



... y mañana, ¿qué?

Un análisis sobre las innovaciones del sistema sanitario, así como del presente y futuro del trabajo enfermero

Autora:

Rosamaría Alberdi Castell

Enfermera psicóloga. Directora de la E.U.E. Virgen del Rocío. Sevilla

Dirección de contacto: *Escuela Universitaria de Enfermería. Hospital U. Virgen del Rocío. SEVILLA*

El presente artículo pretende ofrecer una reflexión sobre el futuro de la profesión enfermera y los instrumentos de que dispone para construirlo, a partir de tres cuestiones básicas:

- La necesidad de conocer las tendencias de futuro sentidas por todas aquellas enfermeras y enfermeros cuyas actuaciones se programan a medio y largo plazo. En este caso se encuentran, especialmente, los planificadores y los docentes cuyo ámbito de acción es precisamente el diseño y la construcción del porvenir profesional.
- La certeza de que en todo presente existen ya elementos de futuro como las ideas, los proyectos y los métodos que lo configuran y ayudan a convertirlo en realidad, y que es necesario conocer para saber de su evolución y minimizar sus posibles consecuencias negativas, o utilizarlos, si ello es factible, en beneficio del desarrollo de la Enfermería.
- El deseo de aportar elementos de reflexión para que cada enfermera y enfermero puedan pensar sobre su futuro profesional, individual y colectivo, y una vez encontrada la respuesta propia a la pregunta sobre el mañana, actuar coherentemente con ella y en todas las acciones de su vida cotidiana.

INTRODUCCIÓN

Analizar el presente con el futuro como meta, da la oportunidad de desarrollar una de las capacidades más genuinamente humanas, aquella que nos separa del resto de otras especies pero que, a la vez, es la que nos permite soñar, dibujar con los colores de los deseos lo que queremos para mañana, para dentro de unos años e, incluso, para cuando no estemos.

Partiendo de estas ideas, en este artículo se tratará sobre aquellos instrumentos conceptuales, metodológicos y actitudinales que, en mi opinión, deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar el porvenir profesional.

Dado, pues, que la reflexión va a girar alrededor de los instrumentos, parece necesario hacer previamente una consideración respecto a su naturaleza.

Como se sabe, los instrumentos, sea cual sea su calidad y finura, son inánimes. No tienen "alma", son herramientas que se "animan" en razón de la voluntad de quien las mueve. Si eso es así, para poder juzgar la validez de cualquier instrumento a la hora de conseguir un determinado futuro, es necesario preguntarse, en primer lugar, cuál es el futuro que se desea. Es a partir de saber cuál es el horizonte que queremos para el trabajo enfermero, que podremos valorar qué instrumentos nos ayudarán a llegar a él.

En estos tiempos de "barbarie ilustrada" que nos ha tocado vivir, es necesario, más que nunca, pintar futuros que combinen bondad y realidad. Esto normalmente no es fácil, pero tampoco es imposible, sobre todo cuando muchos de los profesionales de este país ya pueden hacer balance de 20 años de trabajo y conocen muy bien el enorme tramo que hay, muchas veces, entre el dicho y el hecho. Así pues, desde una perspectiva que pretende conjugar eficacia y visión a largo plazo, inicio un análisis cuyos objetivos son: hacer una propuesta sobre cuál es el futuro deseable para la profesión enfermera en España, y analizar cuáles son los instrumentos externos e internos con los que se cuenta para construirlo.

SOBRE UN FUTURO DESEABLE O LOS TRAZOS DE LA PROFESIONALIZACIÓN

Cuando se pregunta a los enfermeros y enfermeras españoles qué quieren para el futuro, la respuesta generalizada es: mejor sueldo, seguridad en el puesto de trabajo, posibilidades de avanzar (carrera profesional, licenciatura...) y, por supuesto, reconocimiento dentro del sistema sanitario y de la sociedad. Esta realidad se pone de manifiesto de forma repetida en los "macrodiagnósticos", las encuestas de satisfacción y lo que se oye constantemente en los debates y conversaciones entre profesionales.

Por supuesto, en el futuro que yo deseo para todas estas cuestiones, o no existirán o, al menos, no existirán como problemas, pero, sin duda, no constituirán el trazo diferenciador fundamental de este. En mi opinión, todos estos inconvenientes que nombran las enfermeras y enfermeros no son más que síntomas de un problema mayor: el relativo a que la Enfermería en nuestro país no ha terminado de interiorizar y, por lo tanto, de asumir todas las características que definen una profesión.

Estoy convencida de que todos los elementos que he citado, como objetivos de futuro para la mayoría de los profesionales, se modificarían sustancialmente sólo con que lograsen conseguir aquellos trazos profesionales que hacen sentir al que ingresa en la profesión que pertenece a un grupo con el que puede identificarse, que es claramente identificado por parte de sus clientes, y que permiten alcanzar los más altos niveles administradores, investigadores y docentes de la propia profesión sin puertas falsas, sin el desgaste de tener que "sacar un siete para aprobar".

En suma, características profesionales que, como mínimo, conceden el "beneficio de la duda" respecto a la propia capacidad.

Una profesión reconocida no es simplemente un grupo de expertos que se autoproclama como tales, sino una corporación que tiene autoridad legalmente reconocida para seleccionar a sus miembros y regular su práctica profesional

Hace 30 años, en nuestro país, ser ingeniero o médico no proporcionaba el beneficio de la duda. Se era ingeniero o se era médico y, por tanto, se "sabía". El solo hecho de haber obtenido la titulación universitaria lo situaba más allá de toda duda sobre la propia capacidad de hacer aquello para lo que te preparaba el título. Ahora mismo, ya no es suficiente con tener uno de esos títulos para que se te reconozca la competencia en ese campo, pero, al menos, se te permite demostrarla.

Sin embargo, a los enfermeros y enfermeras es difícil que se les conceda, de entrada, el beneficio de la duda respecto a lo que "dicen" que son capaces de aportar. Generalmente, se reconoce que para administrar medicamentos, sondear o realizar, en definitiva, cualquier otra técnica o procedimiento son los más adecuados pero cuesta muchísimo demostrar que su profesión les capacita para diagnosticar problemas, planificar cuidados, gestionar partes fundamentales del sistema y, en resumen, para aportar una visión global, innovadora y rigurosa a cualquier situación y nivel del sistema sanitario, aunque también es cierto que existen honrosísimas excepciones.

Para poder seguir avanzando en esta línea argumental, que sostiene que conseguir la máxima profesionalización es el mejor futuro posible para la enfermería española, es necesario volver a repasar algunas cuestiones generales respecto a las profesiones.

Como dice Ehrenreich (1), «una profesión reconocida no es simplemente un grupo de expertos que se autoproclama 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».

El camino para que un grupo concreto adquiera la categoría de profesión con todas sus prerrogativas, lo define Elliot Fredison (2) del siguiente modo: «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».

Este concepto de profesión, centrado en la visión sociológica, se define basándose en los siguientes parámetros:

- Es necesario obtener un título, una formación académica, para poder ejercer la actividad.
- Hay un sentimiento de pertenencia a un grupo y de compartir unos valores por parte de los profesionales.
- Existe un reconocimiento social del derecho de los profesionales a actuar monopolísticamente en un determinado campo, con su consiguiente dotación de instrumentos legales.

En la actualidad y en lo relativo a nuestro ámbito cultural, parece claro que la profesión enfermera ha alcanzado las tres primeras características mencionadas.

Pero si empleamos un enfoque menos estricto, nos encontraremos que una profesión, para poder ser definida como tal, tiene también que cumplir otras premisas. Éstas son:

- Poseer un cuerpo de conocimientos propio.
- Desarrollar su práctica de acuerdo a dicho cuerpo teórico.
- Haber definido y ajustarse a un código de ética profesional cuya difusión sirva de carta de presentación a los usuarios de sus servicios, a los propios profesionales y a la sociedad en general.
- Tener como objetivo de su actuación aquellas cuestiones que significan necesidades o problemas de la comunidad en que se desarrolla.
- Disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y sobre los métodos que emplea para realizar su labor, incluyendo su modificación.

Con relación a la primera característica que debe cumplir la Enfermería para ser considerada una profesión de pleno derecho, es necesario recordar que dicha disciplina se halla en proceso de construcción de su contenido, habiéndose recorrido ya una importantísima parte del camino.

En nuestro país, la formación que reciben las enfermeras y enfermeros en las Escuelas tiene como base dichos contenidos disciplinares y su aplicación en los distintos ámbitos en los que se prestan cuidados. De este modo, puede

basarse el ejercicio profesional en la disciplina enfermera, contribuyendo con ello a su consolidación y ampliación.

Pero, si bien esto es así de forma muy general, no es menos cierto que la total consecución de esta premisa que se comenta, sólo se alcanzará con el establecimiento de los niveles académicos de licenciatura y doctorado. Este es un tema que, por su importancia, debe constituir prioridad absoluta tanto se cualquier organismo que intente representar los intereses de los profesionales como de cada una de las enfermeras y enfermeros.

En esta línea, en España contamos con un Código Deontológico sobre el cual referenciar la actuación profesional, si bien, su incorporación como instrumento ético regulador de la práctica profesional no está uniformemente reconocido.

Igualmente, al ser una profesión de servicios sanitarios, proveedora de cuidados, la Enfermería cumple con creces la premisa de tener como objetivo alguna cuestión de interés para la sociedad a la que sirve. Otra cosa es si, realmente, la práctica se ajusta totalmente a la teoría y si las enfermeras y enfermeros no podrían responder más y mejor a los problemas que tiene la sociedad en la que están inmersos.

En relación con la última característica citada, la de disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación

y sobre los métodos que utiliza, me parece que se está en un período de transición.

De forma general, podemos decir que en nuestro círculo sociocultural, existen países (Gran Bretaña y Estados Unidos, entre ellos) en los que parece que hay un nivel de autonomía y control del ámbito de la responsabilidad asignado a la enfermería, semejante al que poseen otras profesiones. En otros países, en cambio, los enfermeros tienen una escasa autonomía y un bajo nivel de control sobre su propia práctica, pudiéndose definir más como un oficio complejo que como una profesión.

En cuanto al nivel de consecución de esta variable por parte de los profesionales españoles, la situación es muy dispar ya que, si bien es cierto

que la mayor parte de ellos sigue realizando, de forma fundamental, actividades delegadas y disponen de un débil control sobre su aportación a la atención sanitaria, no es menos cierto que existe también un considerable número de profesionales que ya pueden planificar, desarrollar y evaluar su trabajo cotidiano con un elevado grado de autonomía.

Llegados a este punto del análisis y con la doble finalidad de que los planteamientos expuestos hasta ahora no queden sólo en la teoría, y para disponer de elementos que permitan valorar si se está avanzando hacia el futuro de la máxima profesionalización, a continuación voy a exponer un listado de los que llamo "indicadores de profesionalización" (3).

Se considera que una enfermera trabaja desde una perspectiva profesional cuando:

Conoce las bases disciplinares de su práctica (su objeto y su modo de intervención).

Reconoce y sabe defender, con criterios científicos, el campo de acción que le es propio.

Trabaja con autonomía y tiene control sobre el servicio que presta. Esta autonomía se manifiesta, por ejemplo, resolviendo desde su propia disciplina los problemas que se le presentan.

Participa en el desarrollo y en la mejora permanente de su práctica (profundiza y pule, o como lo expresa C. López, toca, imagina, nombra, usa y modifica todo aquello sobre lo que actúa).

Es capaz de fundamentar las bases éticas y legales de sus actuaciones profesionales.

Se reconoce como una profesional y está orgullosa de su aportación.

Se identifica con un grupo profesional en el que participa activamente.

Tiene una actitud de participación activa en la sociedad (tiene cosas que decir y las dice desde su saber disciplinar).

Bajo esta denominación, debe entenderse el conjunto de características que se dan en las enfermeras y enfermeros cuando éstos trabajan desde una perspectiva profesional, es decir, cuando su práctica cumple todos los requisitos que se ha descrito como propios de una profesión.

SOBRE LOS INSTRUMENTOS QUE CONSTRUYEN EL FUTURO

He puesto este título al apartado en el que pretendo cumplir con el objetivo de dar una visión sobre los instrumentos externos e internos que están actuando en nuestro entorno, porque estoy convencida de que el conjunto de elementos (de herramientas y conceptos) que ya existen a nuestro alrededor construyen futuro, independientemente de lo malo o bueno que ese futuro sea para las enfermeras y enfermeros.

Partiendo de esa idea (de que ellos, los instrumentos, actúan "animados" por unas motivaciones que pueden no ser las nuestras y que incluso van en contra de ellas, pero que no por eso dejan de actuar), abordaré dos temas:

- Pasaré revista a los principales elementos externos que actúan en el entorno enfermero y que abren puertas de futuro.
- Apuntaré un par de ideas respecto a los que considero que son los mejores instrumentos internos de futuro; aquellos de los que disponen los propios profesionales enfermeros.

Como se deduce de las ideas citadas, en esta parte del presente artículo adoptaré dos perspectivas: en relación con los instrumentos externos, me limitaré a nombrar los más importantes y a explicar sus trazos más definidores para que cada uno pueda juzgar si son útiles o no para construir el futuro que se desea para la profesión enfermera; en cuanto los instrumentos internos, haré una propuesta de aquellos que considero que son los más importantes para llegar a la máxima profesionalización que, como ya he argumentado, es el porvenir que considero más adecuado para la Enfermería.

Al empezar a tratar sobre los instrumentos externos, parece oportuno aclarar que aquellos

que van a constituir objeto del presente análisis tienen dos principales procedencias: la aplicación de cambios conceptuales a la práctica; y la materialización de la decisión política de considerar y tratar al sistema sanitario como una empresa de servicios.

Cuando se habla de cambios conceptuales se está haciendo referencia a que, desde hace ya bastante tiempo, en el seno de la sociedad y en el sistema sanitario, que es su reflejo, se están produciendo una serie de cambios en los conceptos. Por ejemplo, nuestra comunidad está dando nuevos valores a la salud, la enfermedad, el dolor, y la muerte.

Puede que si ahora mismo se hiciera una encuesta sobre dichos conceptos entre los expertos y los ciudadanos, los resultados no ofrecerían variaciones apreciables en relación a los obtenidos hace 10 o 15 años. Pero, independientemente de que aún el concepto teórico no se haya modificado, lo cierto es que, en este momento, hay un amplio consenso en dejar de entender la salud como un objetivo vital para pasar a considerarla como un recurso para la vida cotidiana. Como aquel instrumento que permite desarrollar los propios potenciales y responder adaptativa y satisfactoriamente a los estímulos del medio externo e interno.

De igual forma, el dolor está empezando a ser valorado como una entidad nosológica merecedora de atención y tratamiento, independientemente de su causa original; y la muerte, durante tanto tiempo identificada como el fracaso de la actuación sanitaria y, por tanto, rechazada, es vivida cada vez más por parte de los profesionales como otra etapa que es necesario abordar, dentro de su responsabilidad, en relación con la atención de las necesidades de salud de la comunidad.

De este modo, surge lo que en algunos sectores se denominan de forma genérica "unidades funcionales", como las de cuidados paliativos, del dolor, o de hospitalización a domicilio. Departamentos, dentro del sistema sanitario, cuyo eje de vertebración no es una patología, sino la atención de una necesidad del usuario

considerada independientemente del diagnóstico médico. Unidades funcionales que en realidad deberían llamarse de "enfermería o de cuidados".

El segundo bloque de modificaciones del entorno en que se desarrolla la práctica enfermera tiene como causa la aceptación (tímida aún, pero cierta) de los derechos de participación, información, responsabilización y decisión de los usuarios respecto a su situación de salud o enfermedad y a las posibilidades de actuación que ofrece para ello el sistema sanitario.

La materialización de dichas modificaciones consiste en:

- La inclusión de contenidos de educación para la salud dentro de las prácticas sanitarias, sea cual sea el nivel de atención en que éstas se realizan.
- La formulación y planificación de objetivos relativos al autocuidado.
- La instauración, lenta pero pertinaz, de protocolos de consentimiento informado que en esencia consisten en la autorización que la persona enferma, o su representante, concede al sistema para que pueda realizarle una exploración técnica o tratamiento considerado de elevado riesgo, habiendo recibido previamente la información necesaria para que pueda valorar, de forma cabal y completa, dicho riesgo.
- Las encuestas de satisfacción que se realizan ya en algunos centros y que tienen como finalidad valorar el nivel de calidad de la atención según es percibido por la receptora o receptor de ella.

Tal vez pueda considerarse que las variables a que estoy haciendo referencia significan, en la realidad de este momento, experiencias cuantitativamente poco relevantes dentro del sistema sanitario. Sin embargo, aún compartiendo esa opinión, he de recordar que el objetivo que pretendo cumplir con esta parte del trabajo es pasar revista a cuáles son las nuevas circunstancias que ya se están produciendo en el territorio donde llevan a cabo su labor los profesionales de enfermería, y que pueden ser consideradas como instrumentos de futuro y, en este sentido, la valoración de la importancia

de las mismas es, en mi criterio, independiente de su actual nivel de implantación.

Asimismo, dado que las causas de la aparición de las nuevas estructuras, técnicas o perspectivas que se están analizando son los cambios en el conjunto de los valores, intentar señalar a algunos como origen específico de un grupo de novedades pasa por esquematizar, a veces excesivamente, cuestiones muy complejas y frecuentemente interrelacionadas. Aún así, he considerado que valía la pena correr el riesgo en razón de la claridad, confiando en que el conocimiento de los profesionales, suplirá las posibles deficiencias del presente trabajo.

La ampliación y reorientación de otros conceptos como los de "asistencia" y "eficacia", ha propiciado al menos dos circunstancias importantes. La primera es el planteamiento de que es necesario también abordar en la atención de lo físico, aquello que produce angustia y sufrimiento psíquico. Existen ya muchos ejemplos en este sentido, como son: las terapias de apoyo para mejorar la autoimagen en el tratamiento y control de la obesidad, los programas de acompañamiento en los duelos producidos por deformaciones o amputaciones y las técnicas de ayuda psicológica que se incluyen en los tratamientos a los enfermos con SIDA y a sus familiares o allegados.

La segunda circunstancia que surge como consecuencia de los cambios en los conceptos de "eficacia" y "asistencia" es la posibilidad de basar la organización de un centro sanitario en niveles de dependencia de los enfermos en vez de en la tradicional estructura derivada de la clasificación por diagnósticos médicos.

El último cambio relacionado con la variación de los conceptos que deseo mencionar es el relativo a lo que se entiende por "responsabilidad profesional". Se trata de un cambio de considerable trascendencia ya que va más allá del sistema sanitario.

En mi opinión, se está produciendo una modificación respecto a lo que se considera que cada grupo profesional debe aportar al cumplimiento de esa función indispensable que es la atención a las necesidades de salud de la sociedad.

La características de intangibilidad y subjetividad del producto sanitario, hacen que el cumplimiento de ese objetivo, prioritario en toda empresa, esté siendo abordado desde diferentes perspectivas.

En este sentido y dado que de lo que se trata en este trabajo es de hacer un análisis general sobre las modificaciones que produce en el trabajo enfermero el hecho de la incorporación de objetivos de medición del producto sanitario, me limitaré solamente a hacer un repaso sobre cuáles son los principales métodos que se emplean para ello.

La primeras experiencias de alcance en nuestro país, respecto a la cuantificación del valor económico de la asistencia sanitaria, se centraron en llegar a convenciones respecto a cuáles podrían ser las unidades o escalas de valoración del producto desarrollado en los centros sanitarios. Así, surgieron varias definiciones de las mismas que se aplican actualmente en los diferentes ámbitos regionales, como por ejemplo la UPA (Unidad Ponderada de Asistencia) en el INSALUD y la EVA (Escala de Valoración Andaluza) en Andalucía.

La finalidad de todas ellas es dar un valor en unidades estandarizadas a cada uno de los procesos que se realizan en los centros (estancia según servicio, técnicas quirúrgicas, exploraciones, etc.). La existencia de dichas unidades estándar permite la asignación de presupuestos a los centros en razón de los objetivos asistenciales a alcanzar.

Con el mismo objetivo de poder determinar los costes, se está trabajando con los llamados métodos de "case-mix" (mezcla de casos), que pueden definirse como sistemas de agrupación de pacientes por categorías que resulten homogéneas en cuanto a su capacidad de predecir el consumo de recursos que realizarán dicho pacientes.

La base de clasificación que permite la concepción de dichas categorías homogéneas, es el diagnóstico o cualquier otra dimensión que se considere relevante del proceso patológico desde la perspectiva médica (severidad, patolo-

gía, etc.). Los sistemas de case-mix más utilizados ahora mismo en nuestro país, son el PMC y el GDR.

Para terminar de hablar de los instrumentos externos, haré referencia a los del ámbito de la gestión. A aquellas innovaciones cuya finalidad es conseguir mayor eficacia.

Las primeras de ellas parten de la idea sobre la conveniencia de separar "provisión" de "financiación". A este respecto, en varias Comunidades Autónomas se han creado Empresas Públicas (de patrimonio público pero sujetas al Derecho Privado) con la finalidad de llevar a cabo la gestión de centros o funciones sanitarias.

Igualmente, en este sentido, existen ya experiencias de centros pertenecientes al sistema sanitario público que, sin modificar, en principio, las bases legales de su funcionamiento, están siendo dirigidos en su totalidad por empresas privadas.

Sin movernos del propio sistema público, también se encuentran novedades que afectan al terreno en que se desarrolla la práctica enfermera asistencial cotidiana ya que, como en los casos que voy a citar, se producen cambios en la propia estructura de las instituciones.

Dichas novedades son la creación de Direcciones o Jefaturas de Producto que en algunos centros están sustituyendo en el organigrama a las tradicionales Direcciones Médicas y Enfermeras, y a la unión de Departamentos y Servicios, por ejemplo, de Urgencias y Cuidados Intensivos, en base a otros conceptos que los que originalmente determinaron la ordenación institucional según patologías.

Para acabar de cumplir con el objetivo enunciado, a continuación haré una propuesta sobre cuáles son los mejores instrumentos internos con los que cuentan los enfermeros y enfermeras para alcanzar el mejor futuro para su profesión.

De acuerdo con Schumacher (4), considero que «hablar del futuro sólo es útil cuando conduce ahora a la acción». Por eso, mencionaré

sólo dos de los instrumentos internos existentes ya que, a mi modo de ver, su utilización actual es indispensable para lograr el desarrollo de la Enfermería como profesión.

Me refiero, en primer lugar, a la claridad en la meta y la convicción respecto a la propia valía, es decir, la seguridad de la necesidad y la utilidad de nuestra aportación profesional. Como dice J. J. Guilbert, tener clara la meta que se desea conseguir es haber avanzado más de la mitad del camino para conseguirla.

El segundo instrumento es tanto o más importante que el primero y es el relativo a la actitud: al convencimiento personal profundo de que la aportación profesional enfermera es única, indispensable e insustituible.

No debe olvidarse que la profesión enfermera proviene de una larga colonización cultural, que ha sido formada en la dependencia y en la subordinación y que, por tanto, sus componentes se dejan convencer con excesiva facilidad

de la poca transcendencia que tiene su aportación a la cobertura de las necesidades de salud de los individuos y las comunidades, y al cumplimiento de los objetivos generales de sistema.

Para terminar este análisis deseo decir que estoy segura de que la respuesta a la cuestión «...y mañana, ¿qué?», será altamente positiva si recordamos y sabemos aplicar, desde ahora mismo, el que creo es un axioma fundamental para todos aquellos que, como los enfermeros y enfermeras, han escogido una profesión que se desarrolla, en gran medida, a través de las palabras y de las relaciones que se establecen: «Convence quien está convencido».

Por eso, propongo que para construir el futuro se utilicen las herramientas de la claridad en la meta y de la propia convicción. Para hacer cada día mejor el trabajo, para demostrar su importancia y, sobre todo, para convencer de que cualquier futuro humano (falible, doloroso, enfrentado a la muerte y a la posibilidad de dar vida ...) es también un futuro enfermero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ehrenreich, B.; English, D.: "*Brujas, comadronas y enfermeras*". Barcelona. La Sal Ediciones de les dones. 3ª edición. 1988.
- 2.- Opus cit. (1).
- 3.- López, C.; Alberdi, R.: "*La profesionalización de los supervisores: Dar el salto de la gestión de recursos a la gestión de cuidados*". Jerez de la Frontera (Cádiz). IV Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería. 1993. (sin publicar).
- 4.- Schumacher, G.F.: "*Lo pequeño es hermoso*". Barcelona. Edit. Orbis. 1988.