a la **cooperación y competencia organizada** que implica asumir nuevos retos de calidad en la prestación de los cuidados. **Utilizar de modo eficaz los recursos**, respondiendo al mismo tiempo a las demandas de cuidados de los usuarios, requiere de la enfermera la reflexión que aporta una lógica apertura y consenso para definir campos de colaboración.

Junto a todo esto, la enfermera debe estar armada de unos conocimientos que complementen aquellos generados por el estudio de los aspectos profesionales y técnicos. Las actuales tendencias sanitarias para el siglo XXI sugieren el manejo de la multiculturalidad en la planificación de los servicios de enfermería, que conlleven un mejor análisis de los conceptos administrativos de demanda sanitaria y una reorganización de tiempos enfermeros, adaptados a los pacientes culturalmente diversos que atiende. Además, la inversión de la pirámide poblacional supone una carga en la financiación pública que precisa de una mejor utilización de los recursos y servicios por parte del enfermero, para así rentabilizarlos. A todo ello, unimos el futuro y controvertido “turismo de Sanidad Pública”, (debido a la desaparición de fronteras en los estados de la Unión Europea), que provoca la aparición de nuevas necesidades de salud y de contextos sanitarios diversos. Esto nos lleva a un conocimiento necesario de los valores institucionales que interiorizamos relativos a la salud y, también como profesionales, a la adquisición de nuevas habilidades para rentabilizar los recursos disponibles.

La O.M.S. señala al respecto que *“la educación y la formación de los profesionales sanitarios deben suministrarles las capacidades necesarias para servir de agentes activos en este proceso, proporcionándoles los medios para evaluar la calidad y los resultados de su trabajo, como un paso necesario a la hora de mejorar la prestación de la atención sanitaria”*. (O.M.S., 1998: 157)¹⁶.

En esta línea, de pensamiento, donde la calidad aparece como un nuevo “paradigma social” que impregna todas las estructuras sanitarias, las aportaciones de Ngugi (1992)¹⁷ son muy interesantes, ya que esta autora destaca que la enfermera, en el actual sistema de atención, debe aunar en el sentido de responsabilidad hacia sí misma y hacia la profesión, contemplando para ello las siguientes peculiaridades en su quehacer:

- ☞ Conocer sus valores y sus prioridades: Centrada en el servicio que presta a la población.
- ☞ Ser capaz de tomar decisiones, siendo selectiva: Enfocada hacia el peculiar producto que oferta dentro del sistema.
- ☞ Participativa y responsable de sus acciones: Dedicada a procurar el bienestar desde un concepto holístico y pluridimensional del ser humano.
- ☞ Innovar, ser flexible ante un ambiente en continuo dinamismo, cambiante por definición: Creativa en el uso de las herramientas administrativas que hacen más efectivo el trabajo dentro del Sistema Sanitario.
- ☞ Aceptar plenamente el difícil reto del desarrollo profesional: Segura de su aportación al equipo multidisciplinar, Sistema de Salud y a la comunidad.
- ☞ Mantener en contacto sus sentimientos y vivencias en el ejercicio de su profesión con una actitud reflexiva sobre el contexto cultural en el que se desarrollan: Consciente de la intersubjetividad que encierra su trabajo.

Por todo ello, los enfermeros y en general los profesionales de salud, han emprendido en los últimos años un movimiento hacia la calidad en los servicios, demandado tanto por ellos mismos como por los usuarios. De este modo, las organizaciones sanitarias han situado la

calidad como uno de sus objetivos de mayor alcance, para lo cual han diseñado sistemas de control, mejora y garantía. El enfermero en la actualidad debe conocer los conceptos generales sobre calidad aplicados a la empresa sanitaria, además de poseer una visión global de las líneas maestras referidas a la gestión de la calidad en los Servicios de Salud, ya que los cuidados que presta, inciden de manera fundamental en el cumplimiento de los objetivos de calidad de la institución sanitaria.

Conocer y desarrollar la complejidad de la naturaleza del cuidado, bajo parámetros de calidad total, partiendo de las peculiaridades que encierra el servicio enfermero, implica asumir desde el ámbito de enfermería las siguientes premisas durante el proceso cuidativo asistencial:

- ☞ La satisfacción de las necesidades de salud y las expectativas razonables de aquellos a quienes definimos como destinatarios de nuestros cuidados: **nuestros clientes, que constituyen el centro del sistema sanitario y su única razón de ser.**
- ☞ La mejora continua y sistemática de las cosas que hacemos, es decir, de la metodología de trabajo: **la competencia técnica y de autogestión de los profesionales enfermeros, se puede considerar como un valor significativo en la institución.**
- ☞ Una creciente implicación en la organización que fomenta la coordinación con otros profesionales, el trabajo en equipo y la cooperación: **la adhesión a los objetivos de la institución conlleva una participación activa en la misma y una interrelación efectiva con sus miembros.**
- ☞ Ejercer un liderazgo efectivo como gestor y administrador de cuidados orientados hacia el paciente / cliente, teniendo la responsabilidad de conseguir la eficacia y la eficiencia en las actuaciones, promoviendo la optimización de los recursos: **mejora de procesos basada en la innovación, la creatividad y el trabajo en equipo.**
- ☞ Capacidad autoevaluadora en la detección de puntos fuertes y áreas de mejora de las actividades enfermeras, para así fundamentar los planes de mejora: **poseer habilidades administrativas que faciliten la autogestión.**
- ☞ Reflexionar en equipo sobre las actividades y resultados de una organización, centro o unidad, integrando los planes de mejora elaborados por cada grupo profesional en el proceso de planificación del centro o unidad: **la enfermera participando activamente en los procesos de mejora continua de la organización.**

Podemos afirmar que la calidad ya forma parte de la cotidianidad del personal de enfermería, en tanto que debe mostrar su capacitación con un ejercicio profesional vigente y actualizado. En un contexto social donde la calidad y la excelencia se perfilan de forma hegemónica como objetivos esenciales de las empresas, abarcando todos los ámbitos de actuación, no podemos olvidar que el auténtico sentido de una práctica de enfermería de calidad es la aportación única y peculiar del servicio enfermero dentro del sistema sanitario, capaz de incidir transversalmente en los contextos socioculturales y económicos que determinan unas actuaciones culturalmente definidas, a las cuales denominamos como cuidados profesionales enfermeros y cuyo interés primordial es la ayuda al individuo y grupos para alcanzar al máximo su función en varios estados de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberdi R. Los contextos conceptuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución de la profesión enfermera desde los orígenes hasta el siglo XIX. *Híades*, revista de Historia de la Enfermería 1998 - 1999; 5 - 6: 63 -73.

2. Smoyak S.A. Hacia la comprensión de las situaciones de Enfermería: un paradigma de transacción. En: Arcas P, compiladora. Textos de enfermería. Selección de artículos. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1992. p. 39 - 50.
3. Siles J, Gabaldón E, Gallardo I, García E, Galao R. El eslabón biológico en la historia de los cuidados de salud. Index de Enfermería 1998; 20 - 21: 16 - 23.
4. De Los Santos J.M. La ciencia del arte de cuidar. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 1997 - 1998; 3 - 4: 27 - 26.
5. Molina P. Identidad y diferencia. Reproducción social y negación del otro. Revista. Gazeta de Antropología 1996; 12, texto 12 - 05.
6. Tomás A. El valor de los cuidados. Valores sociales, modelos social y sistema sanitario. (II). Enfermería Clínica 1999; 9 (2): 65 - 70.
7. Tomás A. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y Sistema Sanitario (I). Enfermería Clínica 1999; 9 (2): 65 - 70.
8. Hall DC . La naturaleza de la enfermería y la educación de la enfermera. En: Arcas P, Compiladora. Textos de Enfermería. Selección de artículos. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1992. p. 217 - 227.
9. Duch LL. Mito, interpretación y cultura. Barcelona: Herder; 1998.
10. De Los Santos JM (1996-1997a) Reflexión sobre la palabra Enfermería. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 1996- 1997; 3 - 4: 11 - 16
11. Weatherston L . Teoría de enfermería: creando un cuidado efectivo. En: Arcas P, Compiladora. Textos de Enfermería. Selección de artículos. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1992. p. 207 - 216.
12. Colliere MF. Enfermería: pensamientos sobre el servicio de enfermería e identificación del servicio ofrecido. En Arcar P, compiladora. Textos de Enfermería. Selección de artículos. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1992. p. 247 - 276.
13. Lawrence C. Discurso de apertura. En: Reforma de los Sistemas Sanitarios. Una voluntad de cambio. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: BOE; 1998. p. 11-13.
14. Navarro L, González ML, Pastor AC, Alonso I, Martín J, Queralt C. (1996). Gestión de Instituciones Sanitarias. Zaragoza: Mira editores; 1996.
15. Lamata F (1998). Función de Marketing. En Lamata F, editor. Manual de Administración y gestión sanitaria. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 1998. p. 587 - 607.
16. O.M.S. Un Sector Sanitario orientado hacia los resultados. En: Salud 21. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la O.M.S. Madrid: Oficina Regional Europea de la O.M.S. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. p. 141 - 179.
17. Ngugi E N. Marcando el paso: nuevos enfoques en la práctica enfermera. En Arcar P, compiladora. Textos de Enfermería. Selección de artículos. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1992. p. 165 - 178.
18. González RM. El modelo de excelencia 2000 de la EFQM y la enfermería. Gestión Hospitalaria 2001; 12 (1): 27 - 34.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia