REVISTA DE ENFERMERÍA

ROL

AÑO XV OCTUBRE 1992 Nº 170

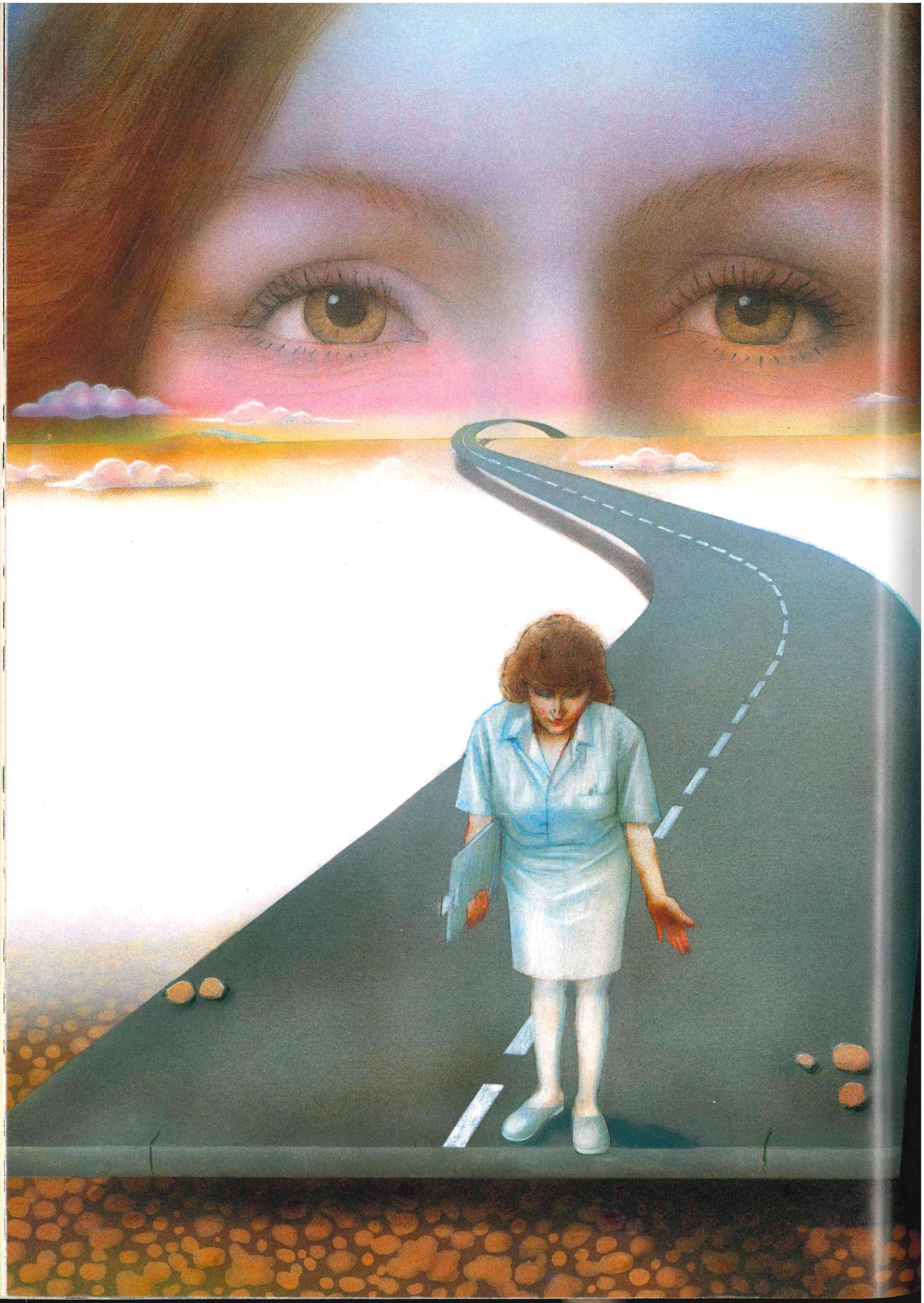
ATENCIÓN PRIMARIA

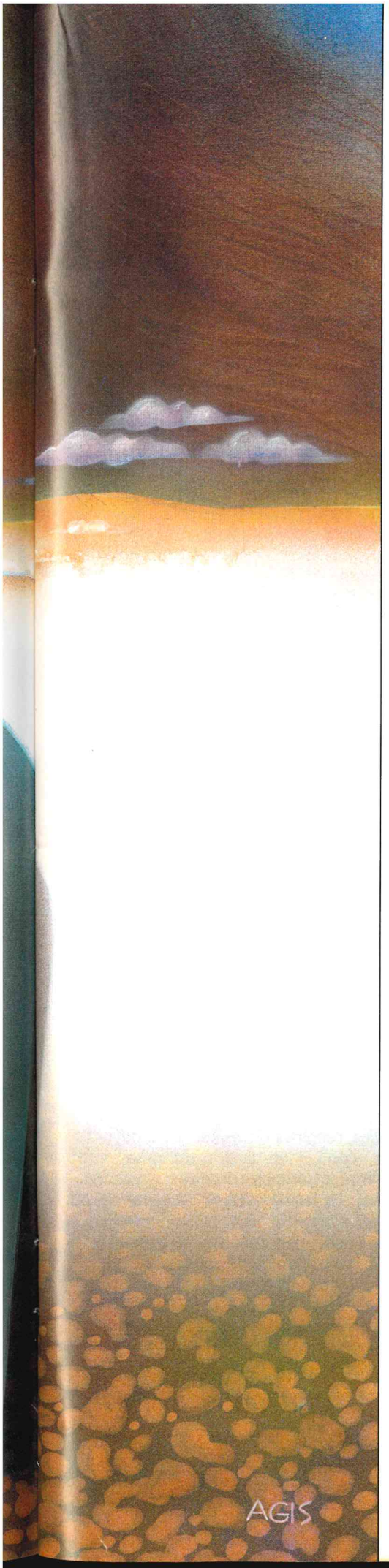
Cuando la vida toca a su fin

UNA MIRADA SOBRE LA IDENTIDAD ENFERMERA

- *Condiciones de trabajo en el hospital*
- *La salud en la prensa*

AGIS





La identidad profesional de la enfermera

Rosamaría Alberdi Castell*

RESUMEN

El artículo que sigue fue expuesto en forma de conferencia-tertulia y ligeramente más ampliado, en el Seminario Internacional de Enfermería «Ser enfermera», que tuvo lugar el mes de marzo de este año en la Escuela Universitaria de Enfermería «Santa Madrona», en Barcelona. Abarca temas de innegable importancia para dicho colectivo profesional de forma conceptual y en ordenada exposición; todo ello desde un enfoque que contempla a la profesión enfermera «inmersa en el sistema sanitario, impregnada de sus valores y rodeada de todas aquellas circunstancias que determinan verdaderamente la dimensión de su aportación».

La autora se plantea conseguir, con su texto, los siguientes objetivos:

1) Reflexionar sobre la identidad enfermera y sus señas haciendo énfasis en la influencia de las circunstancias como condicionantes de su desarrollo. Hablar, por tanto, de lo nuclear y lo circunstancial, del «ser enfermero» y de cómo ambos aspectos se van interrelacionando.

2) Repasar brevemente los trazos más significativos del sistema sanitario español y las implicaciones de los mismos para la profesión enfermera.

3) Proponer las características que identificarán el «ser profesional» (la identidad) de las enfermeras del siglo XXI teniendo en cuenta el escenario en el que deberá desenvolverse la profesión en el futuro próximo.

Sobre la identidad y sus señas

Al empezar a hablar sobre la identidad profesional es necesario recordar que, en los últimos años, éste ha sido uno de los temas que más ha preocupado a los profesionales y sobre el que, en este momento, ya hay mucho escrito. Se ha tratado abundantemente tanto sobre quién somos en lo teórico, o sea, sobre qué es lo fundamental del ser enfermero, lo que nos identifica, como sobre las circunstancias que han ido modelando este núcleo que llamamos fundamental. Yo misma he dedicado al menos tres trabajos a tratar sobre el tema de la identidad de las enfermeras españolas.

Aún así, a pesar de lo mucho dicho, me parece importante hoy también ocupar un breve espacio de tiempo a aclarar a qué nos referimos cuando hablamos de la «identidad»

Como siempre que se trata de definiciones creo que es bueno, en primer lugar, recurrir al diccionario. En mi caso, acudí al «Diccionario de uso del español» de M. Moliner (1). Dice la Sra. Moliner...

> **Identidad:** Circunstancia de ser efectivamente una persona la que dice ser

Y para más ampliación, remite al término.

> **Personalidad:** Circunstancia de ser determinada persona. *Conjunto de cualidades que distinguen a una persona.*

Así pues, vistas las definiciones, podemos concluir que al referirnos a la identidad de una profesión, de lo que estamos hablando es de aquella serie de particularidades por la que se distingue de todas las demás.

Para aclarar un poco más los términos y dado que el uso normal de la palabra «identidad» se refiere más a las personas que a las profesiones, me van a permitir que en este trabajo, yo utilice el término identidad en el sentido de «dis-

*Enfermera. Unidad de Suministros. Exposición Universal (EXPO'92). Sevilla.

(1) MOLINER, MARÍA: **Diccionario de uso del español.** Editorial Gredos, Madrid, 1983.

Los enfermeros españoles viven una fuerte contradicción entre la teoría y la práctica de los cuidados

curso profesional» un concepto con el que vengo trabajando desde hace ya algunos años y que creo resume la idea que estamos intentando expresar.

Entiendo por discurso «todo aquello que se expresa como reflejo de lo que uno es»; de este modo, el discurso de enfermería es «la plasmación a través del lenguaje, de todas aquellas características que dan a nuestra profesión una entidad específica y única, diferenciándola de cualquier otra» (2).

Una vez aclarado en el plano conceptual de qué estamos hablando, es momento de decir que, en mi opinión, en los últimos años se ha conseguido en nuestro país un consenso básico alrededor de la idea de que aquello que constituye la identidad enfermera es *la prestación de cuidados profesionalizados.*

Parece que hay unanimidad entre los enfermeros en considerar que nos diferenciamos y nuestra aportación se hace única, porque somos la profesión que ha convertido el CUIDADO en su función fundamental, o sea, en la razón última que justifica todas sus actividades y tareas.

Digo que se ha conseguido un consenso básico porque ahora mismo, a la pregunta sobre cuál es el objetivo profesional, ninguna enfermera mínimamente «al día» contesta otra cosa que «la prestación de cuidados».

Pero una cosa es que haya unanimidad respecto al contenido conceptual del discurso enfermero, y otra muy distinta que la haya en relación a las SEÑAS que estamos dispuestos a desarrollar para mostrar dicha identidad. Por un lado, casi todos aceptamos que la función fundamental de nuestra profesión es CUIDAR pero, simultáneamente, existe una fuerte resistencia a ACTUAR como cuidadores.

En mi opinión hay varios motivos que justifican esa contradicción fundamental entre manifestarse cuidador y actuar como tal. Uno de los principales es que la función de cuidar está profundamente identificada con el rol femenino, o sea, con los valores que en la sociedad se atribuyen al género (que no al sexo...) femenino y, por tanto, con los que tienen menor valoración social.

A pesar de la importancia que tiene ese motivo en la dificultad para ejercer como cuidadores, no voy a profundizar en el mismo porque ha sido ampliamente trabajado, valorándose su incidencia y proponiéndose estrategias eficaces para avanzar en ese sentido.

Cuando preparaba esta conferencia y pensando precisamente en cómo lo circunstancial configura a veces, hasta cambiarlo, lo nuclear, se me ocurrió que en realidad a los actuales enfermeros españoles, nacidos de la fusión de las carreras de practicante y enfermera, nos pasa que unos hemos salido parecidos al padre y otros a la madre. O dicho de otro modo, unos se han identificado con el objetivo de la profesión de los practicantes (recuerden que «en Medicina y Cirugía»...) y otros con el de la profesión de las enfermeras.

Pero no voy a alargarme sobre la dificultad de intentar conciliar bajo un solo nombre profesional tan diversos objetivos.

Me voy a centrar en reflexionar sobre otras dos razones que, en mi opinión, actúan como fuertes determinantes de esa contradicción que viven los enfermeros españoles entre la teoría y la práctica de los cuidados. Ambas tienen que ver con la dificultad de alcanzar un determinado reconocimiento social por parte de nuestra profesión.

Dichas razones son:

- que el trabajo se realiza en la «zona oscura».
- que no existe monopolio sobre ningún SABER.

Cuando digo que el trabajo profesional de los enfermeros se realiza en la «zona oscura», me estoy refiriendo a que tiene que ver con la dependencia, o sea, con el lado menos amable de las situaciones personales, y a que se desarrolla casi siempre en la esfera de lo íntimo. Y precisamente, ahí, en ese ámbito de la intimidad sí hay reconocimiento de la labor que se lleva a cabo. Pero también hay una evidente resistencia a pasar dicho reconocimiento a la esfera más amplia de lo social.

A nadie se nos oculta que es socialmente valorado recordar la tecnología y la ciencia que se nos aplicó (las horas de quirófano, los aparatos, las exploraciones, los medicamentos...) pero no lo es recordar quién nos sustituyó cuando éramos dependientes, cuando no podíamos valernos por nosotros mismos. Francamente, ¿a quién le apetece recordar cuando ya ha pasado el mal momento, quién nos lavó, consoló, medicó y ayudó, en suma, a recuperar la autonomía...?

Es cierto que actuamos en la parte menos brillante de la atención sanitaria pero también lo es que, muchas veces, se trata de la única indispensable.

Si estamos de acuerdo con esas ideas toca entonces que nos preguntemos si nuestras expectativas respecto al reconocimiento social se ajustan a lo que realmente aporta nuestra profesión al cuidado de la salud de la comunidad... Al contestar seriamente a esa cuestión es fácil que advirtamos que una vez más, y en relación a esas expectativas, los enfermeros españoles estamos confundiendo la razón última de nuestro «ser profesional» los CUIDADOS, e identificándonos con el de los médicos. Esa identificación actúa como un elemento de confusión ya que la profesión médica por su historia y por la idiosincrasia de su contribución, transita por caminos muy distintos a los de la enfermería en cuanto a la consideración social que puede obtener.

En mi opinión, los que no logren salir del deslumbramiento que produce la identificación con el modelo médico, están abocados a sufrir la contradicción entre la declaración teórica de ser CUIDADOR y la resistencia a aceptar todas las consecuencias de la misma.

Es importante recordar aquí que, desafortunadamente, todo proceso de colonización (siendo colonización en este caso, la identificación con los valores médicos...) lleva a quienes lo sufren a no poder sentirse orgullosos de lo que SON. En este caso, los enfermeros que, confundidamente, quieren obtener el reconocimiento social que consiguen los médicos, están condenados a no poder sentirse orgullosos de ser CUIDADORES y por tanto, están siempre excluidos de ese grupo privilegiado de los que se sienten satisfechos con lo que han elegido ser.

Me van a permitir aquí que haga una defensa del concepto de VOCACIÓN, intentando desposeerlo de la carga mística, religiosa o simplemente peyorativa con el que ha sido utilizado en los últimos tiempos y diga que, afortunadamente para la enfermería española, en

El ejercicio de aquello que es vocacional siempre resulta satisfactorio

(2) ALBERDI, ROSAMARÍA: «Sobre las concepciones de la Enfermería» **Revista ROL de Enfermería.** Núm. 115, Barcelona, marzo 1988.

ella hay muchos profesionales vocacionales. Entiendo como tal, aquellos que han elegido la profesión porque han sentido una «inclinación nacida de lo íntimo de su naturaleza hacia» la actividad de CUIDAR.

Y digo afortunadamente porque el ejercicio de aquello que es vocacional siempre es satisfactorio porque el reconocimiento se siente, como la vocación, en lo íntimo de cada uno.

Que nadie entienda por mis palabras que lo que estoy diciendo es que los enfermeros debemos renunciar a que la sociedad reconozca la importancia de nuestra aportación ya que nada hay más lejos de mi pensamiento. Digo que en el aspecto del reconocimiento social, los enfermeros debemos aplicarnos ese sencillo y fundamental principio del «marketing» que dice: «SÓLO VENDE EL QUE ESTÁ CONVENCIDO DE LA CALIDAD DE SU PRODUCTO».

Sólo cuando la mayoría de las enfermeras nos sintamos orgullosas de nuestra tarea de CUIDADORAS, estaremos en disposición de «vender» a la sociedad la aportación que hacemos a la atención a su salud, convenciéndola de su importancia e indispensabilidad.

Para terminar este apartado voy a desarrollar brevemente la segunda razón que apuntaba al principio como determinante de la contradicción entre declararse y actuar como cuidador. Decía que era: la falta de un SABER monopolístico, o sea, exclusivo de nuestra profesión.

Para entender esa idea, es bueno recordar la definición de Barbara Ehrenreich (3) hace de profesión. Dice la señora Ehrenreich...

> «..una profesión reconocida no es simplemente un grupo de expertos que se autoproclaman como tales, sino una corporación que tiene autoridad legalmente reconocida para seleccionar a sus miembros y regular su práctica profesional. Esto es, para monopolizar determinado campo de actividad sin interferencias exteriores».

Abundando en esa idea, Elliot Fredison (4) señala:

> «una profesión obtiene y mantiene su posición, gracias a la protección y al patrocinio de algunos sectores privilegiados de la sociedad que han llegado a convencerse de que su trabajo ofrece algún interés especial.»

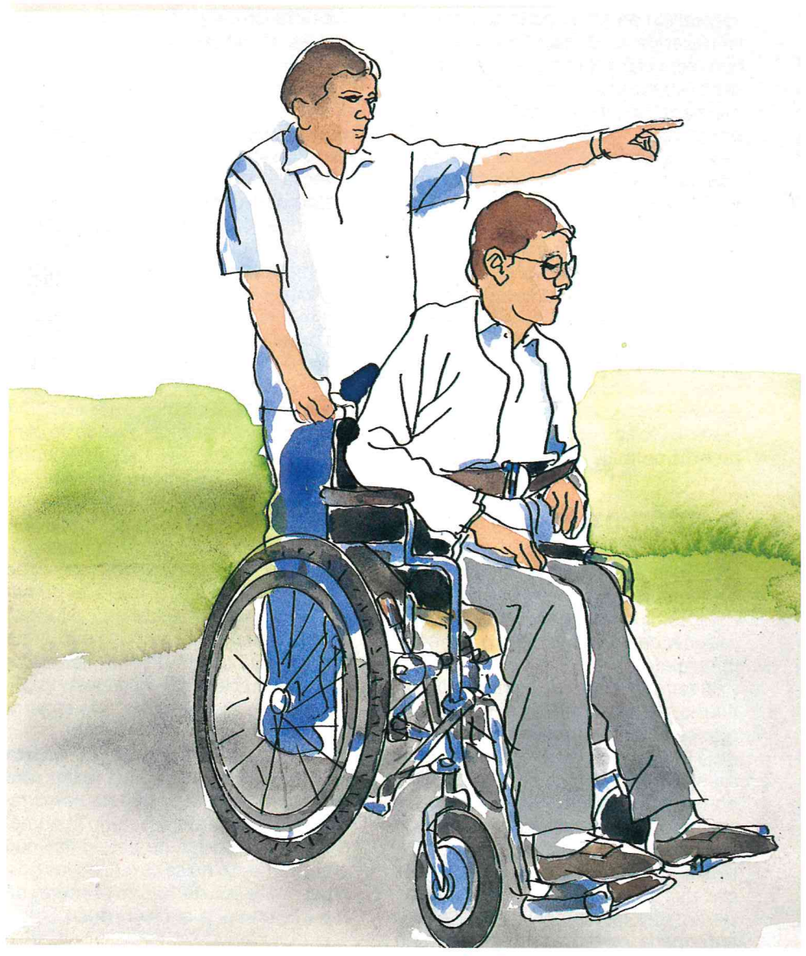
(3) EHRENREICH, B.: **Brujas, comadronas y enfermeras.** Ediciones «La Sal», Barcelona, 1984.

(4) Citado por EHRENREICH B. Obra referenciada.

Así pues, tienen reconocimiento y por tanto poder social, aquellas profesiones que «saben» algo que los demás «no saben» De este modo, los ingenieros y los abogados, por ejemplo, tienen delimitada un área del conocimiento sobre la que ejercen el monopolio de su conocimiento y aplicación.

Pero ¿cuál es la diferencia con la enfermería? A mi modo de ver, fundamental, ya que nuestra profesión trabaja con el saber sobre el OTRO a quien cuida y nuestra profesión) a través del conocimiento del otro.

Nosotros podemos saber, sabemos en realidad..., cosas que el otro no sabe, pero es nuestra misión trabajar constantemente para que llegue a saber sobre ÉL MISMO todo lo que pueda saber. Sólo así se cumple el principio profesional irrenunciable de promocionar el AUTOCUIDADO, de trabajar para conseguir que el OTRO alcance la máxima independencia.



no puede por tanto, monopolizar ese saber.

Me explicaré. Efectivamente, como el resto de profesiones, la enfermería cuenta con un contenido conceptual que le es propio. Pero la transformación de ese contenido en «saber aplicado» o sea, en actuación concreta y visible, siempre debe hacerse (porque ello es un elemento esencial de la identidad de

La práctica profesional de la mayoría de las enfermeras pone en evidencia que gran parte de los problemas que plantean los pacientes se deben, simplemente, a falta de información sobre cosas que *deberían conocer sobre sí mismos.* En ese sentido se expresó, por ejemplo, la Sra. Henderson en su última visita a Barcelona.

Si unimos esta idea con la convicción,

En el sistema sanitario español no existe corresponsabilidad entre los profesionales y los usuarios

ya comentada, de que la promoción del autocuidado es un trazo básico de la aportación enfermera a la atención de las necesidades de salud de la comunidad, está claro que nuestra profesión debe renunciar a toda tentación de monopolizar cualquier parcela del SABER sobre el OTRO.

Renunciando a esto, renunciamos también a la parte de poder que da saber lo que el otro no sabe. Dicho con otras palabras, haber aceptado hace tiempo que el objetivo de nuestra profesión es VELAR PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA (5) nos ha llevado a privarnos voluntariamente de esa parte de fuerza «mágica» que nos da descender de las brujas y los chamanes y trabajar codo a codo con la profesión que por su finalidad (la de LUCHAR CONTRA LA MUERTE [5]...) mantiene hoy día más elementos taumatúrgicos.

El entorno como condición

En este apartado pretendo repasar brevemente los trazos más significativos del sistema sanitario español y las implicaciones de los mismos para la profesión enfermera.

Mi experiencia como planificadora sanitaria me ha permitido entender que sólo se adquiere una verdadera visión de la Enfermería, de su consideración y rol, si se observa inmersa en el entorno donde normalmente se desarrolla, o sea, metida dentro del sistema sanitario. De esta forma, se percibe con más claridad la intrincada red de interdependencias que se dan entre esos dos subsistemas sociales complejos que son la enfermería y el propio sistema sanitario.

Una vez puesto en evidencia en el apartado anterior que la enfermería es la profesión que tiene como eje de su trabajo la satisfacción de todas aquellas necesidades del individuo que son indispensables para la vida, o sea, la prestación de CUIDADOS, voy a tratar de analizar brevemente cómo las características del entorno donde se desarrolla condicionan su evolución.

Todo análisis de corte como el que yo voy a realizar tiene el enorme inconveniente de que obvia la mirada retrospectiva que permite entender cómo y por qué se ha llegado al momento actual. Para paliar en lo posible esa deficiencia, les diré que soy de las que creen que la historia en que cada individuo y, por tanto, cada profesión se ve inmersa, está (salvo excepciones) fuertemente determinada por las acciones u omisiones que dicha profesión ha desarrollado (somos, en gran medida, el resultado de lo que hemos ido haciendo...). Así pues, nada más lejos de mí que dar la impresión de que juzgo a unos u otros actores o de que todo puede reducirse a un juego de «buenos» y «malos».

Hecha esta aclaración, a continuación destacaré aquellas características del sistema que coartan o favorecen el desarrollo de la profesión de cuidados.

Como ocurre casi siempre, mientras realizaba este trabajo advertí cuán más fácilmente se destacan las características desfavorecedoras que las favorecedoras. Esto es así por dos motivos. El primero tiene que ver con que siempre resulta más fácil ponerse en la situación de la «víctima inocente» cuando de contar la propia historia se trata. El segundo motivo es que no podemos obviar que la génesis de la orientación actual de nuestro sistema sanitario se produjo en un momento de la historia epidemiológica, demográfica y, en suma, social, de España cuya prioridad no era de ninguna manera la prestación de cuidados.

Nueve son las características que se me han ocurrido dentro del apartado de las que podríamos llamar «negativas». La primera es que *el sistema sanitario español:*

—Tiene una orientación básica médico-curativa. El sistema «mira» para curar aunque se sepa que no hay curación... Últimamente, y debido al número cada vez mayor de patologías que efectivamente no se curan, en los hospitales se ha ido derivando el interés de la curación hacia el diagnóstico.

—Existe una sacralización de la tecnología, lo que tiene como principales consecuencias el «alejamiento» cada vez mayor, de los profesionales del paciente (lo mejor que te pueden hacer es que te atiendan los aparatos. Igualmente, antes existía el toque terapéutico y ahora existe el toque de los electrodos, las sondas, los rayos en todas sus especies, etc...) y la supeditación de las necesidades reales del paciente a las del personal.

—«Ve» a «enfermos seleccionados» porque aunque los atienda a todos, algunos no interesan (los terminales, los crónicos...)

—No existe corresponsabilidad entre los profesionales y los usuarios, ejerciéndose en general el despotismo ilustrado ya que es el profesional quien determina (y utilizo intencionadamente el verbo «determinar»..) qué es lo que le conviene al paciente.

Quiero recordar antes de seguir que estoy haciendo generalizaciones y, por tanto, no me refiero a nadie en concreto. Intento destacar características del sistema que en mi opinión, constriñen el desarrollo de la prestación de cuidados...

—El médico se considera como el elemento fundamental del sistema. Aquí quiero hacer una aclaración en el sentido de que esa priorización del médico, muchas veces no es tanto por su contribución a la atención de los ciudadanos sino por su carácter de determinador del gasto. Es el médico, ejerciendo su libertad clínica, quien define qué prestaciones y por tanto qué costos, necesita cada paciente. Dichos gastos se generan fundamentalmente a través de las pruebas diagnósticas y de la farmacia.

—Los usuarios se ven como asegurados y no como consumidores ni ciudadanos con plenos derechos.

—Se da entre los profesionales lo que hemos venido en llamar el «síndrome de extrañeza» o de «ajenidad» que consiste fundamentalmente en que dichos profesionales no se sienten ligados ni comparten los objetivos del sistema. Se sienten «ajenos» a sus intereses y no viven como propio nada de lo concerniente al trabajo.

—Los objetivos y las actuaciones del sistema, muchas veces, *están* sólo en razón de la *Administración* o de los *profesionales.*

A menos carga mágica de la tecnología, más posibilidad de desarrollar técnicas de cuidados

(5) COLLIÈRE, Mª FRANÇOISE: **Promouvoir la vie.** Inter Editions. Paris, 1983.

—Existe una fuerte «cultura hospitalaria», lo que determina que la demanda de la población se oriente hacia esos servicios, considerando muchas veces los usuarios que los dispositivos de atención primaria son sólo un paso para llegar al hospital.

Puede que llegados a este punto, alguno de ustedes se pregunte ¿qué hace una profesión con el objetivo de la enfermería en un sistema sanitario como éste...?

Todas las características que hasta ahora he mencionado, pertenecen a lo que se llama la superestructura, o sea, a la parte del sistema que incluye los valores, las normas, la legislación, etc... y que es la que lo justifica en el terreno conceptual y asegura que siga funcionando. Por debajo de toda superestructura, existe la infraestructura, en cuyo seno se desarrolla el proceso de producción.

En el caso del sistema sanitario español, los valores y las actitudes que acabo de comentar, garantizan fundamentalmente la distribución del poder en el mismo. O sea, determinan quién influye en la toma de decisiones o, dicho de otro modo, quién es más capaz de hacer que se cumpla su deseo profesional. Pero mientras eso ocurre en la superestructura, en el nivel subyacente, en el que se ejecutan las actividades y tareas, los enfermeros de forma constante atienden (con la orientación más o menos colonizada...) las demandas que los usuarios les trasmiten y que en la mayoría de ocasiones poco tienen que ver con lo que se mueve en la superestructura...

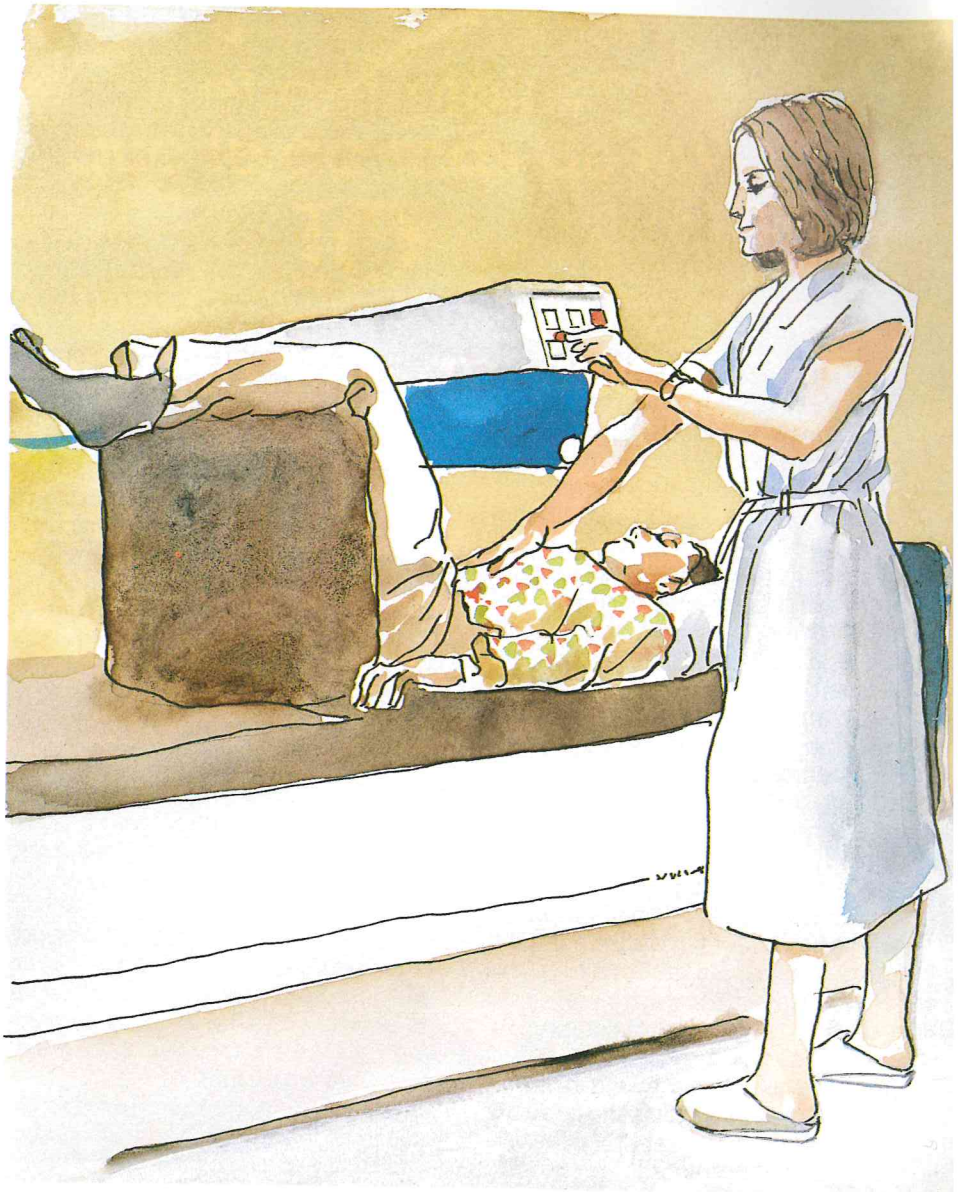
Para no alargarme excesivamente y terminar de cumplir el objetivo propuesto para esta parte, a continuación voy a repasar someramente, cuáles son las principales características o variables que influyen positivamente en el desarrollo de la profesión de CUIDADOS. Curiosamente, alguna de ellas es «reversible» o sea, es favorable o negativa según como se la utilice. Me estoy refiriendo en concreto a la existencia de un gasto sanitario insostenible y que, además, no es eficaz.

Creo que a nadie debe escapársele que si los enfermeros logramos demostrar fehacientemente (en este caso con números...) que las prestaciones de cuidados al aumentar la eficacia de los recursos (los del usuario y de los profesionales...) aumentan la rentabilidad de las inversiones en términos de mejora de la calidad de vida, abriremos grandes posibilidades de desarrollo de nuestros métodos de trabajo.

El segundo aspecto que hay que considerar como favorable tiene que ver con las variables sociales y epidemiológicas. Todas ellas (el aumento de la longevidad, la cronicidad de muchas patologías y la cada vez mayor responsabilidad de los ciudadanos respecto a su proceso de salud y enfermedad...) conducen a una mayor demanda de cuidados.

Relacionada con el gasto sanitario, pero mereciendo atención especial, está la cuestión sobre la eficacia absoluta de la tecnología. Actualmente, en todos los niveles del sistema y en algunos de la sociedad, convive una actitud sacralizadora de la tecnología con otra que intenta situar su utilidad en los términos más realistas posibles. Esto tiene como consecuencia una cada vez mayor apertura de caminos alternativos a la práctica tradicional de la asistencia, lo que permite a las enfermeras encontrar facilidades para ir aumentando el abanico de sus prescripciones. Dicho más sencillamente, a menos carga mágica de la tecnología, más posibilidad de desarrollar técnicas de cuidados.

Lo último y fundamental que en los últimos tiempos ha tenido que ver con el aumento de las oportunidades de desarrollo profesional, ha sido la existencia de «personas claves». Desde hace ya tiempo, primero como asesoras en el Insalud y en el Ministerio, y posteriormente ocupando cargos como Delegadas, Subdirectoras o Gerentes, se escuchan ya en el sistema sanitario español voces enfermeras cualificadas. Ellas son las que desde las diversas instancias de la formulación de políticas o de la gestión, trabajan para mejorar la atención a las necesidades de salud que plantea la comunidad y, en consecuencia, aumentan y mejoran el espacio para la aplicación de los cuidados.



Una propuesta de futuro

Al empezar esta última parte en la que pretendo comentarles cuáles serán los trazos que distinguirán el «ser profesional» de los enfermeros del siglo XXI, me van a permitir que les comente una idea.

Tiene que ver con lo que llamamos el «futuro». Todo lo relacionado con el tiempo es relativo porque el propio concepto de «tiempo» está en discusión, sosteniéndose incluso por parte de algunos físicos teóricos la hipótesis de que, contrariamente a lo que hemos creído hasta ahora, el «tiempo no pasa» sino que somos nosotros quienes lo atravesamos como quien discurre por encima de una alfombra...

Una de las características de esta relatividad es, precisamente, la dificultad para distinguir el presente del futuro. Porque ¿cuándo empieza el futuro en relación a cualquier presente...? ¿Al cabo de una hora, de unos días o sencillamente cuando se apaga el eco de la última palabra de la interrogación...? ¿Es igual para todos o el presente de algunos es ya el futuro de otros...?

Por fortuna, independientemente de que sepamos o no resolver esas cuestiones que les comento, nosotros hablamos del futuro y existe un consenso respecto a qué queremos decir con ello. Nos referimos a «un tiempo por venir donde se darán unas determinadas circunstancias».

Pero en mi opinión, para que pueda existir un común «futuro profesional» debe pensarse en varios niveles.

Quiero decir que para que luego todos los enfermeros podamos llegar a una situación concreta, algunos, ahora mismo, ya deben estar en ella. Deben empezar a vivirlo de antemano, adelantadamente al resto... De este modo, referirnos al futuro es hablar a la vez de hoy y de mañana y eso es especialmente cierto cuando, como ahora, hablamos de un futuro profesional a conseguir.

Así pues, les pido que atiendan mi propuesta al nivel que a cada uno le sea posible: unos desde el ayer profesional, la mayoría en el prometedor presente, y otros pocos situados ya en posiciones de futuro...

Entrando ya en el cumplimiento de mi último objetivo voy a intentar contestar a la pregunta sobre ¿qué identificará a las enfermeras del siglo XXI...? En mi opinión, lo que nos distinguirá, independientemente de los modos y las señas, será la ACTITUD. Todo lo que no tiene que ver con la identidad es circunstancial, dependiendo en gran medida de las condiciones del entorno y de los instrumentos con que se realice el trabajo.

Uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud (debería ser) el fomento del autocuidado

De acuerdo con el «ser profesional» que caracteriza a la profesión, la actitud que debe identificar a las enfermeras es la de conseguir cambiar la orientación de los servicios que actualmente se prestan, pasando de un SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA A UN SISTEMA DE CUIDADOS DE SALUD. Bajo ese término se entiende:

«AQUEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS CUYA *BASE ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL* TIENE COMO EJE *LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD* DEL INDIVIDUO, CONTEMPLANDO ÉSTE EN TODAS SUS VERTIENTES E INTEGRADO EN UN AMBIENTE SOCIO-CULTURAL DETERMINADO».

Concretamente les diré que tanto las enfermeras que ya están trabajando desde una perspectiva de futuro como las que aún luchan por reconocerse con el objetivo de la prestación de cuidados, deben trabajar para conseguir que el modelo de orientación de los servicios que se propone bajo la denominación de «sistema de cuidados de salud» tenga las siguientes características fundamentales:

- El sistema sanitario se conciba como *el instrumento* que la sociedad articula para cubrir las *necesidades de salud que el individuo y la comunidad no pueden cubrir por sí solos.*
- El eje del trabajo de los sanitarios y, por tanto, de las estructuras que les sirven de apoyo, se centre en las necesidades de salud del individuo y de la comunidad y, en consecuencia, las *prestaciones sean individualizadas.*
- El sistema sanitario asuma su responsabilidad en la atención a aquellos procesos vitales específicos que en sí mismos no constituyen patologías (envejecimiento, crecimiento, maternidad...) por lo que *una parte importante de las actividades del mismo* (y sus reflejos presupuestarios) deberán tener como finalidad *la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.*
- Uno de los objetivos fundamentales de todos los tipos de atención que se presten dentro de ese sistema orientado a los cuidados, sea el *fomento del autocuidado*, o sea, la responsabilización por parte del individuo y de la comunidad de su proceso de salud-enfermedad.
- La *información* actúe como el instrumento fundamental para conseguir la responsabilización de los individuos y las comunidades respecto a su proceso de salud-enfermedad, siendo considerada como un *derecho inalienable* y, por tanto, *proporcionada de forma completa, fiable y asequible.*
- Dentro del sistema de cuidados de salud, se oferten las *opciones diagnósticas y terapéuticas*, orientándolas, *para y con el individuo.*
- Se formule la *consecución de la satisfacción de los usuarios y su participación* en los diferentes niveles del sistema como una de las prioridades fundamentales a conseguir.
- Se considere la *implicación de los profesionales* en los objetivos del sistema y su nivel de satisfacción como *indicadores básicos de la eficacia* de los servicios que se brindan a los usuarios.
- Exista una clara *delimitación de las responsabilidades del sistema sanitario* respecto a las necesidades de salud que plantea la comunidad, considerándose básico *el trabajo conjunto* con el resto de organismos sociales que comparten la misión de atender a las múltiples variables que condicionan el proceso de salud-enfermedad de los individuos.

Como les decía, afortunadamente ya existen muchas enfermeras que trabajan con perspectiva de futuro desde las diversas instancias de influencia, para conseguir cambiar la actual orientación de los servicios. A ellas, cuya aportación es fundamental para que todo el colectivo pueda llegar a ese futuro de desarrollo profesional, sólo quiero comentarles que no olviden que, como dijo León Felipe:

> «Lo importante no es
> llegar el primero y solo
> sino con todos y a tiempo...»

Para terminar y pensando fundamentalmente en los otros, en aquellos que aun confundidos o excesivamente condicionados por el entorno, siguen en ese camino del que hablábamos al principio de «querer ser cada día más enfermeros», les propongo que hagan suyo el «desideratum» que Píndaro, el poeta griego que cantó a los juegos helénicos, formuló diciendo:

«LLEGA A SER LO QUE ERES»

Lo propongo porque estoy convencida que no hay mejor futuro para la enfermería que las enfermeras consigamos desarrollarla hasta LOGRAR QUE SEA TODO LO QUE PUEDE LLEGAR A SER...