ESCUELA DE DOCTORADO
INTERNACIONAL DE LA USC

Claudia
González López

Tesis doctoral

CUIDADO E INCLUSIÓN SOCIAL: ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LOS ESTUDIOS DE GRADO DE ENFERMERÍA DE GALICIA

Santiago de Compostela, 2024

Programa de doctorado en Equidad e Innovación en Educación

ESCOLA DE DOUTORAMENTO
INTERNACIONAL DA USC

TESIS DOCTORAL

CUIDADO E INCLUSIÓN SOCIAL: ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LOS ESTUDIOS DE GRADO DE ENFERMERÍA DE GALICIA

Autora

Claudia González López

Director: Dr. Felipe Trillo Alonso

Tutor/a: Dr. Felipe Trillo Alonso

PROGRAMA DE DOCTORADO EN EQUIDAD E INNOVACIÓN EN EDUCACIÓN

SANTIAGO DE COMPOSTELA

El valor de admitir que no se sabe, que se duda, que no se está seguro, aunque difícil de practicar, es un valor indispensable al mundo de hoy.

HÉCTOR ABAD GÓMEZ. *MANUAL DE TOLERANCIA*.

A mis padres, Juana y Esteban, a mi pareja Llorch y a mi hija Xoana.
Doctores *honoris causa* en entrega y tiempo dedicado a esta Tesis.

A mi tío Paquito,
Bedel en la Universidad Laboral de Córdoba,
supo bien qué es la discapacidad.
En su recuerdo.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

AGRADECIMIENTOS

Haciendo honor al tema que da sentido a esta tesis, quiero dedicar estos agradecimientos a todas las personas que me han cuidado durante su elaboración. He tenido suerte, porque en estos cuatro años, esas personas que me cuidan han demostrado una generosidad y entrega excepcionales, superando con buen humor, solidaridad y cariño, mi inevitable descuido.

En lo académico, y también en lo personal, me ha cuidado Felipe, mi director de tesis. Gracias. Como sabio maestro, no me has impuesto nunca el conocimiento, siempre con fe en lo que hacía y con un afecto sincero, me has guiado con interés, honestidad y coherencia. También con buena retranca y con un uso asombroso de la metáfora. Gracias por haber ayudado a que el trayecto fuese más amable, y, sobre todo, gracias por haberlo hecho con cariño.

En absolutamente todo, sin trampa ni cartón, me ha cuidado Llorch, mi pareja. Gracias por asumir esto como un proyecto de familia, pero principalmente por asumirlo con lealtad, sensacional sentido del humor y con tu capacidad natural de hacer que todo resulte fácil. Sobrellevar con tanta gracia y ternura a una doctoranda durante un embarazo y un postparto es de *cum laude*. Para la posteridad queda haberme descubierto que investigaba con "Amenábar: director de tesis".

Agradecer el cuidado de mis padres, Juani y Esteban, en unas pocas líneas es imposible. Me habéis cuidado, pues como lo habéis hecho toda la vida, como los mejores padres. Con mucho amor, entrega y al pie del cañón. Habéis sido los cómplices de la parte más íntima y amarga del proceso, compartiendo el peso de mis ansiedades e inseguridades, animándome, siempre, con mensajes de confianza y coraje -y con un buen plato de comida en la mesa. Fundamental-. Este logro es un reflejo de vuestros esfuerzos y del valor que siempre habéis dado a la cultura y al gusto por el conocimiento, convencidos de que ese era el camino para que yo fuese una persona más libre. Gracias por dármelo todo.

Me ha cuidado mi hermana, Irene. Mi sobrino Cocó. Mi tita Sunsi. Mis primas Evanllelin y Zahira. Mis suegros Beatriz y Gelo, y mis cuñados Goncho, Jacobo, Nacho, Ángel, Marga y Xiana, y también Luca, Jacobín y Mariña. Me han cuidado mis amigos, los de toda la vida: Felipe, Castro, Susana, Adri, Mer… las que además de amigas, son enfermeras: Cata, Noe, Vir, Nieves, Cris y Nely. Mis camaradas Mon, Javi y Candela. También buenos amigos que han surgido en el camino, como Mario y Ainara, y, por supuesto, Abraham, el oráculo de Atlas.ti, sin ti, verdaderamente, esta tesis no habría sido posible. Luci, César Manso, Bibliotecario del Colegio de Enfermería de Madrid, Paz y el resto de mis compañeras y compañeros de la Escuela de Enfermería de Pontevedra, también los del Programa de Doctorado. Todas y todos, de alguna manera, habéis contribuido a mantenerme a flote. ¡Qué fortuna! Gracias.

Pero, sin duda, la que más me ha cuidado, ha sido mi hija Xoana. Ella no sabe lo que es la vida sin esta Tesis. Ha estado con ella desde que era una célula. Listiña como es, comprendió con claridad lo que estaba sucediendo, y generosa, primero desde la barriga y durante estos primeros meses en el mundo, en una hamaquita al lado del ordenador, guardó silencio, esperando pacientemente a que terminase, para alegría de las dos. Lo del saber no ocupa lugar, te lo llevas bien aprendido. Gracias por tolerar mi descuido.

Hacer una tesis es un proceso muy solitario, pero yo no me he sentido sola. Gracias.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CUIDADO E INCLUSIÓN SOCIAL: ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LOS ESTUDIOS DE GRADO DE ENFERMERÍA DE GALICIA

RESUMEN

Esta tesis doctoral se sitúa en el ámbito de la educación universitaria y aspira a contribuir a la innovación de la propuesta formativa en los estudios iniciales de Enfermería desde la perspectiva de la inclusión social. Las razones que justifican la relevancia de esta investigación radican en las consecuencias que el cambio de modelo social actual está provocando en la concepción de la salud, la asistencia sanitaria y la práctica de los cuidados de enfermería. Consecuencias vinculadas a aspectos sociopolíticos y contextuales que determinan nuestra salud y la imposibilidad de cuidarnos o ser cuidados, tales como los niveles de pobreza y exclusión, el desempleo, la educación, el acceso a alimentos, instalaciones sanitarias, vivienda o información, los grados de protección social o la discriminación por cuestiones de género, etnia o edad. Sin embargo, en la formación universitaria de las enfermeras, la salud, la enfermedad y su cuidado continúan interpretándose como procesos biológicos objetivos, sin considerar suficientemente la concurrencia de estas múltiples causas y circunstancias que interaccionan mutuamente. Ante ello, la evidencia científica reclama la incorporación de competencias a los planes curriculares universitarios que cualifiquen a los graduados para llevar a cabo la inclusión social en su ámbito de intervención profesional. Para conocer si se está haciendo y hasta qué punto en los estudios de Grado de Enfermería en Galicia, identificar las probables carencias y categorizar las consecuentes necesidades formativas, proponiendo alternativas curriculares para resolverlo, se desarrolló una investigación documental en dos etapas.

- En un primer momento realizamos una revisión crítica de la literatura especializada y un análisis conceptual que derivó en un libro de categorías utilizado para la segunda parte de la investigación, compuesto por 59 unidades temáticas que engloban la intersección entre la inclusión social y la formación inicial de la enfermería.
- En un segundo momento realizamos un análisis de contenido temático-deductivo de 250 guías docentes que constituyen los planes de estudio de los 8 centros que ofrecen el Grado de Enfermería en Galicia mediante el programa de análisis de datos *Atlas.ti*.

Como resultado identificamos que el enfoque de "cuidado inclusivo" planteado es minoritario en los programas formativos del Grado de Enfermería en Galicia, especialmente en términos de accesibilidad y sostenibilidad. Este enfoque que no solo se limita a considerar a la persona como un ser bio-psico-social, promueve que las enfermeras, además de un rol asistencial, cumplan otro como profesionales capaces de denunciar, abordar, y en la medida de sus posibilidades resolver (o como mínimo paliar) las inequidades sistémicas que afectan a sus pacientes. En consecuencia, un currículum para el Grado en Enfermería orientado hacia la promoción del cuidado inclusivo debe aportar una perspectiva formativa más amplia que complete la necesaria cualificación clínica, con la comprensión ética y política del cuidado enfermero, atenta a la diversidad de los pacientes y a las necesidades sociales propias del contexto de intervención.

PALABRAS CLAVE: inclusión social, educación superior, enfermería, plan de estudios, análisis documental.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

COIDADO E INCLUSIÓN SOCIAL: ANÁLISE DAS NECESIDADES FORMATIVAS E PROPOSTAS DE MELLORA NOS ESTUDOS DE GRAO DE ENFERMERÍA DE GALICIA

RESUMO

Esta tese doutoral sitúase no ámbito da educación universitaria e aspira a contribuír á innovación da proposta formativa nos estudos iniciais de Enfermería desde a perspectiva da inclusión social. As razóns que xustifican a relevancia desta investigación radican nas consecuencias que o cambio de modelo social actual está a provocar na concepción da saúde, a asistencia sanitaria e a práctica dos coidados de enfermería. Consecuencias vinculadas a aspectos sociopolíticos e contextuais que determinan a nosa saúde e a imposibilidade de coidarnos ou ser coidados, tales como os niveis de pobreza e exclusión, o desemprego, a educación, o acceso a alimentos, instalacións sanitarias, vivenda ou información, os graos de protección social ou a discriminación por cuestións de xénero, etnia ou idade. Con todo, na formación universitaria das enfermeiras, a saúde, a enfermidade e o seu coidado continúan interpretándose como procesos biolóxicos obxectivos, sen considerar suficientemente a concorrencia destas múltiples causas e circunstancias que interaccionan mutuamente. Ante iso, a evidencia científica reclama a incorporación de competencias aos plans curriculares universitarios que cualifiquen aos graduados para levar a cabo a inclusión social no seu ámbito de intervención profesional. Para coñecer se se está facendo e ata que punto nos estudos de Grao de Enfermería en Galicia, identificar as probables carencias e categorizar as consecuentes necesidades formativas, propoñendo alternativas curriculares para resolvelo, desenvolveuse unha investigación documental en dúas etapas.

- Nun primeiro momento realizamos unha revisión crítica da literatura especializada e unha análise conceptual que derivou nun libro de categorías utilizado para a segunda parte da investigación, composto por 59 unidades temáticas que engloban a intersección entre a inclusión social e a formación inicial da enfermería.
- Nun segundo momento realizamos unha análise de contido temático-deductivo de 250 guías docentes que constitúen os plans de estudo dos 8 centros que ofrecen o Grao de Enfermería en Galicia mediante o programa de análise de datos *Atlas.ti*.

Como resultado identificamos que o enfoque de "coidado inclusivo" exposto é minoritario nos programas formativos do Grao de Enfermería en Galicia, especialmente en termos de accesibilidade e sustentabilidade. Este enfoque que non só limítase a considerar á persoa como un ser bio-psico-social, promove que as enfermeiras, ademais dun rol asistencial, cumpran outro como profesionais capaces de denunciar, abordar, e na medida das súas posibilidades resolver (ou como mínimo paliar) as inequidades sistémicas que afectan os seus pacientes. En consecuencia, un currículo para o Grao en Enfermería orientado cara á promoción do coidado inclusivo debe achegar unha perspectiva formativa máis ampla que complete a necesaria cualificación clínica, coa comprensión ética e política do coidado enfermeiro, atenta á diversidade dos pacientes e ás necesidades sociais propias do contexto de intervención.

PALABRAS CHAVE: inclusión social, educación superior, enfermería, plan de estudos, análise documental.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CARE AND SOCIAL INCLUSION: ANALYSIS OF EDUCATIONAL NEEDS AND PROPOSALS TO IMPROVE UNDERGRADUATE NURSING PROGRAMS IN GALICIA

ABSTRACT

This PhD dissertation is situated in the field of higher education and aims to contribute to the innovation of the educational proposal in undergraduate nursing studies from a social inclusion perspective. The reasons that justify the relevance of this research lie in the consequences that the transformation of the current social model entails for the conceptualization of health, health care and nursing practice. Consequences related to socio-political and contextual issues that determine our health and the inability to care ourselves or be cared for, such as levels of poverty and exclusion, unemployment, education, access to food, health facilities, housing or information, levels of social protection or discrimination based on gender, ethnicity, or age. However, in the basic training of nurses, health, illness, and their care continue to be interpreted as objective biological processes, with insufficient consideration given to the interaction of these multiple causes and circumstances, which influence each other. Against this background, academia is calling for the inclusion of skills in university curricula that will enable graduates to achieve social inclusion in their professional field of activity. In order to find out whether and to what extent this is the case in undergraduate nursing studies in Galicia, to identify the probable deficits and categorize the resulting training needs, and to propose curricular alternatives, a two-stage documentary study was conducted.

- First, we conducted a critical review of the literature and a conceptual analysis that resulted in a book of categories used for the second part of the study, consisting of 59 thematic units that encompass the intersection between social inclusion and initial nursing education.
- In the second part, we conducted a thematic-deductive content analysis of 250 teaching guides that make up the curricula of the 8 centers that offer the bachelor's degree in nursing in Galicia, using the data analysis program *Atlas.ti.*

As a result, we have found that the proposed approach of “inclusive care” is a minority in nursing education programs in Galicia, especially in terms of accessibility and sustainability. This approach, which is not limited to considering the human being as a bio-psycho-social being, advocates that nurses, in addition to their role as caregivers, fulfill another role as professionals capable of denouncing, addressing and resolving (or at least alleviating), within their means, the systemic injustices that affect their patients. Consequently, an undergraduate nursing curriculum focused on promoting inclusive nursing should provide a broader educational perspective that complements the necessary clinical skills with an ethical and political understanding of nursing that is attentive to the diversity of patients and the social needs of the context of intervention.

KEYWORDS: social inclusion, higher education, nursing, curriculum, documentary analysis

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN *15*

CAPÍTULO 1 MARCO EMPÍRICO *18*
1.1 OBJETIVOS *18*
1.1.1 Objetivo general: 18
1.1.2 Objetivos específicos: 18
1.2 JUSTIFICACIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO *18*
1.3 CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN *21*
1.4 INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL *23*
1.4.1 Revisión bibliográfica crítica-integradora 26
1.4.2 Análisis conceptual 33
1.4.3 Análisis de contenido 37
1.4.3.1 Tipos de análisis de contenido 39
1.4.3.2 Procedimiento en el análisis de contenido: la pauta adoptada en esta tesis 40
1.4.3.2.1 Etapa 1: Preanálisis 41
1.4.3.2.2 Etapa 2: La exploración del material. 53
1.4.3.2.3 Etapa 3: Tratamiento e interpretación de los resultados 58

RESUMEN: DECISIONES METODOLÓGICAS ADOPTADAS EN LA TESIS. **59**

CAPÍTULO 2 DE LAS PRÁCTICAS CUIDADORAS AL CUIDADO PROFESIONAL Y REFLEXIVO *62*
2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO *64*
2.1.1 Etimología del cuidado: atención afectuosa y preocupación reflexiva hacia otros. 64
2.1.2 El cuidado desde una perspectiva filosófica: valor humano, relación con uno mismo, los demás y el entorno, desde el compromiso y la responsabilidad. 65
2.1.3 El cuidado desde la perspectiva histórica: del descuido del cuidado, al cuidado como pilar del Estado de Bienestar. 69
2.2 PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO *71*
2.2.1 Profesionalización de los cuidados de enfermería 72
2.2.2 Etapa preprofesional de la enfermería 74
2.2.3 Etapa profesional de la enfermería 78
2.2.4 El contexto de profesionalización de la Enfermería en España 80
2.3 EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA (S. XX-XXI) *82*
2.3.1 La enfermería en la primera mitad del s.XX: practicantes, matronas y enfermeras 83
2.3.2 La enfermería en la segunda mitad del s.XX: de enfermeras a Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) 87
2.3.3 La integración de la enfermería en la Universidad: Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE). 91

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

2.3.4 Enfermería en el s. XXI: Graduados en Enfermería 101
2.4. LA ENFERMERÍA COMO CIENCIA O DISCIPLINA ACADÉMICA 110
2.4.1 Orientación hacia la Salud Pública: cuidado centrado en el entorno 113
2.4.2 Orientación hacia la enfermedad: cuidado centrado en la técnica 113
2.4.3 Orientación hacia la persona: cuidado interpersonal 115
2.4.4 Orientación holística: cuidado humano 117

CAPÍTULO 3 EL CUIDADO INCLUSIVO: UN COMPROMISO MULTIDIMENSIONAL CON LA EQUIDAD 123
3.1 COMPRENDIENDO LA INCLUSIÓN SOCIAL: FENÓMENOS RELACIONADOS 126
3.1.1Pobreza: algo más que carencias materiales 127
3.1.2 Vulnerabilidad social o poblaciones desatendidas 130
3.1.3 Dignidad Humana o libertad en la toma de decisiones 134
3.1.4 Justicia social: ¿es posible sin solidaridad? 138
3.1.5 Diversidad social, estigma y discriminación 141
3.1.6 Discapacidad u oportunidades para la autonomía personal. 145
3.1.7 Globalización, desarrollo sostenible y cuidados: un equilibrio frágil entre avances y desafíos 153
3.2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL 158
3.2.1 Delimitación de la exclusión social 160
3.2.2 Delimitación de la inclusión social 164
3.2.3 Debates alrededor de la inclusión y exclusión social 168
3.2.3.1 El debate del reconocimiento 169
3.2.3.2 El debate de las capacidades 170
3.2.3.3 El debate de la igualdad y ciudadanía 171
3.3 CUIDADOS, SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL 173
3.3.1 Un enfoque positivo de la salud y el cuidado 176
3.3.2 La salud y el cuidado como derecho ¿Es o no es igual para todos? 178
3.3.3 Determinantes Sociales de la Salud: una visión amplia de la asistencia sanitaria 182
3.3.4 Equidad en salud: más allá de las prestaciones y distribución de la asistencia sanitaria. 186
3.3.5 Accesibilidad universal a la salud: más allá del acceso a los recursos sanitarios. 194
3.4 ESTRATEGIAS PÚBLICAS SOBRE INCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA Y GALICIA: CONTEXTO Y PLANIFICACIÓN 199

CAPÍTULO 4 LAS DEMANDAS QUE EL CUIDADO PROFESIONAL, REFLEXIVO E INCLUSIVO PLANTEA A LA FORMACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA 210
4.1 UNA REFLEXIÓN SOBRE LA FINALIDAD FORMATIVA DE ENFERMERAS: DEL PARADIGMA TÉCNICO Y HOSPITALARIO, AL RELACIONAL Y HUMANO 211
4.2 UNA APROXIMACIÓN CURRICULAR A LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA 215
4.2.1 Para qué se enseña 216
4.2.2 Qué se enseña 221
4.2.3 Cómo se enseña 225
4.2.4 Otras consideraciones 233

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CAPÍTULO 5 RESULTADOS: LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LA PROPUESTA CURRICULAR DEL GRADO DE ENFERMERÍA EN GALICIA 240
5.1 ANÁLISIS POR UNIDADES DE CONTEXTO Y DIMENSIONES DE LAS GUÍAS DOCENTES..... 241
5.1.1 La inclusión social en la propuesta curricular del Grado en Enfermería de las tres universidades de Galicia: UDC, USC y UVigo 241
5.1.2 La inclusión social en la propuesta curricular de las ocho Escuelas/Facultades de Enfermería de Galicia: A Coruña, Ferrol, Santiago de Compostela, Lugo, Pontevedra, Ourense, Vigo Meixoeiro y Vigo Povisa 242
5.1.3 Curso académico 243
5.1.4 Carácter de la materia: formación básica, obligatoria y optativa. 244
5.1.4.1 Materias de Formación Básica 244
5.1.4.2 Materias optativas 248
5.1.5 Peso específico de la materia valorado en ECTS 251
5.1.6 Dimensiones de las guías docentes 253
5.1.6.1 Competencias 253
5.1.6.2 Resultados de aprendizaje 257
5.1.6.3 Evaluación 258
5.1.6.4 Descripción de las materias 258
5.1.7 Tipo de materia 259
5.1.7.1 Materias clínicas y vinculadas a ciencias de la vida. 260
5.1.7.2 Materias obligatorias básicas para Ciencias de la Enfermería: Fundamentos, Gestión, Ética e Investigación 264
5.1.7.3 Materias vinculadas a las especialidades enfermeras: Comunitaria, Salud Mental, Gerontología, y Materno-Infantil. 271
5.1.7.4 Prácticas Clínicas 279
5.1.7.5 Trabajo Fin de Grado (TFG) 284
5.1.7.6 Materias relacionadas con la enfermería social 286
RESUMEN: ANÁLISIS POR UNIDADES DE CONTEXTO Y DIMENSIONES DE LAS GUÍAS DOCENTES. 290
5.2 ANÁLISIS POR UNIDADES DE REGISTRO 293
5.2.1 Inclusión social 293
5.2.2 Cuidados 296
5.2.3 Accesibilidad 299
5.2.4 Derechos 301
5.2.5 Diversidad social y cultural 303
5.2.6 Equidad en salud 305
5.2.7 Desarrollo Sostenible 308
RESUMEN: ANÁLISIS POR UNIDADES DE REGISTRO 310

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES *313*
6.1 CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS. *313*
6.2 NECESIDADES FORMATIVAS DETECTADAS Y PROPUESTAS DE MEJORA. *316*
6.2.1 Enfoque curricular hacia una enseñanza centrada en el cuidado desde la perspectiva del humanismo ético. 316
6.2.2 Proyecto formativo integrado para un cuidado integral del ser humano. 317
6.2.3 Contenidos sobre inclusión social en los planes de formación. 318
6.2.4 Prácticas clínicas en dispositivos sociosanitarios y en la comunidad. 319
6.2.5 Formación básica y optativa relacionada con el cuidado inclusivo. 320
6.2.6 Revisión de la materia Fundamentos de Enfermería. 321
6.2.7 TFG en el marco de la enfermería social. 322
6.2.8 Experiencias de simulación clínica vinculadas a la inclusión social. 323
6.2.9 Relevancia de los sentimientos, el autoconocimiento y el bienestar de las enfermeras dentro del currículum. 323
6.3 LIMITACIONES Y PROSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN. **324**

BIBLIOGRAFÍA *327*

ANEXOS *353*
ANEXO 1 ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LAS 8 ESCUELAS/FACULTADES DE ENFERMERÍA DE GALICIA PARA EL CURSO 2023-2024 ..... **354**
ANEXO 2 LIBRO DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS **360**

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Propuesta metodológica 19
Ilustración 2 Ejemplo/Evidencia de la organización de los documentos seleccionados para la investigación documental de la tesis en el gestor Zotero 33
Ilustración 3 Método por índices para construir el marco teórico propuesto por Hernández Sampieri et al. (2010) 36
Ilustración 4 Facultades y Escuelas de enfermería de Galicia en las que realizaremos el análisis de contenido del currículum 42
Ilustración 5 Unidades de análisis de la tesis 45
Ilustración 6 Proceso para la identificación y establecimiento de categorías 48
Ilustración 7 Ejemplo de la descomposición del material para la codificación 51
Ilustración 8 Organización de las unidades de análisis en Atlas.ti 54
Ilustración 9 Categorización manual a través de Atlas.ti de las unidades de análisis 55
Ilustración 10 Tabla derivada del análisis código-documento 57
Ilustración 11Tabla derivada del análisis de co-ocurrencia de códigos 58
Ilustración 12 Ciencia y caridad (Picasso, 1897) 78
Ilustración 13 Concentración de estudiantes de ATS en Santiago de Compostela 1976 94
Ilustración 14 Esquema interacciones multidimensionales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud 148
Ilustración 15 Ejes estratégicos "Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030" 151
Ilustración 16 Interseccionalidad: marcadores de privilegio u opresión 163
Ilustración 17 Síntomas de exclusión social 164
Ilustración 18 Contribución de la inclusión e integración a la cohesión social 167
Ilustración 19 Niveles de actuación para alcanzar la inclusión social 168
Ilustración 20 Modelo de los DSS de la OMS y su adaptación por la Comisión para reducir las desigualdades en salud de España. 183
Ilustración 21 Modelo DSS y "Resultados altamente sensibles a la equidad" 184
Ilustración 22 Diferencia entre equidad en salud y equidad en la asistencia sanitaria 190
Ilustración 23 Categorías más y menos presentes en las guías docentes del conjunto de las 3 universidades gallegas 241
Ilustración 24 "Observaciones evaluación" guía docente Farmacoterapia UDC. 258

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características fundamentales de la investigación cualitativa desde el paradigma interpretativo Fuente: elaboración propia a partir de Berenguera Ossó et al. (2014); Taylor y Bogdan (1987). 20
Tabla 2 Comunicaciones en Congresos y publicaciones científicas derivadas del trabajo de tesis 23
Tabla 3 Cronograma básico del trabajo de tesis 23
Tabla 4 Diferencias entre investigación bibliográfica, documental y de contenido 25
Tabla 5 Diferentes clasificaciones de la revisión de la literatura según Cronin et al. (2008), Grant y Booths (2009) y Whittemore el al. (2014) 26
Tabla 6 Potencialidades y limitaciones de la revisión bibliográfica crítica según Grant y Booth (2009) 27
Tabla 7 Revisión bibliográfica: literatura gris y libros físicos en biblioteca 28
Tabla 8 Términos y descriptores usados para las búsquedas de la revisión bibliográfica 30
Tabla 9 Criterios de inclusión para la selección de documentos en la revisión bibliográfica 31
Tabla 10 Criterios de idoneidad de la revisión bibliográfica según Hernández Sampieri et al. (2010) 32
Tabla 11 Criterios de idoneidad de la revisión bibliográfica según Mertens (2005) 32
Tabla 12 Tres condiciones en las que la análisis y síntesis conceptual puede ser una estrategia adecuada según Walker y Avant (2014) 35
Tabla 13 Conceptos generales identificados para el análisis conceptual a través del método de mapeo e índices de Hernández Sampieri et al., (2010) 36
Tabla 14 Temas, subtemas e índice derivados del análisis conceptual de la literatura siguiendo la propuesta de Hernández Sampieri et al. (2010) 37
Tabla 15 Tipos de análisis de contenido propuestos por Guix Oliver (2008) y Arbeláez y Onrubia (2014) basándose en Colle (2011) y Piñuel (2002) 39
Tabla 16 Pasos a seguir en el análisis de contenido según varios autores 41
Tabla 17 Facultades/Escuelas de Enfermería de Galicia 42
Tabla 18 Reglas para la selección de los documentos para el análisis de contenido propuestas por Bardin (1996) 43
Tabla 19 Categorías y subcategorías establecidas para el análisis de contenido 49

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 20 Cruces código-documento y co-ocurrencia de códigos realizados en el análisis de contenido con Atlas.ti. 56
Tabla 21 Ideas principales sobre la concepción de cuidado 68
Tabla 22 Etapas evolución histórica de la Enfermería 73
Tabla 23 Contenidos de los primeros programas de formación de enfermeras y practicantes en 1915 85
Tabla 24 Plan de estudios Ayudantes Técnicos Sanitarios (1955) 90
Tabla 25 Principal legislación en la integración de la enfermería en la Universidad (1977-1980) 95
Tabla 26 Diferentes enfoques y contenidos de los programas de formación del modelo tradicional frente al de enfermería universitaria. 98
Tabla 27 Asignaturas fundamentales de la Diplomatura den Enfermería estipuladas en la RO 31 octubre 1977.99
Tabla 28 Principales cambios sociales finales del s.XX y principios s.XXI 102
Tabla 29 Principales cambios resultado de la reordenación de los estudios universitarios en el contexto del EEES 103
Tabla 30 Competencias específicas de la profesión enfermera: proyecto Tuning 105
Tabla 31 Competencias Libro Blanco de la Enfermería 107
Tabla 32 Competencias generales que los estudiantes de enfermería deben adquirir por orden ministerial 108
Tabla 33 Escuelas de pensamiento en la enfermería 112
Tabla 34 Antiguas y nuevas normas que rigen la relación médico-enfermera 114
Tabla 35 Reconocimiento constitucional de la protección de la salud en España 117
Tabla 36 Principios de la Ley General de Sanidad 1986 117
Tabla 37 Los 10 factores de cuidado del modelo Caritas de Watson 119
Tabla 38 Patrones de conocimiento para los cuidados de enfermería basados en Carper (1978) 120
Tabla 39 Las medidas de la pobreza 128
Tabla 40 Diferentes concepciones de la dignidad humana 135
Tabla 41 Modelo de dignidad humana Simões y Sapeta (2019) 135
Tabla 42 Referencias a la dignidad humana en fuentes jurídicas 136
Tabla 43 Principios de la Justicia Social Crítica según Sensoy et al (2017) 139
Tabla 44 Referencias a la no discriminación en fuentes jurídicas 144
Tabla 45 Diferencias entre el modelo médico-rehabilitador y el modelo social de la discapacidad 146
Tabla 46 "Las 5 P para transformar el mundo" de la Agenda 2030 y sus ODS 155
Tabla 47 Valores profesionales, competencias y conocimientos básicos de la formación inicial de enfermería según la Asociación Americana de Enfermería. 157
Tabla 48 Evolución del planteamiento de la pobreza a la inclusión y exclusión social 159
Tabla 49 Diferencias entre pobreza y exclusión social 162
Tabla 50 Las 10 dimensiones de la exclusión social de Levitas et al (2007) 164
Tabla 51 Expresiones, dimensiones y condiciones para la inclusión social según Hutchinson y Lee (2014) 167
Tabla 52 Diez capacidades básicas para una vida digna propuestas por Nussbaum (2012). 170
Tabla 53 Discursos sobre la inclusión/exclusión social y acciones para intervenir 172
Tabla 54 El derecho a la salud en fuentes jurídicas 181
Tabla 55 Circunstancias determinantes de las diferencias sanitarias y en salud según Whitehead 189
Tabla 56 Propuestas para la mejora de la equidad en los sistemas sanitarios recogidas en una selección de documentos 192
Tabla 57 Barreras en el acceso al sistema sanitario descritas por Médicos del Mundo (2022) 196
Tabla 58 Referencias en los planes estratégicos públicos a la inclusión social y su vínculo con la salud 202
Tabla 59 Prioridades y objetivos Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 y su vínculo con los ODS y derechos sociales 207
Tabla 60 Consideraciones de exclusión social según el artículo 3 de la Ley 10/2013 de inclusión social de Galicia 208
Tabla 61 Enseñanza curricular centrada en el cuidado de Waldow (2009) 211
Tabla 62 Facilitadores e inhibidores de la praxis en la práctica de la enfermería desde un enfoque de justicia social de Rafii et al. (2021) 217
Tabla 63 Propuestas del documento The future of nursing 2020-2030 para la transformación del plan de estudios 220
Tabla 64 Dominios y competencias clave propuestas por el informe The future of nursing 2020-2030 para la transformación del plan de estudios 221
Tabla 65 Contenidos propuestos para el plan de estudios de enfermería por Liao y Dordunoo (2022) 223
Tabla 66 Competencias para la reforma del plan de estudios propuestas por Clark et al. (2016) 224
Tabla 67 Propuestas sobre el plan de estudios del informe La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional 225
Tabla 68 Resultados de aprendizaje de una formación sobre competencia estructural dirigida a profesionales de la salud propuestos por Neff et al. (2020) 228
Tabla 69 Propuesta para promover la equidad en el plan de estudios de enfermería de Daly y Pauly (2022) 231
Tabla 70 Competencias básicas para el profesorado de enfermería propuestas por la OMS 237
Tabla 71 Materias de FB en el Grado de Enfermería de las tres universidades gallegas 245

Tabla 72 32 Ámbitos de conocimiento establecidos en el Real Decreto 822/2021 248
Tabla 73 Descripción y contenidos de la optativa "Salud, dependencia y vulnerabilidad social" Escuela de Enfermería de Pontevedra....249
Tabla 74 Materias OP en el Grado de Enfermería de las tres universidades gallegas....250
Tabla 75 Materias de FB y OP vinculadas a la inclusión social....251
Tabla 76 Nº de materias en función de los ECTS en las tres universidades gallegas 253
Tabla 77 Descripción de la materia Fundamentos de Enfermería en las guías docentes de las distintas Universidades gallegas 267
Tabla 78 Organización de las materias Prácticas Clínicas en las diferentes Universidades 281
Tabla 79 Ejemplos de TFG relacionados con la inclusión social 285

ÍNDICE DE TABLAS DE RESULTADOS

Tabla de resultados 1 Presencia de las categorías por universidades en frecuencia absoluta y relativa. 241
Tabla de resultados 2 Presencia de las categorías por centros en frecuencia absoluta y relativa. 242
Tabla de resultados 3 Presencia de categorías por curso académico en frecuencia absoluta y relativa. 243
Tabla de resultados 4 Relación código-documento entre categorías y carácter de la materia en frecuencia absoluta y relativa. 244
Tabla de resultados 5 Presencia de categorías en la Formación Básica por centros en frecuencia absoluta y relativa....245
Tabla de resultados 6 Presencia de categorías en las materias optativas por centros en frecuencia absoluta y relativa....249
Tabla de resultados 7 Presencia de las categorías en función de los ECTS de las materias en frecuencia absoluta y relativa. 252
Tabla de resultados 8 Dimensiones de las guías docentes en las que se identifican las categorías desagregadas por centro. 254
Tabla de resultados 9 Apartados de la guía docente en los que se presentan las categorías. 255
Tabla de resultados 10 Presencia de las categorías en las guías docentes de las materias de Fisiología 256
Tabla de resultados 11 Presencia de las categorías en las guías docentes de las materias clínicas y de ciencias de la vida en frecuencia absoluta y relativa. 260
Tabla de resultados 12 Presencia de categorías en las materias Clínicas desagregadas por apartados de la guía docente....261
Tabla de resultados 13 Presencia de la categoría "Derechos" en las materias clínicas desagregadas por apartado de la guía docente y centro 261
Tabla de resultados 14 Presencia de las subcategorías de "derechos" en las guías docentes de las materias clínicas....262
Tabla de resultados 15 Presencia de la categoría "Inclusión social" en las materias Clínicas desagregadas por apartado de la guía docente y centro 262
Tabla de resultados 16 Presencia de las subcategorías de "inclusión social" en las guías docentes de las materias clínicas....263
Tabla de resultados 17 Presencia de las subcategorías de "inclusión social" en las guías docentes de las materias obligatorias básicas 264
Tabla de resultados 18 Categorías con más presencia en los apartados de las guías docentes de la materia Ética 265
Tabla de resultados 19 Presencia de las subcategorías de "derechos" en los apartados de las guías docentes de la materia Ética 265
Tabla de resultados 20 Presencia de las subcategorías de "cuidados" en los apartados de las guías docentes de la materia Ética 266
Tabla de resultados 21 Presencia de las subcategorías de "equidad en salud" en los apartados de las guías docentes de la materia Ética....266
Tabla de resultados 22 Presencia de las categorías en los apartados de las guías docentes de la materia Fundamentos de la Enfermería 268
Tabla de resultados 23 Subcategorías más presentes en las guías docentes de las materias de Fundamentos de Enfermería....269
Tabla de resultados 24 Subcategorías presentes en el apartado "contenidos" de las guías docentes de las materias Fundamentos de Enfermería 270
Tabla de resultados 25 Presencia de las categorías en las guías docentes de las materias relacionadas con las especialidades de enfermería....272
Tabla de resultados 26 Presencia de las categorías en las guías docentes de las asignaturas vinculadas a la Enfermería Comunitaria 272
Tabla de resultados 27 Presencia de las subcategorías de "inclusión social" en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Comunitaria. 273

Tabla de resultados 28 Presencia de las subcategorías de "cuidados" en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Comunitaria 274
Tabla de resultados 29 Presencia de las subcategorías de "sostenibilidad" en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Comunitaria 275
Tabla de resultados 30 Presencia de las categorías en las guías docentes de las materias de Psicología y Enfermería de Salud Mental....275
Tabla de resultados 31 Presencia de las subcategorías de "cuidado" en las guías docentes de las materias de Psicología y Enfermería de Salud Mental....276
Tabla de resultados 32 Presencia de las subcategorías de "Inclusión social" en las guías docentes de las materias de Psicología y Enfermería de Salud Mental en frecuencia absoluta y relativa. 277
Tabla de resultados 33 Categorías presentes en la totalidad de las guías docentes de las materias sobre Enfermería Geriátrica 277
Tabla de resultados 34 Categorías presentes en el apartado "contenidos" de las guías docentes de las materias sobre Enfermería Geriátrica....277
Tabla de resultados 35 Presencia de las subcategorías de "inclusión social" y "cuidados" en las guías docentes de la materia Enfermería Geriátrica....278
Tabla de resultados 36 Presencia de las subcategorías de "Accesibilidad" en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Geriátrica....278
Tabla de resultados 37 Categorías presentes en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Materno-infantil....279
Tabla de resultados 38 Categorías presentes en el apartado "contenidos" de las guías docentes de las materias sobre Enfermería Materno-infantil 279
Tabla de resultados 39 Apartados de las guías docentes de Prácticas clínicas donde están presentes las categorías 281
Tabla de resultados 40 Subcategorías presentes en las guías docentes de las materias Prácticas Clínicas 284
Tabla de resultados 41 Subcategorías presentes en el apartado "contenidos" de las guías docentes de las materias Prácticas Clínicas 284
Tabla de resultados 42 Subcategorías presentes en el apartado "descripción" de las guías docentes de las Prácticas Clínicas....284
Tabla de resultados 43 Presencia de las categorías en las guías docentes de la materia TFG....285
Tabla de resultados 44 Subcategorías presentes en las guías docentes de la materia "Antropología de la salud" 286
Tabla de resultados 45 Subcategorías presentes en la guía docente de la materia "La enfermería frente a los estilos de vida y el termalismo" 287
Tabla de resultados 46 Subcategorías presentes en la guía docente de la materia "Salud, género y retos sociales en la enfermería"....288
Tabla de resultados 47 Subcategorías presentes en la guía docente de la materia "Salud, dependencia y vulnerabilidad social"....289
Tabla de resultados 48 Subcategorías de "inclusión social" presentes en la globalidad de las guías docentes.294
Tabla de resultados 49 Subcategorías de "cuidados" presentes en la globalidad de las guías docentes 297
Tabla de resultados 50 Subcategorías de "accesibilidad" presentes en la globalidad de las guías docentes 299
Tabla de resultados 51 Subcategorías de "derechos" presentes en la globalidad de las guías docentes....302
Tabla de resultados 52 Subcategorías de "diversidad social y cultural" presentes en la globalidad de las guías docentes....304
Tabla de resultados 53 Subcategorías de "equidad en salud" presentes en la globalidad de las guías docentes 306
Tabla de resultados 54 Subcategorías de "desarrollo sostenible" presentes en la globalidad de las guías docentes....309

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN

Esta tesis doctoral se sitúa en el ámbito de la educación universitaria y aspira a contribuir a la innovación de la propuesta formativa en los estudios de Grado de Enfermería de Galicia desde la perspectiva de la inclusión social. La evidencia científica y los documentos oficiales y legislativos coinciden en reclamar que se incluya en los planes curriculares universitarios el desarrollo de una competencia que cualifique a los graduados para llevar a cabo la inclusión social en sus respectivos ámbitos de intervención profesional. Conocer si se está haciendo eso y hasta qué punto en los estudios de Grado de Enfermería en Galicia, identificar las más que probables carencias y categorizar las consecuentes necesidades formativas, proponiendo finalmente alternativas curriculares para resolverlo es el motivo general de esta tesis.

Las razones que justifican esta investigación y su relevancia radican en las consecuencias que el cambio de modelo social actual está provocando en la concepción de la salud, la asistencia sanitaria y la práctica de los cuidados de enfermería. Un cambio debido a los avances científico-tecnológicos, que implican el incremento de la esperanza de vida, y la mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas y discapacidades. También a los cambios estructurales en las familias, a la globalización, las crisis económicas, el recrudecimiento de las desigualdades sociales, y el aumento de las migraciones y la consecuente multiculturalidad social. Fenómenos que están transformando nuestras sociedades en entornos más diversos y múltiples, lo que entraña un cambio en las necesidades y demandas de cuidados, que ya no se limitan al ámbito estrictamente sanitario, sino que se extienden al ámbito social.

En esta dirección, investigaciones recientes (Foessa, 2019; Ministerio de Sanidad, 2021; Ruiz Álvarez et al., 2022) evidencian que no hay dudas respecto a que en el cuidado de la salud influyen aspectos sociopolíticos y contextuales, existiendo vínculos entre la mala salud y las desigualdades sociales. Sin embargo, en la formación universitaria de los profesionales sanitarios, la salud, la enfermedad y su cuidado continúan interpretándose como procesos biológicos objetivos, sin considerar suficientemente la concurrencia de estas múltiples causas y circunstancias que interaccionan mutuamente. En el caso de la Enfermería, esta carencia, limita su práctica de cuidados al ámbito físico e inmediato, y, a pesar de presenciar directamente durante la práctica profesional las consecuencias de la pobreza, la exclusión, el desempleo, el acceso limitado a recursos básicos y la discriminación, las enfermeras no suelen asumir en el ámbito de sus responsabilidades el participar en la modificación de esas estructuras que actúan como barreras.

Precisamente fue la constatación de las anteriores circunstancias en la práctica profesional durante una década como enfermera de salud mental, lo que determinó la motivación personal para iniciar esta investigación como doctoranda. Desde la silla de la consulta de un Centro de Salud Mental del barrio de Argüelles en Madrid, tuve la oportunidad de estar muy cerca de las caras ocultas de la sociedad en la que vivimos, y sobre todo de ser consciente de que nadie estamos a salvo de sufrir exclusión, ni estamos blindados contra la desgracia. Durante este periodo intenté entender, escuchar, y proporcionar cuidados a personas inmersas en realidades y situaciones socioeconómicas muy distintas, que presentaban una amplia variedad de

problemas que iban mucho más allá de los estrictamente sanitarios. Niños en riesgo de desamparo, con madres y padres politoxicómanos en situación marginal; adolescentes con trastornos de ansiedad y problemas de acoso escolar; familias desestructuradas, divorcios conflictivos, personas migrantes con patologías psiquiátricas, sin hogar y expuestos a la violencia..., entré en contacto con la pobreza, la precariedad, la migración, la discapacidad y la exclusión social entre los estratos más vulnerables y desatendidos. Pero también me expuso a los problemas y desafíos que enfrentan las personas en posiciones más privilegiadas. Todo esto ocurría en el centro de una ciudad, y todo esto, de alguna forma, tenía consecuencias que requerían cuidados de enfermería. Cuidados en los que identifiqué mi limitación competencial para abordarlos en el marco de la equidad, especialmente en lo concerniente a actitudes, prejuicios y estereotipos personales. En esta etapa, además, tuve la oportunidad de interactuar con dispositivos de asistencia sociosanitaria, como los "equipos de calle" y las comisiones de apoyo a familias en riesgo, que me introdujeron a roles desconocidos dentro del ámbito de la enfermería. También realicé una estancia de investigación en Estados Unidos, donde pude comprobar las consecuencias de no tener acceso universal a la asistencia sanitaria, una experiencia que se vio complementada por varias actividades de voluntariado internacional en países como Kenia y Guatemala, donde presencié de cerca las desigualdades sociales presentes en el mundo actual. La combinación de todas estas experiencias marcó profundamente mi trayectoria profesional y suscitó en mí una especial sensibilidad hacia los problemas sociales a la hora de prestar cuidados. Todo ello no solo generó interrogantes teóricos, sino que también inspiró un compromiso personal basado en la experiencia, dando origen a los principales cuestionamientos que sustentan esta tesis: ¿Cuál es el alcance de las responsabilidades sociosanitarias de la enfermería en su ejercicio profesional? ¿La formación universitaria de la Enfermería aborda la equidad y la inclusión en la prestación de cuidados?

La literatura especializada legitima la pertinencia de estos interrogantes, pues multitud de referencias exigen una respuesta contingente en la formación inicial de Enfermería, y reclaman la necesidad de incorporar un enfoque inclusivo, que englobe los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la justicia social y la equidad en salud. Destaca entre ellas una de las últimas declaraciones de posición del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) *El rol de las enfermeras en las desigualdades en salud y la discriminación* (2023), que revela entre las responsabilidades fundamentales de la enfermería la capacidad de identificar y evaluar lo anterior, e insta a cerciorarse de que en su formación inicial se abordan todas las competencias necesarias para la equidad en salud, priorizando valores profesionales como la justicia. En esta línea, el *Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad* señala en el artículo 4 que los principios generales que deberán inspirar el diseño de los planes de estudios de los títulos universitarios oficiales serán, entre otros, la comprensibilidad social, y los principios y valores democráticos, tales como los Derechos Humanos, la igualdad, los principios de accesibilidad universal y la sostenibilidad.

De acuerdo con el planteamiento y la motivación expuesta, el objetivo principal de esta Tesis es identificar, analizar e interpretar las necesidades formativas sobre la inclusión social en los estudios iniciales de Enfermería en Galicia y elaborar una propuesta de innovación curricular que contribuya a su satisfacción. Para responderlo utilizamos como metodología el análisis documental y estructuramos nuestro informe de investigación en 5 capítulos:

- El capítulo 1 se corresponde con el marco empírico. Tratándose de una investigación documental, optamos por iniciar el informe de investigación con este apartado porque clarifica todas las decisiones metodológicas que se tomaron durante el proceso de trabajo. Principalmente aclara que, para alcanzar los objetivos planificados en el marco

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

de la investigación documental, se utilizaron tres metodologías: la revisión bibliográfica, el análisis conceptual y el análisis de contenido. Esto es, para establecer el estado del arte sobre el campo de estudio se realizó una revisión bibliográfica crítica. A partir de esta revisión, se realizó un análisis conceptual con el que se construyó un libro de categorías, instrumento que se utilizó luego, con el soporte de *Atlas.ti*, para el análisis de contenido de los programas formativos del Grado de Enfermería en Galicia.

- El capítulo 2 se ocupa de contextualizar las razones que ayudan a comprender la configuración actual del plan de estudios de enfermería. Para ello se desarrolla el concepto de cuidado desde una perspectiva etimológica, filosófica e histórica, y se realiza un análisis sociohistórico de la formación inicial de la Enfermería en España y los diferentes caminos epistemológicos que han influido en su evolución como disciplina académica.
- En el capítulo 3 se efectúa un análisis detallado alrededor del fenómeno de la inclusión social. Se definen todos los conceptos que se identificaron, fruto de la revisión de la literatura, en la intersección entre la inclusión social y los cuidados de enfermería, para posteriormente centrar el análisis específicamente en la inclusión social en el ámbito de la salud. Así mismo se realiza una revisión de las referencias a la formación de profesionales sanitarios en los planes estratégicos nacionales y de la Comunidad Autónoma de Galicia que se vinculan con la inclusión social. Como resultado del capítulo se precisó lo que entendemos por "cuidado inclusivo" y se identificaron y definieron las unidades temáticas o categorías necesarias para la siguiente etapa de la investigación.
- En el capítulo 4, se reflexiona sobre la finalidad formativa de las enfermeras en la universidad, y se recogen las necesidades y propuestas específicas identificadas en la bibliografía especializada para la transformación del currículum del Grado en Enfermería hacia la promoción del cuidado inclusivo.
- El capítulo 5 se corresponde con la descripción e interpretación de los resultados obtenidos en el análisis de contenido de las guías docentes del Grado en Enfermería de las 8 Escuelas/Facultades que lo imparten en Galicia.
- Por último, se presentan las conclusiones finales, que analizan y valoran el grado de consecución de los objetivos de la Tesis, se describen las necesidades detectadas y se proponen mejoras dentro del alcance de nuestros resultados. Asimismo, se plantean las líneas de investigación futuras.

Nos gustaría finalizar esta introducción destacando tres cuestiones que consideramos relevantes. En primer lugar, el carácter innovador de esta tesis, pues al contrario de la educación inclusiva, que se ha convertido en un concepto ampliamente reconocido y aceptado, la salud inclusiva se encuentra aún en fases iniciales. En segundo lugar, esta investigación conjuga el estudio de la educación y los cuidados de enfermería, que, a pesar de que son dos actividades humanas con objetivos distintos, comparten una naturaleza común. Ambas están sujetas a normas éticas, e implican niveles significativos de incertidumbre, ambigüedad y flexibilidad, desarrollándose mediante procesos deliberativos en los que los participantes buscan comprender y tomar decisiones. En tercer lugar, y como consecuencia, lo que sigue es una aproximación a la comprensión de un posible déficit en la formación inicial de la profesión enfermera en lo que concierne a la inclusión social, pero, en ningún caso se pretende emitir un juicio inapelable sobre el currículo de los estudios de enfermería en Galicia, solo advertir sobre las posibles carencias y promover el necesario debate para cooperativamente contribuir a su revisión y mejora.

USC DE SANTIAGO

CAPÍTULO 1 MARCO EMPÍRICO

El marco empírico que presentamos a continuación exponemos los objetivos de la investigación, y explicamos y justificamos la propuesta metodológica que hemos adoptado. No sobra añadir que entendemos metodología en la línea de Taylor y Bogdan (1987), quienes la definen como el modo en que enfocamos los problemas y buscamos respuestas, a través de un diseño metodológico que describe la investigación realizada, los fenómenos que se estudian y las técnicas e instrumentos que se usan para recoger la información. Se relaciona directamente con la naturaleza objeto de estudio, pues será el enfoque metodológico el que determinará la manera en que el investigador se aproxime a la realidad observada.

1.1 OBJETIVOS

Esta tesis doctoral se sitúa en el ámbito de la educación universitaria y aspira a contribuir a la innovación de la propuesta formativa en los estudios iniciales de Enfermería desde la perspectiva de la inclusión social. Esta finalidad general se concreta en los siguientes objetivos:

1.1.1 Objetivo general:

OB.1. Identificar, analizar e interpretar las necesidades formativas sobre la inclusión social en los estudios iniciales de Enfermería y elaborar una propuesta de innovación curricular que contribuya a su satisfacción.

1.1.2 Objetivos específicos:

OB.2. Revisar y analizar la propuesta curricular relacionada con la inclusión social en el Grado en Enfermería de todas las Facultades/Escuelas de Galicia.

OB.3. Conocer y analizar la investigación disponible para fundamentar propuestas que fomenten la inclusión social en los cuidados de enfermería.

O.B.4.Contrastar las propuestas formativas en el Grado en Enfermería de Galicia con la investigación/evidencia científica disponible en el campo del cuidado y la inclusión social identificando concordancias y discordancias.

O.B.5. Elaborar un informe final que aporte un diagnóstico de las necesidades formativas y propuestas de mejora del plan curricular.

1.2 JUSTIFICACIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO

A continuación, presentamos el marco general de la metodología adoptada en la tesis, que será ampliamente desarrollada en los epígrafes posteriores del capítulo. Dado que, para dar respuesta a los diferentes objetivos propuestos, se planificaron y desarrollaron distintas estrategias con el fin de analizar el objeto de estudio desde perspectivas complementarias, acompañamos el texto con un diagrama que representa el curso de la investigación (Ilustración 1).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

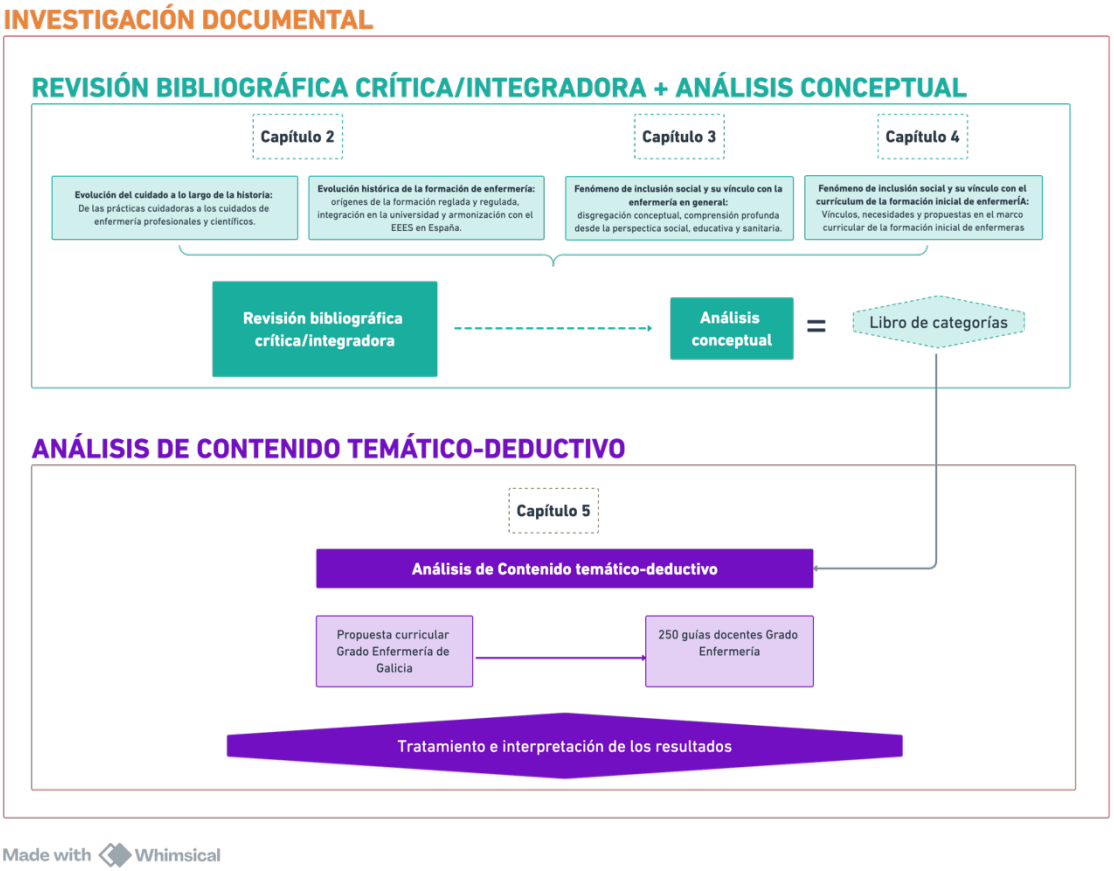


Ilustración 1 Propuesta metodológica
Fuente: elaboración propia

Como puede apreciarse, la metodología general adoptada se corresponde con la que es propia de una investigación documental. En ese marco metodológico, es posible identificar en la Tesis dos partes diferenciadas, pero que se complementan dialécticamente. La **primera parte** consiste en una **revisión bibliográfica crítica/integradora y un análisis conceptual** (Ilustración 1. Capítulo 2,3 y 4); mediante ese proceso accedimos a conocer la evidencia científica existente en el campo del cuidado y la inclusión social, y de forma deductiva, identificamos las diferentes categorías temáticas o unidades de análisis para el desarrollo de la parte siguiente. Pues, en efecto, la **segunda parte** se centra en el **análisis de contenido mixto (cuantitativo/cualitativo) de los planes de estudio** de la formación inicial de enfermería en Galicia (Ilustración 1. Capítulo 5).

A fuer de ser radicalmente transparentes respecto a nuestra toma de decisiones metodológicas, podemos decir que desde un momento inicial fiamos el resultado de esta investigación a lo que pudiera aportarnos el análisis de los programas de las disciplinas de los grados de enfermería en Galicia, mediante el empleo del programa *Atlas.ti*. Pero siendo exigentes con el rigor científico que requiere un trabajo como este, orientado especialmente a la colación del grado de doctor, no es posible ignorar que este programa (*Atlas.ti*) por potente que resulte, no es más que un instrumento, un recurso para el análisis de los datos. Conscientes de ello, se nos impone reflexionar en el campo de la metodología de la investigación en ciencias sociales sobre la naturaleza específica de nuestra investigación, pues se trata, al fin, de merecer el reconocimiento de una comunidad investigadora en la que aspiramos integrarnos: la de los

USC DE COMPOSTELA

profesores universitarios comprometidos con la formación inicial de profesionales en su campo de especialización de referencia, la enfermería en nuestro caso; de manera que la actividad docente se apoye sobre la actividad investigadora.

Siendo así, nos ubicamos en el marco del **paradigma interpretativo**, entendido en la línea de Berenguera Ossó et al. (2014) (Tabla 1), como aquel que concibe la realidad como contextual y conformada por valores sociales, políticos y culturales, que la investigación es un proceso circular y emergente, y el conocimiento se obtiene de forma inductiva. Se plantea desde una visión holística que enfatiza el contexto, es decir, asume que el todo es más que la suma de las partes y trata de captarlo de forma integral en toda su complejidad, con el convencimiento de que, cuanto más sensibilidad histórica y sociocultural tenga, más a fondo lo entenderá. (Berenguera Ossó et al., 2014, p. 11). Desde este prisma, hemos analizado ampliamente el contexto histórico y socio-profesional de la formación inicial de la enfermería (Ilustración 1. Capítulo 2) e identificado los vínculos con la inclusión social (Ilustración 1. Capítulo 3 y 4), para estudiar el currículum actual (Ilustración 1. Capítulo 5), desde una visión de este como algo más que un temario. Es decir, asumimos que no es posible analizar e interpretar el currículo actual, si no es enraizándolo en el contexto histórico y en el sistema educativo universitario en el que tiene lugar.

Tabla 1 Características fundamentales de la investigación cualitativa desde el paradigma interpretativo Fuente: elaboración propia a partir de Berenguera Ossó et al. (2014); Taylor y Bogdan (1987).

Visión holística. Enfatiza el contexto. La investigación ha de tener sensibilidad sociocultural. Es decir, asume que el todo es más que la suma de las partes y trata de captarlo de forma integral en toda su complejidad, procurando conocer el contexto en profundidad con el convencimiento de que, cuanto más cerca esté de él y más sensibilidad (histórica y sociocultural) tenga, más a fondo lo entenderá.
Pretende obtener conocimiento intensivo. Es decir, busca entender ese fenómeno aquí y ahora de la manera más profunda posible. Prioriza el conocimiento en profundidad sobre el conocimiento en extensión.
Entiende el conocimiento como procesual. Es decir, la realidad no es estática, cambia a lo largo del tiempo, de la geografía y de la historia. Por este motivo, las investigaciones y el conocimiento han de ser entendidas como un proceso dinámico y cambiante.
No pretende encontrar leyes universales. Busca generalizaciones más moderadas y situacionales como resultado del conjunto de investigaciones contextuales
El equipo investigador no es nunca objetivo ni neutral. La imparcialidad. Acepta que la posición teórica desde la que se investiga, las creencias, valores, experiencias e intereses de los investigadores influyen en la elección y en los resultados de la investigación.
Se enfoca a la acción y al cambio. Es decir, se realiza para que el conocimiento de la realidad estudiada permita cambiarla y mejorarla.

Con la misma intención, tomando como referencia a Gil (2008), Hernández Sampieri et al. (2010) y a Hurtado (2000), y atendiendo al propósito y alcance de la tesis, podemos delimitarla como **descriptiva, explicativa y proyectiva**; y si atendemos a la dimensión temporal podemos precisar que esta es también una investigación **transversal**, pues se realiza en un momento concreto en el tiempo (Lenise do Prado, de Souza, et al., 2013).

Es **investigación descriptiva** pues tratamos de conocer, describir y comprender la propuesta curricular relacionada con la inclusión social en el Grado en Enfermería de todas las Facultades/Escuelas de Galicia. La investigación descriptiva tiene la finalidad de exponer, clasificar e interpretar las características de un determinado fenómeno o el establecimiento de relaciones entre variables (Gil, 2008, p. 28), siendo útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación (Hernández Sampieri et al., 2010, p. 80).

Es **investigación explicativa**, pues, al menos los capítulos 2 y 3 de esta Tesis tratan de analizar los factores que determinan o contribuyen a la aparición de fenómenos tal y como acontece, en el caso que nos ocupa, con los factores socio-históricos que han influido en la

USC DE COMPOSTELA

conformación del currículum de la formación inicial de la enfermería en la actualidad y sus vínculos con la inclusión social (Gil, 2008, p. 28).

Es **investigación proyectiva**, en tanto que aspira a elaborar un informe final que aporte un diagnóstico de las necesidades formativas y propuestas de mejorar del plan curricular. Con todo, como se verá, es cierto que el diagnóstico es más potente que las propuestas de mejora que presentamos, que son todavía muy provisionales, pero no lo es menos que la tesis en su conjunto si se concibe "como solución a un problema o necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social, una institución, en un área particular del conocimiento, a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, de los procesos explicativos o generadores involucrados y de las tendencias futuras"(Hurtado, 2000, p. 325).

Finalmente, aunque no la hemos propuesto como una característica definitoria más porque somos conocedores de nuestras limitaciones, no nos resistimos a sugerir (solo eso), que la vocación de esta tesis la sitúa también de alguna manera en el ámbito de la **investigación aplicada,** pues "se preocupa menos por el desarrollo de teorías de valor universal que por la aplicación inmediata a una realidad circunstancial" (Gil, 2008, p. 27). En este sentido, no pretendemos extender los resultados de este trabajo al panorama general de la formación inicial de la Enfermería, si no al caso concreto de Galicia, donde tratamos de identificar las necesidades formativas sobre la inclusión social, confrontando la teoría con la realidad de la propuesta curricular en este territorio.

De este modo, esta tesis está transida de múltiples intenciones de investigación que se corresponden con diversos modelos reconocidos. Confiamos en que nuestro esfuerzo de síntesis resulte coherente con los modelos de referencia.

1.3 CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN

Antes de profundizar en la justificación y descripción de las diferentes metodologías mencionadas, consideramos oportuno añadir un cronograma para poder situarlas en el tiempo. En términos generales podemos dividir el trabajo de tesis en tres etapas, acompañadas todas ellas por una etapa de divulgación, que consideramos transversal.

Etapa 1:

- **Fase preliminar:** en ella se desarrolló el plan y diseño de la investigación, y se realizó una primera aproximación a la literatura especializada. Para ello se recurrieron a diferentes fuentes y estrategias metodológicas, tal y como se expondrá en epígrafes posteriores. En esta fase asentamos las bases del marco teórico, la estructura, orientación y dirección esencial de la tesis. Así mismo, se realizó un estudio piloto preliminar con el objetivo de disponer de una perspectiva más amplia y conocer la situación de los planes de estudio del Grado en Enfermería de toda España desde el prisma de la inclusión social. Para ello, testando el diseño de investigación propuesto, se revisaron los planes de estudio de 112 Escuelas/Facultades de Enfermería de todo el territorio nacional[1].
- **Fase de fundamentación metodológica:** en esta fase tuvo lugar la formación específica en metodología de la investigación, cursando para ello para dos materias de formación complementaria del programa interuniversitario de doctorado en Equidad e

[1] Los resultados de este estudio piloto se presentaron en el III Congreso Interdisciplinar de Jóvenes Investigadores de la Universidad de Murcia (septiembre 2021) y se publicaron en la Revista Caribeña de Ciencias Sociales (noviembre 2021): Claudia González López y José Felipe Trillo Alonso: "Relevancia y presencia de los objetivos de desarrollo sostenible en los planes curriculares del grado de enfermería en España", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (Especial noviembre 2021, pp. 15-30) En línea: https://doi.org/10.51896/caribe/BIEL4657

innovación en Educación: el primero sobre metodologías cualitativas en la investigación socioeducativa[2] y el segundo sobre investigación en evaluación de programas e instituciones. En este momento se tomó la decisión de llevar a cabo una investigación documental, que después se desarrolló en dos fases: una primera centrada en la identificación y análisis de las fuentes bibliográficas, y una segunda centrada en el análisis de los programas de los planes de estudio.

- **Fase de fundación teórico-conceptual:** En esta fase, se realizó tanto la revisión bibliográfica crítica e integradora, como el análisis conceptual de las fuentes seleccionadas. Ambos procesos cristalizaron: en primer lugar, en un extenso trabajo de contextualización sociohistórica de la formación inicial de la enfermería en España y de su labor profesional principal sobre el cuidado, y sus vínculos con la inclusión social (Ilustración 1. Capítulo 2); y, en segundo lugar, en un pormenorizado y riguroso análisis conceptual (Ilustración 1. Capítulo 3) acompañado de una reflexión sobre la función formativa de la universidad y una aproximación curricular a la formación de Grado de enfermería en el área de interés de esta Tesis (Ilustración 1. Capítulo 4), todo ello concluyó en una síntesis temática a través de la cual se construyó el libro de categorías necesario para el trabajo de campo propiamente dicho.

Etapa 2:

- **Trabajo de campo:** en nuestro caso, el trabajo de campo se corresponde con el análisis de contenido de los programas de los planes de estudio de la formación inicial de Enfermería de las tres Universidades gallegas: A Coruña, Santiago y Vigo a través del libro de categorías derivado de la fase anterior y haciendo uso del *software* de análisis *Atlas.ti*. En esta fase, fundamental en el trabajo de tesis, se realizó una reducción, codificación e interpretación de la información contenida en 250 documentos (Guías docentes).

Etapa 3:

- **Fase interpretativa:** interpretación de los resultados obtenidos en la fase anterior contrastándolos con la información recogida en todas las fases previas (Ilustración 1. Capítulo 4. Tratamiento e interpretación de los resultados) y elaboración de conclusiones.

Etapa transversal:

- **Fase de divulgación:** en respuesta a las exigencias propias del programa de doctorado,

y en coherencia con la responsabilidad de cualquier investigador de compartir el conocimiento generado, a lo largo de todo el proceso de tesis se difundieron y divulgaron los planteamientos y hallazgos en distintos foros académicos (congresos, reuniones científicas…) y fuentes de divulgación (revistas científicas) (Tabla 2).

[2] Recordamos con cariño y con agradecimiento por el interés y disponibilidad que manifestó por esta tesis durante el transcurso de la materia, a la docente Lucía Iglesias da Cunha que tristemente falleció en noviembre de 2023.

Tabla 2 Comunicaciones en Congresos y publicaciones científicas derivadas del trabajo de tesis
Fuente: elaboración propia

Comunicaciones en Congresos	Publicaciones en revistas científicas
VI Reunión Científica Interuniversitaria de Jóvenes Investigadores: "Cuidado e inclusión social. Análisis de las necesidades formativas y propuestas de mejora en los estudios de Grado de Enfermería de Galicia". Virtual. 5-6 junio 2021	González C., Trillo F. "Relevancia y presencia de los objetivos de desarrollo sostenible en los planes curriculares del grado de enfermería en España", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (Especial noviembre 2021, pp. 15-30) https://doi.org/10.51896/caribe/BIEL4657
III Congreso interdisciplinar de jóvenes investigadores. "Relevancia y presencia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los planes curriculares del Grado de Enfermería de España". Virtual. 23-24 septiembre 2021	González, C., Trillo, J. (2023). La construcción del currículum del Grado en Enfermería en España: aproximación histórica desde un enfoque de equidad. Cuaderno de Pedagogía Universitaria, 21 (40), 19-27.
III Jornada Internacional de Doctorandos: "Cuidado e inclusión social. Análisis de las necesidades formativas y propuestas de mejora en los estudios de Grado de Enfermería de Galicia". Virtual. 15-19 noviembre 2021	
III Encuentro de Doctorandos/as e Investigadores/as Noveles AIDIPE. "Cuidado e inclusión social: análisis de las necesidades formativas y propuestas de mejora en el Grado de Enfermería de Galicia" Santiago de Compostela. 14 junio 2022	
VII Reunión Científica Interuniversitaria de Jóvenes Investigadores: "Cuidado e inclusión social. Análisis de las necesidades formativas y propuestas de mejora en los estudios de Grado de Enfermería de Galicia". Avilés. 4-5 junio 2022	
XII Congreso Iberoamericano de Docencia Universitaria. Carrera académica: una gestión para el cambio. "Aproximación histórica a la construcción del currículo del Grado en Enfermería en Galicia desde la perspectiva de la equidad". República Dominicana. 2-4 noviembre 2022.	

La redacción del informe de la tesis tuvo lugar a lo largo de todas las fases (Tabla 3).

Tabla 3 **Cronograma básico del trabajo de tesis**
Fuente: elaboración propia

		Curso académico		
		2020-21	2021-22	2022-23
Etapa	Preliminar			
	Preparatoria			
	Trabajo de campo			
	Analítica			
	Divulgación			
	Redacción			

Expuesto el plan de trabajo de la tesis, a continuación, desarrollamos y justificamos el procedimiento de investigación documental que hemos adoptado para alcanzar los objetivos propuestos.

1.4 INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Según Berenguera Ossó et al. (2014, p. 128), existen tres tipos básicos de técnicas de recogida de información en investigación cualitativa: técnicas conversacionales, observacionales y documentales. **En esta tesis hemos optado por las técnicas documentales** que consisten en la

identificación, recogida y análisis de documentos relacionados con el hecho o contexto estudiado. Pretende compartir significados, no a través de las personas directamente, sino a través de sus textos, escritos, producciones, gráficos, etc.

Tancara (1993) define la investigación documental, como:

> Una serie de métodos y técnicas de búsqueda, procesamiento y almacenamiento de la información contenida en los documentos, en primera instancia, y la presentación sistemática, coherente y suficientemente argumentada de nueva información en un documento científico, en segunda instancia.

Hurtado (2000) refiriéndose a la revisión documental, la define como:

> El proceso a través del cual un investigador recopila revisa, analiza, selecciona y extrae información de diversas fuentes, acerca de un tema particular (su pregunta de investigación), con el propósito de llegar al conocimiento y comprensión más profundo del mismo (p.9).

Tancara (1993) sugiere que esta metodología tiene su origen en los trabajadores de la información, que fueron quienes desarrollaron diferentes métodos y técnicas con el propósito de ofrecer información sistematizada y de calidad a la sociedad. El autor, lo explica argumentando que desde la democratización del conocimiento los investigadores se vieron en la necesidad de sistematizar y aportar rigor a la búsqueda de la información, aprovechando la experiencia adquirida por los trabajadores de la información. Este hecho hizo que se extendiese el concepto de investigación documental para referirse no sólo a la actividad que realizaban los bibliotecarios, documentalistas y analistas de información, sino, también, a los trabajos de búsqueda de información que realizaban los investigadores (Tancara, 1993). Un hito en la investigación documental fue la publicación del informe *UNISIST: informe del estudio sobre la posibilidad de establecer un sistema mundial de información científica"* (UNESCO, 1971), ya que supuso la aceptación de la investigación documental como un servicio de información retrospectivo, en oposición a un servicio de información corriente (Tancara, 1993).

Peña y Pirela (2007) señalan que el valor de la investigación y análisis documental se consolida cada vez con mayor fuerza debido a la avalancha informativa a la que se asiste en el presente. También que los **propósitos del análisis documental** trascienden a la mera recuperación o difusión de la información. **Estos también se orientan a facilitar la cognición y/o aprendizaje del investigador para que este se encuentre en condiciones de resolver problemas y tomar decisiones en sus diversos ámbitos de acción**. Requiere pues, tal y como informa Clausó García (1993), de una operación intelectual que da lugar a un subproducto o documento secundario que actúa como intermediario entre el documento original y el usuario que solicita información. El calificativo de intelectual responde a que el investigador debe realizar un proceso de interpretación y análisis de la información de los documentos y luego sintetizarlo.

En cuanto a las fases o pasos a seguir en las revisiones documentales Hurtado (2000) propone que, en cualquier caso, el investigador desarrollará al menos tres (p. 91):

- **Fase comparativa:** permite al investigador recopilar teorías, conceptos y datos de investigaciones previas relacionadas con lo que quiere saber, e identificar semejanzas y diferencias entre los diversos planteamientos.
- **Fase analítica:** permite al investigador criticar o juzgar acerca de la pertinencia de los conceptos o informaciones encontradas con respecto a su trabajo, valorar la

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

amplitud, el alcance, y la capacidad explicativa de las diversas teorías y conceptos en torno a su pregunta de investigación.

- **Fase explicativa:** le permite configurar su *sintagma gnoseológico* que la autora define como "una creación propia, producto de la integración de definiciones y teorías en un esquema teorético, el cual responde a la lógica del investigador y se convierte en el soporte de todo el estudio".

De este modo, la investigación documental, implica obviamente la búsqueda, clasificación y análisis de documentos, por lo que **cabe detenerse en matizar las diferencias entre el análisis documental, el bibliográfico y el análisis de contenido, pues todos ellos se utilizan en la metodología de esta tesis** (Tabla 4), pues como advierte Andreu (2002) y Gil (2008) son técnicas limítrofes.

Aunque, según Gil (2008), y en un sentido amplio, dentro de la investigación documental se engloba la bibliográfica, si atendemos a la naturaleza de las fuentes se puede establecer una diferencia entre ambas. Este autor sostiene que la investigación bibliográfica utiliza fundamentalmente contribuciones de diferentes autores sobre un determinado tema, en el caso de la documental esta hace uso de materiales que aún no han recibido un tratamiento analítico, o que aún pueden reelaborarse de acuerdo con los objetivos de la investigación. Ambas se desarrollan siguiendo los mismos pasos, y en definitiva lo fundamental según el autor es tener presente que en la **investigación documental** se exploran las fuentes documentales que no han sido analizadas: documentos oficiales y legislativos, noticias de prensa, imágenes... y en la **investigación bibliográfica** aquellas que son fruto del análisis de alguien: informes y artículos de investigación, tesis doctorales, cuadros estadísticos, informes sobre distintos temas de organismos oficiales.

Por su parte, Andreu (2002) define el análisis documental como la operación, o conjunto de operaciones, tendentes a representar el contenido de un documento bajo una forma diferente de la suya original a fin de facilitar su consulta o localización en un estudio ulterior. Lo diferencia del **análisis de contenido** en que, en el primer caso, el investigador actúa fundamentalmente sobre los documentos, mientras que en el segundo actúa sobre los mensajes comunicativos de estos. Además, el objetivo del análisis documental es la representación condensada de la información para su almacenamiento y consulta, mientras que el análisis de contenido trata de establecer inferencias o explicaciones en una realidad dada a través de los mensajes comunicativos (Tabla 4).

Tabla 4 **Diferencias entre investigación bibliográfica, documental y de contenido**
Fuente: elaboración propia a partir de diversas fuentes Gil (2008), Andreu (2002)

Documental	Bibliográfica	Contenido
Actúa sobre el documento. Uso principal de documentos no analizados previamente: leyes, documentos oficiales, programas, imágenes, grabaciones…	Actúa sobre el documento. Uso principal de fuentes analizadas previamente por alguien: artículos de investigación, informes de organismos oficiales sobre algún tema, tesis doctorales, cuadros estadísticos.	Actúa sobre los mensajes comunicativos de los documentos.

Tal y como ya se ha dicho, en esta Tesis utilizamos los tres procedimientos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

1.4.1 Revisión bibliográfica crítica-integradora

Codina (2020) defiende que las revisiones bibliográficas tienen un papel notable en el avance de la ciencia debido al carácter acumulativo de la misma. También informa que cumplen diversas y amplias funciones como demostrar que el investigador sabe manejar, analizar e interpretar información científica, proporcionar ideas y modelos para nuevas investigaciones, facilitar un marco teórico y metodológico necesario para afrontar nuevas investigaciones.

El proceso de revisión de la literatura ha sido clasificado de diversos modos considerando el paradigma que guía al investigador. Lenise do Prado et al. (2013) exponen que, independientemente del tipo, toda revisión de la literatura utiliza fuentes bibliográficas para obtener resultados de otros estudios, con el objetivo de identificar lagunas de conocimiento y estudios reiterados que permitan reorientar el planteamiento del problema, fundamentar un determinado tema o identificar posibles metodologías. De acuerdo con las mismas autoras, de modo general, una revisión de la literatura puede clasificarse en dos categorías: no sistematizada y sistematizada.

A través de las aportaciones de otros autores, como Cronin et al. (2008), Grant y Booths (2009) y Whittemore et al. (2014), se proponen otras clasificaciones (Tabla 5).

Tabla 5 Diferentes clasificaciones de la revisión de la literatura según Cronin et al. (2008), Grant y Booths (2009) y Whittemore el al. (2014)
Fuente: elaboración propia

Cronin et al. (2008)	Grant y Booths (2009)	Whittemore et al., (2014)
Revisión tradicional o narrativa	Revisión crítica	Revisión integradora
Revisión sistemática de la literatura	Revisión sistemática	Revisión sistemática
Metaanálisis	Metaanálisis	Metaanálisis
Metasíntesis	Revisión sistemática cualitativa	Síntesis cualitativa
	Revisión panorámica	Revisión panorámica
	Revisión paraguas	Revisión paraguas
	Revisión de estudios mixtos	Revisión de estudios mixtos
	Revisión de mapeo sistemático	
	Revisión rápida	
	Revisión del estado de la cuestión	
		Revisión RE-AIM

La revisión no sistematizada es aquella que tradicionalmente se denomina revisión narrativa, aunque autores como Grant y Booths (2009) la amplían a **revisión crítica**, y otros como Whittemore et al. (2014) a **revisión integradora**, atendiendo a algunos matices. Para estos autores, ya sea denominada crítica o integradora, este tipo de revisión presenta un enfoque más sistemático y riguroso que la **revisión bibliográfica narrativa**, y tiene por objeto demostrar que el autor ha investigado ampliamente la bibliografía y ha evaluado su calidad. Su síntesis es generalmente narrativa, pero también conceptual o cronológica. Va más allá de la mera descripción e incluye algún grado de análisis e innovación conceptual. Busca identificar los elementos más significativos en el campo, y no presenta una evaluación formal de la calidad, sino que se intenta evaluar en función de la contribución o aportación de cada fuente. Su resultado más tangible suele manifestarse en una hipótesis o un modelo, no en una respuesta,

y, este modelo resultante puede constituir una síntesis de modelos o escuelas de pensamiento o puede ser una interpretación completamente nueva de los datos existentes (Grant y Booths, 2009). Ayudan a reconceptualizar la visión de un problema y contribuyen al avance de la disciplina (Guirao Goris, 2015).En cualquier caso, no presenta un método en sí misma y se realiza de forma relativamente libre.

La revisión crítica o integradora, de elección en esta tesis, describe el estado del arte de un asunto en particular. Constituye un análisis de la literatura a partir de la interpretación y análisis crítico personal del investigador. En general, se recurre a ella cuando se requiere defender un punto de vista o para hacer frente a diferentes puntos de vista, en apoyo a un análisis argumentativo. Como no está vinculada a un método específico, el investigador selecciona los estudios de su interés y criterios personales: aquellos a los que tiene acceso y que considere más relevantes, los que tienen puntos de vista similares y/o divergentes. Por lo tanto, plantea la limitación de que no pueden ser reproducidas por otros investigadores y el resultado atiende a un punto vista que propone el autor (Lenise do Prado et al., 2013). No obstante, también plantea potencialidades como intentar resolver corrientes de pensamiento contrapuestas, hacer balance y evaluar el conocimiento o trabajos anteriores sobre el tema objeto de investigación, o proporcionar un punto de partida para una nueva fase de desarrollo conceptual y su posterior puesta a prueba (Tabla 6).

Tabla 6 Potencialidades y limitaciones de la revisión bibliográfica crítica según Grant y Booth (2009)
Fuente: elaboración propia

Potencialidades	Limitaciones
En circunstancias normales, la innovación conceptual se desarrolla a través de un proceso de evolución o acumulación, en el que cada versión sucesiva se suma a las anteriores. Una revisión crítica brinda la oportunidad de "hacer balance" y evaluar lo que tiene valor del corpus de trabajo anterior. También puede intentar resolver corrientes de pensamiento contrapuestas. Como tal, **puede proporcionar un punto de partida para una nueva fase de desarrollo conceptual y su posterior puesta a prueba.**	Las revisiones críticas no suelen demostrar la sistematicidad de otros enfoques más estructurados de la bibliografía. Aunque es muy valioso intentar identificar toda la literatura disponible sobre un tema objeto de revisión, no existe un requisito formal de presentar explícitamente los métodos de búsqueda, síntesis y análisis. El énfasis se pone en la contribución conceptual de cada elemento de la literatura incluida, no en la evaluación formal de la calidad. **Aunque una revisión de este tipo sirve para agrupar la bibliografía sobre un tema, los elementos interpretativos son necesariamente subjetivos y el producto resultante es el punto de partida para una evaluación posterior, no un punto final en sí mismo.**

Guirao Goris (2015) añade que estas revisiones pueden cubrir diversos niveles de exhaustividad. También que la característica común en todos los casos es que se revisa la literatura publicada, y ello implica que los materiales incluidos poseen cierto grado de permanencia. Este proceso puede haber sido realizado por pares, aunque no siempre es una condición imprescindible. También sugiere que son una parte esencial para la ciencia y cualquier disciplina, puesto que su objetivo es identificar, analizar, valorar e interpretar el cuerpo de conocimientos sobre un tema específico. Y que, el enfoque y profundidad de la revisión estará condicionado por el contexto para el que se realice, es decir, si la revisión forma parte de una tesis doctoral, cabe esperar que sea profunda, analítica y de síntesis, abarcando la literatura conocida sobre el problema e incluyendo la producción científica en otras lenguas, de modo que permita fundamentar la selección del campo de estudio, el problema de investigación y la justificación.

En este contexto, Gil (2008), aun defendiendo las ventajas del uso de este tipo de revisión, evidencia que la calidad de la investigación puede verse comprometida. Al basarse específicamente en fuentes secundarias, puede reproducir e incluso amplificar errores o datos

tratados de forma errónea en los documentos utilizados. Para reducir esta posibilidad, el autor propone que cualquier investigador que decida usar la investigación bibliográfica de este tipo como fundamento metodológico, recurra a gran diversidad de fuentes comparándolas cuidadosamente, buscando incoherencias o contradicciones, así como asegurando las condiciones en las que se obtuvieron los datos.

En esta dirección, Guirao Goris (2015) señala que, en la actualidad, se considera que una revisión crítica o integradora, metodológicamente tendría al menos que contener la descripción del proceso a través del cual se ha realizado la búsqueda y se han localizado los documentos. Y que debe plantear cuáles fueron las bases de datos utilizadas, qué términos y descriptores se manejaron y la estrategia de búsqueda en que se explica cómo se combinaron los términos empleados. Por ello, y al objeto **de garantizar que la revisión bibliográfica desarrollada en esta tesis responde a criterios de calidad propuestos por este y otros autores, a continuación, describimos el proceso desarrollado.**

Con el fin de conocer la evidencia científica existente en el campo del cuidado y la inclusión social la primera fase de esta tesis consistió en una revisión bibliográfica crítica/integradora, que incluyó el análisis documental de la literatura gris (informes de organismos de referencia, documentos legislativos…) (Tabla 7), así como una revisión bibliográfica de las evidencias científicas en las principales bases de datos en Ciencias Sociales (Web of science, Scopus, Eric), en Ciencias de la Salud (Medline/Pubmed), y de referencia en Enfermería (Cinahl, Cuiden). Se utilizaron así mismo bibliotecas electrónicas o portales de difusión de la producción científica hispana como Scielo o Dialnet. También bibliotecas virtuales especializadas en enfermería como Ciberindex o *Enferteca* del Grupo Paradigma. Además, se consultaron específicamente editoriales académicas como Elsevier, y revistas especializadas en Enfermería españolas, como *Cultura de los Cuidados*: *revista de enfermería y humanidades*, la *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, *Temperamentvm: Revista internacional de Historia* o *Enfermería Docente*; e internacionales, como *Nurse Education Today*, *Nurse Educator* o *Journal of Nursing Education*. Además, se recurrió a la Biblioteca del Complexo Hospitalario de Pontevedra y de la Escuela Universitaria de Enfermería de Pontevedra para la consulta de libros específicos **no digitalizados** (Tabla 7)[3].

Tabla 7 **Revisión bibliográfica: literatura gris y libros físicos en biblioteca**
Fuente: elaboración propia

Literatura gris		
Organismos de referencia de los informes seleccionados	- Ministerio de Sanidad. - Ministerio de Educación, cultura y deporte. - Ministerio de Igualdad. - Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. - Ministerio de la Presidencia. - Organización Mundial de la Salud. - Organización Panamericana de Salud. - Naciones Unidas - Consejo Nacional de Enfermería. - Conferencia nacional de decanos de enfermería. - Consejo Internacional de Enfermería. - Asociación Americana de Colegios de Enfermería. - National League of Nursing. - Comunidad Europea	n=64.

[3] Evidentemente se recurrió a más libros de los que se exponen en la tabla, pero el resto o bien sí se encontraron en formato digital y pueden consultarse en la bibliografía de la tesis, junto con todas las fuentes al completo, o bien se compraron. En esta tabla solo hemos querido hacer referencia a aquellas fuentes o recursos no estrictamente académicos, como los generados por organismos oficiales y fuentes legislativas, y los libros no digitalizados solicitados a bibliotecas.

USC DE COMPOSTELA

	- European Anti-Poverty Network (EAPN). - La Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada). - Amnistía Internacional. - Médicos del mundo. - Instituto Nacional de Estadística. - Xunta de Galicia. - Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación de España (ANECA). - Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE).	
Documentos legislativos seleccionados	- Ley de Instrucción Pública (1857). - Real orden 7 de mayo 1915 aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que la soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas. - Orden 4 julio 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios. - Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. - Decreto 2293/1973, de 17 de agosto, por el que se regulan las Escuelas Universitarias. - Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. - Constitución española (1978). - Orden de 15 de julio de 1980 por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería. - Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. - Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. - 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. - Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. - Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. - Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. - Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (2002). - Constitución europea (2003). - Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. - Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. - Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. - Real Decreto-Ley 7/2018 que regula el acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad de todos los residentes en España. - Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación. - Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. - Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2022).	n=26

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Libros físicos en Biblioteca		
Biblioteca Complexo Hospitalario de Pontevedra	- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). El pensamiento enfermero. Masson.	n=5
Biblioteca Escuela de Enfermería de Pontevedra	- Heidgerken L.E. (1966). Enseñanza en las escuelas de enfermería (3a). Interamericana. - Domínguez-Alcón, C., Rodríguez, J. A., & de Miguel, J. M. (1983). Sociología y Enfermería. Pirámide. - Marriner Tomey, & Alligood, M. R. (2011). Modelos y teorías en enfemería (7a). Elsevier. - NANDA Internacional (2021)Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023 (12a). Elsevier	

La estrategia de búsqueda se organizó en diferentes bloques terminológicos usándose para las bases de datos y revistas específicas de enfermería y salud, el tesauro multilingüe DeCS/MeSH – *Descriptores en Ciencias de la Salud/Medical Subject Headings* creado por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME). Este constituye un lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las fuentes de información disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) como LILACS, MEDLINE y otras.

Para las bases de datos de educación y otros recursos no específicos de ciencias de la salud, se usó el tesauro de la UNESCO. Lista controlada y estructurada de términos para el análisis temático y la búsqueda de documentos y publicaciones en los campos de la educación, cultura, ciencias naturales, ciencias sociales y humanas, comunicación e información.

En un primer momento se establecieron 4 palabras clave para la estrategia de búsqueda bibliográfica: cuidado, enfermería, inclusión social y educación superior. Estas se fueron ampliando a lo largo del desarrollo de la primera fase de la investigación. Se tradujeron todos los términos del lenguaje natural a los DeCS/MeSH y tesauro de la UNESCO (Tabla 8), sin embargo, no fueron utilizados en todas sus formas, es decir, en algunos casos se construyó la estrategia de búsqueda usando el término de DeCS/MeSH y en otros UNESCO, según la base de datos o el recurso de difusión de la producción científica utilizado.

Tabla 8 **Términos y descriptores usados para las búsquedas de la revisión bibliográfica**
Fuente: elaboración propia

Lenguaje natural	**DeCS/MeSH**		**UNESCO**	
Cuidado	Atención de enfermería Cuidado de enfermería	Nursing care	Cuidados médicos	Medical treatment
Enfermería	Enfermería Teoría de enfermería	Enfermería Nursing Theory	Personal paramédico	Paramedical personnel
Educación	Educación en enfermería Enseñanza en enfermería Educación profesional	Nursing education Professional education	Educación Enseñanza profesional	Education Vocational education
Educación superior	Universidades Facultades de enfermería	Universities Nursing Schools	Enseñanza superior	Higher education

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Currículum /Planes de estudio	Evaluación de los Planes de Estudios de las Escuelas de Medicina	Evaluation of Medical School Curriculum	Planes de estudios	Currículum
Historia	Historia Historia de la enfermería	History History of nursing	Historia	History
Inclusión social	Inclusión social Diversidad, Equidad e Inclusión	Social inclusión Diversity, Equity, Inclusion	Inclusión social	Social inclusión
Exclusión social	Aislamiento social	Social Isolation	Exclusión social	Social exclusion
Derechos	Derechos socioeconómicos Derechos humanos Derecho a la salud	Socioeconomic rights Human Rights Right to health	Derechos humanos	Human Rights
Desarrollo sostenible	Desarrollo Sostenible	Sustainable Development	Autosuficiencia	Self reliance
Salud global	Salud global	Global health	-	-
Accesibilidad	Accesibilidad a los servicios de salud	Health Services Accessibility	-	-
Cobertura sanitaria universal	Cobertura Universal de Salud	Universal Health Coverage	-	-
Justicia social	Justicia social	Social justice	Justicia social	Social justice
Equidad en salud	Equidad en Salud Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud	Health Equity Equity in Access to Health Services	-	-
Determinantes sociales de la salud	Determinantes sociales de la salud	Social determinants of health	-	-
Desigualdades en salud	Inequidades en salud	Health Inequities	Desigualdad social	Social inequality
Vulnerabilidad	Vulnerabilidad Social Vulnerabilidad en Salud	Social Vulnerability Health Vulnerability	-	-
Dignidad	Respeto	Respect	-	-
Pobreza	Pobreza	Poverty	Pobreza	Poverty
Discriminación	Discriminación social	Social Discrimination	Discriminación	Discrimination

Para la estrategia de búsqueda inicial se establecieron los siguientes parámetros (Tabla 9), que se fueron ajustando según las necesidades de información a lo largo del desarrollo del trabajo:

Tabla 9 **Criterios de inclusión para la selección de documentos en la revisión bibliográfica**
Fuente: elaboración propia

Limitación temporal	Inicialmente publicaciones de los últimos 5 años. Posteriormente sin límite temporal.
Idiomas	Español, inglés, portugués.
Tipo de publicaciones	Artículos académicos, libros, tesis doctorales, informes de organismos oficiales, actas de congresos, leyes y normativas.
Vinculación con la temática	Estudios que aborden la historia de la enfermería y de su formación en el contexto internacional y en España; que se centren en los fundamentos del cuidado; que relacionen la inclusión social y la educación superior específicamente en el ámbito de la salud; análisis conceptuales de fenómenos vinculados a la inclusión social (vulnerabilidad, discapacidad, diversidad social…).
Criterio principal para la selección del documento	Resumen y conclusiones alineadas con la intención de la búsqueda de información y los objetivos del trabajo.

USC
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Para valorar la idoneidad o conveniencia de la revisión bibliográfica Hernández Sampieri et al. (2010) proponen una serie de criterios en forma de preguntas. Plantean que debe responderse afirmativamente a todas ellas para poder garantizar que la revisión es correcta (Tabla 10).

Tabla 10 **Criterios de idoneidad de la revisión bibliográfica según Hernández Sampieri et al. (2010)**
Fuente: Hernández Sampieri et al. (2010, p. 81)

¿Acudimos a un par de bancos de datos, ya sea de consulta manual o por computadora? y ¿pedimos referencias por lo menos de cinco años atrás?	Sí
¿Buscamos en directorios, motores de búsqueda y espacios en internet? (por lo menos tres).	Sí
¿Consultamos como mínimo cuatro revistas científicas que suelen tratar el tema de interés? ¿Las consultamos de cinco años atrás a la fecha?	Sí
¿Buscamos en algún lugar donde había tesis y disertaciones sobre el tema de interés?	Sí
¿Buscamos libros sobre el tema en al menos dos buenas bibliotecas físicas o virtuales?	Sí
¿Consultamos con más de una persona que sepa algo del tema?	Sí
Si, aparentemente, no descubrimos referencias en bancos de datos, bibliotecas, hemerotecas, videotecas y filmotecas, ¿contactamos a alguna asociación científica del área en la cual se encuentra enmarcado el problema de investigación?	N/A

Mertens (2005) (citado por Hernández Sampieri et al. (2010), p. 72), añade otros interrogantes, ya no centrados en la estrategia de búsqueda de información, si no en el resultado obtenido de la revisión de la literatura. Deben responderse afirmativamente en su totalidad para poder garantizar la idoneidad del proceso (Tabla 11).

Tabla 11 **Criterios de idoneidad de la revisión bibliográfica según Mertens (2005)**
Fuente: Hernández Sampieri et al. (2010, p.82)

¿Tenemos claro el panorama del conocimiento actual respecto a nuestro planteamiento?	Sí
¿Sabemos cómo se ha conceptualizado nuestro planteamiento?	Sí
¿Generamos un análisis crítico de la literatura disponible?, ¿reconocimos fortalezas y debilidades de la investigación previa?	Sí
¿La literatura revisada se encuentra libre de juicios, intereses, presiones políticas e institucionales?	Sí
¿El marco teórico establece que nuestro estudio es necesario o importante?	Sí
¿En el marco o perspectiva teóricos queda claro cómo se vincula la investigación previa con nuestro estudio?	Sí

Por último, para la indización y posterior recuperación de todos los documentos seleccionados se recurrió al gestor de referencias bibliográficas Zotero[4].

[4] Zotero es un gestor de referencias bibliográficas de software libre desarrollado por el Center for History and New Media de la Universidad George Mason.

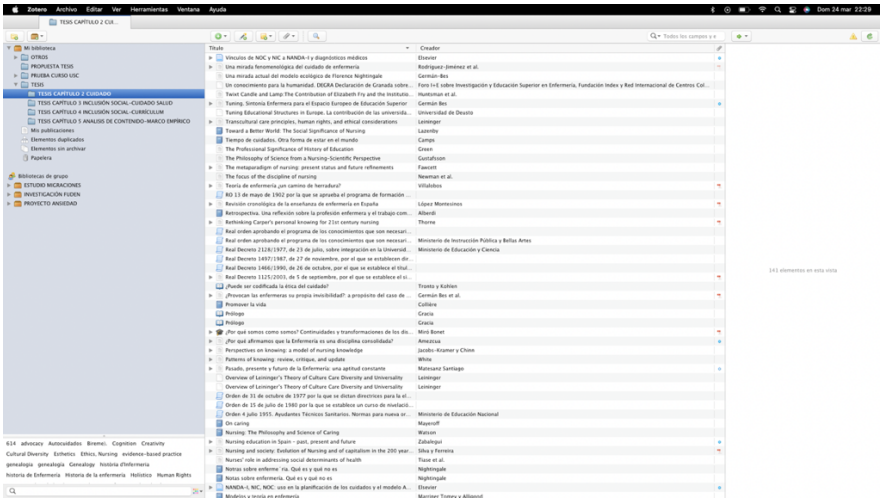


Ilustración 2 **Ejemplo/Evidencia de la organización de los documentos seleccionados para la investigación documental de la tesis en el gestor Zotero**
Fuente: elaboración propia

1.4.2 Análisis conceptual

Como se especificó en el epígrafe 1.2 "Justificación y diseño metodológico", a través de la revisión bibliográfica se desarrolló así mismo un análisis conceptual. Este consistió en una disgregación de los conceptos fundamentales que engloba la inclusión social basándonos en una amplia revisión de la literatura, con el fin de comprenderlos en profundidad, y así poder contextualizarlos y vincularlos a la formación inicial de enfermería. Nos detenemos en este punto, puesto que, además de que parte esencial del capítulo 3[5] se ha elaborado siguiendo este modelo, su desarrollo contribuyó ampliamente a asentar las bases para la construcción de las categorías de análisis para la segunda parte de la tesis, el análisis de contenido de planes de estudio.

Utilizamos el enfoque de Hupcey y Penrod (2005) pues está vinculado a la disciplina de Enfermería. Estas autoras manifiestan que el análisis conceptual se ha convertido en un tipo de revisión emergente en Ciencias de la Salud y especialmente en las Ciencias de la Enfermería. Lo describen como un método por el cual los conceptos que son de interés para una disciplina o problemática a estudiar se examinan con el fin de aclarar sus características y conseguir una mejor comprensión de su significado. Sostienen que la importancia del análisis de conceptos en procesos de investigación radica en que estos son abstracciones mentales o unidades de significado que representan algún aspecto o elemento de la experiencia humana. Añaden que los conceptos surgen a través del lenguaje y están integrados en el discurso. Aclaran que es importante tener en cuenta que los conceptos se manifiestan en los fenómenos, pero que nunca asumen una forma concreta, pues un concepto es una imagen mental, no la cosa o el comportamiento en sí.

Explican que el propósito del análisis conceptual es determinar el estado de la ciencia -o la mejor estimación de la verdad probable- en torno a un concepto de interés. Así "los análisis de conceptos se realizan a través del análisis de la literatura científica, no a la imaginación creativa, las formas artísticas, la ficción, los datos de entrevistas o cualquier otra forma de representación"(Hupcey y Penrod, 2005). En segundo lugar, el proceso de análisis conceptual se realiza principalmente a nivel de integración, no solo de síntesis, y que es el investigador quien debe realizar un análisis minucioso y reflexivo de lo que se sabe examinando los

[5] Capítulo 3: *El cuidado inclusivo: un compromiso multidimensional con la equidad*

supuestos implícitos y explícitos citados en la literatura científica (es decir, los trabajos académicos relativos al concepto de interés, incluidos los escritos empíricos, teóricos y filosóficos).

Aclaran que el análisis conceptual es más que una organización de datos, pues trata de ofrecer una perspectiva global que produce una comprensión de alto nivel del concepto de interés. En otras palabras, "cuando se examina el significado de los marcos teóricos y se trascienden los límites contextuales, se revela la evidencia de una probable verdad. Por lo tanto, el producto del análisis conceptual es una especie de resumen del estado de la ciencia que revela la mejor estimación de la comunidad científica de la verdad probable, dadas las pruebas presentadas en la bibliografía existente"(Hupcey y Penrod, 2005).

En cuanto al procedimiento para desarrollar un análisis conceptual, como ocurre en el resto de las revisiones, las autoras exponen que se debe abordar un proceso detallado y una estrategia de búsqueda que nos permita localizar diferentes documentos que aluden al concepto identificado y su uso en diferentes modos y dimensiones (física, biológica, psicológica, social, cultural, espiritual...). Este proceso significa la localización de diferentes documentos que comprenden diccionarios, tesauros, medios de comunicación, literatura popular y todo tipo de publicaciones de dentro y fuera de la disciplina. También advierten que para emprender un análisis conceptual "no se puede tener un carácter pusilánime puesto que se trata de un proceso que en ocasiones puede ser frustrante por la vasta tarea que supone revisar y analizar una cantidad abrumadora de documentos"(Hupcey y Penrod, 2005). Por último, manifiestan que los resultados obtenidos en un análisis conceptual son siempre una tentativa de aproximación al mismo, dado que los conceptos evolucionan del mismo modo que la práctica en que se aplican.

Otros autores relevantes sobre el análisis conceptual y su relación con la enfermería son Walker y Avant (2014), que en su obra *Strategies for theory construction in nursing* exponen que:

> La única forma de poder demostrar la base empírica de nuestra práctica es poder describir primero los fenómenos de forma mensurable o, al menos, comunicable. El análisis conceptual permite al teórico, investigador o clínico comprender las distintas posibilidades del concepto que le interesa, "meterse dentro" del concepto y ver cómo funciona. Se trata de una actividad ardua, pero proporciona una enorme comprensión del fenómeno de interés (p. 163).

Argumentan que este método se utiliza para generar y enriquecer el vocabulario disciplinar, señalar a nuevas áreas de estudio, o para ayudar a aclarar términos que en enfermería se han convertido en "frases hechas" y, por tanto, han perdido su significado. También razonan que es útil cuando hay que explicar algo clasificándolo, cuando necesitamos conceptos totalmente nuevos o nuevos usos para los antiguos o **para construir instrumentos** para la investigación antes de realizarla. También informan que el uso del análisis conceptual puede ser útil para: áreas en las que el desarrollo de conceptos es escaso o nulo, áreas en las que el desarrollo de conceptos está presente pero no ha tenido un impacto real en la teoría o la práctica y en áreas en las que se dispone de observaciones de fenómenos pero aún no se han clasificado o nombrado (Walker y Avant, 2014, p. 112) (Tabla 12).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 12 **Tres condiciones en las que la análisis y síntesis conceptual puede ser una estrategia adecuada según Walker y Avant (2014)**
Fuente: Walker y Avant (2014)

Condición 1: No se ha realizado ningún trabajo conceptual o empírico para describir un tema de interés, pero se pueden realizar fácilmente una serie de observaciones para establecer algunos de los parámetros (cualidades empíricas) del fenómeno.
Condición 2: Hay varios conceptos en uso en un área de interés, pero se necesitan pruebas para aclarar cómo pueden estar interrelacionados los conceptos.
Condición 3: Existen varios estudios de investigación publicados sobre un fenómeno de interés, pero la información contenida en ellos no se ha organizado ni aglutinado.

Para todo ello los autores defienden que es habitual recurrir a otras áreas de conocimiento para deducir conceptos que puedan enriquecer su teorización en la práctica, la enseñanza o la investigación. Por todo lo dicho, para la identificación, disgregación y definición de los conceptos que vinculan la inclusión social y los cuidados de enfermería, recurrimos además de a las ciencias de la educación, vertebradoras de la tesis, a las ciencias sociales y de la salud.

Del mismo modo que Hupcey y Penrod (2005), Walker y Avant (2014), señalan que si bien el análisis en sí debe ser riguroso y preciso, el producto final siempre será provisional. Las razones de esta provisionalidad se deben a que es frecuente que dos personas obtengan atributos algo diferentes para el mismo concepto en sus análisis y al hecho de que el conocimiento científico y general cambia tan rápidamente que lo que hoy es "cierto" mañana "no lo es"(p. 163).

Por último advierten que a pesar de que existen algunas reglas generales para desarrollar el análisis conceptual, el analista debe elegir el método que prefiera, pues, a la larga, sea cual sea el procedimiento o el conjunto de reglas que se utilicen, el objetivo será el mismo: obtener una conceptualización lo más clara posible. No obstante, exponen algunos obstáculos que pueden oscurecer los significados que se quieren transmitir, como la tendencia a moralizar cuando el concepto lleva implícitos valores, la sensación de sentirse sobrepasado al no existir reglas firmes sobre como conceptualizar fenómenos, la compulsión de analizarlo todo, la tendencia o necesidad de evitar críticas o debates en la conceptualización o el error de incluir elementos superfluos, cuando en esto "más no siempre es mejor". Para paliarlo proponen en términos generales cultivar el sentido de la mesura, la asunción de riesgos, el sentido del humor y mantener la ansiedad a raya. Añaden, en lo concreto, asumir que el mero hecho de elegir unos conceptos y no otros ya muestra las predisposiciones o sesgos del investigador -debiendo ser cuidadosos para tratar el concepto objetivamente como materia y no subjetivamente como arma persuasiva- confiar en que lo que se dice conducirá a alguna parte, o evitar proponer enunciados, ideas o soluciones precipitadas.

En este contexto, el procedimiento desarrollado en nuestro caso para el análisis conceptual partió de la revisión bibliográfica crítica/integradora llevada a cabo para conocer la evidencia científica alrededor del cuidado, la inclusión social y la formación inicial de la enfermería, a la que se sumó la búsqueda, selección y análisis de conceptos relacionados. Para ello se analizaron los documentos seleccionados en la búsqueda general, y se añadieron (siguiendo los criterios descritos en el epígrafe anterior) nuevas búsquedas bibliográficas para completar el proceso de conceptualización.

Para delimitar los conceptos a analizar se siguió en primer lugar el **mapeo** y posteriormente el **método por índices** para construir el marco teórico propuestos por Hernández Sampieri et al. (2010, p. 68). El primero implica elaborar un mapa conceptual y, basándose en éste profundizar en la revisión de la literatura y el desarrollo del marco teórico. El segundo consiste en desarrollar, en primer lugar, un índice tentativo, global o general, e irlo

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

afinando hasta que sea sumamente específico, para posteriormente colocar la información (referencias) en el lugar correspondiente dentro del esquema (Ilustración 3).

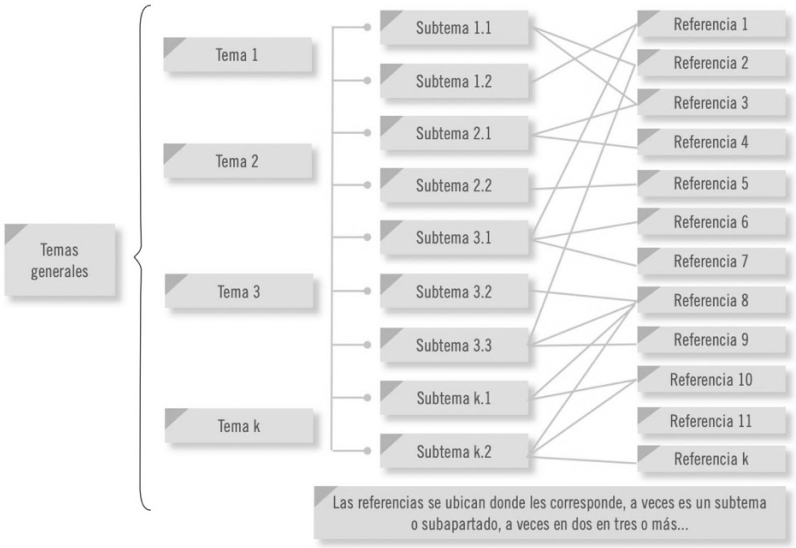


Ilustración 3 **Método por índices para construir el marco teórico propuesto por Hernández Sampieri et al. (2010)**
Fuente: Hernández Sampieri et al. (2010, p.78)

De este proceso inicial, previo al análisis conceptual propiamente dicho, resultaron los siguientes conceptos generales (temas) e índice preliminar (Tabla 13):

Tabla 13 **Conceptos generales identificados para el análisis conceptual a través del método de mapeo e índices de Hernández Sampieri et al., (2010)**
Fuente: elaboración propia

Mapeo	Índice temas generales
Cuidado	De las prácticas cuidadoras al cuidado profesional, reflexivo y basado en la evidencia científica.
Inclusión social	Compromiso, responsabilidad social
Pobreza	Pobreza y cuidados de enfermería
Vulnerabilidad	Vulnerabilidad y cuidados de enfermería
Dignidad Humana	Dignidad humana y cuidados de enfermería
Justicia Social	Justicia social y cuidados de enfermería
Diversidad social	Diversidad social y cuidados de enfermería
Discapacidad	Discapacidad y cuidados de enfermería
Salud Global	Agenda 2030, Objetivos de Desarrollo Sostenible y enfermería
Equidad en salud	Equidad en salud
Accesibilidad	Accesibilidad Universal

Tras el análisis crítico de la literatura seleccionada se identificaron los siguientes conceptos específicos (subtemas) y se concretó el siguiente índice (Tabla 14):

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 14 **Temas, subtemas e índice derivados del análisis conceptual de la literatura siguiendo la propuesta de Hernández Sampieri et al. (2010)**
Fuente: elaboración propia

Temas	Subtemas	Índice
Cuidado	Cuidados de enfermería	- Conceptualización del cuidado. - Profesionalización del cuidado. - Evolución de la formación de enfermería en España. - La enfermería como ciencia o disciplina académica.
	Ciencia enfermera/Disciplina	
Inclusión social	Exclusión social	- Compromiso social multidimensional. - Debates alrededor de la inclusión y exclusión social.
	Reconocimiento, igualdad y ciudanía	
	Cuidado inclusivo	- Cuidados salud e inclusión social. - Relación de la enfermería y su formación con la inclusión social.
Pobreza	/	- Pobreza: algo más que carencias materiales.
Vulnerabilidad	Poblaciones desatendidas	- Vulnerabilidad o poblaciones desatendidas.
Dignidad Humana	Libertad y toma de decisiones	- Dignidad humana o libertad en la toma de decisiones.
Justicia Social	Solidaridad	- Justicia social, no es posible sin solidaridad.
Diversidad social	Estigma	- Diversidad social, estigma y discriminación.
	Discriminación	
Discapacidad	Igualdad de oportunidades	- Discapacidad u oportunidades para la autonomía personal.
	Autonomía personal	
	Calidad de vida	
Desarrollo sostenible	Globalización	- Globalización, desarrollo sostenible y sistema de salud
Equidad en salud	Determinantes sociales de la salud	- Un enfoque positivo de la salud y el cuidado. - La salud y el cuidado con derecho. - Equidad en salud y determinantes sociales de la salud - Acceso a los recursos sanitarios o accesibilidad universal a la salud.
	Derechos Humanos y derecho a la salud	
	Activos en salud	
	Modelo salutogénico	
Accesibilidad	Cobertura Sanitaria Universal	

Este análisis conceptual, como ya se adelantó, sirvió para vertebrar el marco teórico y conocer la evidencia científica sobre el objeto de estudio, pero también para la identificación de las unidades temáticas necesarias para la segunda fase del trabajo: el desarrollo de categorías para el análisis de contenido de los planes de estudio, que explicaremos en el apartado Procedimiento en el análisis de contenido-Definición de las unidades de análisis (Punto 1.4.3.2).

1.4.3 Análisis de contenido

Antes de proceder a explicar el procedimiento a través del cual se concretaron las categorías, también denominadas unidades temáticas, para el análisis de contenido de los planes de estudio del Grado de Enfermería de Galicia, realizaremos una breve conceptualización de este método y sus fases.

Según informan Guix Oliver (2008)[6], Cáceres(2008), Piñuel (2002) o Andreu (2002), una de las primeras definiciones sobre el método de análisis de contenido la planteó Berelson (1952), describiéndola como "una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido referido manifiesto de la comunicación". No obstante, su definición resulta limitante pues tal y como sugiere Guix Oliver (2008) "es obvio que en las fuentes documentales hay mucha más información disponible", más allá de elementos

[6] Su artículo *El análisis de contenido ¿Qué nos está diciendo?* se tomará como referencia en este apartado.

cuantitativos. También advierte que no sólo podemos medir cuántas veces aparece una palabra, sino que podemos considerar el significado y el sentido de la aparición de determinados actores, cualificaciones u otro tipo de conceptos, cómo y por qué se relacionan de una determinada manera, y todo ello en relación con el contexto en que han sido expresados por sus autores.

En esta dirección, Holsti (1962) (citado por López-Aranguren, 2016) o posteriormente Krippendorff (1997), ampliaron la definición propuesta por Berelson, delimitándola en el primer caso como "cualquier técnica de investigación que sirva para hacer inferencias mediante la identificación sistemática y objetiva de características específicas dentro de un texto", y en segundo como "una técnica de investigación que se utiliza para hacer inferencias reproducibles y válidas de los datos y su contexto" (p. 29). Andreu (2002) se suma a la importancia del contexto y expone que el análisis de contenido se fundamenta en la lectura (textual o visual) como instrumento de recogida de información, "lectura que a diferencia de la lectura común debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser, sistemática, objetiva, replicable, y valida" (Andreu, 2002):

> Tanto los datos expresos (lo que el autor dice) como los latentes (lo que dice sin pretenderlo) cobran sentido y pueden ser captados dentro de un contexto. El contexto es un marco de referencias que contiene toda aquella información que el lector puede conocer de antemano o inferir a partir del texto mismo para captar el contenido y el significado de todo lo que se dice en el texto. Texto y contexto son dos aspectos fundamentales en el análisis de contenido (Andreu Abela, 2002, p. 2).

López-Aranguren (2016) por su parte, la define como "una técnica de investigación que consiste en el análisis de la realidad social a través de la observación y del análisis de los documentos que se crean o producen en el seno de una o varias sociedades", a lo que añade que lo característico del análisis de contenido es que se trata de una técnica que combina intrincadamente, la observación y el análisis documental, y de ahí su complejidad.

Por último, Piñuel (2002) la explica como:

> El conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que pueden darse para su empleo posterior"(p.7).

En suma, este autor expone que para que este "conjunto de procedimientos interpretativos" pueda sostenerse como una estrategia o técnica de investigación científica, se requiere la elaboración previa de un repertorio estructurado de categorías.

Todas estas definiciones ya sugieren que el potencial de este método es amplio y permite su uso para trabajos de naturaleza cualitativa, a lo que Guix Oliver (2008) añade que al desarrollarse de una forma sistemática y reproducible, y al aplicarlo con rigor, supone una buena metodología científica.

En relación al método de análisis de contenido y la investigación desarrollada en enfermería, de Souza et al. (2013) realizaron una revisión sistemática de la literatura al respecto entre los años 1988 y 2011, que incluyó la revisión de más de 200 artículos. Concluyeron que

USC DE COMPOSTELA

la producción científica en enfermería guiada por esta metodología es muy numerosa. Según estas autoras, estos resultados muestran en cierta manera que la disciplina de enfermería adopta de la investigación para su práctica los soportes de las ciencias humanas y sociales, en la búsqueda de dar respuesta a su compromiso con la vida en sociedad, y también a la salud como un valor.

1.4.3.1 Tipos de análisis de contenido

Guix Oliver (2008) o Arbeláez y Onrubia (2014) advierten que la clasificación de las diversas técnicas o enfoques aplicados al análisis de contenidos es compleja. No obstante, tomando como referencia a Colle (2011) o a Piñuel (2002) ambos coinciden en proponer la siguiente clasificación (Tabla 15):

Tabla 15 **Tipos de análisis de contenido propuestos por Guix Oliver (2008) y Arbeláez y Onrubia (2014) basándose en Colle (2011) y Piñuel (2002)**
Fuente: elaboración propia

Por su alcance	Horizontales o extensivos	Corpus documentales muy amplios. Carácter cuantitativo. Tratamiento estadístico
	Verticales o intensivos	Corpus documental reducido. Utilizan un análisis cualitativo en que el significado se deriva más de las relaciones, las oposiciones y el contexto, que de medidas cuantitativas.
	Transversales	Análisis de corpus textuales que difieren entre sí por su postura ante un tema, en un mismo momento.
	Longitudinales	Análisis de un corpus documental en diferentes momentos de su evolución.
	Triangulares	Comparación desde diversas perspectivas de una misma situación comunicacional.
Según el objetivo de la investigación	Exploratorio	Toma de contacto inicial respecto de un tema en uno o varios medios.
	Descriptivo	Identificación y clasificación de la realidad empírica de los textos. Tienen como finalidad identificar y catalogar el contenido del texto mediante la definición de categorías o clases de elementos.
	Verificativo/explicativo	Análisis inferencial o interpretativo sobre un tema a partir del corpus documental. Dan cuenta de inferencias sobre el origen, naturaleza, funcionamiento y efectos de los documentos analizados.
Por su tipología	Temáticos	En este se considera la presencia de términos o conceptos con independencia de las relaciones surgidas entre ellos. Este procedimiento se puede concretar de dos maneras: una deductiva (que busca en el texto categorías previamente establecidas y construídas mediante referentes teóricos, y otra de carácter inductivo (caracterizada por la construcción de categorías emergentes del análisis del texto).
	De redes	Se basa en la ubicación relativa de ciertos componentes. Dentro de este econtramos el análisis de concurrencia o mapas semánticos, red de relaciones, red de repetición o cohesión textual.
	Semántico	Pretende estudiar relaciones entre temas contenidos en un material, así como su sentido (positivo o negativo).
Según los parámetros de medición y evaluación	Cuantitativos o frecuenciales	Cuantas veces aparece una palabra, un tema, un concepto o una cateogoría. Las frecuencias tienen como propósitos medir estadísticamente datos descriptivos, establecer escalas bipolares (favorable, desfavorable, neutra, ambivalente), marcar la intensidad y la dirección.
	Cualitativos o no frecuenciales	En los que se tiene en cuenta la presencia o ausencia de indicadores o categorías para realizar un análisis cualitativo.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En este trabajo hemos adoptado un análisis de contenido vertical, descriptivo, temático-deductivo y aunque de orientación cualitativa, la evaluación fue mixta. Pues, tal y como se recoge en la Tabla 15, hemos analizado un corpus documental restringido, identificando y catalogando el contenido de los textos mediante categorías previamente establecidas, teniendo en cuenta su ausencia o presencia. No obstante, cabe señalar que también se recogió la frecuencia de las categorías para complementar la interpretación de los resultados y poseer una visión general del corpus documental analizado.

1.4.3.2 Procedimiento en el análisis de contenido: la pauta adoptada en esta tesis

López Noguero (2002) en su artículo *El análisis de contenido como método de investigación* señala que este tipo de análisis difiere de las técnicas clásicas de estudio de documentos (como las históricas, literarias, jurídicas, sociológicas o políticas), en las que existen más posibilidades de que la subjetividad del investigador medie o intervenga en el análisis introduciendo sesgos indeseados. También argumenta que esta metodología pretende sustituir estas dimensiones interpretativas y subjetivas del análisis de documentos, por procedimientos cada vez más estandarizados que intentan objetivar y convertir en datos los contenidos de determinados documentos para que puedan ser analizados y tratados de forma mecánica. De este modo, a continuación, profundizamos en el procedimiento metodológico para el análisis de contenido basándonos en diversos autores.

Krippendorff (1997) sugiere que cualquier proceso de análisis de contenido, además de seguir unos pasos específicos -que expondremos en seguida-, este debe contener lo que denomina *estructura conceptual*[7], "que sirve para delinear el papel del investigador en el análisis de contenido y para guiar la realización de este, así como para evaluar (críticamente) cualquier análisis de contenido ya realizado", y que engloba:

- **Los datos**: constituyen la materia prima del análisis de contenido, la superficie que el investigador quiere penetrar. Debe estar claro, por tanto, qué datos van a ser analizados, cómo son definidos, y de qué universo de datos se han obtenido. En nuestro caso los datos para el análisis de contenido los constituyen las guías docentes de los planes de estudio públicos de las 8 Escuelas/Facultades de Enfermería de Galicia.
- **El contexto de los datos:** Para poder llegar a hacer inferencias válidas en relación con el fenómeno en que el investigador está interesado, éste debe tener algún conocimiento acerca del contexto de los datos. El contexto de los datos lo construye el investigador, y esta construcción está determinada por sus intereses y sus conocimientos, que deben ser expuestos con claridad. Para ello se ha de encontrar la bibliografía o conocimientos previos sobre el tema y encajarlo en un marco teórico adecuado. El contexto de los datos se ha desarrollado en los capítulos 2,3 y 4.
- **La inferencia:** La construcción teórica que el investigador utiliza le proporciona las reglas de inferencia que le permiten establecer el puente entre los datos que analiza y el objetivo que persigue.
- **La validez de los resultados:** El investigador debe someter sus resultados y sus inferencias a alguna prueba de validez. Para ser riguroso, debiera indicar previamente al análisis y con claridad qué pruebas de validez utilizará, o, en otras palabras, qué tipo de datos necesitará para comprobar la validez de sus resultados o inferencias.

USC

[7] La estructura conceptual del análisis de contenido de la tesis se expondrá en páginas sucesivas en la descripción de los pasos seguidos en el procedimiento.

Además de la estructura conceptual, tomando como referencia a Andreu (2002), Krippendorff (1997) o López-Aranguren, (2016) se puede afirmar que cualquier trabajo de investigación que recurra al análisis de contenido debe seguir varios pasos. Teniendo en cuenta lo anterior y las propuestas cotejadas en los trabajos de Bardin (1996), Arbeláez y Onrubia (2014), de Souza et al. (2013) o Guix Oliver (2008), **en nuestro caso organizamos el análisis de contenido en las siguientes etapas (Tabla 16):**

Tabla 16 Pasos a seguir en el análisis de contenido según varios autores
Fuente: elaboración propia

Etapa 1: Preanálisis. o Determinar el objeto y documentos de análisis. o Determinación de las unidades de análisis. o Determinar el sistema de categorías. o Determinar las reglas de codificación. o Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización. Etapa 2: La exploración del material. Etapa 3: Interpretación y tratamiento de los resultados.

1.4.3.2.1 Etapa 1: Preanálisis

Se trata de un abordaje inicial, organizativo, en el cual el investigador empieza a bosquejar el trabajo propiamente dicho. Se puede dividir en tres partes, que no tienen por qué atender a un orden cronológico específico: la elección de los documentos para el análisis, elaborar guías flexibles que orienten el trabajo de análisis, y establecer indicadores que faciliten la visualización de los temas presentes en el material (Arbeláez y Onrubia Goñi, 2014; de Souza et al., 2013; Guix Oliver, 2008).

- **Objeto del análisis de contenido**

Según Andreu (2002) la determinación del objeto de análisis equivale a seleccionar una dirección, un evento, una situación, un hecho, un comportamiento y delimitar el tiempo, el espacio, los documentos (o las personas) y el contexto donde se decide investigar. Para el autor determinar el objeto o tema de análisis significa preguntarse:

- ¿Qué se quiere investigar?
- ¿Qué bibliografía o conocimientos previos existen?
- ¿En qué marco teórico encaja?
- ¿Qué textos o documentos se van a utilizar?
- ¿Cuál es la unidad de análisis que se va a utilizar?

A las tres primeras preguntas ya hemos dado respuesta a lo largo de los capítulos y epígrafes anteriores utilizando para ello metodologías complementarias. A las dos últimas responderemos a continuación centrándonos en las guías docentes seleccionadas para el análisis de contenido como fuente de datos y las principales dimensiones que las configuran.

En la misma línea que Andreu (2002), Guix Oliver (2008) sugiere que en esta fase se consolida el marco teórico y la pregunta o preguntas esenciales que nos formulamos y a las cuales pretendemos responder con nuestro análisis, el objetivo general y los objetivos específicos a conseguir, nuestra hipótesis de partida, el enfoque (cuantitativo, cualitativo o mixto) y el tipo de análisis que vamos a desarrollar. También informa que, si bien el análisis de

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

un solo elemento documental podría ser perfectamente válido, pero al no ser lo habitual, en esta fase nos deberemos plantear la muestra documental que vamos a analizar.

En este caso, para la selección de la muestra documental, hemos recurrido a lo que Bardin (1996, p. 73) describe como universo homogéneo, pues se analizarán 266 materias correspondientes a los planes de estudio de las 8 Facultades/Escuelas de Enfermería de Galicia. Es decir, el universo de la investigación consta de 8 centros, pertenecientes a 3 universidades distintas (Ilustración 4).

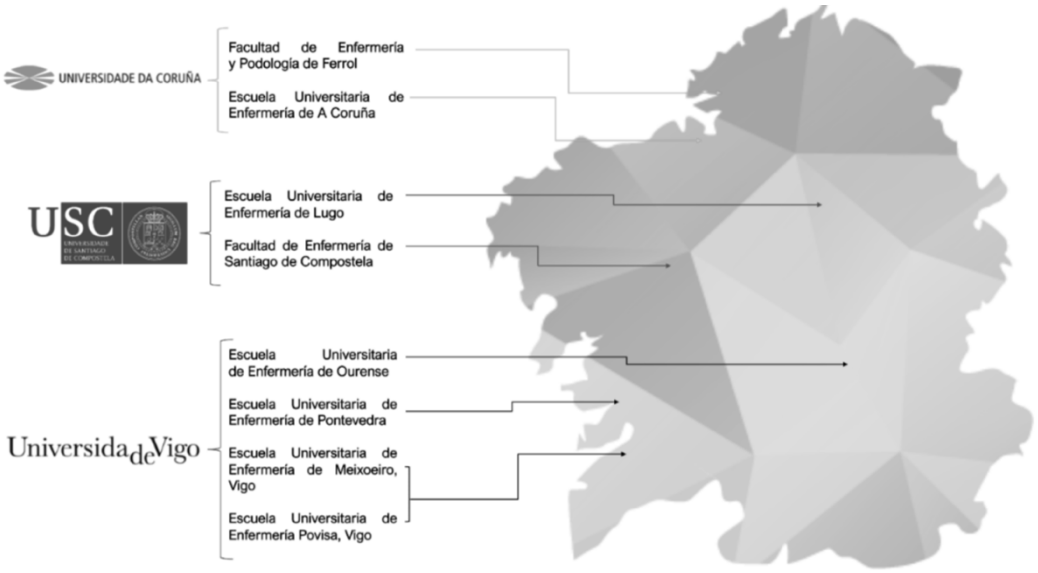


Ilustración 4 Facultades y Escuelas de enfermería de Galicia en las que realizaremos el análisis de contenido del currículum
Fuente: elaboración propia

Si bien la estructura del plan de estudios de todos los centros está organizada en 240 ECTS distribuidos en 4 cursos académicos, la organización de las materias, su denominación, cantidad y el número de ECTS que corresponde a cada una, difieren de unas Facultades/Escuelas a otras (Anexo 1). Así mismo nos encontramos con centros públicos y privados, pertenecientes a las propias universidades o adscritos a estas siendo dependientes de otras instituciones (Tabla 17).

Tabla 17 Facultades/Escuelas de Enfermería de Galicia
Fuente: elaboración propia

Universidad	Centro	Tipo de centro		
A Coruña	Escuela Universitaria de Enfermería de A Coruña	Público	Adscrito	Consellería de sanidade
	Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol	Público	Universidad	Universidad de A Coruña (UDC)
Santiago	Facultad de Enfermería de Santiago de Compostela	Público	Universidad	Universidad de Santiago de Compostela (USC)
	Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo	Público	Universidad	Universidad de Santiago de Compostela (USC)
Vigo	Escuela Universitaria de Enfermería de Pontevedra	Público	Adscrito	Diputación de Pontevedra

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	Escuela Universitaria de Enfermería de Ourense	Público	Adscrito	Consellería de sanidade
	Escuela Universitaria de Enfermería de Meixoeiro	Público	Adscrito	Consellería de sanidade
	Escuela Universitaria de Enfermería Povisa	Privado	Adscrito	Ribera Salud

- **Definición de las unidades de análisis**

Recapitulando, y recurriendo de nuevo a Andreu (2002), una vez que tenemos claro el problema a investigar y el marco teórico en el que se encuadra, procedemos a la elección del material, lo que se conoce como muestreo y que puede estar dado a priori o bien que sea el objetivo el que determine el universo de documentos. En el primer caso, los objetivos de investigación dependerán de los documentos disponibles y en el segundo caso, la elección de los documentos dependerá de los objetivos. En nuestro caso se da la segunda opción.

Sea como sea, Bardin (1996, p. 72), expone que el muestreo o selección del universo de análisis debe cumplir cuatro reglas (Tabla 18): exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertinencia.

Tabla 18 Reglas para la selección de los documentos para el análisis de contenido propuestas por Bardin (1996)
Fuente: elaboración propia

Regla de exhaustividad	Definido el campo del corpus a analizar hay que tener en cuenta todos los elementos de este. No pudiendo obviar ningún elemento por causas no justificables.
Regla de representatividad	Deben recogerse documentos que sean representativos del universo de partida. De forma que los resultados obtenidos puedan ser extensibles al conjunto.
Regla de homogeneidad	Los documentos escogidos deben ser homogéneos, es decir, obedecer a unos criterios de selección precisos y no representar excesiva singularidad en cuanto a los criterios de selección.
Regla de pertinencia	Los documentos seleccionados deben ser adecuados como fuente de información con arreglo al objetivo que suscita el análisis.

El muestreo llevado a cabo en este trabajo cumple con todas las premisas, pues es exhaustivo al representar a todas las Escuelas/Facultades de Enfermería de Galicia, sin excepción; es representativo, ya que se prevé analizar las guías docentes de todas las materias de sus planes de estudio; es homogéneo pues se ha descargado la guía docente pública de cada una de las materias, que en todas las Universidades y centros contiene los mismos parámetros e información; y por último, es pertinente, ya que los documentos seleccionados son los que muestran por escrito la propuesta curricular de cada centro[8].

Tras el muestreo se deben definir las unidades de análisis, que no son más que los elementos comunicativos en los que se va a centrar el análisis. Aunque tal y como advierte Krippendorff (1997) nunca son absolutas, pues surgen de la interacción entre la realidad y su observador, siendo una función de los hechos empíricos, de las finalidades de la investigación y de las exigencias que plantean las técnicas disponibles (p. 81-82), se distinguen generalmente tres: las unidades de muestreo, de registro y de contexto.

[8] Es decir, que no existen otros documentos de los que podamos extraer la propuesta curricular de la formación inicial de enfermería, más allá de la memoria del título.

- Las **unidades de muestreo**[9] son aquellas porciones del universo observado que serán analizadas. En el análisis de contenido el muestreo que se aplica no se distingue sustancialmente del que se utiliza en otras técnicas de investigación, así para la selección de la muestra se pueden utilizar, muestreos probabilísticos, opináticos, estratégicos y teóricos o combinaciones de varios de ellos.
- La **unidad de registro** puede considerarse como la parte de la unidad de muestreo que es posible analizar de forma aislada, son, en definitiva, las categorías. Hostil (1969) (citado por Krippendorff 1997, p. 83) define una unidad de registro "como el segmento específico de contenido que se caracteriza al situarlo en una categoría dada". Las unidades de registro en un texto, según Bardin (1996), pueden ser palabras, temas (frases, conjunto de palabras), caracteres (personas o personajes), párrafos, conceptos (ideas o conjunto de ideas), símbolos semánticos (metáforas, figuras literarias), etc...
- La **unidad de contexto** es la porción de la unidad de muestreo que tiene que ser examinada para poder caracterizar una unidad de registro. Es decir, es el pasaje donde se encuentra la unidad de registro. La unidad de contexto suele ser una porción del documento más extensa que la unidad de registro, pero no siempre es así, a veces, la unidad de contexto y la de registro pueden coincidir. Lo que no ocurre nunca es que la unidad de contexto sea una porción de material más corta que la unidad de registro.

En nuestro caso (Ilustración 5), partiendo de que el **universo** de análisis lo constituyen los **planes de estudio de la formación inicial de Enfermería de toda Galicia**:

- Las **unidades de muestreo** están conformadas por todas las **guías docentes** de las materias que integran estos planes de estudio: un total de 266.
- Las **unidades de contexto** serán el curso en el que se imparte la materia (1º, 2º, 3º, o 4º), el carácter de esta (formación básica, obligatoria u optativa), la descripción de cada materia, su relación de contenidos, las competencias asociadas, los resultados de aprendizaje planificados, los objetivos planteados, la evaluación propuesta y la bibliografía.
- Las **unidades de registro** serán las **categorías prestablecidas** (Anexo 2) de las que analizaremos su presencia o ausencia, y frecuencia en cada una de las guías docentes de las materias.

[9] Se definen las unidades de muestreo, registro y contexto tomando como referencia a Andreu (2002), Krippendorff (1997) y López-Aranguren (2016).

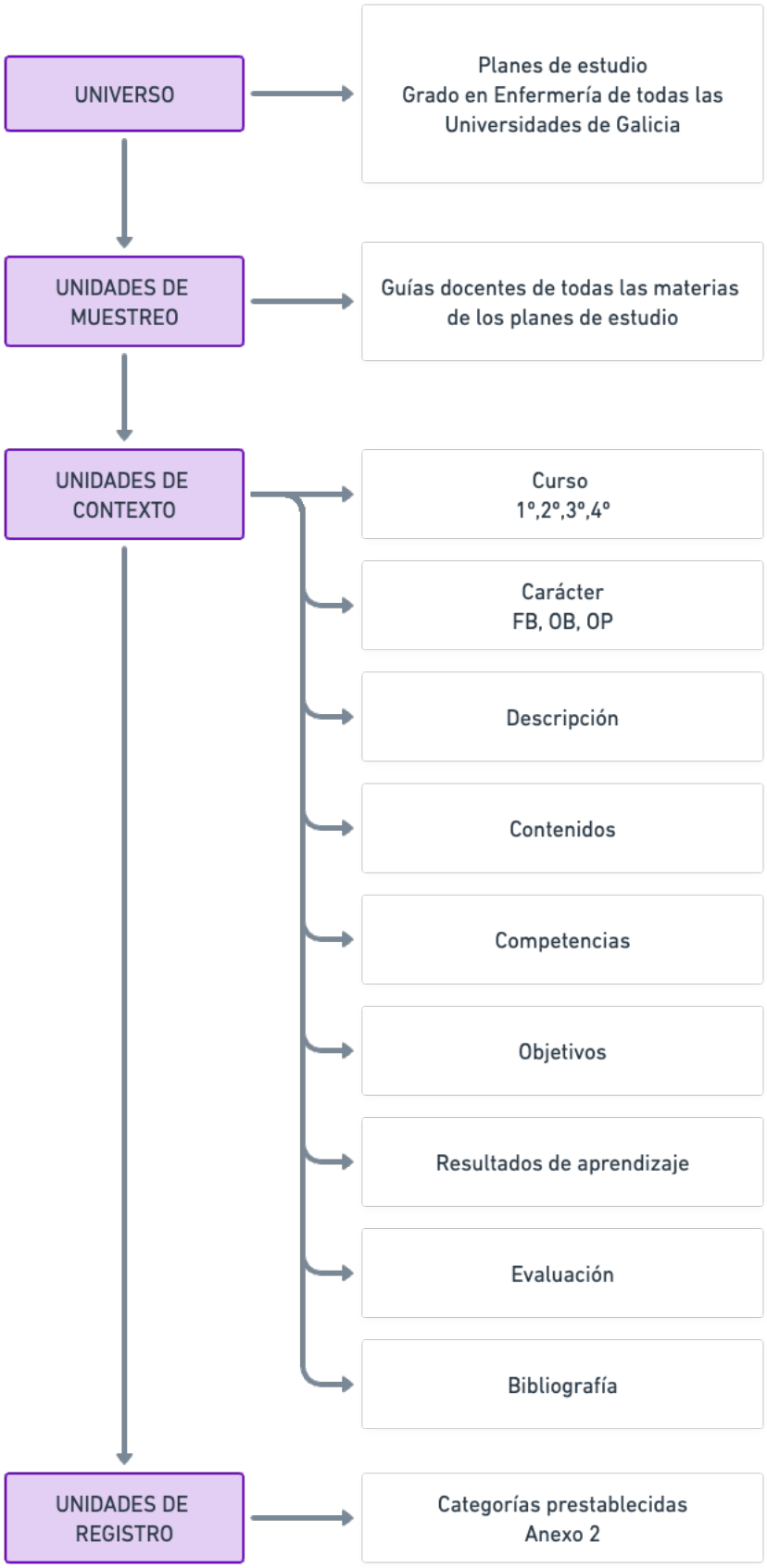


Ilustración 5 Unidades de análisis de la tesis
Fuente: elaboración propia

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tomando como referencia a Cáceres (2008), las unidades de análisis pueden ser de base gramatical, aquellas propias de la comunicación verbal o escrita, y de base no gramatical. **En este trabajo recurriremos a unidades de análisis de base gramatical**, construidas de acuerdo con temas (proposición relativa a un asunto).

- **Sistema de categorías para el análisis de contenido**

Bardin (1996) define a la categorización como la operación de clasificación que organiza elementos de un conjunto, donde primero, se agrupan por similitud (analogía), y luego se diferencian según criterios predefinidos. Las categorías son como secciones o clases que reúnen elementos similares bajo un título general, basándose en sus características comunes (p. 90). En resumen, es una forma de ordenar y entender un conjunto de elementos mediante la identificación de similitudes y diferencias.

Piñuel Raigada (2002) advierte de la refutabilidad a la que siempre están sujetas las categorías seleccionadas, pues "las categorías siempre derivan de las miradas, o lo que es más preciso, de las representaciones que permiten la mirada del objeto de análisis" (p. 10). El autor nos explica, que la vigencia de estas representaciones en el conocimiento científico reside en la transcendencia de su refutabilidad, más allá del propio conocimiento de una actividad o acontecer particular. Por ello el establecimiento de categorías debe siempre ir de la mano de un marco teórico que las contextualice.

Los criterios para el establecimiento de categorías (o unidades de registro), tomando como referencia a Bardin (1996) y Andreu (2002) pueden ser:

- **Semántico:** temas o conceptos[10].
- **Sintáctico:** verbos o adjetivos.
- **Léxico:** clasificación de las palabras según su sentido, con emparejamiento de sinónimos y sentidos próximos.
- **Expresivo:** diferentes perturbaciones del lenguaje.

Además, siguiendo a los mismos autores, estas deben:

- Construirse de acuerdo con un criterio único.
- Construirse de forma exhaustiva.
- No deben ser mutuamente excluyentes, es decir que deberían estar construidas de tal manera que un elemento no pueda tener dos o más aspectos susceptibles de hacerle clasificable en más de una categoría.
- Ser significativas.
- Ser claras.
- Ser pertinentes, es decir en armonía con la pregunta de investigación, los objetivos y el marco teórico propuesto.
- Ser objetivas y fidedignas, es decir, que, si le damos a dos investigadores el mismo texto, deberían codificarlo con las mismas categorías.
- Ser replicables.

Así mismo, tal y como recoge Guix Oliver (2008) basándose en diversos autores, el primer paso consistirá en establecer categorías y ordenarlas de una forma coherente y objetiva en

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[10] Se corresponden con las unidades de análisis de base gramatical "temas" que propone Cáceres (2008).

compartimentos claramente establecidos. Las categorías se podrán establecer de una forma inductiva, es decir, creando las diversas etiquetas a través de las cuales vamos a ordenar nuestra información según vayan surgiendo de la explotación de nuestras fuentes; de forma deductiva, es decir, según categorías previamente establecidas, o bien de forma mixta, es decir, partiendo de una serie de categorías previamente establecidas, pero que pueden ampliarse según lo que pueda surgir del análisis de la información, y que no quede suficientemente reflejado en las categorías previamente establecidas. Es nuestro caso recurriremos a una metodología deductiva, sin negarnos, si la exploración del material así lo exigiera a que adoptemos una forma mixta, en la línea de Mayring (2000): las categorías son el centro del análisis, los aspectos de la interpretación del texto, se organizan de acuerdo con las preguntas de la investigación, y se fundamentan y revisan cuidadosamente durante el proceso de análisis.

Para ello, tal y como se viene adelantando, se establecieron una serie de categorías derivadas del análisis conceptual que hemos explicado en el punto 1.4.2 y que pueden consultarse en el Anexo 2. Los pasos que seguimos para identificarlas y establecerlas fueron los siguientes (Ilustración 6):

- Revisión crítica-integradora de la literatura.
- Disgregación conceptual mediante la técnica de mapeo e índices (Hernández Sampieri et al., 2010) por parte de un investigador (Investigador 1).
- Revisión, debate y consenso del primer borrador de categorías y subcategorías con un segundo investigador (Investigador 1 y 2).
- Definición de cada categoría y subcategoría haciendo uso de las fuentes de la revisión bibliográfica y del posterior análisis conceptual (Investigador 1) (Anexo 2).
- Revisión, debate y consenso del segundo borrador de categorías y subcategorías con el segundo investigador (Investigador 1 y 2).
- Consulta y asesoramiento con un tercer investigador experto en análisis de contenido para garantizar que las categorías cumplen con los requisitos expuestos anteriormente (Investigador 1, 2 y 3).
- Establecimiento del libro de categorías definitivo para el análisis deductivo (Anexo 2).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

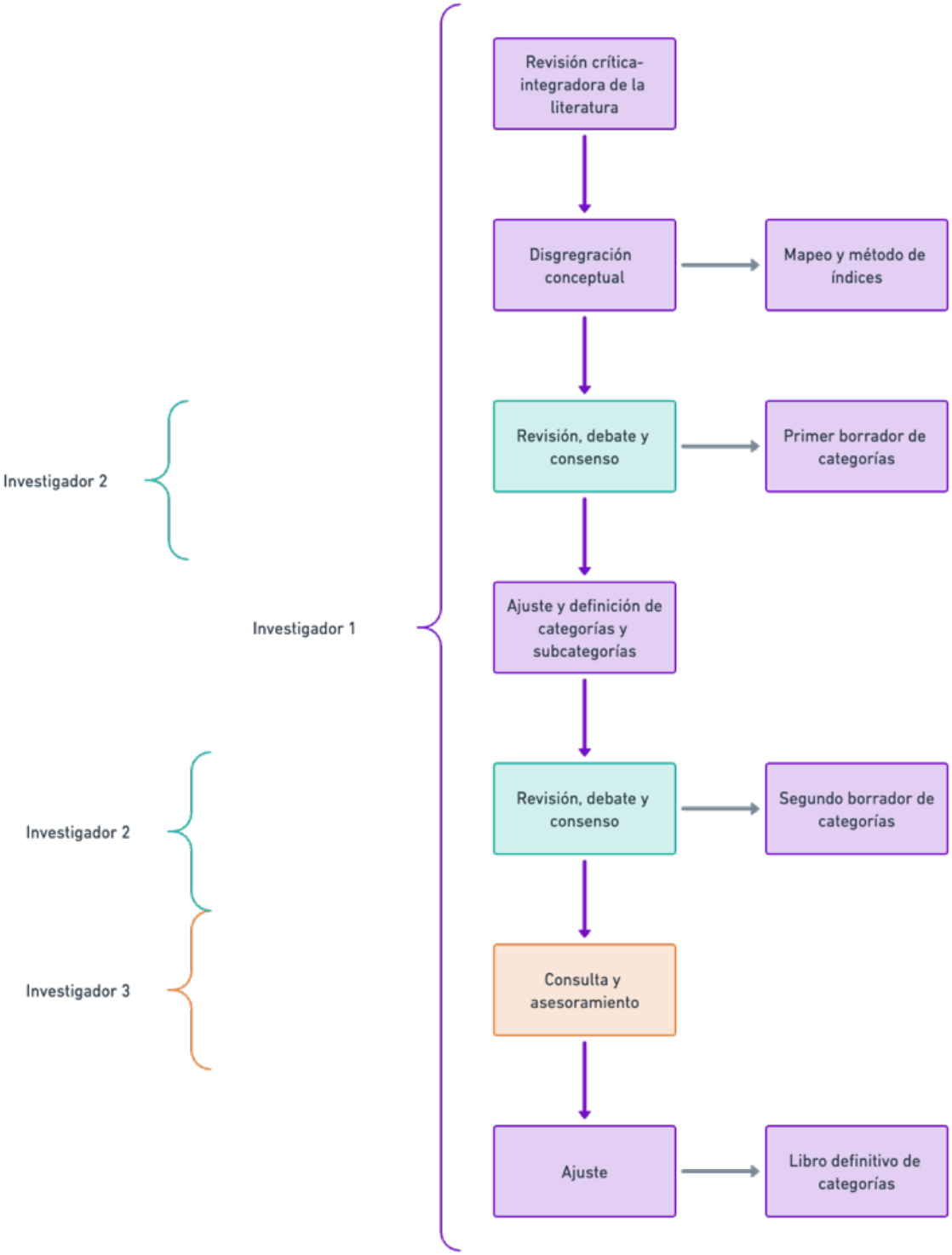


Ilustración 6 Proceso para la identificación y establecimiento de categorías
Fuente: elaboración propia

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resultado del proceso se establecieron 7 categorías y 59 subcategorías (Tabla 19) (Anexo 2[11]).

Tabla 19 Categorías y subcategorías establecidas para el análisis de contenido
Fuente: elaboración propia

Categorías	Subcategorías
Inclusión social	Exclusión social
	Interseccionalidad
	Pobreza
	Clase Social
	Discriminación
	Estigma
	Cohesión social
	Política sanitaria
	Discapacidad
	Calidad de vida
	Desarrollo Humano
	Estado de Bienestar
	Bienestar
Cuidados	Sociedad del cuidado
	Humanización
	Competencia cultural
	Competencia estructural
	Código Deontológico
	Activos en Salud
	Modelo salutogénico
	Modelo sociosanitario
	Cuidado integral/holístico
	Misión social
	Gestión de casos
	Autocuidado/Bienestar de la enfermería
Derechos	Derechos Humanos
	Derecho a la salud
	Derechos del paciente
Sostenibilidad	Objetivos de Desarrollo Sostenible
	Desarrollo Sostenible
	Salud Ambiental
	Salud Global
Accesibilidad	Accesibilidad Universal
	Accesibilidad a la salud
	Accesibilidad cognitiva
	Accesibilidad cultural
	Accesibilidad sensorial
	Accesibilidad física
	Cobertura sanitaria universal
	Rural/Urbano
	Brecha digital
	Atención a domicilio
	Diseño universal/diseño para todos
	Aislamiento social/soledad
Equidad en salud	Justicia social
	Determinantes Sociales de la Salud
	Desigualdades/Inequidades en salud
	Vulnerabilidad
	Poblaciones desatendidas
	Solidaridad
	Igualdad
	Riesgo social

[11] En el Anexo 2 se muestran las categorías y subcategorías y sus definiciones.

	Dignidad
Diversidad social y cultural	Cultura
	Etnocentrismo
	Etnicidad
	Colectivo LGBTIQ+
	Transculturalidad
	Migraciones

- **Reglas de codificación para el análisis de contenido**

Bardin (1996) refiere que tratar cualquier material significa codificarlo, y codificar, según el autor consiste transformar, mediante unas reglas predefinidas y precisas los datos brutos del texto analizado.

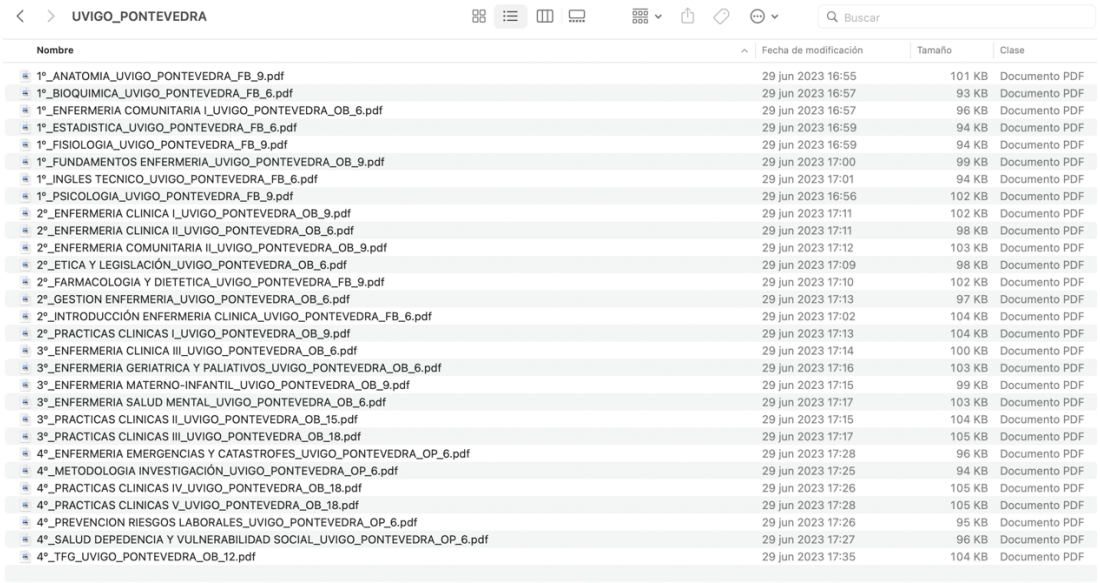
> La codificación es el proceso por el que los datos brutos son transformados sistemáticamente y agregados en unidades que permiten una descripción precisa de las características pertinentes del contenido (p. 78).

Para la organización de la codificación este autor propone tres fases: la descomposición (elección de las unidades de análisis), la enumeración (elección de las reglas de recuento), la clasificación y agregación (elección-identificación de las categorías en las unidades de análisis). En definitiva, se trata de una vez definidas las unidades de registro (lo que se cuenta), distinguir la enumeración (cómo se cuenta) (Bardin, 1996).

- **Descomposición:**

Para la descomposición del material o agrupación de las unidades de análisis, se consultaron los planes de estudio públicos para el curso 2023-2024 de todas las Escuelas/Facultades de Enfermería de las tres Universidades gallegas en su web, y se descargó la guía docente en formato pdf. de todas las materias disponibles en el momento del análisis. Estos documentos se organizaron siguiendo una misma denominación: *curso_denominación de la materia_Universidad_Centro_carácter de la asignatura_ECTS* (Ejemplo: Ilustración 7). Del total de 266 materias que conforman los planes de estudio de las tres universidades gallegas (el universo), estaban disponibles en el momento del análisis las guías docentes de 250, por tanto, se organizaron un total de 250 documentos.

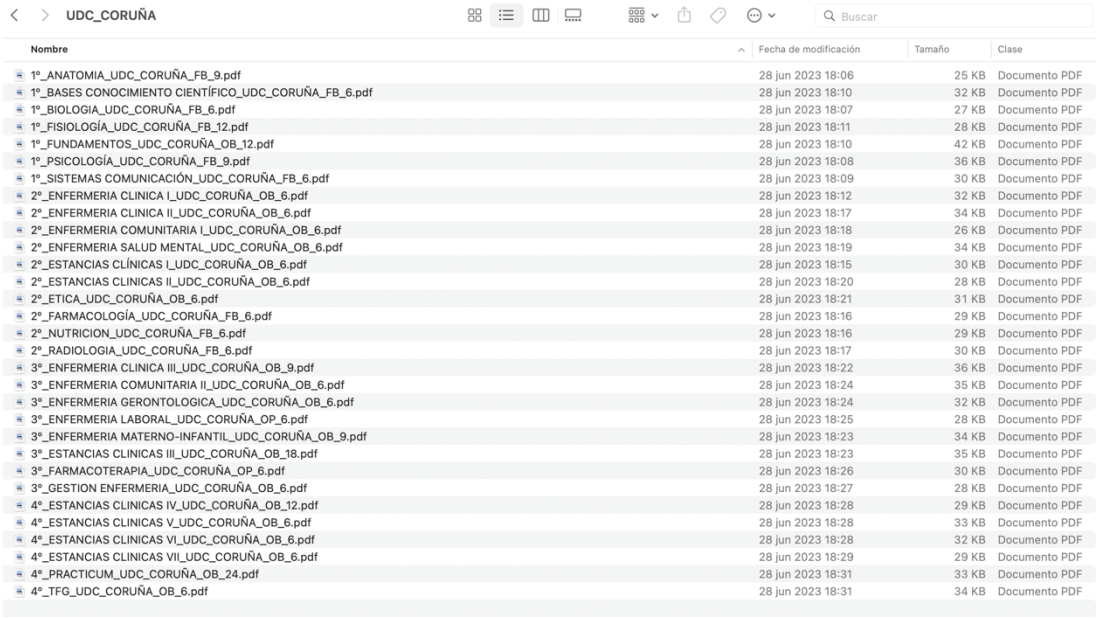
USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA



UVIGO_PONTEVEDRA

Buscar

Nombre	Fecha de modificación	Tamaño	Clase
1º_ANATOMIA_UVIGO_PONTEVEDRA_FB_9.pdf	29 jun 2023 16:55	101 KB	Documento PDF
1º_BIOQUIMICA_UVIGO_PONTEVEDRA_FB_6.pdf	29 jun 2023 16:57	93 KB	Documento PDF
1º_ENFERMERIA COMUNITARIA I_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_6.pdf	29 jun 2023 16:57	96 KB	Documento PDF
1º_ESTADISTICA_UVIGO_PONTEVEDRA_FB_6.pdf	29 jun 2023 16:59	94 KB	Documento PDF
1º_FISIOLOGIA_UVIGO_PONTEVEDRA_FB_9.pdf	29 jun 2023 16:59	94 KB	Documento PDF
1º_FUNDAMENTOS ENFERMERIA_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_9.pdf	29 jun 2023 17:00	99 KB	Documento PDF
1º_INGLES TECNICO_UVIGO_PONTEVEDRA_FB_6.pdf	29 jun 2023 17:01	94 KB	Documento PDF
1º_PSICOLOGIA_UVIGO_PONTEVEDRA_FB_9.pdf	29 jun 2023 16:56	102 KB	Documento PDF
2º_ENFERMERIA CLINICA I_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_9.pdf	29 jun 2023 17:11	102 KB	Documento PDF
2º_ENFERMERIA CLINICA II_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_6.pdf	29 jun 2023 17:11	98 KB	Documento PDF
2º_ENFERMERIA COMUNITARIA II_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_9.pdf	29 jun 2023 17:12	103 KB	Documento PDF
2º_ETICA Y LEGISLACIÓN_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_6.pdf	29 jun 2023 17:09	98 KB	Documento PDF
2º_FARMACOLOGIA Y DIETETICA_UVIGO_PONTEVEDRA_FB_9.pdf	29 jun 2023 17:10	102 KB	Documento PDF
2º_GESTION ENFERMERIA_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_6.pdf	29 jun 2023 17:13	97 KB	Documento PDF
2º_INTRODUCCIÓN ENFERMERIA CLINICA_UVIGO_PONTEVEDRA_FB_6.pdf	29 jun 2023 17:02	104 KB	Documento PDF
2º_PRACTICAS CLINICAS I_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_9.pdf	29 jun 2023 17:13	104 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA CLINICA III_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_6.pdf	29 jun 2023 17:14	100 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA GERIATRICA Y PALIATIVOS_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_6.pdf	29 jun 2023 17:16	103 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_9.pdf	29 jun 2023 17:15	99 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA SALUD MENTAL_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_6.pdf	29 jun 2023 17:17	103 KB	Documento PDF
3º_PRACTICAS CLINICAS II_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_15.pdf	29 jun 2023 17:15	104 KB	Documento PDF
3º_PRACTICAS CLINICAS III_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_18.pdf	29 jun 2023 17:17	105 KB	Documento PDF
4º_ENFERMERIA EMERGENCIAS Y CATASTROFES_UVIGO_PONTEVEDRA_OP_6.pdf	29 jun 2023 17:28	96 KB	Documento PDF
4º_METODOLOGIA INVESTIGACIÓN_UVIGO_PONTEVEDRA_OP_6.pdf	29 jun 2023 17:25	94 KB	Documento PDF
4º_PRACTICAS CLINICAS IV_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_18.pdf	29 jun 2023 17:26	105 KB	Documento PDF
4º_PRACTICAS CLINICAS V_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_18.pdf	29 jun 2023 17:28	105 KB	Documento PDF
4º_PREVENCION RIESGOS LABORALES_UVIGO_PONTEVEDRA_OP_6.pdf	29 jun 2023 17:26	95 KB	Documento PDF
4º_SALUD DEPEDENCIA Y VULNERABILIDAD SOCIAL_UVIGO_PONTEVEDRA_OP_6.pdf	29 jun 2023 17:27	96 KB	Documento PDF
4º_TFG_UVIGO_PONTEVEDRA_OB_12.pdf	29 jun 2023 17:35	104 KB	Documento PDF



UDC_CORUÑA

Buscar

Nombre	Fecha de modificación	Tamaño	Clase
1º_ANATOMIA_UDC_CORUÑA_FB_9.pdf	28 jun 2023 18:06	25 KB	Documento PDF
1º_BASES CONOCIMIENTO CIENTÍFICO_UDC_CORUÑA_FB_6.pdf	28 jun 2023 18:10	32 KB	Documento PDF
1º_BIOLOGIA_UDC_CORUÑA_FB_6.pdf	28 jun 2023 18:07	27 KB	Documento PDF
1º_FISIOLOGÍA_UDC_CORUÑA_FB_12.pdf	28 jun 2023 18:11	28 KB	Documento PDF
1º_FUNDAMENTOS_UDC_CORUÑA_OB_12.pdf	28 jun 2023 18:10	42 KB	Documento PDF
1º_PSICOLOGÍA_UDC_CORUÑA_FB_9.pdf	28 jun 2023 18:08	36 KB	Documento PDF
1º_SISTEMAS COMUNICACIÓN_UDC_CORUÑA_FB_6.pdf	28 jun 2023 18:09	30 KB	Documento PDF
2º_ENFERMERIA CLINICA I_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:12	32 KB	Documento PDF
2º_ENFERMERIA CLINICA II_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:17	34 KB	Documento PDF
2º_ENFERMERIA COMUNITARIA I_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:18	26 KB	Documento PDF
2º_ENFERMERIA SALUD MENTAL_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:19	34 KB	Documento PDF
2º_ESTANCIAS CLÍNICAS I_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:15	30 KB	Documento PDF
2º_ESTANCIAS CLINICAS II_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:20	28 KB	Documento PDF
2º_ETICA_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:21	31 KB	Documento PDF
2º_FARMACOLOGÍA_UDC_CORUÑA_FB_6.pdf	28 jun 2023 18:16	29 KB	Documento PDF
2º_NUTRICION_UDC_CORUÑA_FB_6.pdf	28 jun 2023 18:16	29 KB	Documento PDF
2º_RADIOLOGIA_UDC_CORUÑA_FB_6.pdf	28 jun 2023 18:17	30 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA CLINICA III_UDC_CORUÑA_OB_9.pdf	28 jun 2023 18:22	36 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA COMUNITARIA II_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:24	35 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA GERONTOLOGICA_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:24	32 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA LABORAL_UDC_CORUÑA_OP_6.pdf	28 jun 2023 18:25	28 KB	Documento PDF
3º_ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL_UDC_CORUÑA_OB_9.pdf	28 jun 2023 18:23	34 KB	Documento PDF
3º_ESTANCIAS CLINICAS III_UDC_CORUÑA_OB_18.pdf	28 jun 2023 18:23	35 KB	Documento PDF
3º_FARMACOTERAPIA_UDC_CORUÑA_OP_6.pdf	28 jun 2023 18:26	30 KB	Documento PDF
3º_GESTION ENFERMERIA_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:27	28 KB	Documento PDF
4º_ESTANCIAS CLINICAS IV_UDC_CORUÑA_OB_12.pdf	28 jun 2023 18:28	29 KB	Documento PDF
4º_ESTANCIAS CLINICAS V_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:28	33 KB	Documento PDF
4º_ESTANCIAS CLINICAS VI_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:28	32 KB	Documento PDF
4º_ESTANCIAS CLINICAS VII_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:29	29 KB	Documento PDF
4º_PRACTICUM_UDC_CORUÑA_OB_24.pdf	28 jun 2023 18:31	33 KB	Documento PDF
4º_TFG_UDC_CORUÑA_OB_6.pdf	28 jun 2023 18:31	34 KB	Documento PDF

Ilustración 7 **Ejemplo de la descomposición del material para la codificación**
Fuente: elaboración propia

- **Enumeración:**
  Bardin (1996) propone que lo que se puede buscar en los documentos es:
  - La **presencia o ausencia** de una determinada categoría en una unidad de análisis.
  - La **frecuencia** de una unidad de registro dentro de la unidad de análisis.
  - La **frecuencia ponderada**, valorando si la frecuencia de aparición de una tiene más importancia que otra.
  - La **intensidad** de las diferentes unidades de registro identificadas.
  - La **dirección**, que sería la vertiente cualitativa de la intensidad, pues valorándola como favorable, desfavorable o neutra.
  - El **orden de aparición** de las unidades de registro en el documento analizado.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

- La **contingencia** es la presencia en el mismo momento de dos o más unidades de registro en una unidad de contexto.

En este trabajo nos centraremos en la presencia o ausencia de categorías, y su frecuencia, valorando la dirección y contingencia, si se da el caso.

- **Agregación:**

Para ello se utilizó el programa de análisis *Atlas.ti*[12] versión 23.2.0 en un proceso organizado en dos fases:

- **Fase 1:** Codificación automática por parte del software. Se sometieron todos los documentos de la muestra a una codificación preliminar haciendo uso de las categorías prestablecidas (Anexo 2).
- **Fase 2:** Depuración manual de las citas identificadas por el programa en la fase anterior. Es decir, discriminación o asignación manual de las categorías y subcategorías prestablecidas (Anexo 2) en los fragmentos de texto que resultaron de la Fase 1.
-

Las garantías del uso del programa *Atlas.ti* para el análisis, tomando como referencia a Sabariego Puig et al. (2014), radican en que es un programa que resulta apropiado para sistematizar el proceso de reducción de datos, tanto en la codificación de la información como en el proceso de organización y estructuración, según el sistema de categorías utilizado. Además, los autores informan que la principal contribución del programa es que ayuda a gestionar adecuadamente cuestiones frecuentemente discutidas sobre la objetividad, fiabilidad y validez en investigación cualitativa, como que:

- El uso consistente de las reglas de codificación requiere que el significado de las categorías sea coherente en los fragmentos del discurso que corresponden a una misma categoría.
- El control de solapamientos de significados durante el proceso de interpretación.
- La búsqueda y recuperación de datos a partir de un código o una secuencia de códigos concreta a través de los operadores booleanos.
- El recuento de ocurrencias y coocurrencias de códigos y palabras en el texto, que permita identificar posibles relaciones entre dos o más categorías.
- La representación de relaciones complejas entre códigos, no solo entre simples datos, sino a través de combinaciones opcionales de todos los elementos.

- **Fiabilidad del sistema de codificación-categorización.**

La determinación de la fiabilidad de las categorías, según señala Kripperdorf (1997), exige que al menos dos codificadores describan de forma independiente un conjunto posiblemente amplio de unidades de registro en los términos de un lenguaje común, por ejemplo, un esquema de clasificación de códigos y categorías. La fiabilidad se expresa como una función del acuerdo alcanzado entre los codificadores sobre la asignación de las unidades a las diversas categorías. Si dicho acuerdo es total para todas las unidades, está garantizada la fiabilidad. En este trabajo,

[12] *Software* para el análisis sistematizado de todo tipo de datos en estudios cualitativos, caracterizado por su capacidad para procesar grandes volúmenes de información que contenga datos de texto y multimedia. A este tipo de programas se los conoce como CAQDAS que significa "Programa para el análisis cualitativo asistido por computador". Al ser de enfoque cualitativo, no está programado para automatizar el análisis de datos, sino que permite que se puedan acelerar los procesos de investigación en cuanto a análisis e interpretación de datos.

USC DE COMPOSTELA

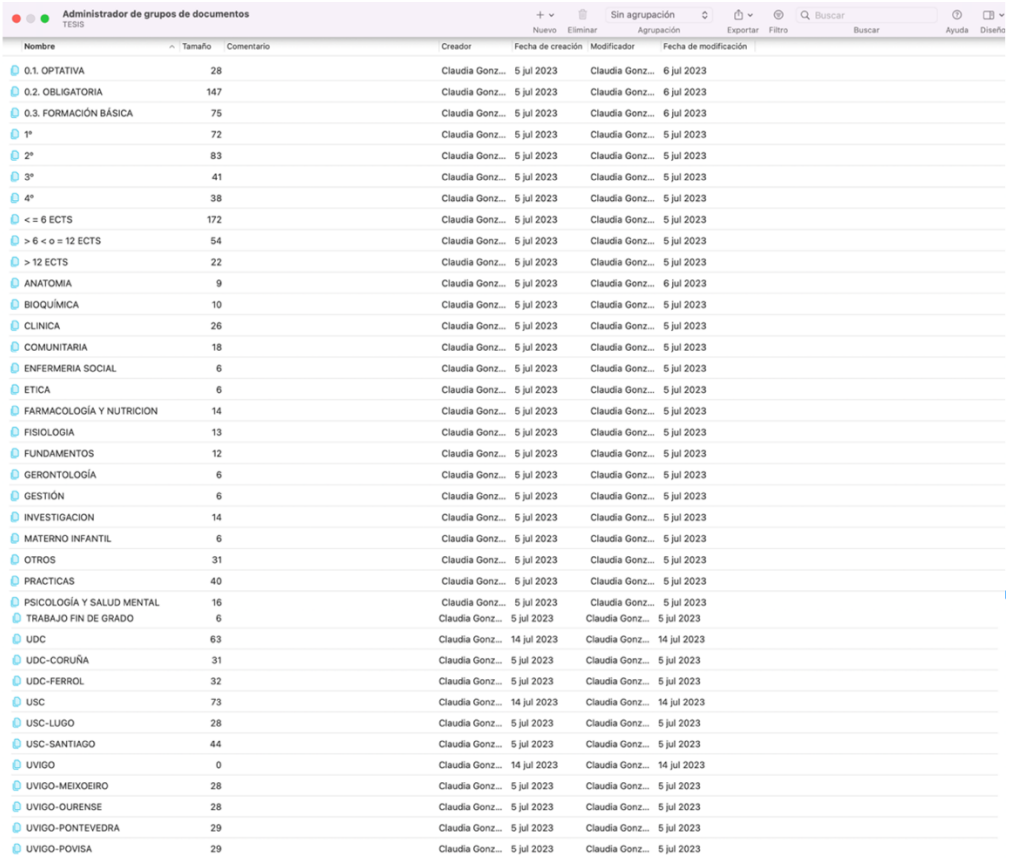
tal y como se puede observar en el procedimiento anteriormente expuesto (Ilustración 6), dos investigadores participaron en el proceso de establecimiento de categorías previas al análisis, llegando a un consenso, posteriormente un tercer investigador intervino para afianzar su idoneidad. Por lo tanto, aunque no hemos seguido estrictamente las recomendaciones de Kripperdorf (1997), resultado del nivel de consenso entre investigadores, sí consideramos que el proceso cumple con los requisitos de fiabilidad. De todos modos, al consultar a Ahuvia (2001), este señala que la confiabilidad obtenida por acuerdo no es posible de lograr cuando el análisis se efectúa sobre material interpretado (como ocurre con la elaboración de categorías). En estos casos, el autor informa que dicho índice de acuerdo se puede reemplazar por la llamada **"justificación pública"** que implica que los investigadores que han desarrollado -producto de reflexiones colaborativas- las categorizaciones, en la presentación de sus hallazgos, deben exhibir los textos utilizados, las categorías elaboradas y el modo en que llegaron a establecer dichas clases. De esta manera, la calidad del trabajo puede ser evaluada directamente por los interesados. Y esto es lo que intentamos mostrar en global a lo largo del capítulo y en particular, a través de evidencias del análisis que se presentarán en los epígrafes sucesivos. En suma, tal y como informa Cáceres (2008) "Si existe un elemento del análisis de contenido que fortalece la validez y confiabilidad de sus resultados, ello es la determinación de reglas de análisis", tal y como hemos expuesto en el punto anterior "*Reglas de codificación para el análisis de contenido*".

1.4.3.2.2 Etapa 2: La exploración del material.

A continuación, desarrollamos con mayor concreción el proceso seguido para la exploración de los 250 documentos de la muestra.

Después de organizar los documentos tal y como se describió en el epígrafe anterior en el apartado "enumeración", estos se subieron al programa informático *Atlas.ti* y se agruparon en varias carpetas para posibilitar el análisis posterior: por curso, carácter de la materia, número de ECTS, denominación de la materia, universidad y Escuela/Facultad (Ilustración 8).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA



Nombre	Tamaño	Comentario	Creador	Fecha de creación	Modificador	Fecha de modificación
0.1. OPTATIVA	28		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
0.2. OBLIGATORIA	147		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
0.3. FORMACIÓN BÁSICA	75		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
1º	72		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
2º	83		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
3º	41		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
4º	38		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
< = 6 ECTS	172		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
> 6 < o = 12 ECTS	54		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
> 12 ECTS	22		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
ANATOMIA	9		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
BIOQUÍMICA	10		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
CLINICA	26		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
COMUNITARIA	18		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
ENFERMERIA SOCIAL	6		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
ETICA	6		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
FARMACOLOGÍA Y NUTRICION	14		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
FISIOLOGIA	13		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
FUNDAMENTOS	12		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
GERONTOLOGÍA	6		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
GESTIÓN	6		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
INVESTIGACION	14		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
MATERNO INFANTIL	6		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
OTROS	31		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
PRACTICAS	40		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL	16		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
TRABAJO FIN DE GRADO	6		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
UDC	63		Claudia Gonz...	14 jul 2023	Claudia Gonz...	14 jul 2023
UDC-CORUÑA	31		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
UDC-FERROL	32		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
USC	73		Claudia Gonz...	14 jul 2023	Claudia Gonz...	14 jul 2023
USC-LUGO	28		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
USC-SANTIAGO	44		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
UVIGO	0		Claudia Gonz...	14 jul 2023	Claudia Gonz...	14 jul 2023
UVIGO-MEIXOEIRO	28		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
UVIGO-OURENSE	28		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
UVIGO-PONTEVEDRA	29		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
UVIGO-POVISA	29		Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023

Ilustración 8 Organización de las unidades de análisis en *Atlas.ti*
Fuente: elaboración propia

Posteriormente, tal y como se adelantó en el apartado anterior, se procedió a la primera fase de análisis, realizada de forma automática por el programa. Para ello se usó la opción de análisis "buscar texto". En esta se añadieron todas las categorías, subcategorías y sinónimos de estas (Anexo 2), y se solicitó al programa que buscara las citas o fragmentos de texto en los que apareciesen de las 250 guías docentes. Se recurrió a la selección de fragmentos de texto o párrafos, para poder analizar el contexto de la guía docente en el que se encontraba cada categoría. En esta fase, se agruparon o categorizaron los fragmentos de texto identificados en las 7 categorías principales: inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, diversidad social y cultural, accesibilidad y equidad en salud.

A continuación, se procedió a la segunda fase del análisis, en la cual un investigador exploró los documentos y categorizó de forma manual las citas o fragmentos de texto identificadas por el programa en la fase anterior. Es decir, tuvo lugar la discriminación o asignación manual de las categorías y subcategorías prestablecidas (Anexo 2) en los fragmentos de texto que resultaron de la Fase 1. Los fragmentos de texto o citas se agregaron además de en categorías y subcategorías, en la unidad de contexto que las albergaban. En otras palabras, se etiquetaron los fragmentos de texto en categorías y subcategorías, y en dónde de la guía docente analizada se encontraban: descripción, competencias, objetivos, evaluación, bibliografía. A modo de "justificación pública" (Cáceres, 2008) la imagen que se adjuntan a continuación

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

evidencia el análisis realizado, mostrando la organización y el número de citas[13] que alberga cada categoría, subcategoría y unidad de contexto.

Códigos			Grupos	Comentario	Creador	Fecha de creación	Modificador	Fecha de modific
0. Competencias	653		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
0. Contenidos	196		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
0. Descripción	22		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
0. Evaluación	26		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
0. Objetivos	30		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
0. Resultados de aprendizaje	65		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
0. Bibliografía	50		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
1. Inclusión Social	220		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.3 Pobreza	1		0	0	Claudia Gonz...	11 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.4 Clase Social	2		0	0	Claudia Gonz...	11 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.5 Discriminación	2		0	0	Claudia Gonz...	11 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.6. Estigma	26		0	0	Claudia Gonz...	6 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.8 Política Sanitaria	4		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.9 Discapacidad	28		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.10 Calidad de vida	9		0	0	Claudia Gonz...	11 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.11 Desarrollo Humano	1		0	0	Claudia Gonz...	11 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.13 Bienestar	143		0	0	Claudia Gonz...	11 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
1.14 Participación	12		0	0	Claudia Gonz...	11 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2. Cuidados	355		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.1 Sociedad del cuidado	2		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.2 Humanización	4		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.3 Competencia Cultural	3		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.5 Código Deontológico	186		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.6 Activos en salud	4		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.7 Modelo Salutogénico	4		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.8 Sociosanitario	78		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.9 Cuidado integral/holístico	32		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.10 Misión Social	44		0	0	Claudia Gonz...	10 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
2.11. Gestión de casos	3		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	11 jul 2023
3. Accesibilidad	22		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
3.2 Accesibilidad a la salud	4		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
3.3. Accesibilidad cognitiva	1		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
3.8. Rural/Urbano	1		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
3.9. Brecha Digital	5		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
3.10. Atención domiciliaria	10		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
3.12. Aislamiento social/soledad	1		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	5 jul 2023
4. Derechos	285		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
4.1 Derechos Humanos	5		0	0	Claudia Gonz...	6 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
4.2 Derechos Fundamentales	42		0	0	Claudia Gonz...	6 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
4.3 Derecho a la salud	9		0	0	Claudia Gonz...	6 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
4.4 Derechos del paciente	229		0	0	Claudia Gonz...	6 jul 2023	Claudia Gonz...	6 jul 2023
5. Diversidad social y cultural	173		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
5.1 Cultura	50		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
5.3 Etnicidad	3		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
5.4 LGBTIQ+	4		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
5.5 Transculturalidad	114		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
5.6 Migraciones	5		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
6. Equidad en salud	162		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
6.1 Justicia Social	2		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
6.2 Determinantes Sociales de la S...	6		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
6.3 Desigualdades/Inequidades en...	15		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
6.4 Vulnerabilidad	7		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
6.7. Igualdad	49		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
6.9 Dignidad	88		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
7. Sostenibilidad	44		0	0	Claudia Gonz...	5 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
7.1 Objetivos de Desarrollo Sosteni...	11		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
7.2 Desarrollo Sostenible	9		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
7.3 Salud Ambiental	23		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023
7.4 Salud Global	3		0	0	Claudia Gonz...	7 jul 2023	Claudia Gonz...	7 jul 2023

Ilustración 9 **Categorización manual a través de *Atlas.ti* de las unidades de análisis**
Fuente: elaboración propia

[13] Las citas se representan en la ilustración con el símbolo:

Finalizada esta etapa tuvo lugar una reunión para el debate y consenso del proceso realizado con los dos investigadores participantes en el proceso de identificación y establecimiento de categorías (Ilustración 6).

Una vez consensuada la conveniencia de la categorización de todos los documentos, se procedió al "análisis de código-documento", es decir a analizar las relaciones entre categorías (Ilustración 9) y grupos de documentos (Ilustración 8), y de "co-ocurrencias entre códigos", es decir, en qué dimensiones u apartados de las guías docentes se presentaron con más o menos fuerza las categorías. En todos los casos se analizó la presencia y ausencia de las categorías predefinidas, y su frecuencia. Los cruces realizados se exponen en la siguiente tabla (Tabla 20), y la interpretación de los resultados obtenidos se desarrollará en el capítulo 5.

Tabla 20 **Cruces código-documento y co-ocurrencia de códigos realizados en el análisis de contenido con *Atlas.ti*.**
Fuente: elaboración propia

<table>
<tr><th colspan="5">Análisis código-documento</th></tr>
<tr><td>Universidad: UDC, USC, UVigo</td><td>← →</td><td colspan="3">Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social.</td></tr>
<tr><td>Centro: UDC-A Coruña, UDC-Ferrol, USC-Santiago de Compostela, USC-Lugo, UVigo-Pontevedra, UVigo-Ourense, UVigo-Meixoeiro, UVigo-Povisa.</td><td>← →</td><td colspan="3">Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social.</td></tr>
<tr><td>Curso: 1º-2º-3º-4º</td><td>← →</td><td colspan="3">Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social.</td></tr>
<tr><td>Carácter: Formación básica, Obligatoria u Optativa</td><td>← →</td><td>Centro: UDC-A Coruña, UDC-Ferrol, USC-Santiago de Compostela, USC-Lugo, UVigo-Pontevedra, UVigo-Ourense, UVigo-Meixoeiro, UVigo-Povisa.</td><td>← →</td><td>Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social.</td></tr>
<tr><td>Nº ECTS: menos de 6, entre 6 y 12, más de 12</td><td>← →</td><td colspan="3">Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social.</td></tr>
<tr><td>Materia: anatomía, fisiología, enfermería clínica, enfermería comunitaria, enfermería materno-infantil, enfermería de salud mental, enfermería social, otros…</td><td>← →</td><td>Centro: UDC-A Coruña, UDC-Ferrol, USC-Santiago de Compostela, USC-Lugo, UVigo-Pontevedra, UVigo-Ourense, UVigo-Meixoeiro, UVigo-Povisa.</td><td>← →</td><td>Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social.</td></tr>
<tr><th colspan="5">Análisis co-ocurrencia de códigos</th></tr>
<tr><td colspan="2">Competencias</td><td>← →</td><td colspan="2">Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social. Subcategorías (Anexo 2).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Contenidos</td><td>← →</td><td colspan="2">Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social. Subcategorías (Anexo 2).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Descripción</td><td>← →</td><td colspan="2">Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social. Subcategorías (Anexo 2).</td></tr>
</table>

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Objetivos	← →	Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social. Subcategorías (Anexo 2).
Resultados de aprendizaje	← →	Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social. Subcategorías (Anexo 2).
Bibliografía	← →	Categorías: Inclusión social, cuidados, derechos, sostenibilidad, accesibilidad, diversidad social y cultural, equidad en salud, justicia social. Subcategorías (Anexo 2).

Los resultados derivados de este análisis *Atlas.ti* los presenta en tablas, que se expondrán en el capítulo 5 acompañadas de un análisis descriptivo e interpretativo de las mismas. Para facilitar la comprensión e interpretación de dichas tablas, creemos necesario exponer cómo y de qué se componen (Ilustración 10 y 11).

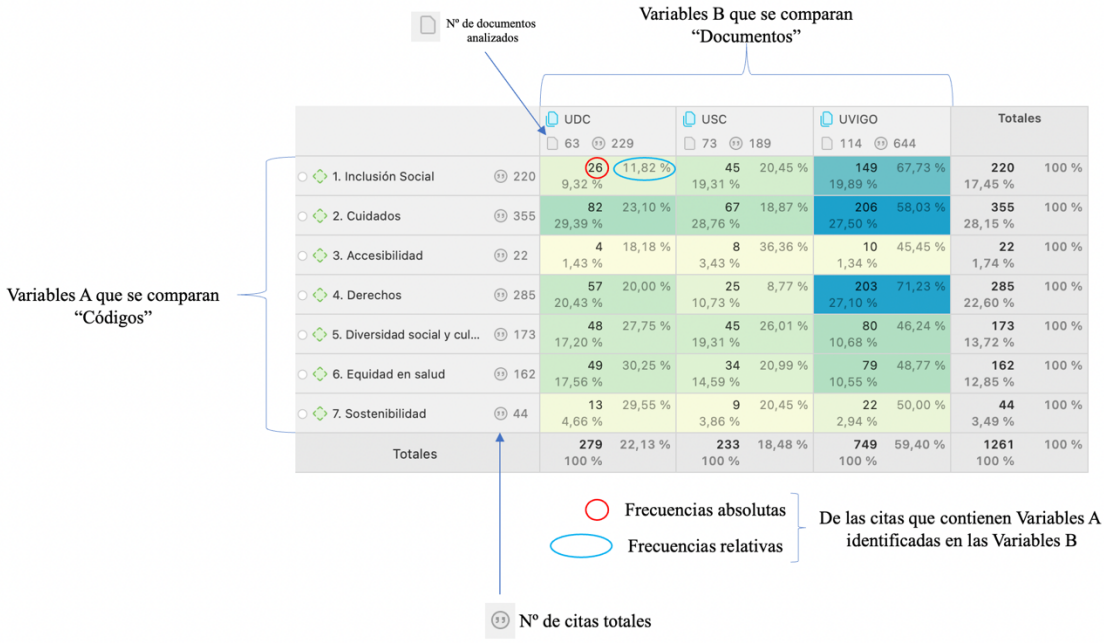


Ilustración 10 Tabla derivada del análisis código-documento
Fuente: elaboración propia

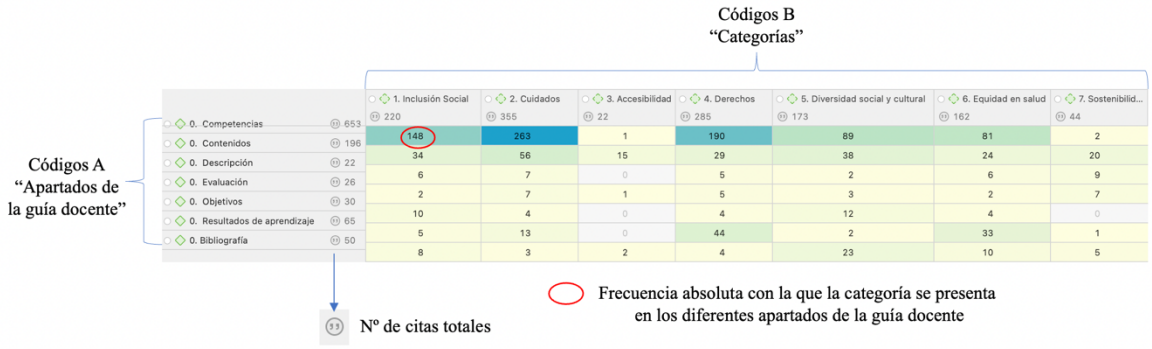


Ilustración 11Tabla derivada del análisis de co-ocurrencia de códigos
Fuente: elaboración propia

1.4.3.2.3 Etapa 3: Tratamiento e interpretación de los resultados

Esta fase se corresponde con el capítulo 5. En ella realizaremos un recorrido por los hallazgos resultantes del análisis de contenido de las guías docentes del Grado en Enfermería de Galicia desde lo más general a lo más específico. Comenzaremos exponiendo la presencia -y/o ausencia-, y frecuencia de las categorías del análisis en las tres universidades gallegas, para seguidamente mostrar los resultados de las mismas variables, pero en cada uno de los ocho centros que imparten el Grado.

Una vez presentada esta radiografía general del vínculo entre la oferta formativa existente en Galicia y la propuesta temática de esta tesis, procederemos a exponer los resultados encontrados en el análisis por unidades de contexto: curso, carácter de la materia, tipo de materia, peso específico en la propuesta curricular en forma de ECTS, y en las dimensiones de la guía docente: descripción, contenidos, competencias, objetivos, resultados de aprendizaje, evaluación y bibliografía. Así mismo analizaremos la presencia, ausencia y frecuencia de las categorías en las guías docentes de diferentes materias específicas del ámbito clínico general, las especialidades de enfermería, las prácticas clínicas o el Trabajo Fin de Grado (TFG).

Por último, mostraremos y razonaremos los hallazgos relacionados con las unidades de registro, o lo que es lo mismo, con cada categoría y subcategoría planteada. Es decir, finalizaremos con la interpretación y discusión de los resultados sobre cada una de las unidades temáticas que la tesis sostiene que deberían estar presentes en la formación inicial de la Enfermería (Anexo 2).

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

RESUMEN: DECISIONES METODOLÓGICAS ADOPTADAS EN LA TESIS.

Conscientes de la importancia de una comprensión clara del método, a continuación, presentamos un breve resumen de todas las decisiones metodológicas adoptadas.

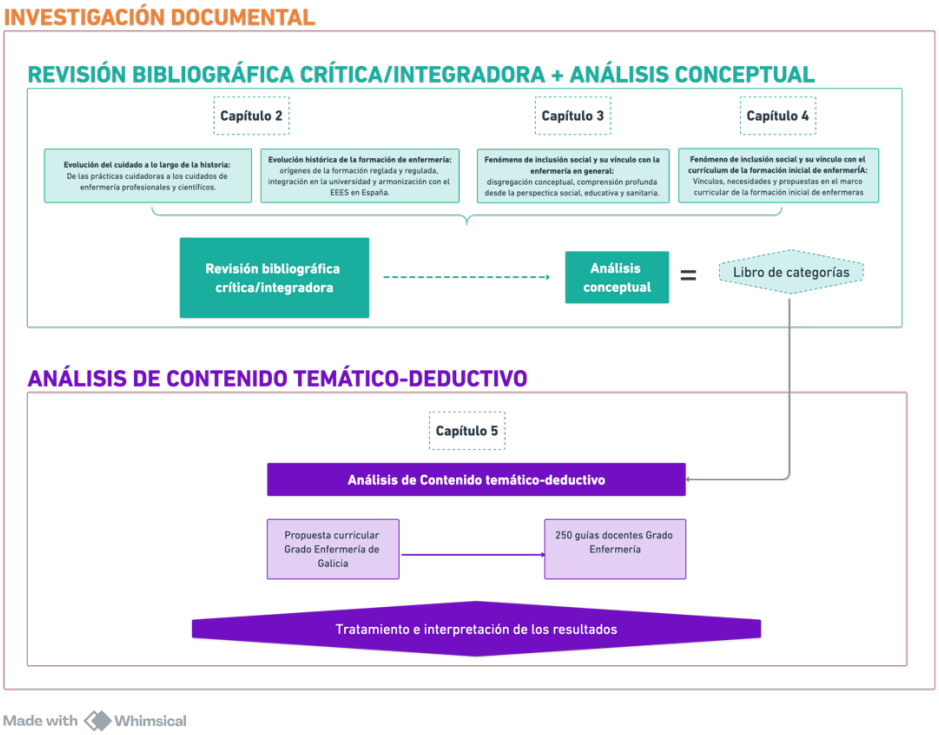


Ilustración 1 Propuesta metodológica
Fuente: Elaboración propia[14]

Esta tesis se fundamenta en las técnicas documentales como marco metodológico principal (Tancara, 1993). Es decir, nuestro objeto de estudio han sido exclusivamente documentos.

En una primera parte, que se corresponde con los capítulos 2, 3 y 4, la técnica documental por la que optamos fue la revisión bibliográfica de la evidencia científica en fuentes especializadas. En la segunda parte, que se corresponde con el capítulo 5, la técnica documental elegida consistió en el análisis de contenido, en este caso, usamos como fuentes las guías docentes públicas de todas las materias de Grado de Enfermería de todas universidades gallegas. La diferencia entre ambas técnicas reside en que en la revisión bibliográfica el investigador actúa fundamentalmente sobre los documentos, mientras que en el análisis de contenido actúa sobre los mensajes comunicativos de estos (Andreu Abela, 2002; Gil, 2008).

En concreto, para la primera parte se optó por una revisión bibliográfica crítica e integradora (Grant y Booths, 2009; Whittemore et al., 2014). Para garantizar su idoneidad tanto en la elección de esta tipología de revisión como en los resultados obtenidos de la misma, usamos las listas de control propuestas por Mertens (2005) y Hernández Sampieri et al. (2010). A este procedimiento, sumamos un análisis conceptual. Es decir, a la revisión bibliográfica crítica e integradora anterior con la que buscábamos conocer la evidencia científica alrededor del cuidado, la inclusión social y la formación inicial de la enfermería, se sumó la búsqueda,

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

14 Para recapitular, recuperamos la ilustración sobre la propuesta metodológica expuesta al inicio del capítulo.

selección y análisis de conceptos clave. Para delimitar estos conceptos se siguió en primer lugar el mapeo y posteriormente el método por índices propuestos por Hernández Sampieri et al. (2010). Este análisis conceptual sirvió para vertebrar el marco teórico y nutrir la evidencia científica sobre el objeto de estudio, pero también para identificar las categorías necesarias para realizar posteriormente el análisis de contenido de las guías docentes. Es decir, como resultado de esta etapa metodológica obtuvimos el marco teórico de la tesis y el libro de categorías para el trabajo de campo.

Para la segunda parte, se llevó a cabo el análisis de contenido de los programas formativos de todos los centros que imparten el Grado de Enfermería en Galicia. Para ello, basándonos en autores como Andreu (2002), Cáceres (2008) Guix Oliver (2008) y Piñuel Raigada (2002) optamos por un análisis de contenido vertical, descriptivo, temático deductivo y de evaluación mixta cualitativa-cuantitativa. Estos adjetivos se traducen en que hemos analizado un corpus documental restringido (Guias docentes de las facultades de enfermeria de Galicia), identificando y catalogando el contenido de los textos mediante categorías previamente establecidas, teniendo en cuenta su ausencia o presencia, su frecuencia y también el sentido de estas, es decir, cómo se presentan en las guías docentes.

Dicho análisis, recurriendo a autores como Bardin (1996), Arbeláez y Onrubia (2014), de Souza et al. (2013) y Guix Oliver (2008) lo organizamos en las siguientes etapas:

Etapa 1: Preanálisis.
- Determinar el objeto y documentos de análisis.
- Determinación de las unidades de análisis.
- Determinar el sistema de categorías.
- Determinar las reglas de codificación.
- Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización.

Etapa 2: La exploración del material.
Etapa 3: Interpretación y tratamiento de los resultados.

En la Etapa 1 identificamos el universo de la investigación, determinamos las unidades de análisis y describimos las reglas de codificación de los documentos a partir del sistema de categorías previamente establecido. El universo, homogéneo (Bardin, 1996, p. 73), lo conformaron los planes de estudio de las 8 Facultades/Escuelas de Enfermería de Galicia. En cuanto a la determinación de las unidades de análisis, estas las conforman las guías docentes de todas las materias del Grado en Enfermería de estas universidades (n=266), siendo las unidades de contexto: el curso de la materia, el carácter, la descripción, los contenidos, las competencias, los objetivos, los resultados de aprendizaje planteados, la evaluación propuesta y la bibliografía. En relación con las unidades de registro, se optó por un sistema de categorías basado en unidades semánticas (temas/conceptos), para ello se recurrió a el sistema de codificación deductivo, según categorías previamente establecidas, pero sin negarnos, si la exploración del material así lo exigiera, a adoptar una forma mixta, es decir, creando si fuese necesario nuevas categorías que puedan surgir durante el análisis de contenido de las guías (Andreu Abela, 2002; Bardin, 1996; Guix Oliver, 2008). Así, nos centramos en la presencia o ausencia de categorías, y su frecuencia, valorando la dirección y contingencia, si se da el caso.

La exploración del material de la Etapa 2 se apoyó en el uso del programa *Atlas.ti*, y se desarrolló en dos fases:

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

- **Fase 1:** Codificación automática por parte del *software*. Se sometieron todos los documentos de la muestra a una codificación preliminar haciendo uso de las categorías prestablecidas.
- **Fase 2:** Depuración manual de las citas identificadas por el programa en la fase anterior. Es decir, discriminación o asignación manual de las categorías y subcategorías prestablecidas en los fragmentos de texto que resultaron de la Fase 1.

En la Etapa 3[15] se describieron e interpretaron los resultados obtenidos en la etapa anterior.

En resumen, mediante técnicas documentales examinamos las guías docentes de todas las materias de Grado de Enfermería en todas las facultades de Galicia (análisis de contenido). Buscamos en ellas la presencia, ausencia y frecuencia de categorías predefinidas (unidades de registro derivadas del análisis documental) mediante el uso de *Atlas.ti*. Luego, interpretamos el significado de estas categorías, analizando dónde se ubicaban en las guías docentes o en el plan de estudios en general (unidades de contexto), valiéndonos para ello de la revisión bibliográfica crítica/integradora realizada previamente.

[15] Es lo que se corresponde con el Capítulo 5 *Resultados: la inclusión social en la propuesta curricular del grado de enfermería en Galicia*

CAPÍTULO 2 DE LAS PRÁCTICAS CUIDADORAS AL CUIDADO PROFESIONAL Y REFLEXIVO

> Todo trabajo científico nace de la curiosidad, y la investigación consiste básicamente en hacer descubrimientos. Pero, descubrir puede implicar la demostración de fenómenos nuevos, ignorados previamente, o la profundización del conocimiento y la comprensión de fenómenos conocidos (Gustafsson, 2006).

Victoria Camps (2021) en su libro *Tiempo de cuidados* argumenta ampliamente que, aunque el paradigma del cuidado está arraigado en la vertiente clínica de la enfermería, es esencial reconocer que las necesidades de los pacientes van más allá de lo que los hospitales pueden proporcionar, pues "además de la cobertura sanitaria, la persona con problemas de salud necesita otras cosas" (p.93). También señala a que ocuparse de los cuidados no debe significar solo atender las necesidades de las personas más vulnerables: "Por supuesto que cuidar es eso, pero cuidar es también una dimensión del ser humano que pone de manifiesto que los otros importan, no en tanto "otros generalizados", sino como "otros concretos" que viven unas determinadas circunstancias y tienen una identidad y una historia que lo singulariza" (p.100). Luis Aranguren (2022) reflexionando sobre el paradigma del cuidado como desafío educativo, suma a lo anterior que vivimos en una "normalidad llena de descuidos" en la que estamos desvinculados de nosotros mismos, de los otros y del planeta, lo que se traduce en ausencia de autorreflexión, relaciones interpersonales auténticas o preocupación por el entorno. En este contexto, plantea que el "cuidado" emerge como una posibilidad de futuro ya sea en lo personal, en las organizaciones o en los modelos educativos.

Pero ¿cómo se traduce este ideal de cuidado en la Enfermería? ¿Y en su formación? ¿Se forma en las Escuelas y Facultades de Enfermería para pensar sus acciones desde esta lógica de cuidar? ¿Cómo se vincula todo esto con la inclusión social?

Partiendo de estas reflexiones e interrogantes, la aspiración de este capítulo es conocer en profundidad el contexto sociohistórico sobre el que se ha construido el currículum actual de la formación inicial de la Enfermería en España, para entender mejor el enfoque del cuidado que se transmite.

Apelamos a tres autores clave como criterio de autoridad para la fundamentación y justificación de esta perspectiva. Sin duda, asumimos la reflexión de Diego Gracia (1992, citado por Hernández Martín et al.,1997) cuando al preguntarse "¿por qué la Enfermería es cómo es?", se responde a sí mismo: "eso, o se analiza en su gestación o no se entiende". De ahí, que hagamos nuestro el postulado de Maxime Green (1967), cuando dice que "la importancia que tiene el estudio histórico para el docente reside en la posibilidad que ofrece para la configuración de grandes perspectivas, lo que le permite dar algún sentido al presente incipiente en el que se mueve" (citado por Pereyra y Popkewitz, 2021). Pues, al fin, no cabe ignorar que, como nos advierte Gimeno Sacristán (2007), el currículum es "una opción históricamente configurada que se ha desarrollado en un determinado entramado cultural, político y social"(p.

18). Partiendo de estos supuestos, en este primer capítulo hemos intentado responder a los siguientes interrogantes:

¿De dónde venimos? Con la intención de aportar una perspectiva filosófica e histórica de los cuidados, los cuidados de enfermería, la evolución de su enseñanza y los fundamentos teóricos sobre los que se ha erigido.

¿Dónde estamos? Con el objetivo de proporcionar una visión general de la enfermería en la actualidad, en cuanto a sus características como profesión, a sus singularidades formativas y en la construcción disciplinar.

¿Quiénes somos? Con la pretensión de comprender la situación y los condicionantes de las enfermeras en España, analizando de dónde proceden como colectivo, la construcción de su identidad profesional y su situación en el sistema sanitario, universitario, científico y social.

¿A dónde vamos? Con la aspiración de presentar de manera razonablemente argumentada, cuáles son los rasgos diferenciadores de la enfermería y de su socialización como profesión, así como cuáles son los itinerarios epistemológicos a través de los que se ha construido como disciplina académica, para, sobre esa base, analizar en primer lugar las necesidades formativas de la Enfermería en la actualidad, y, en segundo lugar, hacer propuestas de futuro contextualizadas, razonables, coherentes y viables.

Para dar respuesta a todas estas cuestiones tomaremos como referencia las investigaciones, reflexiones, razonamientos y recomendaciones de diversos autores y organismos. Muchos de ellos reiteradamente mencionados y citados a lo largo de este y sucesivos capítulos, pues hemos encontrado en sus planteamientos respuestas muy reveladoras para nuestros interrogantes y propósito de estudio. Haremos referencia a filósofos contemporáneos que han prestado mucha atención al cuidado, como Victoria Camps o Leonardo Boff. En el ámbito concreto de la Enfermería se utilizarán los argumentos de pensadores, historiadores, divulgadores y docentes destacados en el ámbito nacional como Carmen Domínguez-Alcón, Rosa María Alberdi, Concha Germán-Bes, Francisca Hernández-Martín, Juana Hernández-Conesa, Manuel Amezcua o José Siles. Y, en el ámbito internacional a autores como Françoise Collière, Suzane Kèrouac, Jean Watson, Bárbara Carper, Vera Regina Waldow o Mark Lazenby. También recurriremos a pedagogos, sociólogos, antropólogos y politólogos, algunos de ellos también enfermeros, como Joan Tronto, José Luis Medina, Manuel Moreno Preciado o Montserrat Busquets.

De la síntesis de todas sus aportaciones y las de muchos otros, presentamos a continuación una revisión de la génesis de la formación y profesionalización de los cuidados de enfermería, relacionándola con el rol social y de cuidado de la mujer en cada momento histórico (género); con la influencia inequívoca de los valores cristianos, de altruismo y caridad (moral y vocación); con la dependencia del médico, que contribuyó notablemente a su rol técnico desde una concepción auxiliar (subalternidad); con la influencia de corrientes de pensamiento hegemónicas rendidas al paradigma racional-tecnológico; y con un contexto de transformaciones sociales, económicas, políticas y demográficas que han resultado en que en la actualidad vivamos una "crisis de cuidados", evidenciada por la incapacidad social y política de garantizar el bienestar de amplios sectores de la población, y la generalización de la dificultad de estos para poder cuidarse, cuidar o ser cuidados.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO

> Es frecuente encontrar en los textos sanitarios un uso polisémico de la palabra cuidado, ya que se utiliza tanto por quien realiza una ecografía o aplica un tratamiento de base genética, como por quien dispensa atención a un recién nacido o a un moribundo. Y es que se utiliza como sinónimo de asistencia o atención, lo que requiere aclaración, ya que no es lo mismo hacer una técnica con cuidado que brindar cuidados a las personas en el sentido enfermero (Germán-Bes et al., 2014, p. 81).

El cuidado es un concepto polisémico, un fenómeno con un significado difícil de determinar. Siles y Solano (2012) razonan que es un fenómeno universal, una necesidad básica compartida por todos los seres humanos y por lo tanto común a todas las culturas, en todas las épocas históricas, independientemente de las ideologías, creencias, y presupuestos científicos. Camps (2021) añade que es algo necesario para nuestra supervivencia, pero también una forma de relación humana, que tiene un valor individual y privado, pero también público y colectivo.

Tomando como referencia las reflexiones de Comas-d'Argemir (2019) sobre el derecho al cuidado, y las de Feito (2000, citado por Solórzano, 2008) sobre la ética del cuidado y sus vínculos con la Enfermería, cabe señalar que en su conceptualización se debe diferenciar el cuidado como actividad humana, que hace referencia a toda acción desinteresada que contribuye al bienestar de otra persona y responde a sus necesidades, llevado a cabo generalmente en el seno de las familias, vinculado al orden social y la evolución hacia los Estados de Bienestar; y el cuidado como profesión -donde se asienta la Enfermería- que es aquel remunerado que adquiere un dimensión normativa y estipulada, que es resultado de la evolución del conocimiento científico, está centrado en el mantenimiento de la salud y por tanto históricamente vinculados a la concepción de salud y enfermedad y su tratamiento a lo largo de la historia (Comas-d'Argemir, 2019; Solórzano, 2008). Sus significados y prácticas están influidos por el contexto social, político, ideológico, religioso y científico del momento (Siles y Solano, 2012).

Partiendo de estas ideas, en los epígrafes que continúan exploraremos la evolución y valores del cuidado en relación con su origen, connotaciones filosóficas e históricas, pues, tal y como informan Rodríguez-Jiménez et al. (2014) es desde estas que se ha estudiado principalmente con la finalidad de contextualizar sus raíces en el desarrollo de la humanidad y los valores que se le han asignado.

2.1.1 Etimología del cuidado: atención afectuosa y preocupación reflexiva hacia otros.

"Las palabras nacen en un nicho de sentido originario y a partir de ahí se desarrollan otros significados afines" (Boff, 2002, p. 72). Algunos autores, como Boff (2002), apuntan a que etimológicamente el término cuidado proviene del latín *cura*, utilizado en su forma más antigua en contextos de amor y amistad, que expresaba la actitud de desvelo, de inquietud y de preocupación por la persona amada o por un objeto con valor sentimental (p. 73). Otros, como Camps (2021) o Siles (1999), sugieren que deriva de *Cogigatus-cogitare* que significa, pensar, reflexionar, interés reflexivo que uno pone a algo respecto a una preocupación por un problema pasado, presente o futuro, que no debe interpretarse como algo que no va más allá de la mera acción puntual.

Las diferentes acepciones para el término en la Real Academia Española (RAE) son: poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo; asistir, guardar, conservar; discurrir, pensar; mirar por la propia salud, darse buena vida; vivir con advertencia respecto a algo (RAE, s. f.-a). Es una palabra de uso común en nuestra lengua, el más inmediato y popular es la

interjección ¡Cuidado! Que funciona como un aviso a un peligro inminente, o ¡Cuídate! Despedida más cálida que un simple adiós (Alba Martín, 2015; Camps, 2021, p. 41). En consecuencia, el concepto "cuidado" constituye una categoría de contenido semántico amplio capaz de englobar categorías más puntuales (Siles, 1999a). Así, el cuidado incluye dos significados básicos, íntimamente vinculados entre sí: la actitud de solicitud y de atención hacia el otro; y la actitud de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente implicada y vinculada afectivamente al otro (Boff, 2002, p. 73).

2.1.2 El cuidado desde una perspectiva filosófica: valor humano, relación con uno mismo, los demás y el entorno, desde el compromiso y la responsabilidad.

La connotación filosófica del cuidado se refiere al cuidado humano como un valor, un bien que legitima el actuar, una forma de expresión, de relación con los otros y con el mundo, como una forma de vivir plenamente, es un acto, una dimensión ontológica existencial, que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y compromiso afectivo por otro ser humano (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

Para Heidegger (1951), filósofo alemán, fenomenólogo y hermenéutico, lo característico del ser humano es estar siempre velando por su propia vida, cuidando de ella, para satisfacer sus necesidades básicas, pero también las superiores. Desde su perspectiva todo es cuidado. El ser humano está inserto en un mundo y no se puede concebir fuera de él. En esta línea, Boff (2002) nos plantea que el cuidado es "la vivencia de la relación entre la necesidad de ser cuidado, la voluntad y la predisposición a cuidar, creando un conjunto de apoyos y protecciones que hacen posible esta relación indisociable a nivel personal, social y con todos los seres vivos" (p. 30).

Para Camps (2021) cuidar consiste en una serie de prácticas de acompañamiento, atención, ayuda a las personas que lo necesitan, es una actividad, pero también es, simultáneamente, una manera de hacer las cosas, una forma de actuar y relacionarnos con los demás. Cuidar, según la autora, implica desplegar una serie de actitudes que van más allá de realizar unas tareas completas de vigilancia, asistencia, ayuda o control; el cuidado implica afecto, cercanía, respeto, empatía con la persona que hay que cuidar. Una relación que debe ocultar la asimetría que por definición constituye. Cuidar significa sentirse cerca de las personas que requieren cuidados. Desde una perspectiva de inclusión alude a que "no se trata tanto de determinar qué hay que hacer, sino cómo hacer lo que hay que hacer, teniendo en cuenta que aquellos a quienes se cuida son personas y merecen ser reconocidas como tal siempre y sin excepción". En definitiva, para esta autora lo esencial es "cuidar con cuidado" (Camps, 2021, p. 13).

Esta concepción recuerda a la aproximación que ya hizo Aristóteles sobre el acto de cuidar, que ubicó en el alma sensitiva, y no en alma racional el ejercicio del cuidado (Camps, 2021, p. 84). El filósofo hizo del cuidado un concepto próximo a lo que entendemos por delicadeza, receptividad, respeto por lo que nos rodea y atención a lo que somos en nuestra limitada humanidad (Alba Martín, 2015). En esta misma línea, Diego Gracia (1996, citado por Matesanz Santiago, 2009), afirma que los cuidados son un elemento básico de toda relación humana y, en ese sentido, un índice de humanización: "Dime como cuidas y te diré el grado de humanidad al que has llegado" (p. 245).

En esta dirección, como apunta Walter Hesbeen (2004), cuidar es querer intentar contribuir en un lugar, ya sea profesional o no, a un entorno más humano. Según este autor el cuidado se entiende como "fermento de vida", algo que es necesario para esta, y en un sentido más amplio, incluso para el mundo. El cuidado, en sus múltiples facetas, es aquello que contribuye a un mundo más acogedor para el ser humano. De lo anterior, se desprende, según este autor, que las palabras "persona de cuida" nos conciernen a todos. Ser cuidador no es un estatus adquirido

USC DE COMPOSTELA

por una u otra cualificación, sino que es tener una forma de vida por la que una persona, sean cuales sean sus cualificaciones y funciones, procura, en situaciones de la vida diferentes y variadas, expresar su humanidad. Por lo tanto, "ser persona que dispensa cuidados no es cuestión de todo o nada, sino más bien de una trayectoria por la que una persona permanece alerta y se cuestiona, se replantea, en múltiples circunstancias sus acciones y su presencia en sí misma, en el otro, en los otros y en el mundo" (p.32).

Desde esta concepción del cuidado, el filósofo norteamericano existencialista Mayeroff (1971) sugiere que cuidar de otra persona, en el sentido más amplio, es ayudarle a crecer y a realizarse. Apunta a que cuidar no debe confundirse con significados como desear el bien, gustar o reconfortar, o simplemente tener interés en lo que le ocurre al otro. Tampoco se trata de un sentimiento aislado o de una relación momentánea, ni de una simple cuestión de querer cuidar a una persona. Cuidar es un proceso, una forma de relacionarse con alguien que implica un desarrollo, "del mismo modo que la amistad sólo puede surgir con el tiempo a través de la confianza mutua y de la profundización y transformación cualitativa de la relación" (p.1). El alcance moral del cuidado según este autor es la ética de la responsabilidad. El cuidado es la antítesis de la simple utilización de la otra persona para satisfacer las propias necesidades (Mayeroff, 1971; J. L. Medina, 1999, p. 36; Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

En este sentido Collière (1993), enfermera e historiadora, señala que existen tres tipos de cuidado: el cuidado de sí mismo, el cuidado del otro y el cuidado con otros, lo que significa que, para poder cuidar a los demás, es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias. La misma autora defiende que todas las personas somos dadores y receptoras de cuidado, y que sin cuidado no habría supervivencia . A lo que Comas-d'Argemir (2019) añade que el mantenimiento de la vida requiere de un autocuidado permanente, o de alguien que se ocupe de los demás. Plantea que cuidar es atender a las necesidades de la vida diaria, que se modifican en las distintas etapas de la vida, sin perder de vista que todos los seres humanos somos vulnerables, por lo que sin cuidados no es posible que se sostenga la vida (Comas-d'Argemir, 2019). De este modo, el cuidado es también una idea ética porque implica reconocer la vulnerabilidad intrínseca de todo ser humano, es decir, implica asumir que toda persona a lo largo de su vida pasará por períodos en los que no puede cuidar de sí misma, necesitando del compromiso y responsabilidad de otro para cuidar de ella (Busquets, 2019).

Ante esta situación universal de reciprocidad, existen distintas respuestas morales, que según la psicóloga norteamericana Carol Guilligan (2013), promotora de la Ética del cuidado, son igual de relevantes y deben ser complementarias: respuestas fruto de la lógica, traducidas en normas y leyes, donde los derechos y las responsabilidades en torno al cuidado están definidas por otros; o en forma particular, a través de la comunicación basada en la relación interpersonal, donde se asume la responsabilidad por uno mismo en la relación con los demás (Busquets, 2019; Guilligan, 2013, p. 21).

En relación con todos los aspectos que estamos abordando sobre el cuidado, Tronto (2017) propone un modelo de cuidado de varias fases, que, en nuestra opinión, captura la globalidad y la complejidad de la idea que estamos tratando de argumentar. A continuación, reproducimos las fases propuestas por la autora (p.32):

- ***Caring about*** (preocuparse) : en primer lugar, el cuidado procede de satisfacer las necesidades. Pero satisfacer las necesidades no es tan simple, primero requiere reconocerlas. Reconocer nuestras propias necesidades es difícil, reconocer las necesidades de los demás es aún más difícil.
- ***Caring for*** (ocuparse): en segundo lugar, el hecho de que exista una necesidad no significa que nadie en particular tenga que abordarla. Aquí, la responsabilidad y la

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

aceptación del deber de abordar esas necesidades se convierten en la segunda fase del cuidado. Esta etapa implica una toma de conciencia activa de la necesidad de intervención.

- ***Care giving*** (dar cuidado): una vez que se ha asumido la responsabilidad de abordar una necesidad identificada, se pasa a la fase de ejecución del cuidado. Hacerlo, requiere trabajo, esta etapa implica un esfuerzo tangible para satisfacer las necesidades reconocidas, con la complicación añadida que las personas que reconocen la necesidad no son necesariamente las mismas que asumen la responsabilidad de llevarlo a cabo, y que los responsables no son necesariamente los que realizan el cuidado real.
- ***Care receiving*** (recibir cuidado) : tras la prestación del cuidado, surge la fase de evaluación de la respuesta. Aquí, la efectividad del cuidado se evalúa a través de la respuesta a las acciones emprendidas.
- ***Caring with*** (cuidar con) : esta fase representa una extensión de las anteriores. Imagina una dinámica de cuidado mutuo entre ciudadanos. Aquí, se fomenta la reciprocidad y la solidaridad, con la expectativa de que aquellos que han recibido cuidado puedan llevarlo a cabo a su vez en el futuro, generando un ciclo constructivo de atención comunitaria.

En consecuencia, se entiende que el cuidado implica una ética de la responsabilidad a la que apuntaba el ya mencionado Mayeroff (1971), en la que lo esencial es el reconocimiento del otro y la responsabilidad de cada uno respecto a los demás. Pero también es una ética de la virtud, ya que analizando las actitudes y conductas que promueven el cuidado, se explican los fundamentos de las relaciones entre dos personas, cuando una de ellas necesita ayuda para vivir (Busquets, 2019; Mayeroff, 1971, p. 9).

En suma, cada vez más, el cuidado adquiere una connotación ética, social y política ya que permite reorganizar la sociedad de acuerdo a sus necesidades (Busquets, 2019). En esta línea, Tronto (Tronto y Kohlen, 2018) sugiere que el cuidado debe entenderse como "una actividad de especie que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo para que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro entorno, todos los cuales buscamos entrelazar en una red compleja que sostenga la vida" (p. 24).

La ya citada Collière (1993) que fundamentó el cuidado en el mantenimiento y continuidad de la vida, se resistió a definirlo, considerando que una definición reviste un carácter estático, rígido y formal que la hace dogmática. Para ella cuidar significa "mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para esta, pero que son diversas en su manifestación" (p. 7). En este contexto, afirma que consustancialmente una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo es "cuidar de", ya que la supervivencia de la especie dependía de "cuidar de" las mujeres de parto, los niños, los vivos, pero también de los muertos. Pero además dependía de cuidar del fuego para que no se apagara, de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles, más tarde de la cosecha, de los animales domésticos, etcétera. Y es por dicha supervivencia que aún hoy en día esta expresión corriente, "cuidar de", "ocuparse de", continua transmitiendo el sentido inicial y original de la palabra cuidado (Collière, 1993, p. 6).

En definitiva, considerando las aportaciones de todos los autores citados podemos concluir el cuidado abarca múltiples connotaciones filosóficas. Su concepción desde esta perspectiva lo coloca como un valor humano, como un bien, una forma de relación con uno mismo, con los otros y con el mundo que nos rodea, que requiere de compromiso y responsabilidad individual y colectiva. Todo es cuidado para un ser humano vulnerable, que para sobrevivir necesita

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

cuidarse y cuidar de los otros, en un mundo del que no se puede desprender, y que también necesita cuidar para sobrevivir (Boff, 2002; Collière, 1993). El cuidado va más allá del acto puntual de realizar tareas de vigilancia, asistencia o ayuda, de desear el bien o reconfortar, es un proceso cualitativo, contrario a utilizar al otro para satisfacer las necesidades propias (Camps, 2021; Mayeroff, 1971). Para sostener la vida es imprescindible reconocer la vulnerabilidad intrínseca, compartida e interdependiente, asumiendo que todos somos dadores y receptores de cuidado independientemente de nuestra edad, sexo, etnia, capacidad… (Busquets, 2019; Comas-d'Argemir, 2019). Así el cuidado también es un imperativo ético ya que requiere de la responsabilidad de cada uno respecto a los demás para sobrevivir (Busquets, 2019; Collière, 1993; Tronto, 2017a). El cuidado es una virtud y también es justicia, ya que en la reciprocidad que solicita todos tenemos derecho a ser cuidados y a cuidar (Camps, 2021, p. 140) (Tabla 21).

Tabla 21 Ideas principales sobre la concepción de cuidado
Fuente: elaboración propia

Autor	Idea fundamental de la concepción de cuidado
Aristóteles (s.f)	Respeto por lo que nos rodea.
Mayeroff (1971)	Lo contrario a utilizar a las otras personas para cubrir las necesidades propias.
Heidegger (1951)	Todo es cuidado.
Diego Gracia (2009)	Índice de humanización.
Collière (1997)	Mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables diversas en su manifestación.
Boff (2002)	Relación entre la necesidad personal y social de ser cuidado y la predisposición de cuidar.
Hesbeen (2004)	Aquello que contribuye a un mundo más acogedor para el ser humano.
Tronto (2018)	Todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo para que podamos vivir en él lo mejor posible.
Comas d´Argemir (2019)	Todos los seres humanos somos vulnerables, por lo que sin cuidados no es posible que se sostenga la vida.
Busquets (2019)	Necesitamos el compromiso y responsabilidad de otros para cubrir nuestras necesidades de cuidado.
Camps (2021)	Forma de actuar y relacionarnos con los demás.

En definitiva, el cuidado es aquello que subyace a su manifestación fenomenológica pues hablamos del cuidado a las personas a lo largo de la vida, del cuidado a las comunidades, pero también del cuidado ambiental que hace posible un entorno sostenible. Se requiere una caracterización no sólo filosófica, sino también histórica del mismo para lograr una imagen actualizada que dé cuenta de sus diferentes concepciones y usos. "El cuidado es como la libertad y la salud que sin tener una definición precisa, se reconoce que son indispensables para la vida de todas y cada una de las personas" (Ríos-Cázares y López-Moreno, 2017).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

2.1.3 El cuidado desde la perspectiva histórica: del descuido del cuidado, al cuidado como pilar del Estado de Bienestar.

Hernández Martín et al. (1997) en un pormenorizado análisis histórico de la profesionalización de la enfermería -al que recurriremos con frecuencia en este apartado-, advierten que durante siglos la preocupación fundamental del ser humano fue la conservación de la vida, y que sus principales inquietudes y esfuerzos intelectuales se centraron en conocer las leyes que regulaban la salud y la enfermedad. El objetivo se centraba en garantizar la vida, en cuanto a cantidad de vida, pero en la medida que este fin se fue alcanzando, en la sociedad ha ido surgiendo una necesidad de carácter cualitativo referido a la calidad de vida.

En este contexto y tomando como referencia a varios autores, asumimos que las necesidades y demanda de cuidados se han ido incrementando exponencialmente en el último siglo a consecuencia, fundamentalmente, de los avances científico-tecnológicos, que han resultado en el incremento de la esperanza de vida, y por lo tanto del envejecimiento y la mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas y discapacidades; a esta circunstancia se suman los cambios estructurales en las familias, generalmente relacionadas con la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la crisis económica -que induce o agrava los problemas de salud- el aumento de las migraciones y la consecuente multiculturalidad social, entre otras. Los cuidados han adquirido en la actualidad una naturaleza social constituyéndose como un verdadero desafío para el siglo XXI (Busquets Surribas et al., 2018, p. 43; Comas-d'Argemir, 2019; Esquivel, 2011).

Así, actualmente, tal y como razona Camps (2021) el reto para las sociedades es afrontar las nuevas y crecientes necesidades de cuidado. El cuidado, ha pasado de ser un valor privado, y como tal ignorado, a un valor público. Cuidar es alimentar, proporcionar vivienda y vestido, criar a niños y niñas, asistir en la enfermedad, dar consejos, ayuda práctica y emocional(Comas-d'Argemir, 2019). De esta forma, el cuidar se entiende como una modo de relación entre las personas que debe proporcionarse y cultivarse en todos los espacios donde se desplieguen las relaciones humanas: además de la familia, las profesiones, la política, la administración, el comercio, el ocio y la cultura; y, como se defiende cada vez más, de la relación del ser humano con el medio ambiente y el planeta (Camps, 2021, p. 140).

En este sentido, Comas-d'Argemir (2019) sostiene que las necesidades de cuidado, algo tan íntimo, cargado de emociones, de tensiones y conflictos, de ética y de moralidad, pero también de materialidad, forman parte hoy de un escenario internacional y globalizado. En este contexto hay que "reconocer el derecho universal a ser cuidados, y en consecuencia, también un deber universal de cuidar" (Camps, 2021, p. 140). Pero en tanto que es algo colectivo, cabe destacar que el derecho puede mostrarse insuficiente al no poder integrar en una norma todas las situaciones existentes de cuidados o posibles (Camps, 2021, p. 85).

Sin embargo, como argumenta Boff (2002) en su obra "*El cuidado esencial*", en nuestra época existe una crisis civilizacional con un difuso malestar generalizado, que atribuye a la indiferencia, el abandono y al descuido del cuidado (p. 18). Lo asevera con las siguientes afirmaciones (p.17-18):

En la actualidad:

- Hay un descuido e indiferencia por la vida inocente de niños utilizados como "combustible" en la producción del mercado mundial.
- Hay descuido e indiferencia manifiesta por los pobres y marginados de la humanidad, castigados por el hambre crónica y enfermedades antes erradicadas que vuelven hoy con mayor virulencia.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Hay descuido e indiferencia inmensa por la suerte de los desempleados y jubilados, excluidos del proceso de producción, considerados prescindibles y sin valor económico.
- Hay descuido y abandono de la generosidad, con exaltación del individualismo, que menosprecia la tradición de solidaridad, quitando valor a los ideales de libertad y dignidad del ser humano.
- Hay descuido y abandono creciente de la condición social de las ciudades, despojadas del arraigo cultural y alienadas en una convivencia de simulacro y entretenimiento.
- Hay descuido e indiferencia por la condición espiritual del ser humano necesaria para cultivar la lógica de la ternura hacia todo lo que existe y vive.
- Hay descuido e indiferencia por los asuntos públicos, organizándose políticas pobres para los más desfavorecidos, con inversiones escasas en seguridad alimentaria, salud, educación y vivienda.
- Hay descuido y abandono de la reverencia indispensable para cuidar de la vida y de su fragilidad, que castiga el entorno, y anticipa la pérdida en pocas décadas de gran cantidad de animales y vegetales que se llevarán también conocimientos acumulados por el universo en los últimos 15 millones de años.

Partiendo de un análisis similar, autoras como la ya mencionada Joan Tronto (2018) plantean la necesidad de un cambio de paradigma, presentando el cuidado como marco de referencia para una transformación social. Según apunta, las sociedades democráticas deben transitar hacia un marco de convivencia que posibilite satisfacer las necesidades de cuidado de todas las personas, entendiendo que, como ya se ha argumentado previamente, a lo largo de la vida las personas tendremos que ser cuidados y tendremos que cuidar. Es un compromiso social, no individual, que surge desde los Estados de Bienestar (Domínguez Alcón et al., 2018).

Tanto es así, que el cuidado se ha calificado como el "cuarto pilar del sistema de bienestar", ubicándose en una nueva generación de derechos que engrosan a los derechos sociales alcanzados en siglos anteriores: el derecho a la educación, a las pensiones, a la sanidad… El cuidado desborda así el marco familiar en el caso del cuidado no remunerado, o el sanitario en el caso del cuidado profesional, donde se ha encuadrado tradicionalmente, para pasar a ser además un asunto social (Comas-d'Argemir, 2019). En este contexto, concebir la responsabilidad del cuidado como algo estrictamente personal, como apunta Camps (2021) sería poco democrático, "pues una sociedad demócrata y cuidadora entiende la justicia como hacerse cargo de las distintas necesidades de todas las personas" (p. 68).

En definitiva, como ya sugería Collière en los años 80 del siglo XX "cuidar es y será siempre indispensable no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo grupo social" (Collière, 1993, p. xiii). Pero, a pesar de que cuidar es una práctica tan antigua como el mundo, hasta hace escasos 50 años "a nadie se le había ocurrido pensar que el cuidado fuera un concepto digno de estudio" (Camps, 2021, p. 9).

En este sentido, la enfermera y socióloga Carmen Domínguez-Alcón (2016) que ha estudiado ampliamente las prácticas del cuidado a lo largo de la historia lo confirma, apunta que sentir preocupación y solicitud por los que sufren o son débiles y necesitan ayuda es algo connatural a la humanidad, pero que contradictoriamente han tenido que pasar siglos para que el cuidar se constituyese como un valor social y ético, y se convirtiera en tema de reflexión e investigación para diversas disciplinas. Entre ellas, y fundamentalmente como desarrollaremos en los epígrafes sucesivos, en la Enfermería.

USC DE COMPOSTELA

2.2 PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO

> Cualquier manifestación de la vida social del hombre puede y debe ser considerada como un "hecho histórico", susceptible de ser analizado para obtener un "conocimiento de carácter científico" […] En este sentido, los Cuidados de Enfermería constituyen un hecho histórico, ya que, en definitiva, son una constante histórica que, desde el principio de la Humanidad, surgen con carácter propio e independiente (Hernández-Conesa, 1995, p. 27)

Tomando como referencia a Collière (1993) y a Hernández Martín et al. (1997), podemos afirmar que una profesión comienza a surgir cuando ciertos individuos observan una necesidad social y se comprometen a cubrirla, actuando sobre un grupo determinado de problemas. Pero a pesar de que los cuidados son una necesidad inherente al ser humano, durante millares de años estos no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran exclusivamente los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la supervivencia del grupo (Collière, 1993, p. 7; Hernández-Conesa, 1995, p. 53). Las transformaciones en los distintos pueblos y naciones, consecuencia, entre otros, de factores políticos, económicos, religiosos, los avances científicos y tecnológicos han generado sociedades más complejas que a su vez han ido requiriendo cuidados más especializados (Collière, 1993, p. 8).

En este contexto, el cuidado, desde un enfoque profesional, ha evolucionado inseparablemente ligado a las necesidades sociales pues "es el requerimiento que la sociedad hace de un grupo ocupacional para que cubra una necesidad concreta, lo que determina qué debe ser un profesional y no tanto lo que el profesional quiera ser" (Hernández Martín et al., 1997).

En las sociedades tradicionales existían dos roles estrictamente diferenciados, los "productivos" y los "reproductivos". Los primeros se tenían por masculinos y los segundos por femeninos, todas las funciones de cuidado pertenecían a este último ámbito, y las profesiones, por el contrario, eran propias del primero. Sin embargo, como advierte Diego Gracia (2010) un típico rol femenino y reproductivo ha alcanzado la categoría de profesión, es el caso de la Enfermería, que, como añaden Hernández Martín et al., (1997) ha sido la única que desde que comenzó a estructurarse hace poco más de siglo, ha hecho del cuidado su actividad esencial.

De este modo, de la misma forma que el cuidado, la Enfermería, como actividad, de acuerdo con los historiadores, ha existido desde el inicio de la humanidad. Pues, la especie humana siempre ha tenido a personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto en la necesidad de cuidar de ellas (Hernández Martín et al., 1997; Hernández-Conesa, 1995),pero, contradictoriamente, la historia de la enfermería profesional no comenzó oficialmente hasta mediados del s.XIX. En el contexto internacional, principalmente, con Florence Nightingale, quien introdujo elementos de la ciencia al cuidado y concibió a las enfermeras como un colectivo de personas formadas (Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 4), o Elisabeth Fry, que incorporó a la necesidad de instrucción reglada, la importancia de la selección para el acceso a los estudios de enfermería y la remuneración de aquellos que proporcionaban cuidados profesionales (Huntsman et al., 2002).

En España, la idea de profesionalización de la Enfermería surge ligada al movimiento reformista, inspirado en el Krausismo o el Instituto de Libre Enseñanza -que se tratará más adelante- de la mano del Doctor Federico Rubio y Galí, quien inspirado en Florence Nightingale, fundó en 1896 la primera Escuela de Enfermería de España (Hernández Martín

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

et al., 1997; Sellán, 2010, p. 127) [16], o Concepción Arenal, figura relevante para otros contextos disciplinares como el Derecho, el Trabajo Social, la Sanidad, el Sistema Penal o la Beneficencia, pero escasamente en la enfermería española, realizó un proyecto de reforma de esta que, aunque no pudo llevar a la práctica constituye un referente para la historia de la profesionalización de la enfermería en España (Siles, 2009, p. 155).

La enfermería comenzó a desarrollarse con un fuerte énfasis en la práctica, pero a lo largo del s. XX las enfermeras trabajaron por su desarrollo como profesión con un cuerpo de conocimientos propio. En este contexto, aunque los diferentes líderes de la enfermería realizaron esfuerzos continuados, especialmente en la primera mitad del s.XX, para lograr su reconocimiento como profesión, hasta la segunda mitad de este no vieron la necesidad de establecer marcos conceptuales y teóricos para desarrollar el conocimiento esencial de la enfermería y el camino hacia su práctica profesional como la entendemos en la actualidad (Hernández-Conesa, 1995, p. 148; Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 4).

Realizar un breve recorrido histórico en busca de esas personas que proporcionaban cuidados, los lugares donde se aplicaban, así como la transmisión de los saberes sobre estos, es imprescindible para adentrarnos en el conocimiento de la enfermería, los momentos en los que se efectuaron los cambios que han favorecido el avance hacia el desarrollo profesional y su formación tal y como la entendemos hoy en día (Hernández Martín et al., 1997).

En este contexto, es preciso el análisis histórico ya que como indica Diego Gracia (1992, citado por Hernández Martín et al., 1997):

> La profesión es una creación humana, frente a los hechos naturales en sí mismos. Y todo lo que es una creación humana, es una creación histórica, es decir, las creaciones del hombre surgen en la Historia, surgen en el tiempo y no se entienden bien cuándo, cómo y por qué han surgido si no es dentro de la Historia. Este es un fenómeno claramente humano. **¿Por qué la Enfermería es cómo es? Eso, o se analiza en su gestación o no se entiende**. Y además un profesional ha de ser una persona que tenga conciencia de su rol, y éste es un rol histórico-social creado por los hombres, por las sociedades.

2.2.1 Profesionalización de los cuidados de enfermería

"Lo constitutivo de toda actuación profesional sanitaria
es el cuidado, no la curación" (Gracia, 1996).

Para comprender la situación actual en la que se encuentra la Enfermería en cuanto a la construcción de su cuerpo de conocimientos propio, entender mejor en qué se basan la finalidad de sus cuidados, o discernir lo que ocurre en su formación y como esto se traduce en la práctica, parece indispensable realizar un breve recorrido por la historia y la evolución de la enfermería como profesión. En la historia podemos encontrar las causas de muchas de las situaciones actuales, buscar motivos que las originaron y así plantear modificaciones contextualizadas.

Como apunta Mª Ángeles Matesanz (2009) en su artículo "*Pasado, presente y futuro de la enfermería: una aptitud constante*": "Si no se conoce el pasado, no se sabe de dónde se viene,

[16] A lo largo de las próximas páginas se verá reiterada la referencia a las fuentes de Carmen Sellán Soto (2010) *La profesión va por dentro: elementos para una historia de la enfermería española contemporánea* y Francisca Hernández Martín et al. (1997) *La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional* pues se han tomado como referencia para estructurar la cronología histórica de la narración, y en ellas se han encontrado información relevante para nuestras argumentaciones.

hay dificultades para identificar dónde se está y difícilmente se puede elegir hacia dónde se quiere ir" (Matesanz Santiago, 2009).

La profesión de Enfermería tiene sus raíces en las primeras sociedades históricas esencialmente de la mano de las mujeres que desde el primer momento, y como principales garantes de la continuidad de la especie se convertirían en las responsables del cuidado del grupo y el núcleo familiar (Collière, 1993; Hernández-Conesa, 1995). Pero, aunque sus orígenes se remontan a las primeras necesidades de cuidados del ser humano, la enfermería es una profesión con un reconocimiento social reciente, de apenas un siglo. La Enfermería entendida como "arte de cuidar" ha estado presente a lo largo de la historia y ha evolucionado en función de las demandas de la sociedad y del desarrollo técnico del momento (Centeno y Arandojo, 2018).

Diferentes historiadores en el campo de la Enfermería, como Collière (1993), Domínguez-Alcón (2016) o Siles (1999), entre otros, han segmentado distintas etapas históricas en las que se ha desarrollado, centrándolas en el concepto que tiene la sociedad con respecto al cuidado de la salud en cada momento histórico (Tabla 22). Aunque ninguna de estas fases tiene límites temporales bien definidos, todos coinciden en que existen dos etapas fundamentales, la preprofesional: que abarca desde las culturas antiguas hasta aproximadamente mediados del s. XIX y la etapa profesional, con origen en la segunda mitad de este siglo, pero principalmente enmarcada en las primeras décadas del s. XX, con la aparición de los primeros programas formativos regulados, que propiciaron el desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos teóricos.

Tabla 22 **Etapas evolución histórica de la Enfermería**
Fuente: Elaboración propia en base a diferentes fuentes: Domínguez-Alcón, 2016; Hernández Martín et al., 1997; Hernández-Conesa (1995); Siles (1999)

Etapa		Época Histórica	Salud	Enfermería	Descripción
Etapa preprofesional	Doméstica	Prehistoria y edad antigua	Mantenimiento de la vida (supervivencia)	Mujeres	Identificada con los cuidados de la mujer, encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. Se corresponde con la prehistoria y las primeras civilizaciones.
	Vocacional	Edad Media y edad moderna	Valor religioso	Órdenes religiosas	Identificada con los cuidados administrados principalmente por las mujeres consagradas. Asociada al nacimiento de la religión cristiana, en la que se atribuye la salud a los designios de Dios. La enfermería en este período era simple y estaba basada en la caridad, sumisión y obediencia, aunque los cuidados también estaban fuertemente vinculados a diferentes conflictos bélicos acontecidos en la época.
Etapa profesional	Técnica	Edad contemporánea (1850-1970)	Ausencia de enfermedad	Practicantes, matronas y enfermeras. Ayudantes técnicos sanitarios (ATS)	Identificación de los cuidados en la mujer enfermera auxiliar del médico. Etapa vinculada al desarrollo científico técnico del siglo XIX que condujo a un mayor conocimiento, centrando su atención en el enfermo desde la concepción de la salud como la simple ausencia de enfermedad.
	Profesional	Edad contemporánea (1970-actualidad)	Estado de equilibrio físico, mental y	Diplomados Universitarios	Identificada con cuidados profesionales y a la actual concepción de la salud como equilibrio entre los individuos y su ambiente. En esta etapa cambia la orientación del

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

			social entre la persona y su entorno	Enfermería (DUE) Graduados en Enfermería.	cuidado enfermero, entendiéndose como el conjunto de actividades encargadas en un sistema conceptual singular y desarrolladas mediante una metodología propia de la disciplina.

2.2.2 Etapa preprofesional de la enfermería

2.2.2.1 Etapa doméstica

Reconociendo que la enfermería existe desde siempre, no resulta sencillo demostrar sus orígenes en la fase pretécnica o preprofesional, ya que como apuntan Hernández Martín et al. (1997), esta fase "es una amalgama de saberes y quehaceres sanadores de los que surge tanto la enfermería como la medicina, transmitidos principalmente en la tradición oral". Las prácticas de cuidado en esta etapa las realizaban los miembros de la misma colectividad, que fue adquiriendo y elaborando estos saberes a través de la experiencia y la observación, transmitiéndolos de generación en generación. Estas personas que brindaban cuidados relacionados con la supervivencia, independientemente del nombre que recibieran, ejercían la misma función que hoy se conoce como enfermería (Matesanz Santiago, 2009). No obstante, durante esta época los cuidados domésticos que realizaba principalmente la mujer (guiados por el instinto, el cariño y la tradición sanadora procedente de la magia y de la religión), y que constituían el cuidado de supervivencia, no se deben ignorar como parte del origen, pero tampoco equiparar con el quehacer profesional de la enfermería (Hernández Martín et al., 1997).

2.2.2.2 Etapa vocacional

Quintero Laverde (2001) en un artículo sobre la enfermería en el mundo cristiano, describe que el cuidado en este periodo responde en esencia al "acto altruista, un acto de misericordia y amor por el prójimo, un acto por el que no se espera nada a cambio, por el que la persona que dispensa cuidados se despoja de todos sus bienes materiales y se expone libremente a la enfermedad, a la posibilidad de contagio, por fe y amor a Dios". También argumenta como continúa siendo nuclear el papel de la mujer, puesto que "el cristianismo amplió el campo de trabajo de esta en las tareas asistenciales y de enseñanza cristiana, y permitió su acceso a asumir con liderazgo las tareas caritativas".

En líneas generales, de esta etapa, lo relevante para este trabajo, es reparar en las consecuencias que el cristianismo introdujo con relación al cuidado de los enfermos y en la formación de enfermeras. Durante mucho tiempo la atención a la salud y los cuidados de esta van a estar motivados por el concepto de ayuda y caridad (Hernández-Conesa, 1995, p. 78). La doctrina de Cristo y la fraternidad lograron la transformación de la sociedad y el desarrollo de la "enfermería organizada" (Hernández Martín et al., 1997; Matesanz Santiago, 2009).

El altruismo, predicado por los primeros cristianos, comulgaba con el pensamiento y motivación de la enfermera cuidadora, y el cuidado, caritativo, amoroso y desinteresado de los enfermos y desvalidos, se regirá por las obras de la misericordia: "dar de comer al hambriento, dar de comer al sediento, vestir al desnudo, visitar a los presos, albergar a los que carecen de hogar, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos" (Matesanz Santiago, 2009).

Las principales consecuencias de todo lo anterior, extraídas del análisis de Hernández et al (1997) *La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional* y que podemos vincular a las ideas de inclusión social en el ámbito sanitario, equidad en salud o la universalidad de la asistencia sanitaria que trataremos en capítulos posteriores, se pueden resumir en:

- La consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso y por lo tanto la creación de instituciones dedicadas para tal fin.
- La condición igualitaria del tratamiento, en la que no se hacía distinción de género, clase o ingresos. Todas las personas eran atendidas sin discriminación.
- La incorporación metódica del consuelo.
- La asistencia gratuita, simplemente guiada por la caridad hacia las personas necesitadas.

Parece existir consenso entre los historiadores que es durante esta época, de expansión del cristianismo, cuando la futura enfermería comienza su proceso de institucionalización (Hernández-Conesa, 1995, p. 79; Sellán, 2010, p. 42). El amor al semejante, que se manifiesta en el cuidado de los enfermos, rompe la barrera de lo doméstico y centra la atención de ayuda al otro en el marco de toda la sociedad, siendo en los primeros monasterios donde se empieza a regular la enfermería, que inicialmente se centra en el cuidado de los propios monjes, abriéndose posteriormente a todas las personas (Hernández Martín et al., 1997; Sellán, 2010, p. 42).

Tal y como informan las fuentes consultadas, no fue hasta la segunda mitad de la Edad Media cuando la enfermería adquirió una significación y reconocimiento social más amplio. La iglesia salió de los monasterios para cristianizar Europa, y el cuidado de enfermería se diversificó e integró ya no solo a religiosos, sino a otras personas, que, siguiendo los mismos principios doctrinales, se abrieron a las necesidades sociales, atendiendo a los enfermos en sus propios domicilios. La aparición de estos grupos representa ya un acercamiento a lo profesional, pues el trabajo que realizaban es reconocido y reclamado socialmente, dando respuesta a las necesidades sociales, principalmente orientadas a la enfermedad y a las grandes epidemias que asolaron a la humanidad en este periodo (Hernández Martín et al., 1997; Hernández-Conesa, 1995; Sellán, 2010).

Uno de los primeros registros de las funciones profesionales de la enfermería data de 1269, *Liber de instructione officialium ordinis praedicatorum*, del dominico Humberto de Romans. En su capítulo 27 define el oficio enfermero de la siguiente manera: *El enfermero es el que tiene cuidado general de los enfermos y de la enfermería*. En este documento también define el profesional y su campo de actuación, las cualidades que debe poseer, su competencia en cuanto al oficio, los conocimientos que debe adquirir, tanto sobre remedios terapéuticos, como de trato y relación con los enfermos, y establece la necesidad de atención personalizada y una jerarquización del oficio enfermero (Hernández Martín et al., 1997). Lo relevante es que en el texto del dominico se muestran argumentos tan vigentes que podrían definir la función actual de la Enfermería. Lo que ha cambiado es la justificación del proceso del cuidado, pasando de la misericordia, como eje de la caridad religiosa, para convertirse en la actualidad en un derecho fundamental del ser humano (Hernández Martín y Morente Parra, 2008).

De forma muy general, durante esta época histórica la enfermería goza de un campo de actuación más amplio, menor dependencia del médico, y una mayor autonomía en cuanto al cuidado y responsabilidad, que se reducirá en épocas posteriores. Al no haber llegado todavía los avances y grandes descubrimientos médicos, la presencia de estos en los hospitales era limitada: no eran centros de curación sino de cuidados. En ellos, hasta el momento, la figura central y de presencia continua es la enfermería (Hernández Martín et al., 1997). Es decir, el cuidado es en esta época el núcleo sobre el que gravita la asistencia del enfermo.

Cabe destacar, según apunta Siles (2009) que los profesionales de enfermería actuaron en cada momento histórico condicionados por las limitaciones impuestas por la infraestructura sanitaria: “Los hospitales, durante mucho tiempo, fueron cajones de sastre donde tenía cabida todo tipo de problemática social, además de la estrictamente sanitaria”.

USC DE COMPOSTELA

> Se produce un fenómeno de fusión entre los enfermos, los pobres, los locos y los desamparados. De alguna forma, puede decirse que todo lo indeseable socialmente es uno y se atiende junto. La responsabilidad de cuidado de todo ese conglomerado va a tardar siglos en individualizarse y diferenciarse nuevamente (Alberdi, 2016, p. 29).

Entre 1550 y 1650 confluyeron diferentes hechos de gran trascendencia para la profesión que marcaron el devenir de esta en España. La constitución y expansión de órdenes religiosas contribuyó notablemente al desarrollo de la enfermería española, con especial importancia congregaciones como la de los Hermanos de San Juan de Dios, las Hermanas de la Caridad y los Hermanos Obregones, dedicadas exclusivamente a la prestación de cuidados (Hernández Martín et al., 1997; Sellán, 2010, p. 65). De ellas resultaron los primeros manuales escritos por y para enfermeros y el desarrollo y delimitación de sus funciones básicas.

En el siglo XVI, la orden de San Juan de Dios estableció hospitales en diversas ciudades como Granada (1539), Sevilla (1543), Madrid (1557), Gibraltar (1577), Córdoba (1570), Valladolid (1591) y Toledo (1596). Su fundador, Juan de Dios, llevó a cabo una significativa reforma en todos estos centros para abordar la deficiente asistencia a las personas necesitadas de la época, sentando así las bases de la organización de la atención hospitalaria que perdura en la actualidad. Estos hospitales acogían a los más desfavorecidos, incluidos los pacientes psiquiátricos (Sellán, 2010, p. 64). En suma, como apunta Amezcua (2018). "estos reformadores hospitalarios otorgaron especial importancia a la función docente, creando auténticos hospitales-escuela donde los novicios enfermeros se adiestraron en el arte de la Enfermería".

La Orden de las Hermanas de la Caridad, fundada por San Vicente de Paúl en 1633, destaca por su rigurosa selección y formación de las futuras hermanas, cuyo proceso guarda similitudes con los modelos de instrucción de algunas de las primeras Escuelas de Enfermería de España, como la de Valdecilla o Cruz Roja. El programa de formación completo tenía una duración de cinco años y las hermanas desarrollaban su labor en hospitales, asilos, hospicios y casas de maternidad, además de brindar atención domiciliaria (Sellán, 2010, p. 64).

Por su parte, la Orden de los Hermanos Obregones, fundada por Bernardino Obregón a finales del s.XVI, es especialmente relevante por la publicación del primer manual para enfermeros escrito por un enfermero: Andrés Fernández. Titulado "*Instrucción de Enfermeros*" su primera edición data de 1617 (Amezcua, 2018; Sellán, 2010, p. 65). La importancia de este texto, según apuntan diferentes autores, radica en que llegó a alcanzar hasta siete ediciones entre los siglos XVII y XVIII y que aunque existen otros manuales para enfermeros publicados fuera de España y no traducidos, todos ellos son posteriores a este (Amezcua, 2018). Hernández Martín et al. (1997) destacan que en este documento no sólo se describen las técnicas para aplicar los remedios que los médicos ordenaban, sino que agrupa un compendio del saber de la época sobre cuidados. Centeno y Arandojo (2018) sentencian que es la obra de esta etapa más completa y didáctica en la que se recogen los conocimientos requeridos para ser un buen enfermero. En palabras de Amezcua,(2018) "Por vez primera el saber enfermero adoptaba los mecanismos de transferencia propios del saber académicamente establecido […] Desde este momento otras organizaciones hospitalarias se ocuparían de diseñar sus propios manuales para la enseñanza de los enfermeros novicios".

Todos los reglamentos derivados de estas órdenes, tanto para la organización de hospitales como para la selección y formación de enfermeras confirman el paso hacia la profesionalización, ya que versan sobre la función de la enfermería, van definiendo sus

USC
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

actividades propias, diferenciando jerarquías profesionales con distintos tipos de trabajadores y diversas competencias laborales (Hernández Martín et al., 1997).

En definitiva, desde finales de siglo XVI se van delimitando las funciones y la formación de los enfermeros, y todo ello se concreta en la aparición de gran cantidad de documentación escrita como reglamentos y manuales que constituyen primero el cuerpo teórico como oficio, y posteriormente permiten hablar de una verdadera profesión (Centeno y Arandojo, 2018).

Rozando ya el S.XIX, y finalizando el que, según autores, como Amezcua (2018), se suele simplificar como el "periodo vocacional" de la enfermería, tiene lugar una renovación de los saberes y modelos asistenciales denominados por los enfermeros de la época como Hospitalidad. Este modelo podría considerarse el primer esfuerzo de los enfermeros por concretar un marco de pensamiento que orientase su práctica asistencial, inaugurando de esta manera la Enfermería como disciplina o rama del saber. Estas palabras del autor hacen referencia a una cuestión relevante para este trabajo que se abordará más adelante, la dicotomía entre la enseñanza técnico-procedimental y la vertiente humana del cuidado en la formación inicial de la enfermería:

> En la noción enfermera de la Hospitalidad se incorporan las competencias técnicas para realizar intervenciones manuales, con las habilidades para el desempeño de un cuidado humanizado (lo que para ellos era la caridad), incluyendo el cuidado directo ante la enfermedad y la muerte y la gobernanza de los hospitales (Amezcua, 2018).

La formación de aprendices continúa a partir de esta época en todas las órdenes dedicadas al cuidado hasta bien entrado el s. XIX. Paralelamente, a partir de la segunda mitad del s. XVIII la enfermería sufre un aparente retroceso en sus funciones de cuidado, se comienza a medicalizar la asistencia, el médico toma la responsabilidad sobre los hospitales, se revisan todos los reglamentos, y la actividad de la enfermería queda supeditada plenamente a la medicina, relegándose su función profesional imbricada en el cuidado humano, a la de ayudante técnico (Hernández Martín et al., 1997).

Algo que confirma Collière (1993) cuando señala que la enseñanza de las enfermeras será a partir de esta época confiada en gran medida a los médicos, que son los que darán contenido profesional a la aplicación de cuidados, enseñando a las enfermeras "todo lo que se espera de ellas" (p. 70). Formadas de esta manera, la base de la profesionalización de la enfermería nace sobre una doble dependencia, la del modelo religioso, vinculado a la vocación, caridad y servidumbre, y el modelo médico, que marcará profundamente la práctica orientada a la técnica que permanecerá durante más de un siglo. Esto tendrá entre sus consecuencias una que interesa especialmente en esta tesis y se desarrollará más adelante: la ausencia de estimulación del pensamiento crítico entre los estudiantes.

> Es conocido que una buena enfermera debe ser para el médico un agente de información y un agente de ejecución, tanto en el domicilio del enfermo como en el hospital. Agente de información, observando lo mejor posible y señalando al médico los acontecimientos susceptibles de ser comunicados sobre la evolución de la enfermedad; agente de ejecución vigilando que las prescripciones terapéuticas sean puntualmente aplicadas […] El cumplimiento de esto exige tener conciencia, pero sin ningún juicio, discernimiento o espíritu crítico. Es cumplir las órdenes dadas sin modificación (Collière, 1993, p. 71).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Esta obra de Picasso (Ilustración 12) representa la situación en la que se encuentra la enfermería entre el fin de la etapa vocacional y el comienzo de la etapa técnica, o lo que es lo mismo entre la etapa preprofesional y profesional.

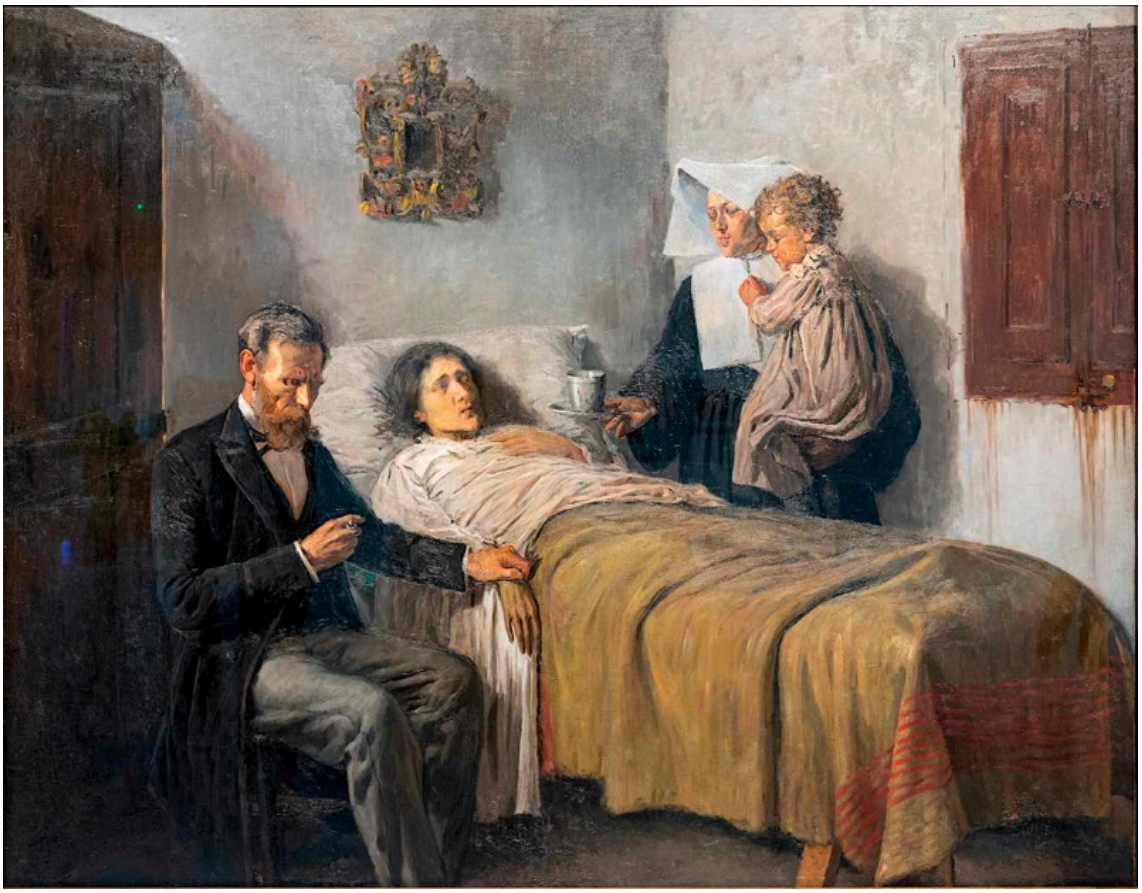


Ilustración 12 Ciencia y caridad (Picasso, 1897)[17]
Fuente: Museo Picasso

2.2.3 Etapa profesional de la enfermería

Para comprender la evolución de la formación de la enfermería contemporánea, y su consecuente desarrollo profesional y científico a partir del siglo XIX y con especial relevancia en el s.XX, es necesario aludir brevemente al contexto por el que tuvieron lugar los cambios que nos aproximan a los cánones de la profesión y el inicio de la reflexión intelectual sobre el quehacer profesional de la Enfermería. Una de las causas fundamentales subyace en que:

> Mientras la conservación de la vida fue la preocupación principal del hombre, los esfuerzos por conocer las leyes que regulaban la salud y la enfermedad fueron sus principales inquietudes, y este conocimiento lo ha garantizado el saber médico. Cuando este saber va cumpliendo su objetivo: garantizar la vida, en cuanto a "cantidad de vida", a lo cual la enfermería ha contribuido con una grandísima dignidad, a la sociedad le aparece otra necesidad de carácter

[17] Obra sujeta a uso sin autorización según el artículo 32 de la Ley de Propiedad intelectual. No obstante, se ha notificado el uso en esta Tesis a VEGAP, entidad encargada de gestionar los derechos de autor de Picasso.

> cualitativo, la calidad de vida y esta calidad la garantiza el cuidado (Hernández Martín et al., 1997).

Existe amplio consenso en el reconocimiento de Florence Nightingale como la principal fundadora de la Enfermería moderna. Las causas atienden a que si bien, en la Europa católica, de la misma forma que en España, las órdenes religiosas se encargaron de la asistencia sanitaria y formación de cuidadores, durante siglos, en la Europa protestante, y en especial en Inglaterra, la expulsión de dichas órdenes había dejado el cuidado en manos de personas incompetentes sin formación, personas laicas pertenecientes a los extractos más bajos de la sociedad (Hernández Martín et al., 1997; Hernández-Conesa, 1995). En este contexto Nightingale introdujo en la Inglaterra victoriana un innovador modelo educativo, resultado de su formación en instituciones religiosas como Hijas de la Caridad o las Diaconisas de Kaisserwerth, que posteriormente se trasladaría a Estados Unidos y Canadá, consiguiendo allí un mayor desarrollo disciplinar de la enfermería, y convirtiéndose en una de los más avanzados del mundo (Hernández Martín et al., 1997; Silva y Ferreira, 2021).

Su modelo incorporó como novedad los elementos de la ciencia del momento. Introdujo las ciencias de la salud y la estadística en los hospitales militares, reivindicó y luchó por un cambio en la conformación de los hospitales generales introduciendo medidas de salubridad principalmente centradas en el control del ambiente (higiene, luz, ventilación…). Así mismo escribió un libro crucial para la enfermería moderna en un momento en el que, tal y como nos recuerda Matesanz Santiago (2009) no existían las escuelas de formación. *Notas sobre Enfermería: qué es y qué no es* (1859), tenía como fin, en palabras de Nightingale, el de "dar pistas o ideas para pensar a las mujeres que tienen el cargo personal de la salud de otros… el conocimiento que cada una debe tener, distinto del conocimiento médico, que sólo una profesión puede poseer" (Nightingale, 1990). Fundó la considerada primera Escuela de formación reglada de enfermeras en el mundo en St. Thomas Hospital en 1860 y en palabras de Donahue (1985):

> La línea divisoria entre la vieja y la nueva enfermería es la demarcación entre la enfermería pre-Nightingale y la enfermería Nightingale. De la misma forma que Hipócrates (460-370 a.C.) fue el padre de la medicina, Nightingale (1820-1910) fue la fundadora de la Enfermería, así, la medicina sistematizada es un arte antiguo, mientras la enfermería sistematizada es un arte reciente (Donahue, 1985; citado por Matesanz Santiago, 2009).

La importancia de Nightingale reside en que modeló un nuevo enfoque profesional de cuidados tras siglos de superstición, y en muchos casos ignorancia (Hernández-Conesa, 1995; Matesanz Santiago, 2009). El currículum de su escuela, que posteriormente se tomará como ejemplo en las primeras Escuelas de Enfermería en España, constaba de tres años de formación (uno de teoría y dos de práctica), en las que se preparaba a enfermeras hospitalarias (para prestar cuidados en recintos hospitalarios), las de distrito (para realizar visitas en domicilios y para desarrollar estudios sobre las condiciones higiénicas) y las docentes (para transmitir los conocimientos para formar a futuras enfermeras). Además, tras el primer año de instrucción formaban parte del personal de hospital. Así, la formación era fundamentalmente práctica y la evaluación de las alumnas se basaba en informes mensuales sobre su conducta y rendimiento (Sellán, 2010, p. 96).

Cabe destacar, tal y como advierte Sellán (2010), que los requisitos exigidos para ser una enfermera Nightingale se relacionaban con valores y actitudes más que con capacidades intelectuales. La formación, por lo tanto, no estaba orientada hacia el conocimiento, se centraba

USC

en el "saber hacer" más que en el "saber pensar". De este modo, según apunta la misma autora lo que ocurrió fundamentalmente es que "se sistematizaron los conocimientos del oficio para poder ser transmitidos a través de un conveniente adiestramiento"(p. 97).

Si bien Nightingale abrió el camino de la formación reglada de enfermeras y sirvió como modelo en muchos lugares del mundo, algunos autores como Domínguez-Alcón et al. (1983), Hernández-Conesa (1995), Matesanz Santiago (2009) y Sellán (2010) apuntan a que su contribución no fue teórica. Sus observaciones no la condujeron a teorizar en el dominio de la enfermería, sino que sus aportaciones empíricas sirvieron para mejorar las condiciones de los enfermos, más que un saber sobre cuidados compartido por las enfermeras. Además, a pesar de su enfoque moderno, continuó limitando la actividad de la enfermería a la autoridad explícita del médico, aunque situándolo en su contexto, no es de extrañar, pues las directrices de la nueva profesión estaban marcadas por los prejuicios y la opresión victoriana de las mujeres de aquella época, "la enfermera (mujer) ofrecía obediencia al médico y devoción al paciente" (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92). Así mismo apuntan a que perdió la ocasión de incorporar la enfermería en el s.XIX al conjunto de ciencias aplicadas de orientación psicosocial que iniciaron su tránsito en un estatus y concepción científica.

Es en este periodo fue cuando muchos grupos sociales comienzan a reivindicar el establecimiento de un sistema de cuidados diferente, es el inicio de la enfermería moderna y de la profesionalización de la actividad de cuidar. En la sociedad industrial se inicia un gran desarrollo de la atención sanitaria y a las enfermeras se les comienza a exigir más que buena voluntad. Las mujeres laicas comienzan a incorporarse a los hospitales, con un horario y salario, pero todavía sin una formación regulada. A mediados del s. XIX emergen las diaconisas de Kaiserwerth en Alemania con una formación de 3 años que sirvió también como modelo para la formación de la enfermería europea y americana (Matesanz Santiago, 2009).

2.2.4 El contexto de profesionalización de la Enfermería en España

Como ya se ha mencionado en epígrafes anteriores, numerosas causas extrínsecas a los cuidados y la situación social de los cuidadores, como es el rol de la mujer y la concepción filosófica cristiana, entre otras, favoreció a que ya en el s.XIX en España, una serie de figuras diferenciadas proporcionaran los cuidados "enfermeros" (Domínguez-Alcón, 2016; Sellán, 2010, p. 103).

Hasta la segunda mitad del s.XX la práctica asistencial de la enfermería en España se articulará en torno a los cuidados proporcionados por tres colectivos diferenciados: **practicantes, matronas y fundamentalmente personal religioso** (Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 18). En este momento la denominación de "enfermeras" que se venía aplicando históricamente a todas aquellas personas dedicadas al cuidado, en términos genéricos, se utilizará para designar a las mujeres pertenecientes o vinculadas a las órdenes religiosas (Rodrigo Pedrosa, 2017). Así las cosas, en este momento, la enfermería como tal, no tiene todavía un papel profesional reconocido, los cuidados, inmersos en la esfera de valores morales más que en las competencias intelectuales, se vinculan a las labores de distintas personas, que proporcionan atención a enfermos, niños expósitos y personas pobres

Paralelamente, a partir del s. XIX, en el ámbito científico se erige una nueva explicación de las enfermedades, produciéndose cambios significativos en el ámbito sociosanitario. Se desarrolla la "medicina de laboratorio", que facilita la transición entre una forma de entender la enfermedad como algo estático, a una perspectiva más dinámica y vinculada a la ciencia experimental, que favoreció la comprensión etiológica de la misma (Sellán, 2010, p. 108). En esta época surge el paradigma racional tecnológico que fundamentará la formación de enfermeras y sus cuidados del próximo siglo. Desde los presupuestos del mismo se consagra la

objetividad y neutralidad de la ciencia, y la enfermería, como ya se señaló previamente, se limitará a una mera aplicadora de técnicas ejerciendo su profesión, ya fuera como practicantes, matronas o enfermeras, de forma totalmente subordinada al médico con categoría de auxiliar del mismo (Siles, 1999c). Esta tendencia la resume Martín Ferreres (2017) en su tesis *La presencia de los valores en la práctica enfermera*:

> Si hasta ese momento la sociedad esperaba de las enfermeras una actitud maternal, es a partir de la Etapa Técnica de los cuidados cuando la profesión se desarrolla al amparo del progreso científico-tecnológico. Esto produce un cambio en el modo de cuidar, en el que se les dará más importancia a los procesos de enfermería sustentados en las nuevas tecnologías en vez de a la atención integral del paciente tal como era hasta el momento. Este hecho implica que tareas como la toma de constantes vitales, las técnicas de las curas o la administración de medicamentos pasaran a adquirir mayor importancia (p.42).

Al mismo tiempo, en el contexto social, España se encuentra en un período de transición entre el orden estamental y el liberalismo clasista, y asiste a un proceso de cambios trascendentales entre la mentalidad tradicional y los nuevos valores burgueses e ideas liberales, con la aspiración de promover la seguridad y la estabilidad social (Sellán,2010). La evolución de la asistencia sanitaria fluctúa entre la órbita privada (con la persistencia del principio de caridad de las ordenes de religiosos encargados de la asistencia a pobres y enfermos) y la incipiente, pero progresiva asunción de la actividad asistencial por parte del sector público (Siles, 1999c).

En este sentido es necesario aludir al movimiento de Reformismo Social emergente durante el s.XIX en España. Esta corriente intelectual defendía ideas reformadoras, regeneracionistas y europeístas, con voces críticas que reclamaban los derechos elementales y la necesidad de protección de las personas especialmente vulnerables (Centeno y Arandojo, 2018). La repercusión de este movimiento en la enfermería española está representada en los escritos de Concepción Arenal. En su obra *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad* (1891) realizó un profundo análisis sobre los problemas sociales y económicos de los hospitales del momento, y reflejó la escasez de formación técnica y de la ignorancia que caracteriza al mundo de la práctica enfermera, así mismo propuso la creación de una escuela de enfermeras con formación y la expedición de un título (Centeno y Arandojo, 2018).

Concepción Arenal (1891), cuestiona la situación en la que se encuentra la asistencia sanitaria en una España "caótica e ineficaz" (Martínez Santos, 2017, p. 60; Siles, 1999c), reivindicó la necesidad de prestar atención a cómo se cuidaba en los hospitales, la alimentación, la limpieza y el aseo de los enfermos, el orden y la honestidad de los que brindan cuidados. También abordó las funciones profesionales que se le debían exigir a la enfermería y la necesidad de que se organizaran profesionalmente. En este sentido, en el texto plantea algunas preguntas que también nos podemos hacer ahora para nuestro ámbito de estudio actual: "¿cómo marcar exactamente al enfermero asalariado sus deberes en cuanto al enfermo? ¿Cómo determinar exactamente dónde terminan los deberes del enfermero y cuando comienzan los caprichos del enfermo?" (Arenal, 2003, p. 36).

En este contexto, es relevante aludir a la promulgación de la Ley General de Beneficencia en 1849, antecesora de la Ley de Sanidad en 1855. En la que, a grandes rasgos, la gestión de las instituciones asistenciales se trasladará del ámbito religioso al ámbito público, siendo los ayuntamientos y diputaciones los encargados de estas funciones. Surgirá en España un nuevo

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

enfoque de atención comunitaria en la asistencia pública y domiciliaria de carácter más universal (Sellán, 2010, p. 110; Siles, 1999).

No obstante, es relevante señalar que esta Ley, se asienta sobre la idea de que la pobreza es un estado natural. Como argumenta Moreno Preciado (2012) en este momento se entiende que las desigualdades son inherentes a la condición humana y por tanto el Estado no tiene que preocuparse de los factores que la producen, sino de sus síntomas más visibles y molestos. Concepción Arenal (1861) argumenta la consecuente exclusión de las personas más desfavorecidas así:

> ¿Cuál es este estado? […]el estado de nuestra Beneficencia es deplorable […]los medios de la sociedad antigua no existen, los de la nueva no están organizados, y la humanidad doliente y desvalida sufre cruelmente en este fatal interregno. El enfermo pobre halla un mal hospital, o no haya ninguno […] los enfermos pobres sufren y mueren faltos de todo auxilio y en el abandono más cruel […]El enfermo pobre arrastra su mísera existencia y muchas veces para proveer a ella se ocupa en trabajos que agravan su estado. Digamos la verdad, la triste verdad: la gran mayoría de los enfermos pobres sufre y muere sin recibir de la Beneficencia auxilio eficaz, y en la mayor parte de los casos sin recibir auxilio alguno (Arenal, 2003, p. 22).

No fue hasta finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX como consecuencia de las reivindicaciones obreras y sociales que se abre paso el concepto de solidaridad, que, en palabras de Luis de Sebastián (1996, citado por Moreno Preciado, 2012) significa: "El reconocimiento práctico de la obligación natural que tienen los individuos y los grupos humanos de contribuir al bienestar de los que tienen que ver con ellos, especialmente de los que tienen mayor necesidad". Sobre este concepto de solidaridad los países más avanzados irán asentado los pilares del denominado Estado de Bienestar, pero pasarán décadas para que se consolide la consideración de que los ciudadanos puedan disfrutar de bienes colectivos como pensiones, sanidad, educación, desempleo, etc. Y que el Estado los considere garantes de estos derechos (Moreno Preciado, 2012).

Una vez seguido el rastro de los hechos históricos relevantes y el contexto social en el que se gestaron las bases de la profesionalización de la Enfermería, a continuación, siguiendo la misma fórmula, profundizaremos en la evolución de su formación reglada desde principios del s.XX hasta la actualidad. Confiamos en que esta indagación ayude a comprender las raíces y el contexto sobre el que se asienta el currículum de su formación inicial actual.

2.3 Evolución de la formación de la enfermería en España (s. XX-XXI)

La formación de la Enfermería en España durante las últimas décadas del s.XIX y el s.XX se ha desarrollado en una serie de etapas que han dejado su impronta en la situación actual. Un repaso a las referencias legales de la profesión y de los planes de estudios de las primeras escuelas de Enfermería en España permiten una mejor comprensión de la situación y rol de las enfermeras profesionales de la actualidad.

Hemos segmentado nuestra narración al respecto en cuatro secciones: primera mitad del s.XX la formación de practicantes, matronas y enfermeras, segunda mitad del s.XX la formación de ATS, segunda mitad del siglo XX la formación de Diplomados en Enfermería y s.XXI Graduados en enfermería. Cada una de estas secciones está dividida a su vez en dos apartados diferenciados: ámbito legislativo y ámbito formativo, con el fin de dar cuenta de la legislación que reguló su formación resultando en diversos planes de estudio que han ido variando y evolucionando a lo largo del siglo hasta la actualidad.

UVA

2.3.1 La enfermería en la primera mitad del s.XX: practicantes, matronas y enfermeras

En los albores del s.XX España se caracteriza en materia sociosanitaria, por un gran retraso en las condiciones de vida de la población y una legislación insuficiente para abordar las reformas indispensables para equipararse con otros países más avanzados en Europa. Diferentes normativas se fueron sucediendo para hacer frente a los cambios en materia social, sanitaria y científica, y simultáneamente la conciencia y reivindicación del requerimiento de enfermeras profesionales (Sellán, 2010, p. 139) .

Coexisten en este momento movimientos renovadores con gran influencia en la profesionalización de la enfermería, es el caso del Krausismo que, inspirado en el "Ideario de la Humanidad" de Sanz del Río, desembocó, entre otros, en la creación de la Institución Libre de Enseñanza durante el verano de 1876, en la que participará el fundador de la primera Escuela de enfermeras de España: Federico Rubio y Galí (Siles, 1999c).

Como expone Siles (1999b) la proyección de los krausistas hacia todos los órdenes de la sociedad fue muy rápida, su ideario se fundamentaba en la coeducación, racionalización y la armonización de la vida mediante innovaciones que no resultaran traumáticas. Sellán (2010) alude a que, en su idea de humanidad, las transformaciones de los individuos y de la sociedad sólo se podían conseguir mediante la educación. Y la mujer, anclada en el atraso y la ignorancia, necesitaba especial dedicación en este ámbito, "no es de extrañar que mostraran interés por las enfermeras, mayoritariamente mujeres, que en este momento brindaban cuidados sin una formación regulada" (p. 133).

2.3.1.1 Ámbito Legislativo

La primera referencia con marco legal sobre la formación de Enfermería en España es la Ley de Instrucción pública de 9 de septiembre de 1857, conocida como "Ley Moyano", por la que se propone el Título Oficial de Practicantes y Matronas (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 91; Ley de Instrucción Pública, 1857; Sellán, 2010, p. 119), aunque no fue hasta 1902 cuando se estableció un sistema de enseñanza (Matesanz Santiago, 2009, p. 251). Con arreglo a esta Ley, los practicantes y matronas aumentaron su prestigio social en relación a sus competencias técnicas, aunque invariablemente subordinados al médico (Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 18). En el caso de las enfermeras, la Ley Moyano, aunque no asumió la regularización de la profesión, sí abrió el camino para el ejercicio de las prácticas cuidadoras que terminarán constituyendo la profesión enfermera en España (Sellán, 2010, p. 120).

El título de practicante solamente autorizaba para ejercer, en palabras de Sellán (2010), "acciones meramente mecánicas subalternas de la cirugía" (p.122). Eran generalmente hombres que administraban y llevaban a cabo tratamientos prescritos. La matrona, fundamentalmente mujer, una vez obtenía el título estaba autorizada a realizar partos naturales en domicilios, siempre y cuando no hubiese complicaciones, y bajo la supervisión de un facultativo. Ambos realizaban sus labores principalmente en el ámbito extrahospitalario y en domicilios, quedando la atención hospitalaria vinculada a las enfermeras. Estas últimas ejecutaban allí cuidados limitados a cubrir las necesidades básicas de los pacientes en materia de alimentación, higiene y confort, al mismo tiempo que recogían datos clínicos de interés médico (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 50; Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 19).

En el caso de la enfermería, la Ley Moyano constituyó un avance trascendental en el desarrollo de una incipiente profesión realizada históricamente por mujeres, pues reconoció por primera vez en la historia de España el derecho de las niñas a recibir educación primaria por maestras formadas específicamente para ello, pero esta formación, de gran influencia católica,

USC DE COMPOSTELA

continuará contemplando a la mujer en un papel secundario. La enseñanza de las mujeres estará orientada a su preparación como futuras madres y esposas, y no a formar académicas o sabias, sino mujeres piadosas (Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 18; Sellán, 2010, p. 114).

Sin embargo, en el caso particular de la enfermería como sugiere Germán-Bes (2006):

> En los países de cultura católica, el cuidado de los enfermos no fue considerado una verdadera profesión, dado que la atención y consuelo a los enfermos y necesitados era labor de caridad y humildad cristiana propiciada por la iglesia como vehículo de salvación, y como tal, no podía ser reglada ya que impediría a las gentes sentirse generosas. Así, persistió la norma de que la labor cuidadora fuera realizada por religiosos, o laicos con inclinación religiosa, hasta mitad del s.XX (p.21).

En este contexto y al contrario de la carrera de practicantes, que experimentó varias reformas desde su creación como tal mediante la ya mencionada Ley Moyano (1857), las enfermeras, en palabras de Siles (2009) "siguieron engrosando las filas de los oficios menesterosos sin especificación legal alguna que se ocupara de su regulación como actividad sanitaria y equiparadas, en la práctica y en la nómina, a la categoría de "sirvientes de hospital". No fue hasta 1915, que tras la solicitud de la Congregación de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos, se autorizó a las religiosas a ejercer la enfermería como una profesión, si acreditaban disponer de los conocimientos necesarios con arreglo de un programa establecido, extendiendo a su vez tal autorización a personas no religiosas (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 91; González Iglesias et al., 2010).

Fruto de sus reivindicaciones, el 7 de mayo de 1915 se publicó la Real Orden que establecía los requisitos para obtener la certificación para ejercer la profesión de enfermería en España (González Iglesias et al., 2010). Dado el papel destacado que las órdenes religiosas desempeñaron en el cuidado durante siglos en España, no sorprende que una de ellas haya iniciado los trámites para establecer un título oficial de enfermería en nuestro país. Este título les proporcionaría acceso y les permitiría continuar con su crucial labor de cuidar a los enfermos. (González Iglesias et al., 2010; Sellán, 2010). Además, hasta esa fecha solo estaban vigentes los títulos de practicante y matrona, por lo que se puede afirmar que es en este momento cuando por primera vez la titulación de enfermera se contempla junto a otras profesiones sanitarias "auxiliares", con todos los requisitos formales (Sellán, 2010, p. 138).

2.3.1.2 Ámbito formativo

Inspirado en las ideas de Nightingale, fue el Dr. Federico Rubio y Galí, quien fundó en el año 1896 la primera Escuela de Enfermería en España con el nombre de Real Escuela de Santa Isabel de Hungría (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92; Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 19; Sellán, 2010, p. 127). Su ideal educativo se fundamenta en la instrucción académica y la educación familiar y social, mostrado en las reflexiones de su obra "*Mis maestros y mi educación*", donde afirma que "en rigor la educación es: el arte de vivir socialmente"(citado por Sellán, 2010, p. 127).

Así, con las señas de identidad "bienestar del paciente y el bien hacer de las alumnas", el objetivo de Rubio y Galí era el de formar enfermeras que estuvieran preparadas para ayudar en la asistencia hospitalaria y capacitadas para apoyar en las intervenciones y curas quirúrgicas, realizando su labor de un modo artístico y científico (Hernández Martín et al., 1997).

En esta primera Escuela uno de los requisitos fundamentales para el ingreso de estudiantes era que fuesen mujeres que profesaran la religión católica, recordemos que, hasta la fecha la figura de la enfermera pertenecía a órdenes religiosas. Los estudios duraban dos cursos y las

enseñanzas las impartían los médicos del hospital. Al finalizar se les expedía un certificado de aptitud que las capacitaba como enfermeras de cirugía y medicina (Sellán, 2010).

El Dr. Rubio y Galí cedió en la formación de mujeres laicas al reconocer que el desarrollo del rol técnico no necesariamente requería personas con afiliación religiosa y que atender a hombres podría entrar en conflicto con las normativas de las órdenes religiosas. A pesar de esta concesión, la formación de enfermeras laicas fue un evento aislado. Fue necesario esperar varias décadas, hasta la promulgación de la Real Orden del 5 de mayo de 1915, para obtener la autorización legal de la formación estructurada de enfermeras laicas en España, incluyendo a las religiosas en el mismo sistema educativo(Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 20; Sellán 2010, p. 131).

Con la Real Orden de 1915 se estableció el plan de estudios para la Instrucción Enfermeras compuesto por 70 temas que incluían anatomía y fisiología, un grueso de formación técnica médico-quirúrgica y contenido orientado a cualidades físicas, morales e intelectuales, así como deberes y obligaciones que se les exigía (*Real orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que la soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas*, 1915, Disposición II). Podemos afirmar pues, que este es el primer plan de estudios oficial de la Enfermería en España. Sus impulsoras, las ya mencionadas, Ministras de los Enfermos, encendieron el motor de una enfermería española renovada, femenina, laica, profesional, formada, comprometida con las instituciones, al servicio de los ideales emergentes de justicia social (Amezcua y González Iglesias, 2015).

En la siguiente tabla (Tabla 23) se exponen los contenidos de las enseñanzas en el programa de enfermeras y practicantes vigente en estos años. Se puede observar que las enfermeras centraban más su actividad en el cuidado directo y continuado de los enfermos, atendiendo a necesidades en el nacimiento, la muerte o la salud mental, mientras que los practicantes se ocupaban de actividades más técnicas y procedimentales, no estando de forma habitual a pie de cama de los enfermos. Así mismo las enfermeras recibirán formación orientada al desarrollo de cualidades personales y deberes profesionales, mientras que en los practicantes las enseñanzas en este ámbito estarán enfocadas al trato con médicos y farmacéuticos.

Tabla 23 Contenidos de los primeros programas de formación de enfermeras y practicantes en 1915 Fuente: Real Orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que la soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas (1915), RO 13 de mayo de 1902 por la que se aprueba el programa de formación de la carrera de practicante (1902)

Enfermeras (RO 7 de mayo de 1915 por el que se establece el plan de estudios de la Instrucción Enfermera)	**Practicantes (RO 13 de mayo de 1902 por la que se aprueba el programa de formación de la carrera de practicante)**
Anatomía y fisiología	Anatomía y fisiología
Cualidades de la enfermera y deberes	Relación con médicos y farmacéuticos
Higiene/prevención/asepsia	Desinfección
Patología/Terapéutica	
Anestesia	Anestesia
Cuidados según diferentes sintomatologías	
Cuidados al recién nacido	Embarazo, parto y vacunación
Cuidados y deberes de la enfermera ante la muerte	

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Cuidados a enfermos mentales	
Masajes	Masajes
Vendajes	Vendajes
Curas	Curas

Con la regularización de la enfermería en 1915, en los años posteriores surgieron en España diferentes Escuelas en las que se irá desarrollando el currículum, hasta la unificación de practicantes, matronas y enfermeras en Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) en 1953.

Las primeras escuelas, fundadas en los primeros años del s. XX, estarán en su conjunto ligadas a la emancipación de la mujer, la profesionalización de la enfermería tiene lugar de forma paralela a ello, tanto en lo que atañe al derecho a la educación, como a la oportunidad de ejercer una profesión remunerada. La profesión se consolida en una formación destinada única y exclusivamente a la mujer (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92; Sellán, 2010, p. 143). Escuelas destacables son la de Santa Madrona, en Barcelona (1914), de marcado carácter progresista, o la Escuela de la Mancomunitat de Cataluña (1919), que en la misma línea, intentará fomentar el nivel cultural de sus estudiantes y abrir nuevos espacios en el ámbito domiciliario, proporcionando a las alumnas una formación encaminada al contexto comunitario (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92).

Una labor notable con una influencia crucial en la génesis de la formación enfermeras y en su identidad profesional, tanto en el ámbito internacional como en España, fue la Cruz Roja (Sellán, 2010, p. 145). Así mismo, la Cruz Roja se sitúa como una de las protagonistas de la enfermería de salud pública en España debido en gran parte a su actuación en tiempos de guerra (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92; González García, 2013). El programa de estudios de la Escuela de enfermeras de la Cruz Roja se establece en la RO 28 de febrero de 1917, conformando el cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja. El currículum de su formación era afín al de enfermeras y practicantes mostrado anteriormente, aunque, como novedad, en sus manuales formativos se incorporaron referencias a la puericultura y protección de la infancia, la tuberculosis, la salubridad pública, la higiene social y las enfermedades contagiosas (González García, 2013). Se inicia así un proceso de socialización de la enfermería como práctica con una gran carga de valores humanitarios (Amezcua y González Iglesias, 2015).

Dado que como se ha expuesto en epígrafes anteriores en España diferentes normativas y movimientos sociales se orientaron a mejorar las condiciones de vida de la población, no es de extrañar que a principios del s. XX surgieran otras instituciones educativas con espíritu reformador, dirigidas a formar profesionales que fomentasen las consecuentes medidas sociosanitarias necesarias para alcanzar estos fines. Se fundaron la Escuela Nacional de Puericultura (1923), la Escuela Nacional de Sanidad (1925) o la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias (1932), con interés en formar enfermeras orientadas hacia la Salud Pública, con especial hincapié en la mejora de las condiciones higiénicas, que redujesen la mortalidad infantil, prevenir enfermedades infectocontagiosas o asistir en los procesos de enfermedad de los trabajadores (Sellán, 2010, p. 157; Siles, 1999b).

En este contexto, los cambios políticos acaecidos en España en las siguientes décadas supusieron un gran avance en las competencias profesionales de las enfermeras de nuestro país, que poco a poco se irán asimilando al entorno europeo. La figura republicana de la Enfermera Visitadora, como apunta Manuel Amezcua (2015) tuvo un gran impacto en la mejora de la calidad de vida de las familias, que fueron instruidas en hábitos de vida saludables. Igualmente,

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

y en cooperación con las profesiones análogas (practicantes y matronas), extendieron su acción hacia ámbitos más especializados, en consonancia con los principales problemas de salud que aquejaban a la ciudadanía (Amezcua y González Iglesias, 2015).

Sin embargo, los textos españoles dedicados a la formación de la enfermería de las primeras décadas del s.XX mantuvieron la definición de las características de la profesión en términos de subordinación y dependencia del médico (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92). Durante la Guerra civil española (1936-1939), hubo una paralización de la formación en la mayor parte de los centros de enseñanza oficial de enfermeras, matronas y practicantes. Muchas escuelas cerraron, y otras, aunque mantuvieron la enseñanza no pudieron expedir títulos hasta el final de la contienda. La actividad enfermera durante estos años se circunscribió, como es lógico, al cuidado de los heridos, tanto en el bando nacional con la Sección Femenina de la Falange, como en el bando republicano, con enfermeras vinculadas a la Cruz Roja y al Socorro Rojo (Sellán, 2010, pp. 167-169). La imperiosa necesidad de formar rápidamente personal cualificado, desencadenó en que su formación fuera deficitaria y la calidad de los cuidados que proporcionaban fuese precaria. Sin embargo, un aspecto positivo de este periodo, y desde la óptica de la inclusión, fue, como manifiestan Gómez Cantarino et al. (2018) que las puertas formativas y laborales quedaron abiertas a las mujeres de todas las clases sociales.

La dictadura militar que prosiguió a la Guerra Civil española frustró los intentos reformadores y sumió a la enfermería en un periodo oscuro de su historia como profesión (Amezcua y González Iglesias, 2015; Hernández-Conesa, 1995). Esto se refleja en la Ley de Bases de 1944 donde se concibe a la enfermera como "auxiliar subalterna al médico, estando siempre a las órdenes de éste, no teniendo por sí sola facultades para desempeñar su cometido" (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92).

2.3.2 La enfermería en la segunda mitad del s.XX: de enfermeras a Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS)

En 1953 tuvo lugar un hecho que consideramos crucial en la búsqueda de explicaciones sobre la conformación de los planes de estudio actuales. Se unificaron los estudios de las Profesiones Auxiliares Sanitarias y se agruparon en un único título, es decir, el practicante, la enfermera y la matrona formaron una profesión única denominada: Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) (Gómez Cantarino et al., 2018; Miró Bonet, 2008). La aparición de este título motivó una importante crisis dentro del colectivo de enfermeras, ya que, como se profundizará más adelante, significó un giro en su formación, que se organizó en ausencia de aspectos fundamentales que otorgaban entidad propia a su profesión, como la idea de cuidados integrales, la importancia de las cuestiones sociales o la necesidad de incorporar las relaciones humanas en su práctica habitual (Alberdi, 2016, p. 50; Galiana-Sánchez et al., 2008). Las matronas no se identificaban con esta nueva titulación y no encontraban sentido al tiempo que debían invertir en los estudios que les obligaban a cursar antes de especializarse (Alberdi, 2016, p 50). Por otro lado, los practicantes tampoco se integraron convencidos, de hecho mostraron su oposición, pues se atribuían el protagonismo como carrera auxiliar sanitaria, y consideraban la labor de las enfermeras como algo de segundo orden (Martínez Santos, 2017, p. 62; Sellán, 2010, p. 221). En consecuencia, la idea de toda una generación ATS en palabras de Sellán (2010) será la de "Más que enfermera y menos que médico"(p. 188).

En este contexto tuvo lugar un conflicto de intereses clave en el desarrollo profesional de la enfermería en España que resultará en una medicalización y tecnificación de sus cuidados que aún mantiene su impronta hoy en día.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> En este momento, es cuando en España se aleja, de manera normativa y definitiva a la Enfermería de aquello que le da sentido y significado, produciéndose una ruptura en su singularidad, en aquello que es, desde el comienzo de los tiempos, la naturaleza del cuidado y de la Enfermería (Sellán, 2010, p. 225).

Será pues un periodo determinante en la conformación de la identidad profesional contemporánea que también perdura en el ejercicio de la enfermería actual. Las raíces de esta identidad profesional se pueden inferir del simple análisis de la denominación Ayudante Técnico: de ayudante, se transciende que eran profesionales sin plena autonomía en sus acciones, de técnico, que el ejercicio de su profesión y la dirección de su formación estaba orientada a lo procedimental.

Otros aspectos relevantes que influyeron en la conformación del currículum e identidad profesional parecen ser la dependencia de las escuelas de ATS de las Facultades de Medicina, con docentes casi exclusivamente médicos, la orientación curricular hacia la práctica, el rol auxiliar y la falta de equidad frente a la segregación por géneros del plan de estudios. En palabras de Cantero González et al. (2010):

> El paradigma unificador, bio-médico, bajo la denominación de Ayudantes Técnicos Sanitarios no procura la pretendida identidad profesional, ya que la literatura científica y los libros de texto tienen autoría médica y la formación de las escuelas de ATS femeninos es absolutamente diferente de las escuelas de ATS masculinos. **Se establece la mano y el saber hacer frente al saber pensar, manteniendo las diferencias doctas entre hombre y mujer, resaltando la inferioridad de esta para la Ciencia y el trabajo intelectual** (citado por Giménez Andreu, 2018, p 38).

La etapa de ATS se extiende entre 1953 y 1977, cuando la formación de enfermería se integra en la Universidad.

2.3.2.1 Ámbito legislativo

Las transformaciones del sistema sanitario que tuvieron lugar en la época de postguerra en España fueron cruciales para la unificación de los estudios de enfermeras, practicantes y matronas. El 25 de noviembre de 1944 se promulga la Ley de Bases de Sanidad Nacional, en la que se decretó la titularidad del Estado para los asuntos tanto sanitarios como benéficos, progresando la regularización de la asistencia sanitaria y social, que ya había comenzado un siglo antes con la primera Ley de sanidad de 1855 (Sellán, 2010, p 155).

Los progresos y avances de la medicina y el desarrollo hospitalario impusieron la necesidad de la formación de personal más técnico que ofreciera respuestas a las necesidades sanitarias del momento. En este contexto se publicó el Real Decreto 4 de diciembre de 1953 que estableció la ya mencionada unificación de enfermeras, practicantes y matronas, con un plan de formación y escuelas específicas (Hernández Martín et al., 1997).

Pero no fue hasta la Orden 4 de julio de 1955 cuando se estableció la organización de los estudios y la denominación de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). En este momento se crearon, además, las primeras especialidades de enfermería. Ocurre también un hecho de especial trascendencia desde la óptica de la inclusión, y es que esta norma estableció la prohibición expresa de la coeducación en los estudios, existiendo asimetrías entre la enseñanza de hombres y mujeres (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 95; Orden 4 julio 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios., 1955).

USC DE COMPOSTELA

Según la literatura consultada, no parece haber menciones relevantes a las funciones de la enfermería entre los años 50 y principios de la década de los 70, hasta la aparición en 1973 del documento *Estatutos del personal sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social*, donde se detalla que las funciones de enfermeras y ATS son: "ejercer las funciones de auxiliar del médico cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de él" (Domínguez-Alcón et al., 1983, p 93).

2.3.2.2 Ámbito formativo

Como apunta Domínguez-Alcón et al (1983) entre la primera regulación de 1915 y la de 1953, podía haber habido una libertad considerable en la formación de enfermeras, pues no existía ninguna legislación específica en cuanto a sus planes de estudio o normas de enseñanza. Además, el primer plan de estudios de 1953 que reguló la enseñanza de ATS era relativamente progresista, pues incluía asignaturas como sociología, higiene mental o medicina preventiva, sin embargo estas se retiraron en 1955 con el último dictamen de la organización de los estudios (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 95).

El perfil curricular del plan de estudios definitivo fue de orientación totalmente medicalizada y el aprendizaje práctico pasa a tener lugar exclusivamente en el hospital (retirando las prácticas en domicilios presentes en el plan previo). De este modo, como apunta Sellán (2010), lo futuros ATS tendrán, una visión "*medicocéntrica"* de la actividad a desarrollar, ignorando elementos indispensables para el cuidado enfermero, como son el entorno donde el paciente vive y se desarrolla (p. 199)

Un ejemplo revelador sobre la orientación de la enseñanza en esa época es el texto del Dr. Usandizaga, profesor de la Escuela de Enfermeras Casa Salud de Valdecilla, en el *Manual de la Enfermera y Practicante* (1964):

> El Ayudante Técnico Sanitario, como su nombre indica claramente, tiene a su cargo funciones exclusivamente auxiliares. Debe conocer perfectamente cierto número de técnicas para poderlas practicar correctamente cuando el médico se lo ordene. Sólo de una manera verdaderamente excepcional, cuando falte éste y sea urgente su intervención podrá actuar por iniciativa personal. Ahora bien, la correcta ejecución de unas técnicas auxiliares no excluye un cierto nivel de cultura médica para la comprensión de las mismas. Es decir, que para una buena preparación para las funciones auxiliares, adquirir una cultura médica elemental estimamos, son los objetivos de la enseñanza de los ATS (citado por Sellán, 2010, p. 234).

No obstante, cabe indicar para el interés de esta investigación, que en esta misma obra el autor no es ajeno a que los pacientes plantean problemas clínicos asociados a problemas sociales, por lo que en la propuesta de la asignatura "Higiene", hace referencia a la importancia de lo que denomina "enfermera visitadora, instructora sanitaria o enfermería social", tratando en algunos capítulos su papel en la higiene personal, de la vivienda y urbana (Herrera Rodríguez, 1995; Martín Llorente, 2018, p. 119). Sin embargo, su peso tanto en la obra como en el plan de estudios oficial fue secundario[18].

La formación de ATS se estructuró en tres cursos académicos en los que, como se mencionó previamente, se prohibió la coeducación y se hizo distinción entre ATS femeninas, que debían realizar dicha formación en régimen de internado, y los ATS masculinos que no estaban obligados a ello. En las escuelas de ATS, dependientes de las Facultades de Medicina,

[18] En el plan de estudios la asignatura de tercer curso Medicina Social tenía un peso de 10h.

podían solicitar acceso todos aquellos mayores de 16 años, que tuviesen el Bachillerato elemental aprobado o la carrera de magisterio, debían aprobar un examen de acceso y además ser presentados en la Escuela por dos personas de "reconocida solvencia moral". Así mismo debían poseer las condiciones físicas y de salud, comprobadas mediante un reconocimiento médico previo (*Orden 4 julio 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios.*, 1955, disposición 3ª) (Tabla 24).

Tabla 24 **Plan de estudios Ayudantes Técnicos Sanitarios (1955)**
Fuente: Orden 4 julio 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios. (1955)

Curso	Plan de estudios Orden 4 julio 1955
Primer Curso	Religión Moral profesional Anatomía funcional Biología general e histología humana Microbiología y parasitología Higiene general Nociones de patología general Formación política Educación física Prácticas Enseñanzas del Hogar* Autopsia médico-legal**
Segundo Curso	Religión Moral profesional Patología médica Patología quirúrgica Nociones de terapéutica y dietética Elementos de psicología general Historia de la profesión Educación Física Formación Política Prácticas Enseñanzas del Hogar* Autopsia médico-legal**
Tercer Curso	Religión Moral profesional Medicina y cirugía de urgencias Higiene y profilaxis de las enfermedades transmisibles Obstetricia y ginecología Puericultura e higiene en la infancia Medicina Social Psicología diferencial aplicada Formación Política Educación Física Prácticas Enseñanzas del Hogar* Autopsia médico-legal**
	* Solo estudiantes femeninas ** Solo estudiantes masculinos

Los estudiantes debían demostrar durante los inicios de los estudios "condiciones físicas, morales e intelectuales y de vocación suficientes para el ejercicio de la profesión". Y durante la formación, las ATS femeninas debían cursar además una asignatura adicional, "Enseñanza

de Hogar", mientras que los ATS masculinos cursarán nociones básicas de autopsia médico-legal (*Orden 4 julio 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios.*, 1955, disposición 14).

En este contexto, y ya en el preludio de la integración de las Escuelas de ATS en la Universidad, el sociólogo Jesús Manuel de Miguel, expresará en su libro "*La reforma sanitaria en España*" (1976) la falta de equidad en la planificación de la enseñanza y en el ejercicio profesional de la enfermería del momento:

> Desde 1955 solo se permite la educación de enfermería bajo régimen de internado y en 1962 se dispensa del internado solo a las alumnas casadas. A nuestro juicio, la reforma de las escuelas de ATS debe superar totalmente las segregaciones por razón del sexo o estado civil e implantar el régimen co-educacional […] El examen de ingreso, tradicionalmente basado en condiciones físicas, morales e intelectuales, debe reducirse a condiciones intelectuales, ya que los otros factores son de dudosa o inapropiada ejecución. (citado por Germán Bes, 2013, p. 70).

Muchos de los profesionales que aún ejercen la profesión hoy en día fueron socializados en este ideario formativo de ATS (Sellán, 2010, p. 195).

Por último, llama la atención que tanto en los planes de estudio como en las funciones reguladas la palabra "cuidado" solo aparece en una ocasión, lo que exhibe, una vez más, que durante este período la formación será eminentemente técnico-médica. Así mismo, en palabras de Rosario Giménez (2017) "en la formación no se emplearán fuentes primarias sino textos didácticos mayoritariamente escritos por médicos, en ausencia de fuentes hemerográficas que abordasen su propia historia y su naturaleza protocientífica"(Giménez Andreu, 2018, p. 382). En suma, la dirección de las escuelas estaba a cargo de médicos o catedráticos de otras disciplinas, por lo que la participación de las propias enfermeras en la política de la formación y la docencia fue muy escasa. Situación que cambia a finales de los años 70 con la integración de la formación de enfermeras en la Universidad y la transformación de las escuelas de ATS en Escuelas Universitarias de Enfermería (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 96).

Tal y como afirma Miró-Bonet en su tesis *"¿Por qué somos como somos?"* (2010) la puesta en marcha de los estudios de ATS, supuso profundas modificaciones en la profesión, no sólo por el cambio de denominación y de plan de estudios sino de orientación en la formación de estos profesionales (Miró Bonet, 2008, p. 30). Sobre esta etapa, podemos concluir, tal y como sugiere García Paramio (2016) que las enfermeras perdieron su nombre y tuvieron que asumir una nueva denominación que no se correspondía ni con su historia ni con sus funciones basadas en los cuidados. A lo que añade que fue un importante freno en el proceso de profesionalización de la enfermería en nuestro país, aislándola de las tendencias internacionales que la estaban consolidando como profesión.

2.3.3 La integración de la enfermería en la Universidad: Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE).

Convenimos comenzar este apartado con una reflexión de Colliére (1993) que consideramos ilustra la importancia, en sentido amplio, de la integración de los estudios de enfermería en la Universidad y adelanta las ideas principales que desarrollaremos a continuación:

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> Entrar en la universidad permite a las enfermeras salir del espacio unidimensional hospital-escuela y liberarse de la uniformidad de los modelos sociales que produce para descubrir la polivalencia de las corrientes de pensamiento, su diversidad, su contradicción, su oposición, así como las diferentes opciones sociales, económicas y políticas que la sustenta. Además del acceso a terrenos de conocimiento extremadamente diversos y variados, la formación universitaria extiende la percepción del campo social, permitiendo encuentros con personas de culturas, de edad y de experiencia diferentes, tanto para estudiantes como para docentes. Permite a las enfermeras establecer relaciones de naturaleza diferente de la relación cuidador-persona cuidada o médico-enfermera. Las lleva a darse a conocer en otros lugares distintos de la cabecera del enfermo y a establecerse en otros roles sociales (p.193).

Desde Florence Nightingale, en muchos países, especialmente en EEUU y Canadá, la enfermería consigue situarse muy pronto como titulación superior, y en el ámbito académico, desde mediados del s.XX, las enfermeras comienzan a teorizar y a realizar propuestas dirigidas a describir la naturaleza de la Enfermería (Marriner Tomey y Alligood, 2011). Así, mientras que en estos países, la enfermería estaba experimentado un gran desarrollo disciplinar desde los años 50 (Kérouac et al., 1994, p. 27), existiendo incluso programas de doctorado, en España, en palabras de Matesanz (2009) "muchos fueron los avatares hasta ver la luz en julio de 1977, el Real Decreto 2128/77: Integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería" (p. 252).

El tránsito de una formación técnico-médica hacia una nueva orientación profesional y disciplinar no fue sencilla, el cambio se produjo fundamentalmente a causa de movimientos que surgen dentro del colectivo profesional y la Ley General de Educación de 1970 (Germán-Bes, 2006; Rodrigo Pedrosa, 2017).

En cuanto a las movilizaciones estudiantiles y profesionales, cabe destacar que tendrá una gran influencia la Coordinadora de ATS y escuelas de Galicia (Germán Bes, 2013, p. 95), ya que fue la primera en anunciar una huelga general en 1976 que posteriormente se extendería a toda España, generando el que Germán-Bes (2013) determina como el conflicto más importante de la enfermería en nuestro país: un paro en el que participaron más de 75.000 personas, lo que equivalió a 3 de cada 4 enfermeros de ese momento (Germán Bes, 2013, p. 89).

En la década de 1970 España comienza a abrirse al exterior. Esta apertura, sumada a la nueva consideración de la mujer en la esfera profesional, académica o política, resultó en que algunas enfermeras salieran del país y entraran en contacto con una visión diferente y moderna de la enfermería, acercando la influencia de los modelos conceptuales y científicos que se estaban desarrollando fuera, además del ejemplo de otras maneras de ejercer la profesión. Esto promovió el surgimiento de grupos que empezaron a cuestionar aspectos concretos de la práctica, de la orientación de la enfermería en España, iniciando la búsqueda y reivindicación de su propia identidad (Miró Bonet, 2008, p. 35; Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 3).

> Las estudiantes de los 70 comenzaron a plantearse preguntas sobre las discriminaciones que sufrían, al salir al extranjero, y comparar y leer obras publicadas sobre la enfermería, tuvieron algunas ideas claras de lo que había que cambiar (Germán Bes, 2013, p. 18).

Bajo esta influencia, Germán Bes (2013) o Rodrigo Pedrosa (2017) documentan que surge una corriente de opinión basada en el interés de promocionar la enfermería a rango de disciplina, tratando así mismo de especificar su contribución singular frente a la práctica médica, además

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

de establecer la base científica de un cuerpo de conocimientos propio que permitiese articular su aportación profesional dentro del sistema de salud.

En este contexto, se publica la Ley 14/1970, de 4 de agosto, del Ministerio de Educación y Ciencia, conocida como la "*Ley General de Educación*" en la que en su disposición transitoria siete, establece: "que las escuelas de ATS se convertirán en escuelas universitarias o centros de formación profesional según la extensión y la naturaleza de sus enseñanzas" (Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, 1970). Paralelamente, la Delegación General del Instituto Nacional de Previsión redactó un informe sobre la problemática del personal de enfermería en la Seguridad Social. En él analizó las alternativas que la Ley de Educación ofrecía para definir su horizonte académico y profesional, concluyendo, entre otros, que los estudios de enfermería debían integrarse en el nivel de educativo de formación profesional de segundo grado, lo que provocó la disconformidad del colectivo de ATS en su mayoría (Giménez Andreu, 2018, p. 46).

En la disyuntiva sobre la dirección que tomará su formación, en 1973 se publicó el Real Decreto 2293/73 de 17 de agosto, en el que se regulan las Escuelas Universitarias, definiéndolas como: "Centros docentes destinados a impartir enseñanzas orientadas fundamentalmente a la educación científica y técnica, y a la preparación de profesionales en aquellas especialidades que, por su extensión o su naturaleza, exigen un solo ciclo de estudios, con una duración de 3 años, salvo excepciones" (*Decreto 2293/1973, de 17 de agosto, por el que se regulan las Escuelas Universitarias*, artículo 1).

La referencia a la duración de los estudios (equivalente a la que ya tenía lugar en las escuelas de ATS) y al carácter "científico y técnico" de las escuelas universitarias, fue determinante para la resolución. El colectivo de ATS, de orientación técnica, ahora inspirado por las corrientes de pensamiento científico de la enfermería, principalmente anglo-americana, aprovechó todos estos elementos para seguir reivindicando un cambio en su formación y la integración en la universidad (Rodrigo Pedrosa, 2017). Como apunta Amezcua (2015) "Es la lógica evolutiva, el efecto de transición de una profesión que se ha desarrollado a costa de golpes de oportunidad".

Tras muchas negociaciones y movilizaciones en todo el país, y en confluencia con el fin de dictadura y los inicios de la Transición democrática, en 1977 se publicó el Real Decreto 2128/1977: "Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería".

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Ilustración 13 Concentración de estudiantes de ATS en Santiago de Compostela 1976
Fuente: La revolución de las batas blancas (Germán Bes , 2013)[19]

El contexto general en el que tuvo lugar esta transición y los logros posteriores lo resume Concha Germán-Bes (2013) en el siguiente texto:

> Había un clima de malestar de las estudiantes que eran –de facto- mano de obra gratuita de los hospitales y que pagaban por concepto de prácticas, en internados obligatorios, bajo el mandato de religiosas sin titulación de enfermeras y sin profesorado enfermero entre otros factores. Las jóvenes no se sentían representadas por una generación obsoleta e inmovilista. Por ello a la muerte de Franco en los inicios de la transición democrática, entre los miles de conflictos salieron a la calle los ATS con sus tablas reivindicativas […] Las enfermeras españolas de 1976 a 1978 lograron: escuelas mixtas, universitarias, sin internado, colegio único y salario adecuado. Ahora bien, quedaba mucho por hacer: unificar sedes y archivos, adaptar las especialidades, vestuarios para los estudiantes, profesorado enfermero en la docencia teórica y, crear un pensamiento enfermero (p. 81).

2.3.3.1 Ámbito legislativo

Al Real Decreto 2128/1977, de 23 de Julio, por el que se transforman las Escuelas de ATS en Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE) le seguirán otros necesarios para la transición: directrices para la elaboración del plan de estudios, para la transformación de las Escuelas de ATS en Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE), condiciones específicas de estas

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[19] Foto cedida por Concha Germán-Bes, autora de la obra *La revolución de las batas blancas*. Autor de la foto: Víctor Vez.

escuelas, o la convalidación de los estudios de ATS a enfermería (López Montesinos, 2004) (Tabla 25).

Tabla 25 Principal legislación en la integración de la enfermería en la Universidad (1977-1980) Fuente: elaboración propia

Título	Año	Contenido
REAL DECRETO 2128/1977, de 23 de julio	1977	Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería.
ORDEN MINISTERIAL, de 31 de octubre	1977	Directrices para la elaboración de Planes de Estudios en las Escuelas Universitarias de Enfermería.
ORDEN MINISTERIAL, de 23 de enero	1978	Transformación de Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias de Enfermería
ORDEN MINISTERIAL de 20 de octubre	1978	Condiciones específicas a cumplir por las Escuelas Universitarias de Enfermería.
RD 11 1980. ORDEN MINISTERIAL, de 15 de julio	1980	Convalidación de los estudios de ATS a DUE. Curso de nivelación

Las modificaciones principales que estableció el primer RD (2128/1977) fueron:

- La emancipación de las Escuelas de ATS de las Facultades de Medicina para pasar a integrarse en la Universidad (Artículo 1).
- La atribución del cometido de la elaboración de los planes de estudio a las Universidades (Artículo 5.2).
- El ingreso del alumnado a través de la superación del curso de orientación universitaria, eliminando requisitos previos de las Escuelas de ATS como la solvencia moral atestiguada por terceros, la edad, las condiciones físicas o de salud y el sexo (Orden 4 Julio 1955)(Artículo 5.3).

El plan de estudios, regulado a través de la Orden Ministerial del 31 de octubre de 1977 estableció que la duración de la formación sería de 3 años (con un mínimo de 4.600 horas), organizados en un máximo de 16 asignaturas obligatorias, y hasta un máximo de 4 optativas ofertadas por la Universidad, entre las que obligatoriamente debía incluirse una sobre "Ética profesional" (punto 1.4). En definitiva, el plan de estudios constaba de un máximo de 20 asignaturas. Así mismo, la Orden recuperó la enfermería comunitaria de la formación previa a ATS, disponiendo que las prácticas no tendrían que limitarse al ámbito hospitalario, sino que también se podrían realizar en el "extrahospitalario, rural o urbano" (punto 4).

También se plantearon algunos inconvenientes, como el curso de nivelación (RD 111/1980) que debían realizar, en un plazo máximo de cinco años, todos aquellos ATS que deseasen convalidarlo por el de Diplomado en Enfermería, requisito ineludible para ejercer la docencia (Matesanz Santiago, 2009). Esto planteaba el interrogante de quién la iba a impartir, pues hasta el momento el profesorado, titulados superiores, eran principalmente médicos (Sellán, 2010, p. 244). Esta situación resultó en que ATS de todo el territorio nacional se matriculasen en la primera convocatoria (1981) con el fin de estar habilitados para ejercer la docencia. Muchos llegaron a tiempo para poder firmar las actas de la primera promoción de Diplomados en Enfermería (Matesanz Santiago, 2009).

Hubo que resolver otros problemas, como la unificación de todos los profesionales sin exclusión, o dar contenido a la nueva orientación de "enfermeras de facultad" que se formaban para ejercer en una nueva época académica, profesional y social (Germán Bes, 2013, p. 185).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Muchas de las reformas en la estructuración del modelo educativo de los diplomados en enfermería derivaron de Ley de Reforma Universitaria (LRU) (Ley Orgánica 11/1983 de 25 de agosto de Reforma Universitaria) (Giménez Andreu, 2018, p 83). Esta Ley indujo a la revisión de los planes de estudios de la totalidad de las carreras en cuanto a contenidos y duración. El objetivo de la Ley era incorporar a España al mundo de la "Ciencia moderna" como "institución social mejor preparada para asumir este reto" (*Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria*, 1983, preámbulo). Además de tratar de responder al creciente número de estudiantes y la incorporación de España al "Área Universitaria Europea" (Giménez Andreu, 2018; Ministerio de Educación Cultura y Deporte, 2003). Como apunta Rosario Giménez (2017) la Ley pretendía:

> Vertebrar la ideología de que la Universidad no era patrimonio de los miembros de la comunidad universitaria de la época, sino que constituía un auténtico **servicio público referido a los intereses de toda la sociedad.** (p.84).

Las repercusiones de esta ley en el currículum de la Enfermería tuvieron que ver principalmente con los requisitos del profesorado y con una sucesión de normativas para adaptar el plan de estudios a sus directrices. En cuanto al profesorado, la LRU permitió a los Diplomados en Enfermería que se presentasen a los concursos de profesores y accediesen a los puestos de profesores titulares de Escuelas Universitarias, puesto que la Ley posibilitaba la creación de Departamentos de Enfermería. No obstante, el Artículo 33 disposición 2 de la Ley establecía que "[…] los catedráticos y profesores titulares de las Escuelas Universitarias tendrán plena capacidad docente, y cuando se hallen en posesión del título de Doctor, plena capacidad investigadora" (Giménez Andreu, 2018, p. 89; Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, 1983). De esta forma el pleno desarrollo de la carrera docente del profesorado dentro de la disciplina aún no será posible, pues como titulación de primer ciclo no podían ser doctores dentro de la misma, sino que tenían que hacerlo a través de otras (Sellán, 2010, p. 261). Esta cuestión, de nuevo, muestra un escenario de exclusión para las enfermeras y su desarrollo disciplinar, ya que en determinados puestos se exigía la condición indispensable de doctor, así como para dirigir proyectos de investigación o para ser catedrático de Escuela Universitaria.

La adaptación de los planes de estudio en estos años respondieron tanto a la LGU como al Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, que fijó en un límite de 3 años la ejecución de las adaptaciones necesarias y el sometimiento de dichos planes al Consejo de Universidades para su homologación (*Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional*, 1987, disposición transitoria).

En respuesta a estas normativas en 1990 se publica el Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes de aquel. En este momento quedan derogadas las directrices publicadas en la Real Orden de 1977, con adaptaciones que se expondrán en el próximo apartado.

2.3.3.2 Ámbito formativo

La incorporación de los estudios de enfermería en la universidad no fue arbitraria, sino que estuvo inspirada, como ya se ha mencionado, por grupos de profesionales que reivindicaban desde hacía tiempo adecuar la profesión enfermera a las necesidades de la sociedad del

USC SANTIAGO

momento (Escuela Universitaria de Enfermería "La Paz", 1991, p. 21). Esta transformación, como apunta Rodrigo Pedrosa (2017), supuso una innovación en sí misma, entre otros, por lo que significó en materia de coeducación: "la plena igualdad curricular independientemente del género del alumnado"(p. 41).

Así mismo, tuvo lugar en un contexto de desorientación dentro del colectivo profesional, en el que los docentes asumieron el reto de conformar un cuerpo de conocimientos e ir desechando esquemas pasados en sus enfoques y contenidos de las materias (Escuela Universitaria de Enfermería "La Paz", 1991, p. 21).

Tal y como informa el documento "*Metodología de la enseñanza de enfermería*"(1991) publicado por un grupo de profesoras de la Escuela de Enfermería del Hospital de la Paz en Madrid, se produjo un cambio drástico en la orientación de los objetivos de la enseñanza recuperando el "cuidado enfermero" como eje de la formación, con reformas, enfocadas principalmente hacia (Escuela Universitaria de Enfermería «La Paz», 1991, pp. 23-24):

- La importancia de una nueva concepción y definición filosófica y disciplinar de la Enfermería que determinase qué se quería enseñar.
- El cambio de objetivos en las instituciones de la enseñanza**, en los que esta se abría de nuevo a todos los niveles de atención y a la comunidad, y no solo al individuo enfermo, además de entender a la enfermera como parte de un equipo (no subordinada a otros profesionales), con capacidad para formar e investigar dentro de su disciplina**. Como se recoge en uno de los manuales para docentes de esta época, con la enseñanza de la enfermería se pretendía que los estudiantes al terminar sus estudios fueran capaces de:

  > 1. Prestar cuidados de enfermería al individuo sano y enfermo, a la familia y a la **comunidad** en cualquier nivel de atención, enfocando estos cuidados para que el hombre alcance su salud y desarrolle al máximo de sus posibilidades el nivel de autocuidado.
  > 2. Participar en el **equipo** de salud cumpliendo las funciones propias de la profesión de enfermería.
  > 3. Contribuir a la **formación** de los distintos niveles del personal de enfermería.
  > 4. Participar en programas de **investigación** en el campo de la enfermería.

- La promoción del saber, frente al mero "saber hacer" que había gobernado la enseñanza de las décadas anteriores:

  > Enseñar Enfermería, cómo cualquier otra ciencia, no es hacer que se registre en la memoria de la estudiante una serie de informaciones. La alumna tiene que participar en el proceso, pensar por sí misma, confrontar ideas, tolerarse las imperfecciones y comprender su derecho al error. En definitiva, la alumna no sólo debe recibir sino aportar. Por la naturaleza de la profesión, hacemos que la alumna aprenda de forma que los conocimientos teóricos sean llevados a la práctica clínica con las habilidades y actitudes que garantizan el cumplimiento de la función que posteriormente tendrá que desempeñar en la sociedad (p 24).

Las características fundamentales del enfoque en la enseñanza de la enfermería universitaria en contraste con el modelo tradicional se pueden observar en este cuadro (Tabla 26):

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 26 **Diferentes enfoques y contenidos de los programas de formación del modelo tradicional frente al de enfermería universitaria.**
Fuente: Escuela Universitaria de Enfermería «La Paz» (1991, p. 47)

En cuanto a la enseñanza	
Modelo tradicional	**Modelo de enfermería**
Carece de orientación de Enfermería.	Crea la necesidad de orientar las acciones en un modelo de cuidado.
A pesar del enunciado no se contempla la metodología del cuidado.	Obliga a dar cuidados de una manera lógica y racional.
Se parte del diagnóstico médico.	El punto de partida son los problemas del enfermo (diagnósticos de enfermería)
La patología es el eje central del tema	El eje principal del tema son las necesidades y problemas del enfermo.
Contempla al ser humano desde el punto de vista organicista.	Entiende al ser humano de una forma integral (alteración de las necesidades físicas y psicosociales).
Impide el desarrollo de los contenidos de Enfermería.	Permite la búsqueda de acciones de la disciplina (cómo mejorar el cuidado).
Los cuidados se contemplan como tareas aisladas derivadas del diagnóstico y tratamiento médico.	Los cuidados se asumen desde las perspectivas de necesidades alteradas, problemas del enfermo…
En cuanto al aprendizaje del alumnado	
Modelo tradicional	**Modelo de enfermería**
Centra el estudio en la patología preparándose para la observación de signos y síntomas.	Centra el estudio en los problemas que tienen como base las necesidades alteradas.
Estudia las acciones a realizar en base a los síntomas.	Analiza las acciones adecuadas a llevar a cabo en base a las necesidades alteradas.
Da importancia a la perfección en la realización de técnicas derivadas del trabajo de otros profesionales.	Considera las técnicas como parte del plan de cuidado y no como el cuidado en sí.

La organización de los estudios se estructuró en torno a las áreas de conocimiento de ciencias básicas, médicas, de la conducta, salud pública, y por primera vez desde la publicación del primer plan de estudios de enfermeras en España, en 1915, de Ciencias de la Enfermería (*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*, 1977, punto 1.2).

En coherencia con ello, en el primer curso se incorporó la materia Enfermería Fundamental, que en su descripción de contenidos incluía, conceptos esenciales de la enfermería haciendo referencia entre ellos a principios generales de la Pedagogía, así como del Proceso de Atención de Enfermería[20]. Así mismo, en primero se incorporaron contenidos relacionados con la atención comunitaria y la salud pública, recuperando elementos del cuidado suprimidos durante

[20] El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una forma de razonamiento científico sistemático, un proceso de pensamiento crítico en cinco pasos que utilizan los profesionales de enfermería para aplicar las mejores evidencias disponibles a sus cuidados y promover las funciones humanas y las respuestas a la salud y la enfermedad (Elsevier, 2022).

la etapa de ATS (*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*, 1977, punto 3)

Esta tendencia se observa también en la descripción de contenidos de cursos posteriores, por ejemplo, en segundo curso, en referencia a la Salud Pública, se recuperan las referencias a la misión social[21] de la profesión:

> En la Salud Pública I se incluyen estudios sobre higiene individual y colectiva y los aspectos sociales de la Puericultura, la Obstetricia y la Gerontología. Igualmente ha de comprender las ideas actuales sobre salud mental y prevención de los trastornos psíquicos y de la educación sexual. **Ha de abarcar también el estudio del medio social, económico y cultural en que se mueven los miembros de una determinada comunidad, por el importante papel que ejerce sobre el mantenimiento de la salud y los condicionamientos de la enfermedad.** (*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*, 1977, punto 3, 2º curso).

Esta orientación se reitera en el tercer curso que mantiene la asignatura de Salud Pública incluyendo más elementos:

> La Salud Pública II continúa los aspectos ya iniciados en el curso anterior, comprendiendo los aspectos y metodología necesarios para que el diplomado de Enfermería sea un **agente activo en la educación sanitaria de la comunidad.** (*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*, 1977, punto 3, 3º curso)**.**

En suma, como ya se mencionó en el epígrafe anterior, las prácticas curriculares se extenderán más allá del medio hospitalario, incorporando distintos ámbitos de la comunidad (*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*, 1977, punto 4) (Tabla 27).

Tabla 27 **Asignaturas fundamentales de la Diplomatura den Enfermería estipuladas en la RO 31 octubre 1977**
Fuente: ***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*****, 1977**

Curso	Materia	Duración
1º	Biofísica y Bioquímica	Cuatrimestral
	Enfermería Fundamental	Anual
	Anatomía y fisiología	Anual
	Ciencias de la conducta I (Psicología general y evolutiva)	Cuatrimestral
2º	Farmacología clínica y dietética	Anual

[21] La misión social de las profesiones sanitarias consiste en hacer que la salud no sólo sea mejor, sino más justa, fiable y universal (Mullan, 2017).

	Enfermería médico-quirúrgica I	Anual
	Ciencias de la conducta II	Cuatrimestral
	Salud Pública I	Anual
	Enfermería Materno-Infantil	Cuatrimestral
3º	Farmacología clínica terapéutica física	Anual
	Enfermería médico-quirúrgica II	Anual
	Ciencias de la conducta III	Cuatrimestral
	Salud Pública II	Anual
	Enfermería Psiquiátrica	Cuatrimestral
	Enfermería geriátrica	Cuatrimestral

No obstante, el plan de estudios aún sufrió una nueva reforma, ya que, como se mencionó previamente, con el fin de adaptar los planes de estudio a las directrices de la LRU se publicaron distintas normativas, entre ellas el *RD 1466/1990, de 26 de octubre por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería*, que derogó el RD de 1977. Los cambios principales que supuso tuvieron que ver con dos ejes fundamentales de la LRU: la nueva organización departamental de las universidades que permitió la creación de Departamentos específicos de Enfermería, y la distribución de los contenidos necesariamente en torno a materias troncales (contenidos homogéneos en todas las titulaciones), no troncales (establecidas por la universidad como obligatorias u optativas) y de libre configuración (de elección por parte del alumnado) (*Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria*, 1983, preámbulo).

Se incorporaron entonces las siguientes asignaturas troncales a los planes de estudios: administración de los servicios de enfermería, enfermería comunitaria y ecología humana, enfermería geriátrica, enfermería materno-infantil, enfermería médico-quirúrgica, enfermería psiquiátrica y de salud mental, estructura y función del cuerpo humano, farmacología, nutrición y dietética, fundamentos de enfermería, legislación y ética profesional.

Así mismo, la normativa hace referencia al entorno social como parte de la base de los cuidados de ramas específicas, como es el caso de la enfermería geriátrica: "Aspectos demográficos, sociológicos y psicológicos del envejecimiento" (Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél, 1990). Y también de los cuidados generales:

> Las enseñanzas conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería deberán proporcionar: un conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido un conocimiento suficiente del organismo, de las funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas en buen estado de salud y de las personas enfermas, **así como las relaciones que existen entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano.** (Disposición primera a)

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Por otro lado, el curso de nivelación ATS/Diplomado regulado por el RD 111/1980 también contempló un módulo específico de Ciencias de la Enfermería enfocadas no solo a la asistencia, sino también hacia la investigación y la docencia. Además, se recuperaron referencias al enfoque social del cuidado, incluyendo entre el temario "Aspectos sociológicos y modificaciones que introduce la enfermedad en el marco social" (*Orden de 15 de julio de 1980 por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería*, 1980, punto 3). Todos estos cambios muestran la voluntad de una resocialización profesional de las ATS, pero, a pesar de las reformas, y aunque la intención en la nueva orientación curricular y profesional, según sugiere Pablo Meseguer Gancedo (2018) en su tesis "*Cuidar profesionalmente. Una aproximación a la profesión enfermera en España*", fue:

> La separación conceptual entre los términos curar y cuidar y se autodefinió como la profesión del cuidado, en su pretensión por dotarse de un espacio competencial propio no subordinado a la práctica médica y buscando influir en el desarrollo de nuevas orientaciones y servicios sanitarios (p. 133).

Algunos autores afirman que la formación de enfermeras no recuperó los elementos esenciales del cuidado integral y continuó siendo eminentemente clínica y dirigida al "saber hacer" más que al "saber pensar". Es el caso de Giménez Andreu (2014), que en su tesis "*La formación enfermera universitaria en España (1977-2012)*", afirma:

> Constatar que la integración de la Enfermería en la Universidad española y su modelo educativo, no asumió los postulados de la esencia de la institución secular del Saber, dado que continuó con el modelo de formación biomédico y *nightingaliano* en los contenidos de los Planes de Estudio, mantuvo la preponderancia del "hacer" frente al "estudiar-pensar" y se vertebró obedeciendo a una suerte de "excepciones jurídicas" que influyeron en su desarrollo epistémico (p. 370).

O Amezcua (2015) que en su artículo "*La integración de la enfermería en la Universidad: una historia inacabada*", y haciendo referencia a la tesis anterior, reflexiona sobre la discordancia entre el reformismo académico y el ejercicio profesional:

> El periodo estudiado recoge una historia ciertamente singular, la de unas gentes que **estudiaron una cosa para terminar desempeñando otra diferente**, y esto gracias al galimatías de proyectos reformadores y planes de estudio que han generado un torrente normativo tan complejo de llevar a cabo en su tiempo como ahora de analizar.

2.3.4 Enfermería en el s. XXI: Graduados en Enfermería

El principal avance que realizó en el colectivo enfermero español en las décadas previas a su adaptación a Grado, según Alberdi y Cuxart (2005) y Germán Bes (2014) fue la modificación del objetivo de su labor profesional, que dejó de pivotar alrededor de la ayuda a otro profesional, o de la patología, para recuperar su orientación hacia el cuidado. A estas alturas ya se comprende que el hecho de cuidar es mucho más complejo que asegurar la comida, la bebida, la eliminación, el vestido, la movilidad o el descanso de una persona (Alberdi y Cuxart Ainaud, 2005), entre otras razones, por la gran reforma sanitaria que vivió España a consecuencia de la Ley General de Sanidad (1986). Esta Ley aceptó que la inadaptación de las estructuras sanitarias

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

a las necesidades de salud de la colectividad había sido un hecho continuo en la historia de España (Título I). Desde esta premisa estableció como características fundamentales del Sistema Nacional de Salud (SNS) la extensión de todos los servicios a toda la población, y prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación (Artículo 46). Incluyó además referencias a estructuras para fomentar la participación comunitaria -clave para la inclusión como veremos más adelante- desde el principio de acceso en condiciones de igualdad efectiva, orientada a superar los desequilibrios territoriales y sociales (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 1986, Título I, Cap, I, Artículo 3).

Peya Gascóns (2007) explica en su artículo "*La formación enfermera en el Espacio Europeo de Educación Superior*", que, durante la última década del s.XX y los primeros años del s.XXI tienen lugar cambios sociales importantes, y la enfermería, como profesión de servicio, estuvo profundamente condicionada por estos (ver Tabla 28). El nuevo escenario planteó cuestiones técnicas, prácticas y éticas en la práctica de la enfermería. La vida, la muerte, las relaciones con el medio ambiente, la búsqueda de bienestar y satisfacción vital, las posibilidades de salud y sociales de los ciudadanos cambiaron considerablemente en este espacio de tiempo. En este contexto las enfermeras comienzan a considerar no sólo respuestas a las modificaciones sustanciales en la demanda de cuidados, sino también en su formación y consecuente oferta profesional (Peya Gascóns, 2007).

Tabla 28 Principales cambios sociales finales del s.XX y principios s.XXI
Fuente: Estrada-Masllorens et al. (2016); Peya Gascóns (2007)

- Cambios en el patrón demográfico, principalmente debidos al envejecimiento de la población por el aumento de la esperanza de vida.
- La mortalidad y la prevalencia de las enfermedades crónicas como un problema sanitario
- Importante.
- Los avances científicos y técnicos que permiten una mayor sofisticación de los tratamientos.
- Una mayor concienciación de los ciudadanos en temas relacionados con la salud.
- El incremento de la diversidad cultural debido a la inmigración.
- La tendencia a formas más democráticas de gobierno.
- La universalización de las prestaciones sanitarias.
- Las nuevas formas de gestión sanitaria.
- Un crecimiento económico bajo en todos los países.
- El movimiento hacia el concepto de desarrollo sostenible y el fomento de la cultura de la paz.

Se generaliza una concepción integral y holística de la persona como sujeto y objeto de cuidados, con una orientación comunitaria que desborda el marco exclusivamente hospitalario. La sociedad comienza a reconocer el valor y la contribución de los cuidados a la salud y al bienestar de las personas, desde una perspectiva de prevención y promoción de esta. En consecuencia, el rol de las enfermeras se desliga de la mera asistencia al médico y adquiere mayor autonomía y relevancia en los equipos de salud, progresivamente multi e interdisciplinares (Alberdi y Cuxart, 2005; Germán-Bes, 2006; Peya Gascóns, 2007).

Estas transformaciones en el campo de la salud ocurren al mismo tiempo que el sistema universitario español experimenta profundos cambios, impulsados por la aceptación de las universidades de los desafíos planteados por la generación y transmisión de los conocimientos científicos, artísticos y tecnológicos, así como la tendencia unificadora del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Esta circunstancia motivará en España una reestructuración y vertebración de la ordenación académica a través de la nueva Ley Orgánica de Universidades: LO 6/2001 e 21 de diciembre, en cuyo preámbulo señalaba que la sociedad española, "confiaba más que nunca en sus universidades para afrontar nuevos retos" (Giménez Andreu, 2018, p. 152). El progreso del EEES motivó también que la diplomatura en enfermería evolucionase a

Grado, cambio, que sin estar libre de discrepancias, hizo posible que desde la promoción 2009/2010 se pudiera acceder a los programas de postgrado y doctorado (Gómez Cantarino et al., 2018).

La Ley Orgánica de Universidades *(Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, 2007*) introdujo modificaciones en ámbitos relevantes como la selección y promoción del profesorado, la evaluación de los resultados académicos y el sistema de gobierno universitario (ver Tabla 29). La reforma a la que invitaba debía sistematizar y actualizar los múltiples aspectos académicos, de docencia, de gestión y de investigación, para permitir a las Universidades, abordar, en el marco de la sociedad de la información y del dinámico mercado laboral, los retos derivados de las innovaciones en las distintas formas de generación y transmisión del conocimiento(Giménez Andreu, 2018, p. 154). Se diseñó una "nueva arquitectura normativa"(Ministerio de Educación Cultura y Deporte, 2003, p. 4), que demandaba al sistema universitario español mejorar su calidad docente, investigadora y de gestión, alentando la movilidad de los estudiantes y profesores, y profundizando en la creación y transmisión del conocimiento como eje de la actividad académica. El cambio más visible fue la estructuración de las enseñanzas universitarias en tres ciclos: grado, máster y doctorado (Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, 2007, artículo 37). Pero también significó una alteración trascendental en la sistémica de la universidad. En el empeño por la calidad, esta normativa incidía en la necesidad de mejorar la cultura de evaluación de los procesos, personal y enseñanzas universitarias, para lo que se creó la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), que además de valorar la cualificación de los docentes, evaluaría periódicamente la calidad de los planes de estudios (Giménez Andreu, 2018, p. 158).

Tabla 29 **Principales cambios resultado de la reordenación de los estudios universitarios en el contexto del EEES**
Fuente: Peya Gascóns (2007); Trillo (2008).

Generales	Docencia
Las carreras universitarias habrán de adoptar un **sistema de titulaciones comprensible y comparable** en toda Europa, para ello se establece un suplemento al título con el objetivo de que los estudiantes de los países firmantes reciban una formación similar y se promueva la empleabilidad entre países.	El estudiante se sitúa en el centro del proceso de enseñanza y aprendizaje, el profesor un facilitador de dicho aprendizaje.
Se configura un sistema de titulaciones organizado en **2 niveles: grado y postgrado (máster y doctorado).**	Se transita de una formación basada en conocimientos a una formación basada en competencias genéricas, transversales y específicas.
Se establece (para todas las titulaciones universitarias) **un sistema común de créditos (ECTS,** *European Credit Transfer System*), con un valor de entre 25 y 30h. El objetivo es promover la movilidad de los estudiantes, al unificar un sistema comparable entre las universidades de toda Europa.	Metodologías docentes más activas y dinámicas, con menos presencialidad en el aula. Se busca mayor implicación del estudiante en el proceso y un rol docente orientador y evaluador.
Se promueve la incorporación de metodologías docentes más activas que fomenten en autoaprendizaje del estudiante y principalmente la necesidad de que éste adquiera una **formación basada en el logro de competencias específicas** (relacionadas con las características propias de la profesión) y unas genéricas o transversales comunes a cualquier estudiante universitario (trabajo en equipo, manejo de TICs, idiomas…)	
Se considera un aspecto importante el **aprendizaje a lo largo de la vida,** como elemento	

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

esencial para lograr un nivel más alto de competitividad.	
Se implanta un **sistema de garantía de calidad y acreditación** de las enseñanzas universitarias y de los docentes.	

A pesar de la buena intención, el proceso de reforma tuvo lugar, como apunta Trillo (2008) en un clima de indiferencia y desinformación. Además, la homogeneización a la que empujaba la regulación resultaba incompatible con algunas realidades, como es el caso de la enfermería: títulos con duraciones diversas, centros dispares ubicados en universidades o no (muchas escuelas de enfermería estaban, y aún siguen estando, ubicadas dentro de los hospitales), planes de estudios muy heterogéneos, sistemas de acceso incompatibles, o profesores con cualificaciones y requisitos no equiparables.

Esta coyuntura, además, en el caso concreto de la enfermería, estuvo precedida por una década de nuevos desacuerdos en la formación. El errático desarrollo de sus especialidades, la reclamación por algunas secciones de su equiparación a licenciatura concluyó en que desde el curso 1997/1998 muchas escuelas de Enfermería, siendo pionera la de Alicante, ofreciesen un segundo ciclo específico en forma de título propio. Tuvieron lugar diferentes propuestas, entre ellas una conjunta entre las Conferencias Nacionales de Escuelas de Enfermería y Fisioterapia. En el año 2001 firmaron un acuerdo de apoyo mutuo para impulsar las gestiones del Consejo de Universidades en el Proyecto de Licenciatura en Ciencias de la Salud (Sellán, 2010, p. 275). La propuesta no prosperó, entre otras causas, por el desconcierto que estaba teniendo lugar para la reordenación de los estudios en el marco del EEES, que resultó en la publicación por parte del Ministerio de Educación en el año 2003 del documento-marco "La integración del sistema universitario español en el EEES", en el que señaló los pasos y recomendaciones que debían seguir las universidades para alcanzar esta convergencia, prevista para el año 2010.

Entre las propuestas para esta integración se encontraban la implantación de un sistema de créditos europeo, regulado por *Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional*. El cambio esencial que proponía era contabilizar además del tiempo del profesor en el aula, el tiempo "teóricamente necesario de trabajo del alumno". Esta medida aparentemente técnica, ocasionó un gran impacto en la organización de los centros académicos (Trillo, 2008, p. 19).

> La adopción de este sistema constituye una reformulación conceptual de la organización del currículo de la educación superior mediante su adaptación a los nuevos modelos de formación centrados en el trabajo del estudiante. Esta medida del haber académico comporta un nuevo modelo educativo que ha de orientar las programaciones y las metodologías docentes centrándolas en el aprendizaje de los estudiantes, no exclusivamente en las horas lectivas (*Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.*,punto 1).

Para la armonización, sintonización o integración de las universidades en el EEES la Unión Europa diseñó el proyecto Tuning (Germán Bes, 2004; Palomino Moral et al., 2005; Peya Gascóns, 2007; Trillo Alonso, 2008). Este, pretendía impulsar la construcción de un EEES a través de un movimiento de debate y reflexión sobre el papel de la Universidad en la formación

USC DE COMPOSTELA

de los profesionales preparados para el desempeño en la sociedad del siglo XXI, con la aspiración de afinar las estructuras y programas educativos sobre las bases de la diversidad y la autonomía, y los objetivos de: intercambiar información sobre los currículums universitarios en el ámbito europeo, elaborar puntos de referencia para el análisis y comparación de las estructuras de las titulaciones, identificar estrategias para la definición de competencias generales y específicas, establecer perfiles profesionales y construir redes y vínculos entre universidades (Peya Gascóns, 2007). Sin embargo, según apunta Trillo (2008): "dirigió la mirada hacia ciertos asuntos, obviando otros […] la estructura de los estudios en el país respectivo y en Europa, la demanda de la titulación y la inserción laboral; la identificación y valoración de los perfiles, y las competencias profesionales".

En el proyecto Tuning de Enfermería, coordinado por Mary Gobbi (Universidad de Southampton, Reino Unido) participaron universidades de Alemania, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Finlandia, Hungría, Irlanda, Holanda, Malta, Noruega,Polonia y España; en representación de esta última, Concha Germán-Bes, profesora en aquel momento de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza (Germán-Bes, 2006, p. 253; Peya Gascóns, 2007). Concretaron cuarenta competencias específicas de la profesión enfermera que se pueden ver en la siguiente tabla (Tabla 30)[22].

Tabla 30 **Competencias específicas de la profesión enfermera: proyecto Tuning**
Fuente: Peya Gascóns (2007)

Grupo I. Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la enfermera
1.Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.
2.Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.
3.Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.
4.Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones del profesional de enfermería.
5.Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes. Cuando sea necesario y apropiado, ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y de los pacientes.
6.Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y aumentar la calidad de los servicios prestados.
Grupo II. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas
7.Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.
8.Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud-mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).
9.Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.
10.Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.
11.Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.

[22] En dicha tabla nosotros resaltamos cinco competencias por considerarlas más afines a nuestro objeto de investigación, al estar vinculadas con el cuidado desde la perspectiva de inclusión social (como la no discriminación, el cuidado centrado en la persona, o el reto de no perpetuar sistemas de cuidados hegemónicos de carácter excluyente…) y que analizaremos en profundidad en los capítulos 3 y 4.

USC DE COMPOSTELA

Grupo III. Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos
12.Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente (utilizando las habilidades...). 13.Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia (utilizando las habilidades...). 14.Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias (utilizando las habilidades...). 15.Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas (utilizando las habilidades...). 16.Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ejemplo, dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente (utilizando las habilidades...). 17.Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades...).
Grupo IV: Conocimiento y competencias cognitivas
18.Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera. 19.Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida. 20.Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud. 21.Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades. 22.Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud. 23.Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional. 24.Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones. 25.Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.
Grupo V. Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación)
26.Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación. **27.Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ejemplo, emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.** **28.Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos**. 29.Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente). 30.Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes. 31.Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión. 32.Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones. 33.Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.
Grupo VI: Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo
34.Capacidad para darse cuenta de que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo sociosanitario de cuidados. 35.Capacidad para dirigir y coordinar un equipo, delegando cuidados adecuadamente. 36.Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad. 37.Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os). 38.Utiliza críticamente las herramientas de evaluación y auditoria del cuidado según los estándares de calidad relevantes. 39.Dentro del contexto clínico, capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y trabajadores sociosanitarios. 40.Ser consciente de los principios de financiación de cuidados sociosanitarios y usar los recursos eficientemente.

Además, en el caso de la enfermería española, el proceso de adaptación de sus estudios al EEES se apoyó, a título consultivo, en un proyecto interuniversitario consensuado por la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería (CNDE) y respaldado por el Consejo General de Enfermería (CGE). Sus resultados se materializaron en la publicación del

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

"*Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería*" en el año 2004 (coord.Bernués y Peya, ANECA, 2004). Fue coordinado por las Universidades de Zaragoza y Barcelona, elaborado y aprobado por 41 universidades (el 82% de las que en aquel año se impartía el título de DUE)(Meseguer Gancedo, 2017, p. 246).

Este libro, en consonancia con lo que reclama el EEES, ofreció un cambio contundente en la visión y orientación de la enseñanza de la enfermería, planteando que la profesión no sólo debe adaptarse a los cambios sociales, sino que también "debe entender cuáles son los valores, necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad y formarse para poder proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad" (ANECA, 2004, p. 13). Así mismo, defienden que el perfil profesional de la enfermera graduada debe ser el de una enfermera generalista con las siguientes competencias (Tabla 31):

Tabla 31 **Competencias Libro Blanco de la Enfermería**
Fuente: ANECA (2004, p. 66)

Competencias	Descripción
Asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera	Proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.
Asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas	Emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.
Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos	Realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estaría también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.
Conocimiento y competencias cognitivas	Actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos es compatible con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.
Competencias interpersonales y de comunicación	Proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.
Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo	Capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

En esta misma línea se publicaron otras obras que trataban de orientar a las escuelas de enfermería ante las nuevas disposiciones europeas, es el caso del libro "*La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional*" (2004). En su introducción, Motserrat Teixidor i Freixa (2004) también sugiere que las enfermeras tendrán que ser capaces de dar respuestas eficientes a los retos de un entorno en evolución constante y de responder de manera competente y respetuosa a las demandas de los ciudadanos. Asevera la idea de que la profesión de enfermería comporta inevitablemente hablar de valores: "ser enfermera no es solamente tener un diploma que acredita ante la sociedad una licencia para actuar profesionalmente en un ámbito concreto de la sanidad; ser enfermera es, sobre todo, un compromiso" (p. 14).

Es en este momento en el que parece, sobre el papel, que se recupera la esencia profesional censurada durante los años de ATS y en una fase precontemplativa durante los años de DUE. Estos proyectos pedagógicos reflejan la preocupación ya no sólo por lo que han de aprender las enfermeras, sino también en el cómo lo aprenden, por qué lo aprenden y en qué dirección, el

USC DE COMPOSTELA

conocimiento y las habilidades aprendidas, serán utilizados (Teixidor i Freixa, 2004, p. 14). Estos años supusieron una oportunidad para reflexionar sobre los valores que habían inspirado el currículum, y determinar una nueva dirección en el marco de un modelo educativo ya no sólo centrado en el saber hacer, sino también en el saber ser, y estar y actuar.

Teixidor i Freixa (2004) resume la esencia de la nueva aspiración en la enseñanza de la enfermería en el siguiente texto, que ilustra además una de las ideas fundamentales que dan sentido a esta tesis: contemplar la dimensión del contexto social en el acto del cuidado de enfermería.

> Para poder alcanzar las competencias que se derivan de la capacitación, hemos de entender que la enfermería, en cuanto que práctica profesional, no es únicamente un conjunto de teorías o técnicas que, si bien son necesarias, no agotan la complejidad de lo que significa "cuidar de las personas". Tampoco la práctica de la enfermería puede ser solamente el reflejo de buenas intenciones o nobles valores, no es una actividad exclusivamente filantrópica. Un buen profesional será aquel que sea capaz de efectuar una síntesis personal de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que posee para ponerlos en juego ante las contingencias. Por lo tanto, cualquier proyecto pedagógico debe tender a facilitar esta síntesis (Teixidor i Freixa, 2004, p. 14).

En este contexto, se publica en el año 2008 la Orden Ministerial CIN/2134/2008[23], en la que se establecieron los requisitos a los que debían adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención del título de Grado en Enfermería y se normalizaron sus competencias generales (Tabla 32)[24].

Tabla 32 **Competencias generales que los estudiantes de enfermería deben adquirir por orden ministerial Fuente: Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero (2008)**

1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.

[23] La legislación vigente conforma la profesión de Enfermero como profesión regulada cuyo ejercicio, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 12.9 del Real Decreto 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, requiere de la posesión del correspondiente título oficial de Grado, obtenido conforme a las condiciones establecidas por el Gobierno, e Ministerio de Ciencia e Innovación establezca los requisitos a los que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado, que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, que hayan de presentar las universidades para su verificación por el Consejo de Universidades (Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, 2008).

[24] Resaltamos en negrita aquellas competencias que consideramos más afines a nuestro objeto de estudio y la idea de cuidados que defendemos.

8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud –enfermedad.
9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científicos-técnicos y los de calidad.
15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
16. Conocer los sistemas de información sanitaria.
17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

Los cambios más visibles en la formación de la enfermería fueron que la diplomatura de tres cursos académicos pasó a ser un Grado de cuatro años y que un mínimo de créditos variable entre universidades se homogeneizó en cursos de 60 ECTS hasta un total de 240 ECTS unificado para todas las universidades (Estrada-Masllorens et al., 2016).

Sin embargo, los cambios más trascendentales (que, al menos sobre el papel deberían haber pasado y que más adelante indagaremos si lo traspasaron), tuvieron que ver con el cambio drástico en la orientación y metodología de la enseñanza-aprendizaje, el rol de profesorado y estudiantes, y la evaluación, que pasó de conocimientos a competencias (Granero Molina et al., 2010; Universidad de Deusto, 2006, p. 290). El foco principal de la enseñanza se desplaza desde este momento hacia al aprendizaje del alumno que debe adquirir competencias de liderazgo, aprendizaje autónomo, toma de decisiones y compromiso ético (ANECA, 2004). Los profesores se deben adaptar mediante una renovación pedagógica: menos contenidos, docencia en grupos pequeños, trabajo cooperativo y revisión de las metodologías docentes y evaluadoras. Cambia también la gestión del tiempo, pues los créditos ECTS incluyen el trabajo del alumno, un giro a las prácticas educativas que relacionaban horas presenciales y examen con adquisición de competencias. Ante esta situación, surgen reflexiones sobre la relación ética-educación en la formación integral, en este caso de la enfermería, valoraciones críticas del modelo científico de educación en referencia a la realidad de la vida como base del aprendizaje práctico o las apuestas por una ética de la praxis centrada en virtudes (Granero Molina et al., 2010).

Así las cosas, la enseñanza de la profesión en Europa toma un nuevo enfoque, en el que se entiende que la enfermera precisa un conocimiento teórico, pero también interpretativo, pues el acercamiento al mundo de la vida no se puede realizar en palabras de Granero Molina et al. (2010):

> Desde las sobras del positivismo y fuera del valor de los significados, sino desde un diálogo sobre los efectos del progreso humano más allá de las teorías dominantes. Sobre la base de la tolerancia y el respeto a una dignidad humana básica, la enfermera ve y escucha al paciente, entiende su sufrimiento y realiza observaciones cuidadosas. Así, integrando desde la formación, se capacita en

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> un enfoque bicultural que permita responder a problemas colaborativos mientras se dan respuestas a las necesidades del paciente.

En definitiva, como ya advertía Teixidor i Freixa (2004) hace casi dos décadas, el gran reto de la enfermería desde su reordenación en el EEES fue (y aún es) lograr un rol profesional y un campo de actuación autónomo que, más allá de una posición de poder o de corporativismo, permita a las enfermeras interiorizar y cumplir un rol social que responda a las necesidades de salud de las personas, con quienes han de mantener un compromiso solidario. Para materializarlo, aún hoy en día, "hace falta estar abiertos al mundo y reflexionar sobre el rol profesional de la enfermera generalista, esto incumbe especialmente a las enfermeras docentes, pero también a las asistenciales y gestoras, y debe estar mediada por un talante humanista, respetuoso con las diferencias y solidario con las necesidades reales de las personas" (p. 15).

Llegados a este punto, consideramos que la contextualización que hemos desarrollado sobre el cuidado como quehacer profesional, el reconocimiento social de las enfermeras como profesionales especialistas en este asunto y la evolución sociohistórica de su formación inicial, es suficiente para entender muchas de las causas de por qué sus planes de estudio -que analizaremos para el caso de Galicia en el capítulo 4- son como son en la actualidad. La transición de su rol profesional de la esfera del cuidado humano a la orientación técnica y procedimental subordinada, la medicalización como objetivo formativo prioritario o la formación eminentemente hospitalaria centrada en la enfermedad y en el "hacer" más que en la acción reflexiva, son algunas de las explicaciones que hemos encontrado y que apoyan nuestra hipótesis de partida. Sin embargo, dado que nuestro ámbito de estudio se incardina en la formación universitaria, y como tal en la enseñanza o transmisión de una disciplina, en el próximo apartado nos centraremos en la evolución de la enfermería como cuerpo de conocimientos específico. Intuimos que en ello también podremos encontrar respuestas para responder a muchas de nuestras preguntas.

2.4. LA ENFERMERÍA COMO CIENCIA O DISCIPLINA ACADÉMICA

"La enfermería fue antes un hacer que un saber"
(Hernández Martín, 1997)

La Enfermería, como toda profesión, busca contribuir a la explicación y solución de los problemas y necesidades de la sociedad en la que está inmersa, y el camino para lograrlo no puede ser otro que el desarrollo disciplinar. Como sugiere Alberdi (2016) la enfermería puede "aportar a la comunidad científica su perspectiva -única, exclusiva e indispensable- respecto a los fenómenos de la salud y la enfermedad y a los métodos para abordarlos" (p 37). Sin embargo, tal y como se advierte en la "Declaración de Granada sobre el conocimiento Enfermero" (DEGRA) (2012), existe una tendencia a desestimar el conocimiento producido por las enfermeras, minimizando su función social y su capacidad para producir beneficios directos en la ciudadanía. Las causas atienden en ocasiones a los sistemas de salud, quienes relegan el ejercicio de la enfermería a posiciones de subalternidad, otras, a las políticas de gestión del conocimiento, instrumentalizadas por sectores hegemónicos de la ciencia (Foro I+E sobre Investigación y Educación Superior en Enfermería, 2012).

Con todo, diferentes autoras referentes para enfermería tanto nacional como internacional, señalan que entre los profesionales de enfermería siempre ha estado presente la idea de que la eficacia de sus acciones no residía exclusivamente en la destreza técnica, "apelando a todo aquello que de arte tiene el cuidado, razón de ser de la enfermería como profesión, no puede

USC DE COMPOSTELA

explicarse por la escrupulosa ejecución de las prescripciones de un médico y permite distinguir, por ejemplo, entre un enfermero novato y uno experto, o entre un buen o mal cuidador" (Hernández Martín et al., 1997). En este contexto es donde la enfermería reflexiona sobre cuáles son los aspectos principales de esta calidad, de estas diferencias, y tomando para este fin conocimientos de la medicina, la psicología, la antropología o las ciencias sociales, modela el conocimiento que la convierte en disciplina académica, o como la literatura denomina "Ciencia Enfermera" (Hernández Martín et al., 1997; Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 93). Pero, como sugieren Kérouac et al. (1994) mientras muchas disciplinas, como puede ser la física, la fisiología, la historia o la sociología se encuadran y denominan como teóricas, otras como el derecho, la medicina o la enfermería, son disciplinas concebidas como profesionales, es decir, que sobre todo están orientadas hacia la práctica profesional. Desde esta perspectiva, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica, resultado de procesos de reflexión, conceptualización e investigación. A lo que Zabalegui (2002) añade, dotando de sentido a esta tesis, que todas las ciencias profesionales reconocen que el desarrollo de una disciplina debe ir unido a la mejora de la formación académica de sus miembros.

El interés por construir teorías propias en el campo de la Enfermería responde a las particularidades históricas de su progreso académico y profesional, y, en consecuencia, la creciente necesidad de un cuerpo de conocimientos propio que guiase la práctica en torno a su razón de ser: el cuidado. Además, según Alberdi (2016) una profesión para ser definida como tal debe cumplir, entre otros, con la premisa de poseer este cuerpo de conocimientos propio y ejecutar su práctica de acuerdo con ello. Los pasos que ha seguido la enfermería para intentar alcanzar su desarrollo como disciplina se centran, según apunta la misma autora, en tres ejes fundamentales (p.38):

- La aplicación de método científico a su campo de actividad. Es lo que se conoce como Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- La confección y aplicación de un lenguaje propio a través de los diagnósticos de enfermería y su taxonomía internacional sobre cuidados[25].
- La elaboración y adopción de marcos o modelos conceptuales.

En relación a esto último, desde el segundo tercio del s.XX hasta la actualidad se han desarrollado diversos modelos y teorías en enfermería que han intentado precisar y definir su contribución singular al cuidado de la salud, así como conocer (y dar a conocer) cuál es la naturaleza del servicio que prestan (Domínguez-Alcón et al., 1983). Las investigaciones realizadas por Fawcett (1984) concluyeron que los conceptos **cuidado, persona, salud y entorno**, estaban presentes (explícita o implícitamente) en todos los modelos (Fawcett, 1984; Kérouac et al., 1994, p. 2), constituyendo así el marco conceptual de la disciplina y lo que se conoce como "metaparadigma enfermero" [26](Fawcett, 1984).

[25] El uso del lenguaje de enfermería estandarizado comenzó en los años setenta del s.XX con el desarrollo de la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA-Internacional. Un diagnóstico de enfermería se define como un "juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería que permiten alcanzar los resultados de los cuales el profesional enfermero es responsable. Las intervenciones y resultados de enfermería también se organizan en una clasificación taxonómica internacional, NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) respectivamente (Elsevier, 2022).

[26] El metaparadigma de cualquier disciplina es un enunciado o grupo de enunciados que identifica sus fenómenos relevantes. Estos enunciados explican los fenómenos de interés de forma general (Fawcett, 1984).

> Es precisamente gracias a la manera particular con las que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera (Kérouac et al., 1994, p. 2).

Desde Florence Nightingale (1989) hasta la actualidad, numerosas autoras han elaborado diversos modelos conceptuales, partiendo de concepciones diferentes de la disciplina, con la aspiración de: **aclarar qué servicio presta la enfermería a la sociedad y servir de guía para la práctica, precisar los elementos esenciales y orientación de la formación o los fenómenos de interés para la investigación** (Kérouac et al., 1994, p. 25). Todo ello, inevitablemente ha estado influenciado por los paradigmas de pensamiento dominantes en su momento, y de la elección de unas u otras ideas se deriva una amplia variedad de enfoques para el cuidado, que en la actualidad, según apunta Alberdi (2016), "ofrecen un abanico suficiente de opciones para que cada institución o enfermera pueda adoptar el que mejor se ajuste a su concepción filosófica de la vida, y por lo tanto, de los cuidados"(p. 40). Adelantándonos a argumentos que desarrollaremos en capítulos posteriores, a lo que la autora se refiere es que dentro de la enfermería podemos encontrar diferentes orientaciones teóricas para aplicar en la práctica, lo que contradice la tendencia generalizada hacia un tipo de formación y práctica específica, hegemónica y pocas veces cuestionada. De hecho, dada la heterogeneidad de modelos, distintos autores las han agrupado en escuelas (Tabla 33), que responden a preguntas esenciales sobre el propósito de la Enfermería.

Tabla 33 **Escuelas de pensamiento en la enfermería**
Fuente: Kérouac et al. (1994).

ESCUELA	PREGUNA A LA QUE RESPONDE /Propósito
Necesidades	¿Qué hacen las enfermeras?
Interacción	¿Cómo hacen las enfermeras lo que hacen?
Efectos deseables	¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen?
Promoción de la salud	¿A quién van dirigidos los cuidados de enfermería?
Ser humano unitario	¿A quién van dirigidos los cuidados de enfermería?
Caring	¿Cómo hacen las enfermeras lo que hacen?

A continuación se realiza un breve análisis de las principales corrientes de pensamiento que han influido en el desarrollo disciplinar de la enfermería durante el s. XX hasta la actualidad, con el fin de comprender, y aclarar, cómo se entiende el cuidado de enfermería en este trabajo, asentar las bases para poder razonar -más adelante- sobre qué itinerario epistemológico se han construido los currículos actuales de la formación inicial de enfermeras, y comenzar a dilucidar cómo el cuidado y la inclusión social[27] están vinculados.

[27] Aunque en el capítulo 2 profundizamos en el fenómeno de la inclusión social, anticipándonos podemos definirlo en pocas palabras como el proceso que garantiza que todas las personas, especialmente la más vulnerables o desfavorecidas, adquieran las oportunidades y los recursos necesarios para participar y para disfrutar de un nivel de vida que se considere normal en la

2.4.1 Orientación hacia la Salud Pública: cuidado centrado en el entorno

A mediados del s.XIX la asistencia sanitaria se enfocó a la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas, pues en este momento la población ignoraba las precauciones más elementales para prevenir la propagación de enfermedades. En esta época son las motivaciones espirituales y humanitarias las que influyen profundamente en los cuidados de enfermería (Kérouac et al., 1994). Es también en este momento en el que Florence Nightingale extiende su teoría[28] y publica el libro, al que ya hemos hecho referencia previamente: *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es* (1859). Nightingale demostró que los cuidados de enfermería no solo se basan en la compasión, sino que también necesitan de la observación, la experiencia, los datos estadísticos, la gestión o el conocimiento sobre la Salud Pública (Nightingale, 1990, p 2 a 5). Los cuidados van dirigidos a todas las personas, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias o enfermedades (Kérouac et al., 1994, p. 5). El interés se centra en la creación de entornos saludables, pero en el aspecto físico (ventilación, temperatura, iluminación, higiene, ruido…) (Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 75). Así mismo el "cuidado enfermero" se empieza a concebir como un arte y una ciencia que requiere de una educación formal (Kérouac et al., 1994, p. 5).

La Escuela de Nightingale aún ejerce gran influencia en los procesos formativos de la enfermería contemporánea (Alberdi, 2016, p. 39), su pensamiento ecológico, además, como confirma Germán-Bes (2011), es de plena actualidad: "…los síntomas o los sufrimientos generalmente considerados como inevitables e inherentes a la enfermedad, a menudo no son sino -la necesidad de aire fresco, o de luz, o de calor, o de tranquilidad, o de limpieza, o de puntualidad y cuidado en la administración de la dieta; cada una de estas cosas o todas ellas-" (Germán-Bes, 2011; Nightingale, 1990).

2.4.2 Orientación hacia la enfermedad: cuidado centrado en la técnica

A finales del s.XIX y la primera mitad del s. XX, debido al desarrollo de la medicina y la mejora de la asepsia, la orientación de la asistencia sanitaria será hacia la enfermedad. Las enfermedades físicas, en este momento, se consideraban como algo independiente del entorno, la sociedad o la cultura, y la salud era un concepto vacío y negativo, entendido como la mera ausencia de enfermedad (Kérouac et al., 1994, p. 6; Siles, 1999c) . Aquí es cuando el saber de la enfermería se desplaza hacia el saber médico (Collière, 1993; Kérouac et al., 1994; Sellán, 2010). Los presupuestos del mismo, en el contexto del paradigma racional-tecnológico, se consagran a la objetividad y neutralidad de la ciencia (Siles, 1999c). La enfermera se transforma en una mera aplicadora de técnicas a un paciente pasivo, receptor de los procedimientos y de consejos de salud emitidos de forma unidireccional desde las instituciones sanitarias (Siles, 1999c). La tónica general en la formación inicial de enfermeras[29] es que finalicen sus estudios sin que nadie les haya hablado del "cuidado"(Alberdi, 2016, p. 55; Germán-Bes, 2020).

> Nunca se pensó que esos profesionales, precisamente para que pudieran ejercer una profesión y no un oficio, debían poder disponer de las bases disciplinares enfermeras que les permitieran identificar su propio campo de actuación, justificarlo, evaluarlo y ampliar en función de los avances logrados por el

sociedad en la que viven. Garantiza una mayor participación en la toma de decisiones que afectan a sus vidas y el acceso a sus derechos fundamentales (Comisión de las Comunidades Europeas, 2003, p. 9).

[28] Considerado primer modelo ideológico en la enfermería moderna (Alberdi, 2016, p 34).

[29] Coincide con el momento de formación ATS en España (1953-1977), además de la formación técnica-auxiliar, es el momento en el que se empiezan a desarrollar los primeros modelos conceptuales de la enfermería, principalmente en EE. UU., que no llegarán a España hasta aproximadamente dos décadas después.

> mismo. **Es precisamente por esta característica que muchos alumnos pudieron obtener su título profesional sin haber tenido jamás una clase sobre Enfermería** (Alberdi, 2016, p. 55).

Pero, cabe señalar que, ya en s. XIX Florence Nightingale había demostrado que el conocimiento enfermero era distinto al conocimiento médico, y las alusiones a la enfermería (vinculada al cuidado) como actividad distinta a la medicina (vinculada a la curación), han sido una constante hasta la literatura moderna (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 93). Que durante más de un siglo la práctica de la enfermería haya estado guiada casi exclusivamente por el saber médico, en un contexto formativo en el que, como se argumentó en epígrafes anteriores, se instruía a enfermeras para: "hacer, sin pensar" (Giménez Andreu, 2018, p. 370), ha censurado cualquier posibilidad de desarrollo de conocimiento en torno a su labor esencial (Siles, 1999c). Al mismo tiempo, la práctica continuaba reflejando su herencia vocacional, más que una visión profesional. De esta forma, la transición de vocación a profesión conllevó la búsqueda de un cuerpo de conocimientos particular en el que basar su práctica (Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 5).

Naturalmente, el progreso de la práctica de la enfermería hacia el estatus de profesión y el reconocimiento de su formación al rango de educación superior promovió que las enfermeras comprendieran su necesidad de desarrollar investigación y conocimiento, resultando obvio que "la investigación sin teoría resultaba insuficiente, y que eran la investigación y la teoría juntas las que creaban un marco para la práctica de la enfermería de carácter científico"[30] (Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 4).

Con este argumento, no se trata de atribuir a la medicina la falta de desarrollo de la enfermería, sería reduccionista, sino que, en un intento por aclarar qué hace y estudia una enfermera, se busca mostrar, desde un enfoque reflexivo[31] (Escudero y Martínez, 2020, p. 22), la interdisciplinariedad actual -que no histórica- entre ambas, tanto en las funciones profesionales como en el desarrollo de conocimiento científico en torno a la salud. La delimitación entre ambas disciplinas la sentencia Domínguez-Alcón en la siguiente frase: "Los buenos médicos saben más medicina que las buenas enfermeras; las buenas enfermeras saben más enfermería que los buenos médicos" (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 49) (Tabla 34).

Tabla 34 **Antiguas y nuevas normas que rigen la relación médico-enfermera**
Fuente: Domínguez-Alcón et al. (1983, p. 49)

Normas antiguas	Normas nuevas
- El cuidado médico es más importante que el cuidado de enfermería. - La enfermera puede ayudar al médico hasta donde permiten sus conocimientos. - El médico sabe más que la enfermera.	- La buena salud requiere buena enfermería y buen cuidado médico. - El médico y la enfermera están para ayudar al paciente a que comunique abiertamente lo que le ocurre. - Los buenos médicos saben más medicina que las buenas enfermeras; las buenas enfermeras saben más enfermería que los buenos médicos.

[30] Coincide con el momento en el que la formación de enfermería en España se integra en la universidad, dándose la paradoja de que no cuentan con un marco disciplinar propio. Son minoritarias las enfermeras que han entrado en contacto con las corrientes de pensamiento angloamericanas. La identidad profesional y el ideario formativo no están vinculados al cuidado integral, sino mecánico en un rol de subalternidad.

[31] Adaptado del enfoque de innovación reflexiva propuesto por Escudero y Martínez (2020): "Empeño de los sujetos por la construcción de sentido y significados relacionados con la realidad […]la opción de cambio subyace en una racionalidad interpretativa y juiciosa que reconoce y afirma el poder de los individuos para crear realidades, no solo para someterse a ellas, de agente activo y responsable, no de mero técnico limitado a seguir superficialmente prescripciones externas sin explorar profundidades (p 22).

Madeleine Leininger (1977) una de las teorizadoras más reconocidas dentro de la disciplina lo defiende así:

> La práctica de la medicina tiene por objeto curar y formular diagnósticos y tratamientos, y la enfermería no debe renunciar a su carácter asistencial, que es un instrumento inapreciable de ayuda a los demás, siendo importante para el acto de curar, pues no se puede curar sin prestar asistencia (Leininger, 1977, citado por Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 93).

La misma autora sentencia esta autonomía-dependencia entre la medicina y la enfermería en una de sus frases célebres: *There can be no curing without caring, but caring can exist without curing* ("No puede haber curación sin cuidado, pero el cuidado puede existir sin curación") (Leininger, 2008).

Por otro lado, fue la evolución del concepto de salud, como "el máximo estado de bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948), la que supuso un giro y abrió un abanico más amplio de posibilidades en el que la enfermería empezó a explicar el porqué de sus acciones y como estas actuaban para proporcionar mayor calidad de cuidado. Como apuntan Hernández Martín et al. (1997), desde esta concepción de la salud: "Ya no se trata solo el procurar conservar la vida (misión principal de la medicina), sino la calidad de vida (misión fundamental de la enfermería) lo que la sociedad comienza a reclamar".

Los hitos del desarrollo profesional y disciplinar en este momento también coinciden con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), y en la búsqueda de la armonización de la defensa de estos y la profesionalidad en forma de contrato social (Amnistía Internacional, 2006, p. 23) se publicó el primer Código Deontológico de la Enfermería Internacional (1953), que en su introducción preludia una concepción de los cuidados de enfermería renovada más afín a la que defendemos en esta tesis:

> Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social (CIE, 2021, p. 1).

2.4.3 Orientación hacia la persona: cuidado interpersonal

Tanto esta perspectiva, como la orientación holística e integral que presentaremos en el epígrafe siguiente, son esenciales en nuestra propuesta. Pues, como desarrollaremos a continuación, estas nuevas corrientes de pensamiento, influidas por modelos teóricos de la enfermería angloamericana, ocasionaron un cambio profundo en el enfoque conceptual hacia una enfermería centrada en la persona. Los cuidados ya no se limitan a procedimientos, sino que se dirigen a integrar la salud física, mental y social. Desde una óptica teórica, se fomenta una enfermería interactiva y humanizada que enfatiza la relación enfermera-paciente, entendiendo que todas las acciones de cuidado constituyen un proceso terapéutico encaminado a responder a las necesidades particulares de cada individuo.

En España, este periodo se corresponde, con el espacio histórico comprendido, aproximadamente, entre el proceso de integración de la enfermería en la Universidad (1977) y la Ley General de Sanidad de 1986 (Siles, 1999). Esta etapa supuso un cambio cualitativo en la

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

orientación de la enfermería hacia la persona, permitiéndole actuar como "agente de comunicación comprensiva con el individuo, la familia y la comunidad" (Siles, 1999b).

En los modelos de este momento, el cuidado de la enfermera ya no se reduce a la mera aplicación de procedimientos, sino que se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: salud física, mental y social (Kérouac et al., 1994, p. 10). Como explica Siles (1999b), el paciente cobra un rol más activo en el cual puede transmitir sus inquietudes y expectativas. El concepto de salud ya no es un precepto de las instituciones sanitarias, sino que se elabora interactivamente entre individuo, familia, comunidad y profesionales (Siles, 1999c). Comienza lo que parece un camino de retorno hacia "el cuidado" y el preludio de la interdisciplinariedad entre la medicina y la enfermería. Además, los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se tornan más complejas, por lo que se impone la exigencia de una renovación en la formación básica en enfermería (Kérouac et al., 1994).

En España coincide con el momento en que esta se abre al exterior con el fin de la dictadura y las corrientes de pensamiento anglo-americanas comienzan a influir en la práctica y formación de las enfermeras en nuestro país (Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 11). Se conectan con modelos históricamente significativos en enfermería que, según Kérouac et al. (1994), se inspiran en enfoques como la jerarquía de necesidades humanas de Maslow o la Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, buscando responder a la pregunta "¿Qué hacen las enfermeras?" Entre ellos, destaca el enfoque de Virginia Henderson (1955), que postula que el cuidado se centra en la independencia de la persona para satisfacer necesidades básicas[32] (Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 55):

> La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible. (Henderson, 1964, extraído de (Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 56).

En esta perspectiva, de acuerdo con los autores clave que venimos usando, es importante destacar que el cuidado ya no se concibe como algo mecánico (técnico, procedimental), si no que empieza a explicarse y teorizarse desde una perspectiva humana y relacional. Una de las grandes teorizadas en este sentido es Hildegard Peplau (1952) que describió la importancia de la relación enfermera-paciente como un "proceso interpersonal significativo, terapéutico", en el que el paciente se considera un ser bio-psico-social-espiritual, dotado de creencias, costumbres, usos y modos de vida que son determinados por una cultura y ambiente, y donde la enfermera puede adquirir distintos roles con él: extraña, persona de recursos, profesora, líder, sustituta o asesora (Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 54).

> Se trata de una relación humana entre una persona enferma o una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermera formada de manera adecuada con el

[32] Virginia Henderson fue una enfermera teorizadora muy destacada dentro de la enfermería que estableció que el ser humano tiene 14 necesidades básicas: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar los deshechos corporales, moverse y mantener las posturas deseables, dormir y descansar, seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal adecuada, mantener el cuerpo limpio y bien cuidado, evitar los peligros del entorno y lesionar a otros, comunicarse con los demás para expresar sus propias emociones o necesidades, rendir culto según su propia fe, trabajar de tal manera que experimente una sensación de logro, jugar y participar en formas de ocio, aprender y satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles (Marriner Tomey y Alligood, 2011, p 56).

USC DE COMPOSTELA

fin de reconocer sus necesidades de ayuda y de responderle a estas (Peplau, 1952,1988, citado por Kérouac et al., 1994, p. 32).

2.4.4 Orientación holística: cuidado humano

Este período se puede enmarcar a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, hasta la actualidad. La publicación de dicha ley significó un cambio trascendental en la concepción de la asistencia sanitaria en España, que, si bien quedó garantizada constitucionalmente mediante el derecho a la protección de la salud en el año 1978, no fue hasta este momento en la que se establecieron las bases de su carácter universal y equitativo en consonancia con los acontecimientos sociales (Tabla 35 y 36).

Tabla 35 **Reconocimiento constitucional de la protección de la salud en España**
Fuente: Constitución Española (1978)

Artículo 43 Constitución española
1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Tabla 36 **Principios de la Ley General de Sanidad 1986**
Fuente: Ley General de Sanidad (1986)

Capítulo 1 Artículo 3
1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. 2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El **acceso** y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de **igualdad efectiva.** 3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. 4. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.

Esta etapa marca el comienzo de la expansión de la enfermería como disciplina a nivel internacional (Kérouac et al., 1994; Newman et al., 1991). Es el auge de la globalización, en el que se abrieron las fronteras (culturales, económicas y políticas), tienen lugar grandes movimientos de personas, cambiando las conformaciones étnicas y económicas de los países, intensificándose las comunicaciones e intercambios entre estos. Ocurre otro hecho trascendental en la forma de entender la atención sanitaria, se celebra la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978) que resulta en la Declaración de Alma-Ata (1978), en la que se destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, y se reconocen las relaciones entre la promoción, la protección de la salud y el progreso equitativo sobre los planes económicos y sociales de los distintos países (Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978; Kérouac et al., 1994, p. 13):

> La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

económicos, además del de la salud (Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978. Artículo 1).

Así mismo, propuso una nueva filosofía para los sistemas sanitarios en la que "las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas", y además insta a los gobiernos a "cuidar la salud de sus pueblos"(Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, p. 2).

De acuerdo con Siles (1999a), en este contexto transformador, la enfermera comienza a considerarse alguien que impulsa cambios en la sociedad y la salud. Al mismo tiempo que el paciente se recoloca en un papel activo en su propio proceso de salud o enfermedad. Es decir, se entiende que la enfermera en el ejercicio de sus funciones es también un "agente de cambio", lo que según Zaltman y Duncan, (1977) significa que son grupo profesional que "opera para cambiar la condición actual de un sistema […] genera ideas, introduce innovaciones, crea un clima adecuado para el cambio planificado, superando las resistencias, dirige las fuerzas hacia la aceptación y pone en práctica y evalúa el cambio" (citado por Leddy y Pepper, 1989, p. 325).

El tipo de conocimiento que se espera de ellas, como sugiere Siles (1999b) "es el propio de una enfermería social inmersa en un proceso dialéctico y subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades sociosanitarias". Como especifica Kérouac (1994) en su obra *El pensamiento enfermero*, en este momento de apertura y transformación social:

> El cuidado va dirigido al bienestar, tal y como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y lo palpable. Intervenir significa "estar con" la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado. En una atmósfera de mutuo respeto, la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial (p.16).

En esta línea, se plantean teorías que trascienden al enfoque del cuidado para la mera promoción, prevención y restauración de la salud. En el marco de la Escuela del *Caring*[33], se conforma un ideal a la vez humanista y científico, que considera que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson, 1985) y la cultura (Leininger, 1991). Toman fuerzas corrientes de pensamiento que cuestionan el reduccionismo del paradigma tradicional, considerando que aísla a los seres humanos entre sí y con su entorno, y surgen propuestas con una perspectiva holística[34]. En la enfermería destaca Jean Watson (2011) que en su obra *La ciencia del cuidado humano: una teoría sobre enfermería* sentencia:

> La enfermería ha perdido su alma por servir a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan; pero sin la

[33] Aludida en la Tabla 16.

[34] Entendemos holismo en la línea de Waldow (2014), que lo plantea como un enfoque donde destaca el principio de incertidumbre y se reconoce que el observador influye en la experiencia, desafiando la idea cartesiana de objetividad. Donde la realidad se concibe como un proceso de cambio que abarca entidades físicas, biológicas, psicológicas y sociales, desde una visión integral; un que paradigma que contrasta con la tendencia actual hacia la especialización, la economía, la racionalidad y el individualismo.

> dimensión humana, esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas (p. 3).

Watson (2011) enfatiza en que el aspecto curativo de las actividades de la enfermería no es un fin en sí mismo, aunque forme parte de la esfera del cuidado. Defiende que la contribución de las enfermeras al cuidado de la salud está delimitada principalmente por la capacidad de ellas mismas en traducir su ideal de cuidado en la práctica, fruto de su propio ideal moral y de su conocimiento. Influenciada por el enfoque fenomenológico de Carl Rogers, con su visión de que los profesionales no están para manipular o controlar a los demás, sino para entenderles desde el respeto, la aceptación, la autenticidad y la empatía, diseñó en los años 70 del s.XX el modelo *Caritas,* en el que describió los 10 factores de cuidados que constituyen la base para desarrollar la ciencia y la práctica de la enfermería (Hills y Watson, 2011; Kérouac et al., 1994, p. 44; Marriner Tomey y Alligood, 2011, p. 94) (Tabla 37). Los consideramos totalmente acordes con la idea de cuidados para la inclusión social que defendemos.

Tabla 37 **Los 10 factores de cuidado del modelo Caritas de Watson**
Fuente: Marriner Tomey y Alligood (2011, p. 94).

1. Formación de un sistema de valores humanista y altruista.	6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.
2. Inspiración de sentimientos de creencia y esperanza.	7. Promoción de la enseñanza y aprendizaje interpersonal.
3. Cultura de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros.	8. Creación de un entorno mental, físico, sociocultural y espiritual de ayuda, protección o corrección.
4. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza entre la enfermera y el paciente.	9. Asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.	10. Reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales.

Desde esta perspectiva se propuso una reforma del currículum de formación inicial de la enfermería como ciencia del cuidado, que busca crear relaciones auténticas, igualitarias y de humano a humano (Hills y Watson, 2011, p. 11).

Sus asunciones, se basan en la noción de que debe existir reciprocidad entre el poder, el conocimiento y el control, y que para que existan relaciones equitativas, aquellos con poder deben ceder y compartir el control, para que los otros se puedan beneficiar y además compartir su propio conocimiento y poder. Así mismo, afirma que la enfermería tanto desde el punto de vista ético como filosófico debe evitar reducir al ser humano (ya sea paciente, compañero de facultad, profesor…) al estatus moral de objeto, para explicarlo lo ejemplifica con una situación cotidiana en la práctica: la persona se reduce a un paciente, el paciente se reduce a un cuerpo físico, el cuerpo físico se concibe como una máquina, así el humano se reduce a un objeto (Hills y Watson, 2011, p. 12,13).

> Una vez que un ser humano se reduce al estatus moral de objeto, nosotros, los profesionales, podemos separarnos de los demás, podemos justificar el hacer cosas al otro como objeto que nunca haríamos a otro, como humano en pleno funcionamiento como nosotros mismos (Hills y Watson, 2011, p. 12).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

En esta línea, ya Bárbara Carper (1978), preocupada por la orientación excesivamente científica que había tomado la formación inicial de enfermeras, comenzó a investigar para

fomentar la práctica reflexiva. Concluyó que existen cuatro patrones de conocimiento necesarios en la disciplina: el empírico por medio de la evidencia y la investigación, el estético, a través de la creatividad terapéutica y la relación de ayuda que se establece, el ético, al respetar al ser humano en "su todo", y el personal o moral, al exigir a la enfermera cuidarse y conocerse, lo cual le permitirá realizar un cuidado de excelencia (Carper, 1978). A estos patrones, otros autores como Jacobs-Kramer y Chinn (1988) y White (1995), respectivamente, agregaron posteriormente dos más, el emancipatorio y el sociopolítico (Tabla 38), ambos de especial interés para este trabajo.

La incorporación del patrón de conocimiento emancipador propuesto por Jacobs-Kramer y Chinn (1988) permitió una comprensión más profunda del contexto social y político que influye en la práctica de enfermería. Este enfoque reconoce la existencia de barreras sociales que tienen un impacto considerable en la salud y el bienestar de las personas. El patrón de conocimiento emancipador, según los autores, resalta no solo la capacidad de poner de manifiesto las injusticias sociales, sino también la necesidad de adquirir conocimientos para analizar de forma crítica las situaciones, ya que las injusticias no siempre son evidentes y requieren abordarse mediante la reflexión y la acción.

Por otro lado, White (1995) sugiere que mientras los otros modelos establecidos por Carper (1978) y Jacobs-Kramer y Chinn (1988) abordan "el quién", "el cómo" y "el qué" de la práctica enfermera, el patrón de conocimiento sociopolítico aborda "el dónde". Amplía la perspectiva, lleva la atención al contexto en sentido amplio, más allá de la relación específica enfermera-paciente. Motiva a la enfermera a cuestionar suposiciones sobre la práctica, la profesión y las políticas sanitarias, promoviendo así la comprensión de los contextos sociopolíticos tanto del paciente como de la enfermera.

Tabla 38 **Patrones de conocimiento para los cuidados de enfermería basados en Carper (1978) Elaboración propia a partir de diversas fuentes: Carper (1978); Jacobs-Kramer y Chinn (1988), Nursology (2018); Plata et al. (2020); White (1995)**

Conocimiento	Ámbito	Descripción
Empírico	La ciencia de la enfermería	Desarrollada mediante la investigación empírica: descripciones de personas y situaciones, explicaciones de relaciones entre variables o predicciones sobre los efectos de las intervenciones de enfermería.
Estético	El arte de la enfermería	Desarrollado mediante la visión de la situación del individuo para comprender la importancia de su comportamiento en un momento determinado. Forma ingeniosa, creativa y nueva para cuidar con adecuada técnica, motivación, razón y espíritu embargado de sentimientos y de calidez
Ético	El componente moral de la enfermería	Diálogo entre los valores y creencias de la enfermera y del paciente. Actuación enfermera en orden a la moral.
Personal	El yo y el otro en la enfermería	Relaciones interpersonales desarrolladas mediante el pensamiento y la reflexión. Con ello la enfermera muestra su autenticidad. Cuidado holístico que se logra cuando se valora al otro y se respeta su libertad, se evitan los prejuicios, se aceptan las diferencias e individualidades.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Sociopolítico	La praxis de la enfermería	Prestar atención a las diferentes "voces" en las situaciones sanitarias para describir contextos sociales, culturales o políticos. Reciprocidad de la enfermera con el ambiente que rodea. Incluye, además, un análisis del profesional de enfermería sobre las políticas y sus mismos actos, desde una perspectiva de enfermera hacia y desde las personas, con elementos culturales e históricos.
Emancipador		Conocimiento innovador, logro personal de identificar las dificultades de la sociedad y su estructura, la influencia sobre situaciones de inequidad y justicia con el fin de proponer cambios que mejoren el bienestar y salud de las personas.

Thorne (2020) señala que la comprensión del modelo de Carper (1978) ayudó a aumentar la conciencia de la complejidad y la diversidad del "conocimiento enfermero". Su trabajo proporcionó una visión que liberaba de las limitaciones de la exclusividad empírica, y ha hecho avanzar el debate y la discusión sobre la naturaleza única de la enfermería como disciplina y práctica.

Desde esta complejidad, en la actualidad, se comienza a hacer hincapié, además, en que una de las principales dificultades que las enfermeras han debido, y aún deben, afrontar para explicar (y enseñar) qué es lo que hacen, es la esfera intangible e indeterminada de los cuidados, los denominados como **"cuidados invisibles"** (Germán-Bes et al., 2014; Huércanos, 2013). Intervenciones de enfermería que no se registran, y por lo tanto, tal y como explica Huércanos (2013) no se valoran institucionalmente, pero que sin embargo ocupan tiempo de trabajo y tienen un impacto positivo en el bienestar, autonomía, y seguridad de las personas, que debería ser considerado. Las autoras los definen como:

> Un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente. O acciones que son consideradas "más profesionales" que las anteriores, pero que no se reflejan en ningún lugar, con lo que los propios profesionales las hacemos invisibles (actividades de drenaje emocional, asesoría de salud, capacitación para el autocuidado y la autonomía personal…).

Si se concibe la enfermería como una ciencia humana, se comprende que "cuidar" no puede limitarse a "tratar", y que, lejos de ser una ciencia exacta que da lugar a corrientes técnicas de investigación para la cura y tratamiento de las enfermedades, se fundamenta en corrientes de desarrollo humano, calidad de vida y de bienestar (Lazenby, 2020, p. 36). Estas corrientes aportan nuevos aspectos en los cuidados de enfermería, y les otorgan una dimensión social y económica que se amplía a la comunidad y al planeta (Lazenby, 2020; V. Waldow, 2014).

Este escenario no solo plantea cuestiones prácticas y técnicas sino también cuestiones morales y éticas, es decir, son a la vez cuestiones de índole tecnológica y social las que deben considerarse: la vida, la muerte, las relaciones interpersonales, las relaciones con el medio ambiente, la búsqueda de la satisfacción… También, como ya de advertía en el Libro Blanco del Grado de Enfermería (2004) hace casi dos décadas: el movimiento mundial referente al concepto de "desarrollo sostenible", la diversidad cultural en la que estamos inmersos, así como el progreso de la cultura por la paz, entendida como "conjunto de valores, actitudes y comportamientos que reflejan el respeto a la vida, al ser humano y a su dignidad y que pone en primer plano los derechos humanos, el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como la comprensión entre los pueblos, los colectivos y las personas"(ANECA, 2004, p. 13).

***

A la luz de lo expuesto y en consonancia con los interrogantes planteados al inicio de este capítulo, hemos advertido que la formación inicial de la enfermería se enfrenta a la necesidad de superar la inclinación histórica hacia la tecnología, la arraigada adhesión a un modelo biologicista y una estructura curricular tradicionalmente instrumental y descontextualizada. Esta última, que ha descuidado la práctica reflexiva, debe adaptarse a la complejidad actual del cuidado -que desborda el marco sanitario donde se ha encuadrado tradicionalmente-, en el contexto de una sociedad envejecida, multicultural y desigual. A tal efecto, es importante que la formación universitaria de enfermería priorice valores fundamentales de la profesión, tales como la justicia social, la integridad o el altruismo, además de fomentar una comprensión holística de la práctica profesional.

A pesar de los desafíos planteados, la enfermería emerge como un pilar esencial en el sistema de bienestar, subrayando la trascendencia del cuidado no solo como una práctica profesional, sino también como un asunto social relevante. Este análisis insta a una reflexión profunda y a una redefinición de la identidad y el papel de la enfermería en el siglo XXI. Prestar atención particular a la inclusión social, la adaptación a los cambios socioculturales y la consideración de las dimensiones éticas, sociopolíticas y emancipadoras del cuidado se presenta como esencial para un currículo de enfermería verdaderamente comprometido con la equidad, y el bienestar integral de individuos y comunidades, aspectos que serán abordados en detalle en los capítulos subsiguientes.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CAPÍTULO 3 EL CUIDADO INCLUSIVO: UN COMPROMISO MULTIDIMENSIONAL CON LA EQUIDAD

Convivir es vivir juntos, relacionarse, reconocerse y respetarse.
Coexistir es vivir sin vínculos, ignorarse o menospreciarse.
(Foessa[35], 2019)

"Estamos transitando hacia una sociedad vulnerable, que se asienta sobre una población desestructurada" (Foessa, 2019d, p. 198). A pesar de que, como afirma Naciones Unidas, en las últimas décadas se ha avanzado de forma constante en la consecución del desarrollo socioeconómico, la promoción de un mayor apoyo a los valores democráticos y el afianzamiento de las relaciones de colaboración entre los gobiernos, las instituciones sociales y la sociedad civil en todo el mundo. Sin embargo, simultáneamente, la desigualdad y la exclusión no sólo persisten, sino que se han normalizado tanto entre los diferentes países como dentro de ellos (Naciones Unidas, 2010, p. iii). Así mismo, las fuentes consultadas advierten que nos encontramos ante un cambio de modelo social. Pues, entre otras transformaciones, la producción estandarizada y masiva, característica del s.XX, está siendo reemplazada por modelos más flexibles. El esquema patriarcal tradicional está dando paso a diversidad de formas familiares y nuevas relaciones de género. El incremento de la esperanza de vida y la baja natalidad nos dirige a una alteración de la pirámide poblacional. Las migraciones internas están deshabitando las zonas rurales y las externas estimulando la multiculturalidad y el mestizaje. Y la sociedad del conocimiento busca hoy la fuente del beneficio, la productividad, más en el capital intelectual que las anteriores, centradas en el capital físico… (Ministerio de la Presidencia, 2021; Subirats et al., 2005, pp. 7-8).

Subirats et al. (2005) consideran que todo esto nos traslada a una nueva lógica cultural, que solicita una modernidad reflexiva cimentada en razonamientos mucho más pluralistas , y a un escenario de "nuevos riesgos sociales", que según plantea el *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España* (Foessa, 2019) se fundamentan en el "desequilibrio en la estructura demográfica (cambios en las pautas reproductivas, migraciones masivas, envejecimiento de la población y cambios de los modelos familiares), la pérdida de vínculos entre las personas, el incremento de la desigualdad social o la desactivación de la democracia (p. 198)", en un contexto de déficit de inclusividad en el Estado de Bienestar (Subirats et al., 2005, p. 15).

Diversos autores, en su lectura de la realidad actual, llaman a repensar cómo se quiere mantener la sostenibilidad de la vida, reconsiderar criterios obsoletos que continúan gobernando el mundo y reflexionar también sobre cómo organizamos dicho Estado de Bienestar (Foessa, 2019d; Martínez Buján, 2019). En esa línea señalan a una idea potente que da cobijo

[35] La Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada) se constituyó en 1965 con el respaldo de Cáritas Española, con el propósito de obtener una comprensión objetiva de la realidad social en España. Fue precursora en la incorporación de la investigación empírica a través de informes sobre la situación y cambio social en el país, destacando la relevancia de analizar los procesos, estructuras y tendencias que influyen en la evolución social. A partir de 1995, su enfoque se centra en el desarrollo y la exclusión social en España y sus Comunidades Autónomas.

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

y alienta a la investigación de esta tesis: la promoción de una "Sociedad de los Cuidados" (Domínguez Alcón et al., 2018, p. 17; Domínguez-Alcón, 2018; Tronto, 2017b). Esto es, una sociedad en la que la atención y el cuidado se consideran valores fundamentales, y en la que se aprecia y reconoce el trabajo de cuidados (tanto remunerado, como no remunerado). Una sociedad que se preocupa por el bienestar de todos sus miembros y promueve la inclusión, la equidad y la justicia social, en todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez, fomenta políticas públicas que permitan la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, y además se preocupa por el acceso a servicios públicos como la salud, la educación y la vivienda, de calidad y "para todos". En definitiva, una sociedad que considera las relaciones entre la organización social y las prácticas de cuidado[36] e intenta responder a las necesidades diversas de todas las personas, incluyendo al medio ambiente. Esto, requiere, según sugieren las sociólogas Carmen Domínguez-Alcón[37] (2018) y Raquel Martínez Buján (2019) de nuevas configuraciones del conocimiento, y una mejora de las condiciones laborales, aumento del prestigio y abandono de la vulnerabilidad, tanto de las personas a las que se cuida, como de las que son cuidadoras.

Estas son ideas clave para la Enfermería; si bien, como evidenciamos en el capítulo anterior, aunque tradicionalmente esta "no se ha mostrado interesada en analizar los contextos sociales, económicos y políticos en los que se producen situaciones de exclusión social, como la vejez, la marginación o el estigma, así como su papel en estos" (J. L. Medina, 1999, p. 152); su historia, como profesión y ciencia del cuidado, sí aporta suficientes elementos para comprender que el cuidado trata de disminuir las desigualdades que condicionan la vida saludable. En este sentido, enlaza con el Informe Lalonde (1974) y con la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997) cuando señalan que esta vida saludable no solo está influenciada por factores hereditarios, ambientales y sanitarios, sino también, por las oportunidades que dispondremos a lo largo de la vida para desarrollarnos. Las cuales se concretan en las condiciones de vida, tales como el acceso a los servicios de salud, alimentos nutritivos, vivienda adecuada, educación y oportunidades de empleo, acceso al agua potable y saneamiento o a un ambiente saludable (Busquets Surribas et al., 2019, p. 25).

En este contexto, resulta evidente que la salud y las oportunidades para su cuidado, no se distribuyen por igual entre todos los miembros de la sociedad, sino que algunos individuos, grupos y comunidades soportan mayores problemas de salud que otros y experimentan desafíos sanitarios específicos. Como decíamos, son muchos los componentes que determinan nuestra salud y la imposibilidad de cuidarnos o ser cuidados: los niveles de pobreza y exclusión, el desempleo, la educación, el acceso a alimentos, agua potable e instalaciones sanitarias, la vivienda, el acceso a información, los grados de protección social, la discriminación por cuestiones de género, raza o edad, la inversión en salud pública, la vulnerabilidad frente al cambio climático… (Prosalus y Cruz Roja, 2014, p. 6). Por tanto, no hay dudas respecto a que en el cuidado de la salud influyen aspectos sociopolíticos y contextuales, existiendo vínculos entre la mala salud y las desigualdades sociales. En coherencia, varios autores consultados sugieren que si consideramos el imperativo social, moral y profesional de examinar las causas fundamentales de todo lo anterior, las enfermeras pueden abordar, explorar y defender prácticas de atención sanitaria más inclusivas (Benbow et al., 2015; Khuntia et al., 2022). Naturalmente, la pregunta -que da sentido a esta Tesis-, es: ¿se les prepara para ello en su formación inicial?

[36] Entendidas como actividades humanas que incluyen todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro "mundo", para que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye a nuestros cuerpos, a nosotros mismos y a nuestro medio ambiente, buscando entre todos entretejer en una red compleja que sostenga la vida (Fisher y Tronto, 1990, p.40 extraído de Domínguez Alcón et al., 2018, p. 24).

[37] Socióloga y enfermera.

En la obra *Hacia un mundo mejor: el significado social de la enfermería*, Mark Lazenby[38] (2020) razona que esta está llamada a dejar la comodidad e ir más allá de sus funciones predefinidas, ya sean clínicas, administrativas o científicas, y a abordar los malestares de la sociedad que actúan como barrera para la atención sanitaria, pero también para "el tipo de atención que hace posible que las personas hagan y sean lo mejor de lo que son capaces" (p. 6). Para materializar esto propone que se debe ir más allá de la dimensión objetiva de ciertas lacras sociales y de la viabilidad teórica o técnica de las medidas para remediarlas, pues, difícilmente se modificará la prestación de cuidados de enfermería de un modo más justo, si una parte significativa de los implicados no asume un compromiso social y ético en un sentido fuerte. Ello implica incorporar, a nivel personal e institucional, los valores de la solidaridad y la inclusión como prioritarios. Entre esos valores cada vez resulta más crucial defender el sentido de la realidad, la dignidad de la condición humana, la interdependencia solidaria y el cuidado que reclama la Tierra (Foessa, 2019d, p. 40).

Esta nueva visión se traduce en diversidad de problemas que atender desde una perspectiva de cuidado, y, en esta complejidad, cabe preguntarse qué parte de responsabilidad efectiva y concreta de cooperación corresponde a la enfermería, qué parte del problema les llega y qué pueden hacer desde su ámbito de intervención profesional. Tal y como ya se afirmaba hace dos décadas en el *Libro blanco del título de Grado de la Enfermería* (ANECA, 2004):

> Las posibilidades personales y grupales han cambiado considerablemente en un corto periodo de tiempo, por ello los profesionales enfermeros deben considerar no sólo las respuestas a las modificaciones sustanciales en la demanda de cuidados, sino que también deben ser capaces de consensuar cual es la oferta profesional que tendrán que desarrollar (p. 14).

En este sentido, los Estatutos de la organización Colegial de Enfermería de España, establecen en su Título III "De los principios básicos de la profesión de Enfermería" (capítulo I), "Principios del ejercicio profesional y la calidad y la excelencia de la práctica profesional de enfermería" (artículo 54), que:

> Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención (Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería., 2001).

Aunque profundizaremos en estas cuestiones más adelante, de las aportaciones de todos estos autores e instituciones deducimos que una propuesta podría ser el "cuidado inclusivo", entendido en la línea de Lazenby (2020) como aquel que reconoce y valora la diversidad de las personas y sus necesidades únicas, y busca crear un entorno en el que todas las personas se

[38] Profesor en la *Yale School of Nursing*. Posee la convicción de que enfermería es un poderoso motor de transformación social, en particular para la equidad sanitaria y la justicia planetaria, y ha así lo ha desarrollado en su último proyecto, una trilogía publicada por *Oxford University Press*, que presenta una nueva visión de la enfermería y de su lugar en el mundo. Los libros incluyen *Caring Matters Most: The Ethical Significance of Nursing (2017)*, *Toward a Better World: The Social Significance of Nursing (2020)*. Próximamente publicará el tercero: "*Practicing the good life: the spiritual significance of nursing*".

sientan incluidas y respetadas. Esto requiere de un compromiso social desde una perspectiva multidimensional por parte de la enfermería, pues para ello son necesarias una serie de habilidades, valores y actitudes que están relacionadas con la tolerancia, la apertura, la responsabilidad, el respeto a la diversidad, la perspectiva intercultural, la participación democrática, el respeto al medio ambiente y el sentido de pertenencia.

Trasladar todas estas ideas al fenómeno de la inclusión social, para posteriormente concretarlas en la formación de enfermería, se antoja complejo. Más si atendemos a Benbow (2015) que en su artículo *Social Exclusion and Health: The Development of Nursing Knowledge* (*Exclusión social y salud: el desarrollo del conocimiento enfermero*) nos muestra que, a pesar de que los fenómenos de inclusión y exclusión social se han propuesto como importantes determinantes sociales de la salud (DSS), el uso de estos en la investigación sobre salud y su promoción está en ciernes, particularmente en la enfermería, donde su análisis y aplicación es mínima. Este autor anima a profundizar y disgregar estos fenómenos para encontrar los vínculos con el desarrollo de conocimiento enfermero al respecto. Y eso es lo que intentaremos hacer en los apartados sucesivos.

3.1 COMPRENDIENDO LA INCLUSIÓN SOCIAL: FENÓMENOS RELACIONADOS

> El lenguaje con su ilimitada capacidad generativa no sólo define la realidad, sino que también la crea [...] la palabra identifica realidades y se nos ofrece como instrumento adecuado para conocer y analizar la realidad. Son muchas las palabras y los conceptos utilizados para analizar la sociedad de hoy: Estado de Bienestar, pobreza, marginación, precariedad, vulnerabilidad, exclusión, complejidad, aculturación, integración, inclusión, minorías...etc. que han ido configurando un marco conceptual no siempre riguroso, y articulan un discurso que va cambiando con el tiempo y en la medida que la experiencia permite profundizar en su contenido (Bell Adell, 2002, p. 2).

El término inclusión social suele utilizarse indistintamente para referirse a la cohesión social, la integración social y/o la participación social, o como concepto opuesto a la exclusión social. Este último, a su vez, es un término controvertido, pues engloba diversidad de fenómenos y procesos relacionados con aspectos como la pobreza, la privación y otras dificultades materiales, pero también se relaciona con distintas condiciones de las personas y los lugares donde viven (Rimmerman, 2012, p. 1). Así, parece que la exclusión social no se limita a la privación material, sino que es un fenómeno multidimensional, y en consecuencia, los procesos de inclusión social implican algo más que la mejora del acceso a los recursos económicos (Naciones Unidas, 2016, p. 17).

A la luz de la bibliografía consultada, parece que tampoco existe una definición única, ni un consenso universalmente aceptado que delimite tanto la exclusión como la inclusión social, por lo que parece lógico establecer y aclarar el marco de análisis en el que nos situamos en esta tesis. Así mismo, si pretendemos conceptualizar y valorar la forma en la que se plantean los procesos de exclusión social, como apuntan Laparra et al (2007) no está de más que consideremos los mecanismos por los que la inclusión social tiene lugar en nuestras sociedades con carácter general. Además de plantear algunos interrogantes alrededor de grandes debates, que desde hace décadas las sociedades modernas deben hacer frente: ¿Convivencia solidaria o exclusión social? ¿Puede una sociedad, basada en el conflicto, en la contradicción de intereses entre distintos grupos sociales desarrollar a su vez dinámicas tendentes a la inclusión social de todos sus miembros? ¿Es posible la inclusión social en sociedades capitalistas o de ideología

neoliberal? ¿Es posible plantearse la inclusión social en un contexto social globalizado cuyo control parece escapársele de las manos a todo el mundo? (Carbonell i París, 1995, p. 4; Laparra et al., 2007, p. 17).

De este modo, para poder comprender los fenómenos de la inclusión y exclusión social, y posteriormente poder reflexionar sobre estos en el ámbito sanitario y en la formación inicial de la enfermería, conviene delimitar el significado y alcance de algunos aspectos relacionados como son la pobreza, la vulnerabilidad o la dignidad, pues en la línea de Estivill (2003) son palabras difíciles de conceptualizar que remiten a nociones polisémicas, y además designan fenómenos y realidades humanas - permiten su comprensión y su diálogo- pero al mismo tiempo están llenas de trampas que enmascaran y disfrazan lo que se quiere denominar.

3.1.1Pobreza: algo más que carencias materiales

> Tengo un pobre concepto de la pobreza. Entiendo que es sólo factor común de situaciones sociales muy diversas, las cuales le confieren diferente significado y aun carácter. Así, no sería menos propio hablar de pobrezas que de pobreza. Y ello no sólo por lo que se refiere a la expresión social del hecho, sino también por su génesis (Casado, 1994, p. 143).

Pobreza y exclusión social son conceptos que se han empleado indistintamente, se han usado como complementarios y se han diferenciado, sin que exista claramente un consenso sobre su distinción o similitud (Hernández Pedreño, 2008, p. 22).

El problema de la pobreza ha sido algo persistente a lo largo del tiempo, y, en consecuencia, la definición del fenómeno ha ido cambiando y evolucionando con la propia sociedad. Como sugieren Ruiz-Huerta y Martínez (1994) se trata, además, de un concepto que, como los de "equidad" o "desigualdad" es de naturaleza polémica y no exento de juicios de valor, para el que no existe una definición predominante o unánime, ni siquiera dentro del ámbito de los países denominados ricos. De esta forma, encontramos diferentes tradiciones para su estudio con la consecuente diversidad de estándares para medirlos entre los distintos países.

Estivill (2003) citando la obra *Semántica de la pobreza* de Casado (1990) aporta los siguientes datos acerca de las diferentes funciones y acepciones de la palabra halladas en el Fondo Histórico de la Real Academia Española:

> El 37% le atribuyen una función sustantiva que identifica a aquellas personas que carecen de bienes materiales. En un 13% el sustantivo "pobre" se utiliza en oposición a "rico" y en un 4% ambas voces se asocian en plural, "ricos y pobres", mostrando así que esta antítesis tiene un valor totalizador, del que es derivable la universalidad de la variable riqueza-pobreza como elemento de caracterización social. Sin embargo, el sustantivo "pobres" alcanza, en este caso, a todos los que no son ricos y éstos son muchos más que los que designa la palabra "pobres" cuando se la toma aisladamente. En el 39% de los casos "pobre" es utilizado como atributo inmediato con un sentido compasivo, y menos frecuentemente de desprecio, por ejemplo "pobre hombre", y se utiliza más en relación con expresiones como escasez, ausencia de valor, modestia (Estivill, 2003, p. 9).

El mismo autor sintetiza que la palabra pobre expresa tres tipos de carencias: "tener poco", "valer poco", "tener poca suerte". Esta carencia puede ser estructural, "ser pobre", circunstancial, "estar pobre", excluyente, "no ser rico", voluntaria, "hacerse pobre", fingida

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

"hacerse el pobre" (Estivill, 2003, p. 10). En definitiva, "la pobreza, es un hecho sociológico que puede describirse y explicarse causalmente a partir de diferentes variables" (Renes, 1993, citado por Hernández Pedreño, 2008, p. 17).

Si bien la pobreza, como apunta Casado (1994) puede entenderse como "cualquier clase de necesidad acreedora de ayuda ajena" (p. 144), a la hora de planear las acciones, de poner en práctica soluciones, estas se suelen centrar en las situaciones de penuria material y en la medición del fenómeno mediante el registro de las rentas o gastos monetarios personales. En todos los países de la Unión Europea el alcance de la insuficiencia de los ingresos, o pobreza monetaria, es uno de los criterios más habituales para medir la vulnerabilidad de la sociedad (Foessa, 2019a, p. 229).

Sirva de ejemplo la *Estrategia española de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023*, que aludiendo a la naturaleza multidimensional del fenómeno, distinguen dos formas de cuantificar la pobreza, considerando su dimensión monetaria (la relacionada con los ingresos de los que dispone cada persona), o a su dimensión material (la relacionada con los bienes y servicios de los que efectivamente dispone cada persona en cuestión) (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019, p. 8).

En términos estrictamente monetarios, se consideran en riesgo de pobreza aquellas personas que viven en hogares donde la renta disponible por unidad de consumo[39] es inferior al 60% de la mediana de la renta nacional. Se trata, de un indicador de pobreza relativa[40], pues se define en relación con la renta o ingresos que obtienen el conjunto de hogares en el país y año de referencia. El porcentaje de personas por debajo de dicho umbral[41] constituye lo que se denomina tasa de riesgo de pobreza (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019).

En este punto es necesario hacer referencia a diferentes matices dentro del fenómeno de pobreza (Tabla 39):

Tabla 39 **Las medidas de la pobreza**
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (s. f.-b)

Pobreza absoluta	Situación en la cual no están cubiertas las necesidades básicas del individuo, es decir, existe carencia de bienes y servicios básicos (normalmente relacionados con la alimentación, la vivienda y el vestido). Una persona considerada pobre siguiendo este criterio se califica de la misma forma en todo el mundo. La línea de la pobreza absoluta se establece en el valor de los recursos necesarios para mantener un mínimo bienestar.	Se entienden como pobreza objetiva al medirse a través de indicadores estándar.
Pobreza relativa	Sitúa el fenómeno de la pobreza en la sociedad objeto de estudio. Desde esta perspectiva se considera que una persona es pobre cuando se encuentra en una situación de clara desventaja, económica y social, respecto al resto de personas	

[39] El concepto de **unidad de consumo** se utiliza para una mejor comparación de los ingresos de distintos tipos de hogares. El dinero del que se dispone para cada persona dentro de un hogar depende del número de miembros en ese hogar y sus edades, ya que los gastos medios de un adulto son generalmente mayores que los gastos generados por los menores de edad. Así, para poder comparar los ingresos de que se dispone para cada persona en los diferentes hogares que tienen distinto tamaño y composición por edad se utiliza la Escala OCDE modificada, que concede un peso de 1 al primer adulto, un peso de 0,5 a los demás adultos y un peso de 0,3 a los menores de 14 años, y se divide el total de ingresos que recibe el hogar entre las unidades de consumo que lo integran (asignando a cada miembro el peso que le corresponde en función de su edad), y el ingreso por unidad de consumo resultando se adjudica por igual a cada uno de sus miembros (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019).

[40] **Pobreza relativa:** Situación de personas cuyos ingresos no llegan a un determinado umbral fijado en función de la distribución de ingresos equivalentes

[41] El **umbral de pobreza** se establece en euros. Una persona con unos ingresos anuales por unidad de consumo inferiores a este umbral se considera que está en riesgo de pobreza.El umbral de pobreza depende de la distribución de los ingresos por unidad de consumo de las personas. Se fija este umbral en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo(Instituto Nacional de Estadística, s. f.-a).

	de su entorno. Esta concepción de la pobreza está muy ligada a la noción de desigualdad. La línea de la pobreza relativa clasifica a las personas de la sociedad objeto de estudio en dos grupos, las que se encuentran más desfavorecidas, a las que se denomina pobres, y el resto.	
Pobreza subjetiva	Opinión que los propios individuos u hogares tienen acerca de su situación. Esta forma de entender la pobreza incide en la visión subjetiva que los hogares tienen de su posición económica, frente al enfoque objetivo que utiliza solamente variables observables y medibles.	

Frente a la pobreza relativa medida a través de los ingresos, está la pobreza en su dimensión material, que hace referencia a un estado de dificultad económica que se traduce en la incapacidad de acceder a determinados bienes o servicios que se consideran deseables o necesarios para llevar una vida con un nivel de bienestar adecuado (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019, p. 8).

Aunque los ingresos siguen siendo la variable más decisiva para analizar la pobreza económica, otros indicadores han ido ganando importancia en el ámbito europeo en coherencia con el mayor énfasis dado al concepto de exclusión social (Foessa, 2019a). Un ejemplo de ello es el cambio de uno de los indicadores tradicionales de medicación de la pobreza económica, "privación material severa" por el de "privación material y social severa", que, además, con el afán de adaptarse mejor a los requerimientos de la Agenda 2030 incorpora nuevos elementos como (EAPN, 2022, p. 80)[42]:

- No puede permitirse sustituir ropa estropeada por otra nueva, o bien permitirse tener dos pares de zapatos en buenas condiciones.
- No puede permitirse reunirse con amigos/familia para comer o tomar algo al menos una vez al mes"
- No puede permitirse participar regularmente en actividades de ocio.
- No puede permitirse gastar una pequeña cantidad de dinero en sí mismo.
- No puede permitirse conexión a internet.

Esta tendencia también responde a corrientes de pensamiento influyentes y críticas con el marco de análisis estrictamente económico. Es el caso de los enfoques de calidad de vida, capacidades y desarrollo humano de Amartya Sen (2000) y Martha Nussbaum (2012), que conciben la pobreza como la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos. A saber:

> La mejora de la educación básica y de la asistencia sanitaria no solo aumenta la calidad de vida directamente, sino también la capacidad de una persona para ganar una renta y librarse, así mismo, de la pobreza de renta. Cuanto mayor sea la cobertura de la educación básica y de la asistencia sanitaria, más probable es que incluso las personas potencialmente pobres tengan más oportunidades de vencer la miseria (Sen, 2000, p. 118).

En definitiva, la pobreza es un fenómeno multidimensional que va más allá de la falta de recursos materiales y económicos, y, aunque la falta de recursos es una de las dimensiones más

[42] EAPN-ES son las siglas de la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en el Estado Español. Nace en 1991 y se refunda en 2004 como red de ONG comprometidas por la inclusión social de personas que sufren pobreza y exclusión social. Está compuesta por 19 EAPN autonómicas y 22 entidades de ámbito estatal, todas ellas de carácter no lucrativo y con un componente común: la lucha contra la pobreza y la exclusión social.

evidentes de la pobreza, existen otras importantes y a tener en cuenta como su relación con la falta de acceso a recursos básicos -lo que limita sus oportunidades-, mayor probabilidad de marginación y exclusión social, la exposición a discriminación y estigmatización, la falta de oportunidades de empleo y mayor vulnerabilidad a cambios económicos impredecibles.

El vínculo de la pobreza con la enfermería lo evidencia el Consejo General de Enfermería (CIE) en el documento "*El papel de las enfermeras en el logro de los objetivos de desarrollo sostenible*"(2017). Contextualizando que la pobreza también tiene repercusiones inmediatas en la salud siendo evidente su correlación con el acceso a alimentos, ropa y refugio, sin olvidar que también afecta a la capacidad de las personas para acceder a servicios sanitarios y recibir el tratamiento que necesitan para recobrar su salud. Argumentan que, a lo largo de la historia de la profesión, las enfermeras han estado a la vanguardia de los cuidados trabajando con los más vulnerables y desatendidos: "Todos hemos sido testigos de enfermeras que trabajan de manera increíble y sacrificada para mejorar la salud de los demás. Hay enfermeras que cuidan de prisioneros independientemente de los crímenes que hayan podido cometer, enfermeras que trabajan en las calles cuidando de las personas sin hogar o de cualquiera que cruce las puertas de un hospital, en la parte trasera de las ambulancias, en lugares remotos del mundo con escasez de recursos" (p.11). Sin embargo, una revisión sistemática reciente realizada por las brasileñas De Magalhães et al., (2022), titulada *Tools used in nursing education to assess attitudes about poverty: An integrative review* (*Instrumentos utilizados en la enseñanza de la enfermería para evaluar las actitudes hacia la pobreza: Una revisión exhaustiva*) refleja que son escasos los estudios sobre herramientas para evaluar las actitudes ante la pobreza en la formación inicial de la enfermería. Y este hallazgo, según refieren, podría justificarse porque la sistematización de la evaluación de la enseñanza de la pobreza es limitada en la formación de los estudiantes de enfermería, o que cuando se ofrece este contenido, ocurre de forma poco sistemática y esporádica en las clases, no como parte del componente curricular de los cursos de pregrado. Concluyen que el conocimiento sobre formas eficaces de enseñar a los estudiantes sobre la intersección de la pobreza y la salud sigue siendo escaso.

3.1.2 Vulnerabilidad social o poblaciones desatendidas

> Partimos de la idea de que cualquier separación entre la noción de ser humano y de persona es temeraria intelectualmente y puede ser el origen de una discriminación de orden ético y jurídico. Por ello, pensamos que, en lugar de definir a la persona a partir de uno de sus rasgos o habilidades externas, como el pensar, el hablar, el amar, el valorar la propia existencia o el crear objetos tecnológicos, se le debe definir como un *ser radicalmente vulnerable* con unas posibilidades singulares en el conjunto de la naturaleza (Torralba i Roselló, 2005a, p. 397).

La vulnerabilidad es un concepto con múltiples significados aplicables a ámbitos muy diversos (Feito, 2007; Ramos Pozón, 2022). Es uno de los términos clásicos en filosofía donde se asocia a la finitud del ser humano y a la esencia abierta del mismo, como un ser en construcción, en constante proyecto de desarrollo, es decir, a la fragilidad ontológica de la condición humana que nos mantiene sumidos en la incertidumbre y nos hace susceptibles al daño, al dolor, y en definitiva, a la enfermedad o la muerte (Labora y Fernández, 2022). Comienza a usarse en la década de 1970 para dar cuenta de los problemas de recuperación de las poblaciones afectadas por ciertos desastres naturales, de este modo, sus orígenes están muy marcados por los programas de acción humanitaria y de cooperación al desarrollo, por las relaciones que se establecieron entre los países del "primer mundo", proveedores de ayuda, y

los países en vías de desarrollo. En esta época se popularizó su uso en los estudios sobre desigualdad social y pobreza, gozando de cierta ventaja frente a estos términos por su aplicabilidad: "La noción de desigualdad social es demasiado abstracta, la noción de vulnerabilidad social es más *operacionalizable*, más medible […] La pobreza mide un estatus actual, la vulnerabilidad, en cambio, tiene cierta cualidad predictiva" (Valdés-Gázquez, 2021).

La vulnerabilidad es un hecho consustancial a la condición humana, sin embargo, como sugiere Lydia Feito (2020) no solemos sentirnos cómodos reconociéndola, pues ser vulnerable supone asumir la fragilidad, la posibilidad de sufrir daño, la limitación, la carencia y, en definitiva, la ausencia de poder. Según el Diccionario de la Real Academia, es vulnerable quien puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente (RAE, s. f.-c), esto es, que el daño, ya sea físico, psíquico o emocional, se acompaña de daño moral, ya que la causa suele ser una situación de maldad, una injusticia, un desprecio o cualquier otra forma de daño que afecte a nuestra identidad como personas (Feito, 2007).

Por otro lado, como propone el psicólogo existencialista Rollo May (1969) "no podemos saber lo que es la vulnerabilidad a menos que sintamos la vulnerabilidad" (citado por Feito, 2007). Comprender que podemos sufrir daño del mismo modo que les ocurre a las otras personas nos sitúa en un grado de semejanza que nos prepara para la moralidad, nos obliga a comprender la fragilidad y nos advierte para actuar frente al mal y a las causas del sufrimiento. "No solo es que empaticemos con las personas vulnerables, es que nos reconozcamos vulnerables como ellas" (Feito, 2020).

Continuando con los argumentos de Feito (2007, 2020), progresivamente, la vulnerabilidad se ha ido asociando además de con las condiciones del individuo, con las del medio en el que se desarrolla (ambientales, sociales o de otro tipo), motivando la incorporación de aspectos socioculturales para su comprensión. En consecuencia, se hace referencia a poblaciones vulnerables para aludir a aquellos grupos de personas, que, resultado de las condiciones del medio en el que viven, están en mayor susceptibilidad de daño.

A la vista de lo anterior, la vulnerabilidad no solo se vincula a la dimensión biológica del ser humano, sino también a la historia del individuo en relación con otros y con el entorno. Existen ciertos ambientes o situaciones socioeconómicas limitantes o desfavorecedoras, que colocan a personas o grupos en circunstancias de especial vulnerabilidad, y les impiden vivir o tener condiciones de vida adecuadas. Es el caso de los desastres naturales, las situaciones de marginalidad, la discriminación racial o de género, la exclusión social, los problemas de salud mental, entre muchos otros. Se deduce que existen "espacios de vulnerabilidad", que aglutinan condiciones desfavorables que exponen a las personas a mayores riesgos, a situaciones de falta de poder o control, a la imposibilidad de cambiar sus circunstancias o decidir, y, por tanto, a la desprotección (Feito, 2007, 2020).

De este modo, según Labora y Fernández (2022) la vulnerabilidad social también se ha vinculado con las emociones ya que esta produce sentimientos de fragilidad, indefensión e inseguridad a las personas a las que afecta. Esto impacta directamente en la vida cotidiana de los individuos y grupos provocando incertidumbre, dificultando la capacidad para aprovechar las oportunidades y, en definitiva, afecta a las habilidades de las mismas para adaptarse a las situaciones sociales cambiantes que se les presentan, con el consecuente riesgo de acabar sumidos en la precariedad.

Así las cosas, la vulnerabilidad no se puede comprender como un estado o situación en sí, sino que es más bien el resultado dinámico y complejo de la relación entre varios tipos de carencias o debilidades, que resultan en la exposición a riesgos y tensiones, y la dificultad de enfrentarse a estos (Feito, 2007; Jiménez-García et al., 2020). En este sentido, se puede afirmar, atendiendo de nuevo a los trabajos de Feito (2007, 2020), que la vulnerabilidad presenta dos

USC DE COMPOSTELA

dimensiones: una extrínseca, en la que existe un elemento "externo" de riesgo al que está sometido la persona o grupo, y otra intrínseca, relacionada con un elemento "interno" que provoca indefensión, ausencia de medios para lidiar con tales riesgos sin sufrir daño. En consecuencia, la vulnerabilidad se articula en tres coordenadas: la "exposición", o riesgo de ser expuestos a situaciones de crisis, la "capacidad", o riesgo de no tener recursos necesarios para enfrentarse dichas situaciones, y la "potencialidad", o riesgo de sufrir serias consecuencias como resultado de las crisis.

De lo anterior se desprende la idea de susceptibilidad al daño, y la presencia de factores sobre los que se puede intervenir para prevenir la vulnerabilidad, como explica Lydia Feito (2007):

> La vulnerabilidad tiene, por tanto, una dimensión de susceptibilidad al daño, condicionada por factores intrínsecos y extrínsecos, anclada en la radical fragilidad del ser humano, pero sin duda atribuible en buena medida a elementos sociales y ambientales. El énfasis puesto en lo relacional, lo contextual y lo procesual, permite considerar que la vulnerabilidad, aun siendo intrínseca al ser humano, no es una característica estable e inmutable, antes bien es dependiente, al menos en parte, de **factores que pueden cambiarse, en los que se puede intervenir. De ahí que ésta sea la clave que sustenta la obligación moral de una acción, preventiva, curativa, social, económica, o de cualquier otra índole, que pueda minimizar, paliar o evitar estas condiciones favorables al daño, estos espacios de vulnerabilidad**.

No obstante, como indica Kottow (2003) se debe distinguir entre susceptibilidad y vulnerabilidad, pues según su argumento, la persona vulnerable está intacta mientras que la persona susceptible, o bien ya está dañada o ya sufre alguna desventaja que la coloca en situación de indefensión y predisposición a un daño futuro. Además, la vulnerabilidad es un rasgo de todas las personas, mientras que la susceptibilidad es contingente, accidental, que puede ser diagnosticada y tratada, aunque no siempre es eliminable por completo (Ramos Pozón, 2022). La vulnerabilidad podría reducirse, en opinión de Kottow (2003), por medio de una protección equitativa de todos los miembros de la sociedad, desde un principio de justicia, mientras que la susceptibilidad, al ser un estado determinado de necesidad, sólo puede reducirse o neutralizarse con medidas específicamente diseñadas contra esa necesidad concreta, que se apliquen de modo activo.

En esta línea, en las fuentes consultadas se alude a que no es un término inocuo y se insta a aplicarlo con cuidado. Autores como Luna (2009) defienden que la etiqueta "vulnerabilidad" puede ser muy controvertida, al no asumir una mirada compleja del propio fenómeno y porque puede conllevar el peligro de señalar como vulnerables a todas las personas insertas en un grupo catalogado como tal. Otros autores enfatizan en que puede ser paternalista y opresivo, puede servir para ampliar el control social, y etiquetar a los grupos como vulnerables puede resultar en exclusión y estigmatización (Brown, 2011; B. Clark y Preto, 2018; Ramos Pozón, 2022). Así mismo, puede presuponer e imponer un estado de debilidad en las personas al dirigir la atención a los déficits, la dependencia y la pasividad, en lugar de a las oportunidades, la autonomía y la autodeterminación (Brown, 2011). Por último, también se advierte que centrarse en una "agenda de reducción de la vulnerabilidad, cuyo objetivo es eliminar toda vulnerabilidad, es decir, el sufrimiento, la anormalidad, la discapacidad… a fin de crear seres humanos perfectos", puede ser contraproducente (Clark y Preto, 2018).

En este marco, Piggott (2015) propone reflexionar antes de su uso, por si existe una terminología más precisa. En sus estudios vinculados a la atención sanitaria, explora las

USC DE COMPOSTELA

diferencias semánticas entre los términos "vulnerable" y "desatendido", y concluye que mientras que el término "vulnerable" sitúa los problemas en los individuos, el término "**desatendido**" llama la atención sobre problemas estructurales y sistemáticos que no satisfacen sus necesidades. Sugiere que el uso de un lenguaje que ubica los problemas fuera de un individuo o grupo puede llamar la atención de forma más eficaz sobre factores externos y crear oportunidades para desarrollar estrategias que mitiguen los efectos de las causas profundas de las desigualdades sociales o de salud (citado por Clark y Preto, 2018).

En conclusión, los seres humanos son en esencia vulnerables en la medida en que su existencia humana no es algo inherente, sino que es algo que se construye y protege. De este modo, la vulnerabilidad compartida se palía mediante protección básica por parte del Estado, expresada en forma de derechos universales de todos los ciudadanos. Sin embargo, muchas personas están en situación de mayor desventaja -o más desatendidas- lo que requiere incorporar a lo anterior acciones dirigidas a reconocer los daños específicos que sufren y a proporcionarles soluciones, dicho de otra forma, de reconocer los perjuicios específicos que padecen y proporcionarles asistencia necesaria para prevenir, tratar o eliminar sus sufrimientos (Kottow, 2003).

La vulnerabilidad no tiene por qué considerarse algo necesariamente negativo, pues todas las personas somos vulnerables, de este modo, para abordarla se impone el deber ético de crear sistemas más justos y equitativos que promuevan la autonomía, fomenten el compromiso y apoyen el bienestar de todas las personas (Clark y Preto, 2018). Esto no será posible, tal y como advierte Feito (2007), si la sociedad no desarrolla una "actitud de cuidado", y esta depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano que surge del mutuo reconocimiento como seres vulnerables:

> Se trata de una llamada a la solidaridad entendida como preocupación y responsabilidad por el otro ser humano, porque sin ello no es posible la realización de la justicia. El cuidado, como atención solícita al otro que requiere ayuda, no es renunciable, pero su ejercicio debe realizarse en el marco de la justicia […] La fragilidad y la vulnerabilidad nos obligan, en justicia, a la atención solidaria (Feito, 2007).

Trasladando todo lo anterior a la Enfermería, podemos afirmar que las enfermeras del mundo occidental han prestado una atención considerable al concepto de vulnerabilidad en las últimas décadas. Sin embargo, como sugiere Tomm-Bonde (2012), en su interesante artículo "*The Naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing*" ("La enfermera ingenua: revisando la vulnerabilidad de la enfermería"), aunque estas son conscientes de las causas profundas de la vulnerabilidad de las personas y que esto puede causar o potenciar sus problemas de salud, generalmente abordan estos orígenes de la vulnerabilidad desde perspectivas epidemiológicas. Es decir, se analiza al paciente en busca de agentes causales que subyacen al problema de salud. Se considera que factores como agentes tóxicos, microbios, virus u otros peligros potenciales para la salud son los que actúan sobre el individuo y amenazan su salud y bienestar, es decir, lo hacen vulnerable. Citando a Chopoorian (1986), esta autora sostiene que el concepto de entorno no se analiza como paisaje social, que la enfermería carece de la arqueología de los mundos social, político y económico que influyen en los estados de los pacientes y en sus funciones profesionales. De la mano de Medina (1999), volveremos a esta idea más adelante. En este apartado concluimos con las propuestas de Tomm-Blonde (2012), que insta a revisar la forma en que la enfermería ha conceptualizado la vulnerabilidad en las últimas décadas, afirmando que en la actualidad la comprenden de una forma limitada y reduccionista. Razona que esta

USC
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

conceptualización difusa y escasa en la literatura enfermera limita la práctica al intervenir solo a nivel de la persona y no más allá:

> Las perspectivas sobre la vulnerabilidad en enfermería han tendido a regirse por principios neoliberales centrados en el individualismo, en lugar de por perspectivas colectivas que explicitan la vulnerabilidad social o comunitaria, las vulnerabilidades políticas, económicas y estructurales y las identidades interrelacionadas que hacen vulnerables a las personas, como la clase, la raza y el género. Es evidente que los discursos sobre la salud conforman la práctica de la enfermería de muchas maneras y para que la ciencia de la enfermería avance hacia una praxis socialmente progresista, es necesario cuestionar nuestra propia indiferencia hacia las "relaciones dominantes" tal y como se representan en la investigación, la teoría, la práctica y la educación (Tomm-Bonde, 2012, p. 5).

3.1.3 Dignidad Humana o libertad en la toma de decisiones

> La libertad es la característica que otorga dignidad a la vida humana y la distingue de una vida meramente vegetal o animal (Camps, 2021, p. 127)

El compromiso con la dignidad humana es un valor ampliamente compartido, en cambio, quizás haya casi tantos conceptos de dignidad como autores se hayan interrogado sobre la misma (Chapman, 2011; Delgado Rojas, 2018).

> La dignidad humana es una expresión de contenido variable, poliédrica, ambigua, trasversal, multicultural, dotada de connotaciones emotivas favorables e inevitablemente ideológica. La dignidad humana también es un concepto normativo, controvertido, de naturaleza abierta y noción interpretativa, abstracta, subjetiva e imprecisa, retórica, ambivalente e intrínsecamente polivalente (Iturmendi, 2017, p. 21).

Los conceptos de dignidad humana se remontan a los escritos de Immanuel Kant y a la tradición estoica de la antigua Grecia y Roma. Las alusiones a la dignidad humana son habituales en la bioética, la filosofía y el discurso jurídico, también es el fundamento de los derechos humanos. Sin embargo, no todas las nociones sobre dignidad aportadas a lo largo de la historia han corrido la misma fortuna ni tienen el mérito de haber superado los rigores del paso del tiempo, y aunque la dignidad humana es un concepto poderosamente evocador y reconocido, varias fuentes consultadas expresan que su significado y requisitos específicos son imprecisos (Chapman, 2011; Delgado Rojas, 2018; Errasti Ibarrondo et al., 2014; Simões y Sapeta, 2019; Torralba i Roselló, 2005).

Para algunos, la dignidad se refiere al núcleo esencial e inalienable de la naturaleza humana, pero hay desacuerdo sobre cuál es el rasgo distintivo de esta naturaleza y qué constituye exactamente la fuente de la dignidad. Para los teóricos de los derechos humanos, la dignidad humana se refiere al valor intrínseco de todos los seres humanos y a la exigencia de que todos ellos sean tratados con el debido respeto, pero los trabajos sobre derechos humanos aún no han definido los contenidos y requisitos de esa dignidad humana. Otros utilizan el concepto de dignidad humana para fundamentar las obligaciones éticas que se deben a la persona, y de nuevo hay diversas interpretaciones en cuanto al alcance de estas obligaciones, así como a la identificación del titular o titulares de estas. De este modo, existe la posibilidad de que el término dignidad humana no sólo transmita multiplicidad de interpretaciones, sino

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

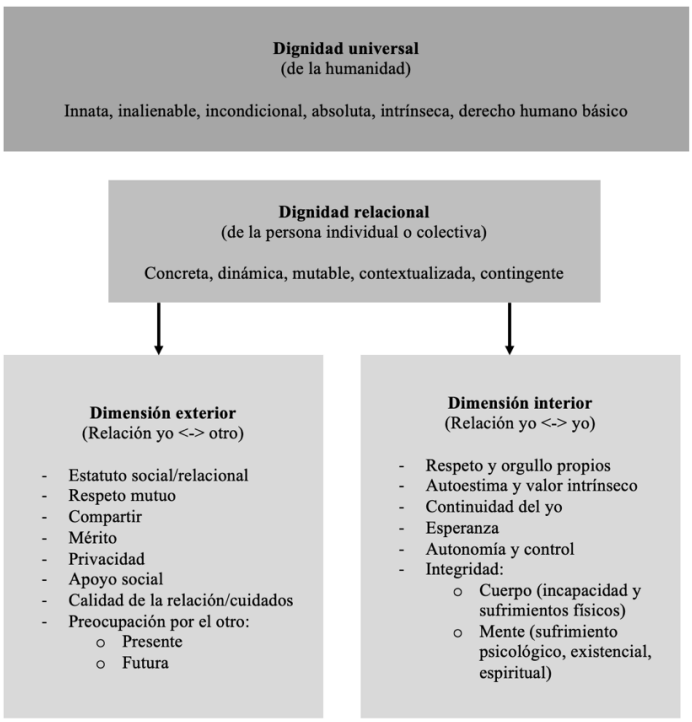
que incluso pueda referirse a cosas diferentes (Chapman, 2011; Martínez Bullé-Goyri, 2013; Torralba i Roselló, 2005b) (Tabla 40).

Tabla 40 Diferentes concepciones de la dignidad humana
Adaptado de Martínez Bullé-Goyri (2013)

Autonomía y capacidad de autogobierno del ser humano. Capacidad de la persona de identificar, de acuerdo con su proyecto personal y su papel en la vida social, aquellas cosas que son importantes para ella, y aquellas cosas sin las cuales no podría lograr lo que se ha propuesto.
Capacidad de la **racionalidad humana**, capacidad de entenderse a sí mismo y al entorno para adaptarse a él.
Naturaleza **moral del ser humano**, en su capacidad y voluntad para conocer el bien, distinguirlo del mal y optar por él.

En un intento de aproximación al concepto, la idea de dignidad humana se puede entender desde dos perspectivas. En primer lugar, hay una visión que la considera como una cualidad moral que todos los seres humanos poseen. Esta dimensión esencial e inherente está relacionada con el cuerpo humano, que se considera portador de la dignidad y la libertad. Por otro lado, existe una perspectiva más subjetiva que se refiere al sentimiento de dignidad, que influye en cómo nos vemos a nosotros mismos y cómo nos presentamos en la realidad. Este sentimiento está vinculado a la conciencia personal de la propia dignidad y afecta la forma en que evitamos la humillación (Tabla 41). En resumen, la dignidad abarca tanto aspectos universales y esenciales como aspectos más subjetivos y personales, todos relacionados con conceptos como libertad, responsabilidad, deber, servicio, orgullo, respeto, honor e independencia. (Simões y Sapeta, 2019, Delgado Rojas, 2018).

Tabla 41 Modelo de dignidad humana Simões y Sapeta (2019)
Fuente: Simões y Sapeta (2019)



USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Así mismo, es importante resaltar el reconocimiento jurídico nacional e internacional sobre la dignidad humana (Tabla 42) pues no conviene pasar por alto que "el mayor grado de eficacia en la protección de la dignidad humana se ha conseguido a través de su desarrollo en un sistema de derechos fundamentales asociado a la institución estatal"(Delgado Rojas, 2018). Chueca (2015) defiende que son las cartas constitucionales de derechos las que han dotado a la dignidad humana de los más elevados niveles de protección, siendo el Estado el marco donde esta encuentra su garantía. Aunque, a la par, haya que reconocer que "son también los Estados, si no los únicos, sí los más contumaces destructores de la dignidad humana" (citado por Delgado Rojas, 2018).

Tabla 42 **Referencias a la dignidad humana en fuentes jurídicas**
Fuente: elaboración propia

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	Artículo 1	Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
Constitución española (1978)	Artículo 10	La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.
Constitución europea (2003)	Artículo II-1	La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida. a) el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley; b) la prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas; c) la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro; d) la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.

La dignidad, en su relación con la inclusión social está vinculada a las nociones de respeto y de reconocimiento (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento [BIRF], 2013). Es un término relevante para todos los involucrados en el cuidado de las personas, sin embargo, hay quienes se oponen a este concepto en el ámbito de las Ciencias de la Salud, defendiendo que la dignidad es un término excesivamente vago y que en la mayoría de los textos, no se refieren a otra cosa que al respeto a la autonomía de las personas, la protección de la confidencialidad, la necesidad de la obtención del consentimiento informado y la protección sobre prácticas abusivas y discriminatorias (Macklin, 2003; Valdecilla Sevilla, 2007).

En este contexto, Simões y Sapeta (2019) en el trabajo "Concepto de dignidad en enfermería: análisis teórico de la ética de los cuidados" muestran que la preocupación por promover la dignidad en los cuidados parece haber comenzado en el contexto de los cuidados paliativos, ampliando su campo para incorporar discusiones sobre salud y servicios sociales ofrecidos a distintos individuos o grupos vulnerables o en riesgo de exclusión, como ancianos, personas sin hogar, personas en situación de pobreza, con discapacidad, enfermedad mental, etc.

En el ámbito concreto de la enfermería, uno de los primeros análisis filosóficos de la dignidad lo realizaron Leila Shotton y David Seedhouse (1998). En su texto *Practical Dignity in Caring* (*Dignidad práctica en los cuidados*) la describen como la capacidad de la persona para ejercer sus competencias o, en condiciones específicas, recibir ayuda para ello. Según estos autores, la dignidad está directamente relacionada con la interacción dinámica entre circunstancias y capacidades, dándose una falta de dignidad cuando el individuo se siente

USC DE COMPOSTELA

incompetente o vulnerable para ejercerla: "Una persona tendrá dignidad si se encuentra en una situación en la que puede aplicar eficazmente sus capacidades" (p. 249).

Esta concepción recuerda a interpretaciones más actuales, como es el caso del enfoque de las capacidades de Nussbaum (2012). Esta autora concibe las capacidades humanas como "lo que las personas son realmente capaces de hacer y de ser" y como una medida de hasta qué punto el ser humano puede vivir una vida digna, también sostiene que la falta de oportunidades para el desarrollo de una persona y el ejercicio de las principales capacidades humanas puede dar lugar a una vida indigna. En definitiva, plantea que el paradigma del desarrollo humano se basa en la idea del respeto a la dignidad humana de todas las personas, en el que es fundamental el respeto de la libertad sobre las decisiones que tomen, relacionadas con identidades culturales, religiosas o étnicas de índole personal y colectiva[43]:

> La idea central es la del ser humano como un ser libre, dignificado, que plasma su propia vida en cooperación y reciprocidad con otros, y no siendo modelado en forma pasiva o manejado por todo el mundo a la manera de un animal de rebaño (Nussbaum, 2012, p.115).

En definitiva, la dignidad humana y la libertad en la toma de decisiones son valores complementarios y necesarios para el pleno desarrollo de las personas y el bienestar de la sociedad en su conjunto. Ambos son fundamentales para el desarrollo humano y la convivencia pacífica en la sociedad. La dignidad humana implica que todas las personas deben ser tratadas con respeto y consideración, lo que incluye el respeto a su libertad en la toma de decisiones, y, a su vez, la libertad en la toma de decisiones es un elemento clave para el ejercicio de la dignidad humana, ya que permite a las personas tomar decisiones informadas y autónomas sobre su vida y su salud, entre otros aspectos.

Entre los argumentos, el vínculo entre dignidad y libertad es uno de los que consideramos más relevantes para la inclusión social en el contexto sanitario, de ahí que lo resaltemos en el título del epígrafe. Esto se debe a que la promoción de la inclusión social en el ámbito de la salud implica también garantizar que todas las personas tengan la libertad para participar en la toma de decisiones sobre su propio bienestar, sin discriminación, ni coerción, con información adecuada y suficiente.

La palabra dignidad es frecuente en el discurso de la enfermería, sin ir más lejos su código deontológico en España, en el artículo 4 dice:

> La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud (Artículo 4).

Así mismo la dignidad humana está recogida como un valor esencial de la profesión.

> La dignidad humana es el respeto por el valor inherente y la singularidad de los individuos y las poblaciones. En la práctica profesional, la preocupación por la dignidad humana se refleja cuando la enfermera valora y respeta a todos los pacientes y colegas (American Association of Colleges of Nursing[AACN], 2008).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[43] Volveremos a Nussbaum y su propuesta más adelante en el apartado sobre debates alrededor de la inclusión social.

Además, en su taxonomía internacional de cuidados, concretamente en la: *Clasificación de diagnósticos de enfermería*[44] *NANDA 2021-2023*, encontramos en el Dominio 6, Autopercepción: "Riesgo de compromiso de la dignidad humana" definida como una situación en la que el paciente, familia o comunidad es "susceptible de percibir una pérdida del respeto y el honor, que puede comprometer la salud", a causa de factores como: comprensión insuficiente de la información sobre la salud, estigmatización, experiencia limitada en la toma de decisiones, exposición corporal, humillación, incongruencia cultural, intrusión por parte de los profesionales clínicos, invasión de la intimidad, pérdida de control de las funciones corporales, revelación de información confidencial o tratamiento deshumanizador (North American Nursing Diagnosis Association, 2021).

En esta línea, Simões y Sapeta (2019), tras su exhaustiva revisión del concepto y de la literatura especializada al respecto, advierten que el estudio y la promoción de la dignidad por parte de la enfermería debe profundizarse. En su trabajo muestran la gran complejidad del tema, que, aunque está en la esencia de la enfermería, se suma a muy diferentes factores y dimensiones que se entrecruzan e influyen mutuamente. En este contexto, instan a desarrollar investigaciones sobre cuidados de enfermería que promuevan la dignidad, buscando entender como la enfermera, los pacientes y otros actores intervienen en el proceso asistencial. En esta dirección, las profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra Errasti Ibarrondo et al. (2014), tras una exhaustiva revisión de la literatura sobre modelos de dignidad en el cuidado, concluyen que es fundamental que los profesionales de la salud consideren los aspectos destinados a preservar el sentido de la dignidad de los pacientes, y que para conseguirlo sería interesante la incorporación de los modelos de dignidad en los planes de estudio, de forma que los futuros profesionales pudieran integrarlos en su práctica clínica.

3.1.4 Justicia social: ¿es posible sin solidaridad?

> La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta a la forma en que viven las personas, la probabilidad de enfermar y el riesgo de éstas a morir de forma prematura (OMS, 2008)

El concepto de justicia social no es nuevo, y, aunque todos sus usos plantean límites, la pregunta sobre cómo se construye una sociedad justa ha encontrado variedad de respuestas a lo largo del tiempo, y, en consecuencia, se han elaborado multitud de teorías al respecto (Buettner-Schmidt y Lobo, 2012). Con distintos enfoques, la mayoría de estas teorías coinciden en que la justicia social abarca el sistema de libertades, obligaciones y la distribución de los ingresos en una sociedad[45]. En lo que difieren las distintas teorías es en la importancia que dan a estos, así, para los utilitaristas el bienestar es fundamental, mientras que John Rawls destaca el respeto por uno mismo y Amartya Sen plantea que los bienes moralmente relevantes son las aptitudes básicas relacionadas con la salud, la educación, la seguridad económica o la libertad personal (Caballero, 2006; Rawls, 1995, p. 11; Sen, 2003).

[44] Entendemos diagnóstico de enfermería en la línea de Bircher (1975) como "una función independiente de la enfermería, una evaluación de las respuestas personales del paciente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad u otras tensiones".

[45] Entendemos la distribución de los ingresos tanto como reparto directo de los impuestos, transferencias y subsidios, como la distribución de los ingresos que se generan por los recursos productivos o por el consumo de artículos o bienes personales (bienes materiales, servicios, respeto por uno mismo, bienestar, conocimiento, salud, aptitudes mentales o físicas, etc.) (Caballero, 2006).

La justicia social se entiende habitualmente desde los principios de "equidad" e "igualdad" para todas las personas y el respeto de sus derechos humanos básicos. Y, la mayoría de las personas dirían que valoran estos principios, sin embargo, como plantean Sensoy et al. (2017), las dudas surgen al cuestionarnos desde la perspectiva de quién es algo justo y equitativo, si puede algo ser justo para una persona y, al mismo tiempo, tener un resultado injusto para otra o qué significa el respeto en la práctica.

Tal y como expuso Jansen (2022) en su conferencia del Congreso sobre Equidad y Salud *Health Equity through Education for a sustainable society*[46], existen muchas formas de (in)justicia, las más usuales tienen que ver con la justicia distributiva (igualdad de recursos), justicia procedimental (participación equitativa en los procesos pertinentes) o la justicia de reconocimiento (igual consideración de las diferentes perspectivas e intereses). Pero en la actualidad encontramos otras formas, como la injusticia epistémica (contribución y participación desiguales en los procesos de significado colectivo), justicia geográfica o territorial (distribución equitativa de los recursos socioespaciales -públicos- o participación desigual en dichos procesos), justicia cultural (participación igualitaria en los procesos culturales e identitarios), justicia energética (participación social y económica igualitaria en el sistema energético), justicia medioambiental (distribución equitativa de los riesgos y beneficios medioambientales) o la justicia en el ámbito de la salud que trataremos más adelante.

En términos generales, la justicia social se basa en la construcción y desarrollo de instituciones sociales que proporcionen acceso a lo que se considera bueno para las personas, tanto individual como colectivamente. Como manifiesta Rawls (1971) "la justicia social es la primera virtud de las instituciones sociales […] en una sociedad bien ordenada, el hecho de que una persona sea buena (y, en especial, que tenga un efectivo sentido de la justicia) es, realmente un bien para esa persona; y lo segundo, que esta forma de sociedad es una buena sociedad" (Rawls, 1995, p. 521). Así pues, la justicia social nos impone a todos la responsabilidad personal de trabajar con los demás para mejorar estas instituciones. A su vez las instituciones llevan consigo la responsabilidad de mejorar la sociedad de manera justa (Bhugra et al., 2022).

En este contexto, es relevante distinguir la justicia social de la justicia social crítica, pues el enfoque crítico de la justicia social parte de una perspectiva teórica específica que reconoce la desigualdad está profundamente arraigada en el tejido social (es decir, que es estructural) especialmente en algunos grupos sociales a causa de su etnia, clase, género, sexualidad o capacidad, y trata activamente de cambiarla. Sensoy el al. (2017) exponen los siguientes principios en la concepción de justicia social crítica (Tabla 43):

Tabla 43 **Principios de la Justicia Social Crítica según Sensoy et al (2017)**
Fuente: Sensoy et al (2017, p.18)

Todos somos personas individuales, pero también todos somos miembros de grupos sociales.
Estos grupos sociales se valoran de forma desigual en la sociedad.
Los grupos sociales mejor valorados tienen mayor acceso a los recursos de una sociedad.
La injusticia social es real, existe hoy en día y se traduce en un acceso desigual a los recursos entre grupos de personas.
Quienes afirman estar a favor de la justicia social deben hacer una autorreflexión sobre su propia socialización en estos grupos (su "posición") y deben actuar estratégicamente a partir de esa conciencia para hacer frente a la injusticia social.

Basándose en estos principios, estos autores defienden que una persona comprometida con la práctica crítica de la justicia social debe ser capaz de reconocer que las relaciones desiguales de poder social se manifiestan constantemente tanto a nivel micro (individual) como macro

[46] Organizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Zaragoza en octubre 2022 en el marco del proyecto multicéntrico internacional HEQED-Equidad en salud en la educación superior para una sociedad sostenible.

(estructural), comprender sus propias posiciones dentro de estas relaciones de poder desigual, pensar críticamente sobre el conocimiento: qué sabe y cómo lo sabe y actuar en consecuencia para conseguir una sociedad más justa. Para ello sostienen que es indispensable esforzarse por la humildad intelectual, reconocer la diferencia entre las opiniones y el conocimiento fundamentado, dejar de lado la evidencia anecdótica personal y observar patrones sociales más amplios, darse cuenta de las propias reacciones defensivas e intentar utilizarlas como puntos de partida para obtener un autoconocimiento más profundo y reconocer como nuestra propia posición social (raza, clase social, género, sexualidad, capacidad, etc.) influye en nuestro comportamiento, perspectivas y reacciones hacia los demás. Sin embargo, como especificaremos más adelante, basándonos en los argumentos de diferentes expertos, los currículums de la formación inicial de la enfermería son socialmente poco críticos, y no abordan temas relacionados con el poder, la opresión, o las injusticias.

Atendiendo a lo anterior, la justicia social no puede tener lugar sin la **solidaridad**, entendida en la línea de Luis de Sebastián (1996) como: "El reconocimiento práctico de la obligación natural que tienen los individuos y los grupos humanos de contribuir al bienestar de los que tienen que ver con ellos, especialmente de los que tienen mayor necesidad" (citado por Moreno Preciado, 2012). Otros autores, como Dawson y Verweij (2012), delimitan la solidaridad como la identificación personal con un compromiso colectivo para asumir los costes (financieros, sociales, emocionales o de otro tipo) de ayudar a los otros (Dawson y Verweij, 2012). Y añaden que dicho compromiso es sentimental y motivacional(Dawson y Verweij, 2012; Puyol, 2017). Es decir, que la solidaridad no puede imponer obligaciones directas. Como describe Puyol (2017):

> La solidaridad no implicaría el deber de ayudar a quien lo necesita o, en el caso de la salud, el deber de asegurar asistencia sanitaria a quien no se la puede procurar a sí mismo, sino en "ver y aceptar la naturaleza esencialmente social de la ética" […] La solidaridad no es únicamente un sentimiento de compasión o de mera simpatía hacia las personas enfermas, sino el reconocimiento a la vez cognitivo y afectivo de que los individuos estamos necesariamente conectados.

Dawson y Verweij (2012), distinguen dos sentidos de solidaridad: la solidaridad racional y la solidaridad constitutiva. La primera tiene lugar cuando se considera importante que un grupo o una sociedad reconozca una amenaza colectiva y considere que "permanecer juntos" es el mejor medio para minimizar o evitar el daño. Se trata de un enfoque planificado, consensuado y centrado en los medios más eficaces para alcanzar el fin deseado. El enfoque puede ser descendente (por parte de actores como los gobiernos) y se centrará en instigar y fomentar dicha solidaridad apelando a los beneficios tanto para los individuos como para el grupo. En este caso, la solidaridad puede solicitar a las personas que dejen de lado sus intereses individuales a corto plazo para obtener beneficios individuales y colectivos a más largo plazo mediante el uso de una retórica como "juntos podemos vencer". Un ejemplo clave de este tipo de solidaridad puede ser la respuesta a una pandemia, como comprobamos con el covid-19. El otro sentido de la solidaridad, la solidaridad constitutiva, es de naturaleza diferente. Se trata claramente un concepto social: "una función de valores, significados e identidad compartidos", que describe un conjunto de normas sobre cómo nos comportamos los unos con los otros en los grupos sociales. Surge de lo que somos como miembros de ese grupo. Su existencia no depende del consentimiento, de la firma de ningún contrato o sentido de beneficio recíproco o mutuo (Dawson y Verweij, 2012).

En definitiva, se puede dar justicia social sin solidaridad en su sentido abstracto, es decir, a través de leyes o políticas que tengan el objetivo de garantizar la igualdad o equidad desde

una perspectiva de derechos. Sin embargo, esta justicia estará limitada, pues parece difícil concebir una sociedad verdaderamente justa, o lograr una justicia social duradera, sin una actitud solidaria entre las personas y grupos que la conforman. La solidaridad es esencial para promover la empatía y la cooperación entre los individuos, y para crear una cultura de responsabilidad social en la que se valore el bienestar de todas las personas.

El vínculo de la justicia social y la enfermería, al igual que con la dignidad, se materializa en que está considerado como un valor esencial de la profesión, donde se define como: actuar de acuerdo con un trato equitativo e imparcial independientemente de la situación económica, la raza, la etnia, la edad, la ciudadanía, la discapacidad o la orientación sexual (AACN, 2008).

Para finalizar, haremos alusión al estudio *Critical discourse analysis of social justice in nursing's foundational documents* (*Análisis crítico del discurso de la justicia social en los documentos fundacionales de la enfermería*) donde Valderama-Wallace (2017) muestra como la mayor parte de la investigación revisada sobre educación en enfermería y justicia social es exploratoria y descriptiva, con una notable falta de revisiones sistemáticas. La autora, identifica que la mayoría de los estudios son una llamada a la acción, y algunos se centran en la competencia cultural o en los cuidados culturalmente sensibles, otros plantean la integración de la justicia social en los currículums a través del análisis del deber y libertad académicos, la evaluación clínica, el aprendizaje servicio y diversos enfoques curriculares y pedagógicos. Concluyen de su visión de conjunto en la necesidad de promover investigación y educación en enfermería innovadora que cambie el enfoque, intentando aumentar la conciencia de las diversas formas de injusticia e involucrar al alumnado de enfermería en acciones transformadoras que modifiquen los sistemas que mantienen las desigualdades. Volveremos a esta cuestión más adelante, por ahora concluimos con una de las propuestas de esta autora:

> Se necesita un plan firme para suscitar visiones más amplias de la práctica y la educación de la enfermería y promover la acción entre las generaciones actuales y futuras de enfermeras […] Los programas integrados de sociología, educación, planificación urbana, economía, estudios étnicos y culturales y ciencias políticas, por ejemplo, arrojarían luz sobre los vínculos críticos entre la enfermería, los determinantes sociales de la salud y la justicia social (Valderama-Wallace, 2017).

3.1.5 Diversidad social, estigma y discriminación

> Somos diferentes los hombres de las mujeres, los altos de los bajos, los gruesos respecto de los delgados, aquellos que prefieren la carne o el pescado. Así sucede también con las creencias, tradiciones y costumbres […] La diversidad es un hecho natural. En cambio, no todos nacemos libres e iguales, o, por decirlo de otro modo, la desigualdad es una construcción de la sociedad (Foessa, 2019c, p. 102).

La diversidad social hace referencia a una gran variedad de características individuales, poblacionales y sociales, que incluyen, pero no se limitan a la edad, el sexo, la raza, la etnia, la orientación sexual, la identidad de género, las estructuras familiares, las ubicaciones geográficas, el origen nacional, la cultura, el idioma, las capacidades físicas, funcionales y de aprendizaje, las creencias religiosas y morales y el estatus socioeconómico (AACEN, 2017). Existen muchas definiciones de diversidad. La mayoría afirman que engloba las diferencias entre grupos o entre individuos. Muchas definiciones, además, incorporan el reconocimiento de

USC DE COMPOSTELA

que no todos somos iguales y que es imperativo que se reconozcan las diferencias para que se produzca comprensión y crecimiento entre los que son diversos (Cook, 2003).

Según la RAE la diversidad es la variedad, desemejanza, diferencia; y estas tres acepciones son, precisamente, sus dimensiones fundamentales (Asociación de Academias de la Lengua Española [ASALE] y RAE, s. f.). Es decir, la diversidad significa reconocer lo heterogéneo, lo que implica diferencias, y que estas pueden llevar a la exclusión al suponer conflicto, tensión o divergencia. Estas diferencias se manifiestan de forma visible, pero también implícitamente, a través de expresiones tácitas no observables a simple vista. La importancia de estas dimensiones radica en su poder, ya sean visibles o invisibles, de generar desigualdades, y en consecuencia discriminación. Esto puede originar barreras para participación social de las personas, así como su acceso a puestos de trabajo, a la educación o a la salud (Cook, 2003).

Se entiende discriminación como el proceso por el que una o varias personas de un grupo socialmente definido son tratados diferente (de manera injusta y peyorativa) por el hecho de pertenecer a dicho grupo (Krieger, 2001; Utzet, 2019). El comité de Derechos Humanos del Sistema de Naciones Unidas, la define como:

> […] toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se base en determinados motivos como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (Naciones Unidas, 1989).

Como señala Krieger (2001) este trato injusto surge de la "creencias sociales que cada grupo o individuo tiene sobre el otro y a patrones de dominación y opresión, considerados expresiones de una lucha por el poder y privilegios". En consecuencia, según esta autora las personas y las instituciones que discriminan negativamente restringen, mediante juicios y acciones, la vida de aquellas personas contra las que la ejercen. Así mismo, la falta de relación o contacto con estas personas o grupos acentúa su percepción como "raros" o "extraños", y esas características sumadas a la exageración de las diferencias percibidas entre "ellos" y "nosotros", resultan en la elaboración de estereotipos negativos que se utilizan finalmente para justificar las conductas discriminatorias (Molero et al., 2001, p. 18).

La discriminación puede ser estructural, institucional o interpersonal (Utzet, 2019). Generalmente es negativa, pero, también existe la positiva[47] que pretende rectificar las desigualdades creadas por la discriminación (Krieger, 2001). La discriminación también puede ser directa e indirecta, por asociación o por error, múltiple e interseccional (Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, 2022, p. 14). Además puede ser inconsciente, y por tanto involuntaria, con el peligro de convertirse en algo habitual y persistente, y activarse sin darnos cuenta a pesar de nuestras buenas intenciones (Bucknor-Ferron y Zagaja, 2017).

Para comprender la discriminación como conducta, es necesario aclarar otros fenómenos vinculados. Es el caso del estigma, introducido como concepto en las ciencias sociales por Goffman (1963), quien lo definió como "un atributo que es profundamente devaluador y que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo" (Goffman, 2006, p. 12). Ottati et al., 2005 lo describieron como un proceso de construcción social dinámico que se manifiesta en tres

[47] Discriminación positiva según la RAE: Política o programa que proporciona acceso preferencial a la educación, al empleo, a la asistencia sanitaria o al bienestar social a personas de un grupo minoritario que tradicionalmente han sido objeto de discriminación, con el objetivo de crear una sociedad más igualitaria (RAE, s. f.-b).

aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación. En otras palabras, el estigma es una poderosa fuente de exclusión que implica etiquetado, descrédito, estereotipos, discriminación, pérdida de estatus y desigualdad de poder (Yanicki et al., 2015).

Los estereotipos, representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, es decir, las creencias sobre ese grupo. Cuando se aplican los estereotipos, y cuando se experimentan reacciones emocionales negativas por ello, se están poniendo en marcha los prejuicios ("pensar mal de otras personas sin motivo suficiente" (Allport, 1971, p. 21)), que se manifiestan en forma de actitudes y valoraciones, que pueden provocar reacciones de miedo, temor, desconfianza... las cuales, en última instancia, pueden dar lugar a la discriminación; esto serían, todos aquellos comportamientos de rechazo, crítica, trato injusto o sobreprotección -en su otra cara- que ponen a las personas en situación de desventaja (González Domínguez, 2019, p. 39; Ottati et al., 2005). Todo esto legitima el hecho de que estas personas o grupos sean excluidas moralmente de la sociedad, de la vida social, es una acción/conducta de intolerancia que facilita la segregación de personas y colectivos.

En este escenario como sugieren Yanicki et al. (2015) parece necesario abordar las actitudes y creencias sociales, la desigualdad de poder y las desventajas multidimensionales para superar el estigma y la discriminación. Ciertamente, la evolución de nuestra sociedad exige una respuesta más amplia y eficaz para abordar los retos frente a la inclusión y disfrute de derechos humanos y libertades fundamentales, sin discriminación. En el último barómetro de discriminación de la Unión Europea (2019) más de la mitad de la muestra (59%) manifestó que la discriminación por origen étnico y color de la piel está muy extendida en su país, casi la mitad (48%) afirmó que la discriminación por la identidad de género o por la orientación sexual (53%) también, el 47% señaló a la religión o creencias, un 44% a la discapacidad, seguido por ser percibido muy mayor o muy joven (37%)(Unión Europea, 2019, p. 15). En suma, en el año 2020 la pandemia por covid-19 destapó carencias en el Sistema de Bienestar, manifestando problemas estructurales previos y recurrentes relacionados con la discriminación a escala global.

A pesar de ello, sobre el papel, parece que en España estamos experimentando un proceso de apertura y respeto de la diversidad y pluralidad, que ha conllevado un reconocimiento legal de derechos como es el caso de la reciente Ley integral para la igualdad de trato y no discriminación (Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, 2022), que en su artículo 2 declara:

> Se reconoce el derecho de toda persona a la igualdad de trato y no discriminación con independencia de su nacionalidad, de si son menores o mayores de edad o de si disfrutan o no de residencia legal. Nadie podrá ser discriminado por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, expresión de género, enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos, lengua, situación socioeconómica, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (Artículo 2, p 11).

Pero el derecho a la no discriminación no es algo nuevo en nuestras bases jurídicas, existe un cierto bagaje normativo, tanto a nivel europeo como estatal, que regula la identificación de situaciones de discriminación concretas dentro de la Unión Europea por diversos motivos y en diferentes ámbitos (Tabla 44).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 44 **Referencias a la no discriminación en fuentes jurídicas**
Elaboración propia a partir de diferentes fuentes: Carta Social Europea (1996); Constitución Española (1978); Diario Oficial de las Comunidades Europeas (2010); Naciones Unidas, (1948)

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	Artículo 7	[…]Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.
Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010)	Artículo 21	1. Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual. 2. Se prohíbe toda discriminación por razón de nacionalidad en el ámbito de aplicación de los Tratados y sin perjuicio de sus disposiciones particulares.
	Otros	Artículo 22 Diversidad cultural, religiosa y lingüística. Artículo 23 Igualdad entre hombres y mujeres. Artículo 24 Derechos del niño Artículo 25 Derechos de las personas mayores Artículo 26 Integración de las personas con discapacidad.
Carta Social Europea (1996)	Artículo E	Se garantizará el disfrute de los derechos reconocidos en la presente Carta sin discriminación alguna basada, en particular, en la raza, el color, el sexo, la lengua, la religión, las opiniones políticas o de otra naturaleza, la extracción u origen social, la salud, la pertenencia a una minoría nacional, el nacimiento o cualquier otra situación.
Constitución Española (1978)	Artículo 14	Derecho a la igualdad y a la no discriminación, citando como motivos especialmente rechazables el nacimiento, la raza, el sexo, la religión u opinión, y prohibiendo la discriminación por cualquier otra circunstancia personal o social.

Considerando todo lo anterior, parece que las sociedades occidentales avanzadas se han instalado en la "lógica de la diversidad", nos hemos habituado a vivir y convivir con lo diverso (diversidad de etnias, de culturas, de credos religiosos, de ideologías políticas, de condiciones sociolaborales, etc.), sin embargo:

> Lo "diferente" es lo habitual, lo heterogéneo es lo cotidiano, [...] bajo esa pauta diversificadora operan fuerzas de largo alcance que instalan fuertes tendencias homogeneizadoras. Diversidad sí, pero dentro de un límite (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2010, p. 296).

En coherencia, para combatir el estigma y la discriminación parece necesario promover la sensibilidad hacia la diversidad social, fomentar el respeto hacia las diferencias, en todas sus formas, y tomar medidas para prevenir y sancionar la discriminación, y, en su faceta más grave, la violencia. Esto no parece posible sin promover una educación en valores de tolerancia y empatía, y diseñar políticas y programas que promuevan la igualdad de oportunidades y el acceso a recursos para todas las personas independientemente de su condición social, etnia, género, orientación sexual, religión…

Con una mirada hacia la enfermería y su formación inicial, esto se traduce, tal y como sugiere Montserrat Teixidor (2004) en que:

> Aprender a ser enfermera implica el descubrimiento de lo que significa "el cuidar", reconocer que cuidar, y todo cuanto comporta, implica tener una fuerte voluntad para comprender al ser humano enfrentado a situaciones de sufrimiento, de dificultad, discapacidad, fragilidad… Esto nos sitúa ante la complejidad, porque cada persona es única, diferente y centrarse en cada

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> persona supone aceptar e integrar el reto de la diversidad, como un rasgo consustancial a la especie humana, constitutivo de la realidad social presente y futura. La diversidad se expresa en todos los órdenes, también en la forma de vivir un proceso de salud o de enfermedad, de la manera de manifestar y formular las demandas y en la de recibir y acoger el tratamiento y los cuidados. […]Todos estos retos se empiezan a afrontar en el momento en el que concebimos un currículum para la formación de enfermeras (p.14).

3.1.6 Discapacidad u oportunidades para la autonomía personal.

> Todas las personas tienen un mismo valor moral, independientemente de sus "capacidades, o dis-capacidades", y, por tanto, deben tener garantizados los mismos Derechos Humanos (Romañach y Lobato, 2007).

Las discapacidades son un fenómeno creciente, asociado a los cambios demográficos, epidemiológicos y de estilos de vida, así como a los adelantos técnico-científicos en el área de la salud. El concepto de discapacidad ha sido extensamente debatido en las últimas décadas, originando múltiples definiciones y la proliferación de modelos teóricos que tratan de explicarla. A pesar de la abundancia de estudios, seguimos siendo incapaces de explicar la discapacidad siguiendo un único modelo o definición (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019).

La Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad aprobada por la ONU en el año 2006, denominó a las personas con una o varias discapacidades "persona con discapacidad". El foro de vida independiente y divertad[48] , espacio reivindicativo a favor de los derechos de las personas con cualquier tipo de discapacidad, propuso por primera vez un año antes, en 2005, un cambio hacia una terminología con una mirada diferente, no negativa, acuñando así el término "diversidad funcional" (Romañach y Lobato, 2007).

La causa de esta discrepancia la explican Rodríguez Díaz y Ferreira (2010) en "Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional":

> Las personas con diversidad funcional han sido definidas mediante conceptos que son el polo negativo de categorizaciones dicotómicas: son personas discapacitadas (sin capacidad), anormales (sin normalidad), enfermas (sin salud), dependientes (sin independencia); son, en definitiva, personas defectuosas. Esta asignación de sentido de carácter negativo ha tenido implicaciones prácticas severas: las personas con diversidad funcional han sido tratadas de determinada manera, en virtud de que su condición de tales ha sido entendida de determinada forma, en diversos momentos históricos y en distintos contextos socio-culturales (p. 295).

Ciertamente, existe evidencia de la estrecha relación entre el concepto de discapacidad y la práctica social creada alrededor de él, sin embargo, mientras algunos autores defienden que es el fundamento conceptual y teórico el que da lugar a una determinada respuesta social, otros, aludiendo especialmente a la atención a personas consideradas diferentes, sostienen que:

> El temor a lo distinto y la inseguridad y desconfianza que produce al ser humano el encuentro con lo desconocido es lo que da lugar a una serie de prácticas sociales diferenciadas que justifican por medio de su teorización y, por consiguiente, surge el concepto correspondiente (Aparicio Agreda, 2009).

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

[48] La palabra Divertad es una palabra inventada. Síntesis de dignidad y libertad apunta al objetivo último del Foro, la plena consecución de estas por las personas discriminadas por su diversidad, en este caso funcional.

En la línea de Romañach Cabrero y Lobato (2007) sabemos que "las palabras o términos llevan asociados ideas y conceptos, y que esta correspondencia no es azarosa sino que representan valores culturalmente aceptados del objeto o ser nombrado. Además, estos valores se transmiten en el tiempo utilizando las palabras como vehículo". Sin embargo, no queremos entrar en debates sobre qué terminología es correcta y cual no, los dos referidos son los usados hoy en día y se considera que ambos ensalzan el respeto a la persona[49]. Asimismo, asumimos ya de antemano que nuestra visión es parcial y relativa, y no se propone una definición o concepción global y universalista, sino que el objetivo es revelar ciertos aspectos de una realidad compleja desde un punto de vista particular, compatible con otros distintos.

En las últimas décadas multitud de acciones, planes, programas y estrategias desarrolladas por organizaciones internacionales, nacionales y locales, así como las investigaciones y el interés en círculos académicos, han facilitado y fomentado el discurso sobre discapacidad, dando lugar a nuevos modelos teóricos que tienen por objeto, no solo la definición del concepto, sino la mejora de políticas inclusivas que hagan definitiva la integración de las personas con discapacidad en todos los niveles de la vida social (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019). De este modo, tal y como sugieren Pérez Dalmeda y Chhabra (2019), para delimitar una concepción actual de la discapacidad, es necesario realizar un breve recorrido histórico, aun considerando las dificultades a las que se enfrentan los modelos teóricos para definirla, al no existir un punto de partida concreto basado en algo estático, físico o funcional. También, como añade Aparicio Agreda (2009) a que sus significados son propios de cada contexto sociocultural y enfoque comprensivo desde el que se justifican

Se distinguen tres paradigmas en la concepción de la discapacidad, el modelo de la prescindencia, el modelo médico-rehabilitador -ambos considerados individualistas- y el modelo social (Aparicio Agreda, 2009; Ferreira, 2010; Lidón, 2015, p. 153; Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019) (Tabla 45). El primero, también denominado tradicional, moral o religioso, ha sido el preponderante desde la antigüedad hasta aproximadamente el comienzo del siglo XX. Su designación se debe a las concepciones religiosas, conforme a las cuales la discapacidad se entendía como un castigo divino, y se vinculaba a la idea de fallo moral o de pecado. Ligada además a sentimientos de vergüenza en una dimensión social que asume que son vidas desgraciadas que no merecen ser vividas, y desde lo productivo son vistas como un lastre pues no aportan nada a la comunidad, de forma que las dos soluciones son, o bien la eugenesia o bien la marginación (Lidón, 2015, p. 153).

Tabla 45 **Diferencias entre el modelo médico-rehabilitador y el modelo social de la discapacidad**
Fuente: Conde Melguizo (2014, p. 161).

Modelo médico-rehabilitador	Modelo social
Observa la discapacidad como una característica de la persona, cuya causa directa es la enfermedad, un trauma o cualquier otra causa relacionada con la salud.	Observa la discapacidad como un problema de origen social y que no puede explicarse plenamente por los atributos individuales de la persona.

Las sociedades modernas, al atravesar el proceso de industrialización, mantuvieron una postura de exclusión de la discapacidad, pero en este caso a través de los valores dominantes en el capitalismo donde solo es apto el cuerpo con capacidad productiva (Conde Melguizo, 2014). Al mismo tiempo, la primacía de la ciencia como discurso dominante frente al "fatalismo divino" anterior, propició que la discapacidad pasase a ser entendida como un tema médico,

[49] Es esta tesis se utilizará el término "personas con discapacidad".

como una enfermedad o alteración de la salud (Ferreira, 2010). Surge así a principios del s.XX el modelo médico-rehabilitador. Según esta concepción, tener una discapacidad es sinónimo de poseer un cuerpo defectuoso, impedido, que condiciona y restringe la experiencia vital de la persona con discapacidad. La discapacidad se atribuye al individuo y se entiende como una variación negativa de la norma biológica, que imposibilita las capacidades funcionales de la persona, que se etiqueta como enferma, relegándola automáticamente de cualquier expectativa y responsabilidad social, con la institucionalización como alternativa principal. Este modelo se basa en el diagnóstico clínico y en la categorización, concediéndole el papel primordial a los médicos y otros profesionales sociosanitarios (enfermeras, fisioterapeutas, educadores…)(Ferreira, 2010, p. 49; Lidón, 2015; Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019). No situamos, de este modo, en un campo estrictamente médico, descriptivo y fundamentalmente estático (Aparicio Agreda, 2009).

Ambos modelos entienden que la discapacidad lleva inexorablemente a la vulnerabilidad y dependencia, tratándose desde la caridad o los cuidados (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019). Comparten la mirada sesgada y de superioridad del ser humano sin discapacidad con consecuencias vitales diferentes y justifican la exclusión, la discriminación o la desigualdad apoyándose en la "causa natural" -ya sea divina o biológica- de la discapacidad. La consecuencia de esta linealidad de pensamiento, como señala Lidón (2015), se produce porque ambos se centran en la deficiencia en lo que no hay o funciona diferente, y así, se pierde la visión de la persona.

A pesar de que en la década de los 70 del s.XX, muchas personas con discapacidad comenzaron a organizarse en Europa, Estados Unidos o Canadá reivindicando cambios en sus condiciones de vida (como la institucionalización, la desigualdad de oportunidades y participación social), el ideario que sobresale es el de la "normalización -médica" auspiciado por la publicación de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CDDM) por la OMS en 1980. Esta categorización continuaba orbitando alrededor de la enfermedad y en la dificultad que ésta representa en la capacidad de la persona para desempeñar las funciones y obligaciones que socialmente se esperan de ella (Aparicio Agreda, 2009; Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019).

La CDDM estuvo vigente hasta el año 2001 cuando se publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001) (Ilustración 14). Una declaración de intenciones, con una visión más positiva de la discapacidad en la que ya no se alude a la enfermedad, sino al funcionamiento, intentando desplazar el problema del individuo al entorno (Romañach y Lobato, 2007). Surge pues lo que se conoce como modelo Biopsicosocial (a caballo entre el modelo médico-rehabilitador y el modelo social). En este se sustituye la deficiencia de la clasificación anterior por déficit de funcionamiento[50], la discapacidad por limitación de la actividad[51] y minusvalía por restricción de la participación[52]. Incorpora además el concepto de barreras, enfatizando en todos aquellos factores ambientales del entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad[53] (Romañach y Lobato, 2007; Sarabia y Egea, 2001).

[50] Término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación (OMS, 2001, p. 3).

[51] Limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades cotidianas (CIF, OMS, 2001, p.13).

[52] Participación es el acto de involucrarse en una situación vital (OMS, 2001, p. 11).

[53] Pueden incluir aspectos como por ejemplo un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las mujeres y hombres hacia la discapacidad, y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

UCM UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

> El modelo biopsicosocial es un punto de consenso o de síntesis entre el modelo médico y el modelo social surgido de la influencia de los movimientos de vida independiente en la OMS. Para el modelo biopsicosocial, la autonomía personal recoge las actividades de la vida diaria, pero también una extensa lista de actividades de participación social sin las cuales una persona no puede ser considerada autónoma (Conde Melguizo, 2014, p. 170).

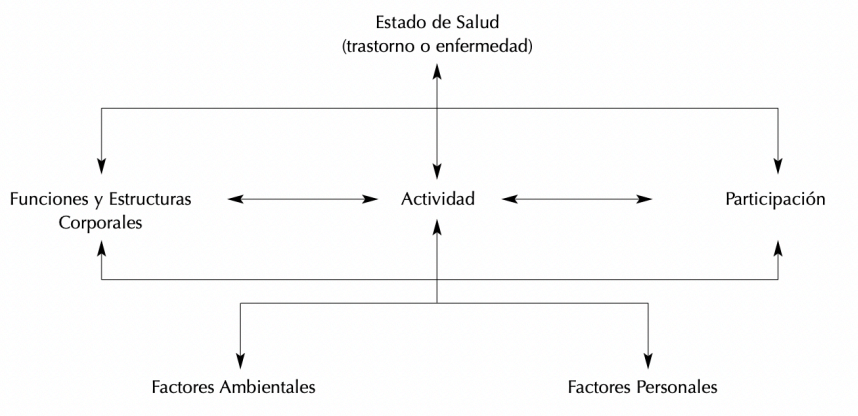


Ilustración 14 **Esquema interacciones multidimensionales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud**
Fuente: OMS (2001, p. 21)

El cambio trascendental tiene que ver con que desde este momento se asume que todos podemos experimentar en un momento determinado de nuestra vida un deterioro de la salud, una pérdida de funcionalidad, y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Además, se entiende que las capacidades de las personas son diversas por lo que se deben eliminar las barreras y promover que puedan funcionar con autonomía. "Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales"(OMS, 2001, p. 12).En esta dirección Ángeles Parrilla (2002) nos dice:

> El modelo social, que surge como respuesta a la concepción y modelo médico de explicación de la discapacidad, plantea la influencia social en el proceso que lleva a crear identidades discapacitadas, a través de una sociedad que es en sí misma discapacitadora (en un ambiente físico, en su política económica, sanitaria, en su composición social...) y que legitima una visión negativa de las diferencias. (p.20).

No obstante, continúa la reivindicación de un modelo que aprecie, en palabras de Romañach y Lobato (2007) "la diversidad en la diversidad". Que no ignore que las personas diferentes no se tienen en cuenta y se discriminan por parte de las mayorías, excluyéndose de sus procesos constructivos sociales y del entorno, que no consideran la diversidad de sus miembros. En esencia esto es lo que proclama el modelo de diversidad funcional, que, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia. En otras palabras, se comprende la discapacidad "como parte de la diversidad humana, diversidad que es entendida como fuente de riqueza" (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019). De nuevo, volviendo a Parrilla (2002):

USC DE COMPOSTELA

> En la práctica este planteamiento ha supuesto que dentro del movimiento inclusivo se considere el papel protagonista de los "excluidos en el proceso de inclusión" (como personas con derechos, con autonomía y capacidad de decisión y participación efectiva). Esto ha hecho que aparezcan en escena nuevas voces (las de los excluidos, que han llegado a organizarse en asociaciones que reclaman su espacio y derechos como ciudadanos), nuevos ámbitos y referentes para la propia investigación y una nueva conciencia sobre la política y participación social en condiciones de igualdad (que se refleja no sólo en mandatos legales, sino también en la incorporación paulatina de personas con y sin discapacidad en los mismos grupos y comunidades). (p.20).

Todo lo anterior no es solo una cuestión teórica, sino una cuestión de derechos. Si bien, la Declaración Universal de 1948 se formuló un amplísimo catálogo de derechos para todas las personas que, indudablemente por su generalización y globalidad, afectaba y beneficiaba a las personas con discapacidad. Paradójicamente, estas formulaciones genéricas no se tradujeron en las medidas concretas necesarias hasta muchos años después. En efecto, hasta el año 2008 no tuvo lugar una convención especial para la protección específica de la dignidad y de los derechos de las personas con discapacidad (de Lorenzo, 2015, p. 10). La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2008), ratificada por el Estado español (Jefatura del Estado, 2008) supuso un cambio de perspectiva trascendental, y facilitó una transición -a día de hoy inconclusa- del modelo médico-asistencialista, que definía a este colectivo como objeto de protección, asistencia y cuidado, a un modelo social donde las personas con discapacidad aspiran a ser sujetos de pleno derecho. La Convención plantea como principios:

a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
b) La no discriminación.
c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
e) La igualdad de oportunidades.
f) La accesibilidad.
g) La igualdad entre el hombre y la mujer.

En coherencia, las nuevas proyecciones de las discapacidades dirigen la atención al trato de la persona con discapacidad como un ciudadano/a cuyos problemas principales derivan de un entorno inaccesible, del que surgen la mayor parte de las causas de sus dificultades, y subrayan que donde debe actuarse no es tanto, o solo, en la persona, sino en el entorno para que las consecuencias de la deficiencia se eliminen o se atenúen y permitan que el sujeto pueda desarrollar plenamente su personalidad e incorporarse activamente a la vida ciudadana (de Lorenzo, 2015). En consecuencia, desde principios de los 2000 se tiene en cuenta que las políticas de bienestar, como apunta Lourdes Aparicio Agreda (2009) "han de tener como destinatarios a todos los ciudadanos mediante el diseño de planificaciones centradas en la persona, que tengan en cuenta sus experiencias, aspiraciones y necesidades individuales para lograr la propia experiencia de calidad de vida" (p 134).

En esta línea surgen leyes populares en España, como la *Ley de Dependencia* (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006), que reconoce el derecho de la persona con discapacidad a

tener apoyos para ser autónoma, planteando como principios "La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia[54], en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación" (Artículo 3, b) o "La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real"(Artículo 3, e).

> La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos: a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible. b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad (Artículo 13. Ley de Dependencia).

No obstante, tras 20 años en vigor, parece que la ley se ha materializado esencialmente en prestaciones económicas o de asistencia a las necesidades más básicas, sin tener en cuenta a las personas beneficiarias, lo que contradictoriamente ha menoscabado su autonomía, perpetuando el modelo médico-rehabilitador. Por este motivo en el año 2022 se ha anunciado un proyecto de ley para modificarla, con el fin de que las "prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sean acordes a las circunstancias, preferencias y voluntad de cada persona en situación de dependencia en el diseño, planificación y seguimiento de sus intervenciones, de forma que se preste una atención centrada en la persona"(Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia., 2022)[55].

El encuadre se acerca más a un modelo de calidad de vida, ecológico, es decir, que comprende y analiza el impacto del ambiente y promueve apoyos individualizados para el funcionamiento de la persona, por un lado, pero al mismo tiempo fomenta que el diseño de los servicios, entornos, productos… se haga pensando en la diversidad de personas que componen la sociedad. Según Schalock y Verdugo (2007). la calidad de vida es "un estado deseado de bienestar personal que: es multidimensional, tiene propiedades éticas (universales) y émicas (1igadas a la cultura), tiene componentes objetivos y subjetivos y esta influenciada por factores personales y ambientales". De acuerdo con estos autores la calidad de vida se mejora con la promoción de la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y un sentido de pertenencia, y su aplicación debe basarse en evidencias y estándares; establecen ocho dimensiones de la calidad de vida entre las que se encuentra la inclusión social: bienestar material, bienestar físico, bienestar emocional, derechos, inclusión social, relaciones interpersonales, autodeterminación y desarrollo personal.

De todo lo anterior, interpretamos que la vanguardia de las corrientes de pensamiento, movimientos sociales relacionados con la discapacidad y la diversidad funcional, o de los debates académicos, se inclina hacia la accesibilidad[56], el diseño universal, la autonomía personal y la participación social, que plantean trasladar la responsabilidad de la aparición de

[54] Dependencia: "El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal" (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006).

[55] En la fecha de finalización de esta Tesis, solo ha sido publicado un Real Decreto por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, no la ley en su conjunto.

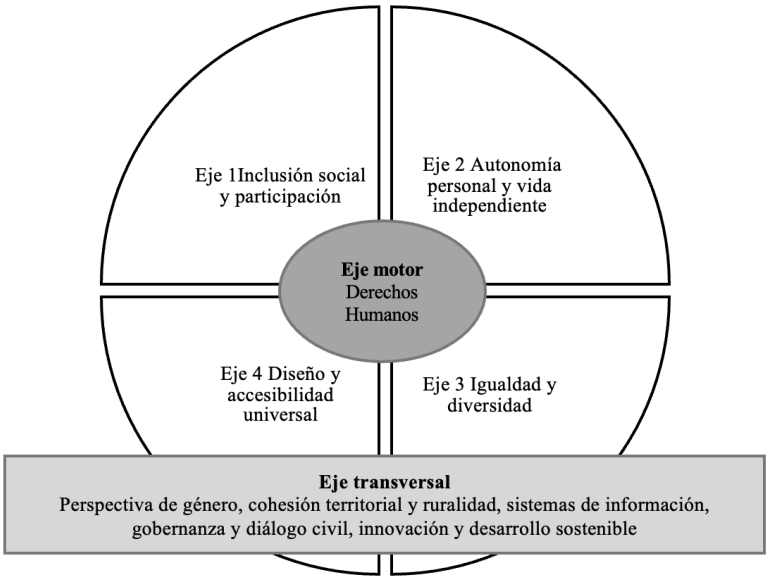
[56] La accesibilidad es una condición previa para que las personas con discapacidad, hombres y mujeres, puedan vivir de forma independiente y participar plenamente en la sociedad en igualdad de condiciones (Jefatura del Estado, 2022)

la discapacidad desde los elementos funcionales del cuerpo -diversidad funcional- a los elementos del entorno -diseño universal-. De la combinación de ambos surge o no la autonomía personal. Es decir, "el contexto y el entorno se convierten en las fuentes de dependencia, y no el cuerpo de la persona con diversidad funcional"(Conde Melguizo, 2014, p. 171).

Ejemplos de la prevalencia de este discurso son los 4 ejes estratégicos la reciente *Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030*(Ilustración 15): inclusión social y participación, autonomía personal y vida independiente, igualdad y diversidad, diseño y accesibilidad universal (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022, p. 54) (Ilustración 2). Las modificaciones de la *Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social* (2022), que determinan la incorporación al concepto de accesibilidad universal la consideración de la accesibilidad cognitiva, entre otros cambios ligados a la igualdad de oportunidades, la participación en la vida pública y la no discriminación (Jefatura del Estado, 2022). La actualización del concepto de discapacidad en el Diccionario de la Lengua Española (2020) que ha sustituido la acepción "disminución por un problema físico, sensorial o psíquico" por "situación de la persona que por sus condiciones físicas o mentales duraderas, se enfrenta con notables barreras de acceso a su participación social" (ASALE y RAE, 2020). O la reciente aprobación de la reforma del artículo 49 de la Constitución Española, que ha ampliado los derechos de las personas con discapacidad y ha eliminado del texto la expresión "disminuidos psíquicos, sensoriales y psíquicos":

> Los poderes públicos impulsarán las políticas que garanticen la plena autonomía personal y la inclusión social de las personas con discapacidad, en entornos universalmente accesibles. Asimismo, fomentarán la participación de sus organizaciones, en los términos que la ley establezca. Se atenderán particularmente las necesidades específicas de las mujeres y los menores con discapacidad.

Ilustración 15 Ejes estratégicos "Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030"
Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022).



USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Con todo, las personas con discapacidad continúan encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social. Alrededor del 30% de la población con discapacidad de la UE vive en la actualidad en riesgo de exclusión (Observatorio Estatal de la Discapacidad [OED], 2023). La encuesta de tendencias sociales del Centro de Investigaciones Sociológicas ([CIS] , 2023), expone que es mayoritaria una percepción positiva sobre el futuro de las personas con discapacidad (el 70,1% de la muestra sostiene que en 10 años habrá una mayor inclusión de las personas con discapacidad).

En general, se debe promover la inclusión y la igualdad de oportunidades para todas las personas, independientemente de sus habilidades o discapacidades, y brindarles el apoyo y los recursos necesarios para que puedan ejercer su autonomía personal de manera plena y satisfactoria. Para lograrlo, en el ámbito de estudio que nos ocupa, el documento *Los derechos de las personas con discapacidad* (ONU, 2018) en el artículo 67 expone:

> Las facultades de medicina y de la salud deben revisar sus planes de estudio para garantizar que la educación que reflejen adecuadamente las necesidades y los derechos sanitarios de las personas con discapacidad. Además, las personas con discapacidad que reúnan las cualificaciones adecuadas deben recibir apoyo en sus esfuerzos por formarse como profesionales de la salud (artículo 67).

En esta línea, el CIE en su Declaración de posición sobre "*Prevención de las Discapacidades y Cuidado de las Personas con discapacidad*"(CIE, 2006), cita áreas de crucial importancia para lograr atender a las personas con discapacidad, entre ellas la introducción de contenidos en los planes curriculares, apoyo a las personas con discapacidad y a sus familias para acceder a la formación e información y a los servicios de apoyo que les permitan vivir una vida satisfactoria. Afirma además que "la discapacidad puede ser física, mental, sensorial, psicológica o social y que afecta a una proporción importante de la población del mundo, de todos los grupos de edades y de todos los países y regiones y que las asociaciones nacionales de Enfermería pueden fomentar el valor de las cooperaciones, la defensa y la totalidad en la sociedad".

Este panorama aclara la necesidad de que los profesionales de enfermería desempeñen una función importante en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad no solo en el ámbito de la salud (en el cuidado de estas personas y en la prevención de las deficiencias), sino desde una perspectiva integradora. Según el CIE entre las estrategias para conseguir la máxima efectividad de la enfermería en el ámbito de la discapacidad se encuentra:

> Cerciorarse de que en la formación de enfermería se abordan todas las competencias necesarias para prevenir la discapacidad y para cuidar y rehabilitar a las personas discapacitadas; promover una comprensión más completa de los problemas concretos que se plantean a las personas con discapacidades y a sus familias; e incluir la defensa y el conocimiento de los programas y recursos de la comunidad(CIE, 2006).

En este sentido merece especial consideración el documento que analiza la presencia en los planes de formación de enfermería en España de temas vinculados a la diversidad e inclusión, concretados en la existencia de materias vinculadas a la discapacidad, y con propuestas específicas, realizado por la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE): *Formación curricular en diseño para todas las personas*. *Enfermería* (2016). Importa anotar que entre el listado de materias identificadas no se hace referencia a ninguna Escuela/Facultad de Galicia:

USC DE COMPOSTELA

> En los estudios de Grado está presente esta perspectiva a través de asignaturas específicas de carácter optativo principalmente u obligatorio, así como de itinerario formativo. En el Grado en Enfermería de la Universidad de Jaén se oferta la asignatura optativa "Cuidados de Enfermería en la discapacidad y espacio sociosanitario". En la misma línea la Universidad Pública de Navarra oferta como asignatura optativa de 3 ECTS la denominada "Atención de Enfermería en la dependencia y discapacidad". En el contexto de esta asignatura, el estudiantado participa en sesiones de rehabilitación y terapia cognitiva en una unidad de daño cerebral adquirido. El Grado en Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Lanzarote y Universidad de Fuerteventura, ofertan la asignatura optativa "Atención a la discapacidad y dependencia" de 3ECTS. El Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria - Gasteiz, oferta la asignatura optativa "Atención de Enfermería a personas en situación de dependencia" de 4,5 ECTS. El Grado en Enfermería de la Universidad de Alcalá oferta la asignatura optativa "Atención enfermera a personas en situación de dependencia" de 6 ECTS. El Grado en Enfermería de Murcia, presenta una asignatura obligatoria "Enfermería, discapacidad y dependencia", asignatura de 3 ECTS. También en la Universitat Jaume I de Castellón (p. 76).

En el documento también se realizan multitud de propuestas para promocionar un currículum con un enfoque inclusivo, entre las que se encuentran el análisis y adaptación de los planes de estudio, promover la oferta de asignaturas obligatorias, optativas o itinerarios formativos, promover líneas de investigación en este ámbito, la inclusión en la programación cultural de las universidades de actividades, actuaciones, programas, talleres de cultura, etc. que contribuyan a la visibilización de personas en situación de discapacidad o dependencia, difusión en foros docentes o científicos de la propuesta de formación curricular en esta dirección, entre otros (CRUE et al., 2016, p. 121).

3.1.7 Globalización, desarrollo sostenible y cuidados: un equilibrio frágil entre avances y desafíos

> Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible, pues todos tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza (Naciones Unidas, 1992).

La globalización es un término relativamente nuevo, que apareció por primera vez en la década de 1970 y suplantó rápidamente conceptos anteriores como internacionalización, poscolonialismo o nuevo orden económico internacional, que compartían un terreno más o menos similar. Es un concepto moderno, que se ha utilizado tanto y en ámbitos tan diversos que ha perdido rigor. Ha adquirido un fuerte carácter economicista que ha prevalecido sobre las demás asociaciones al volverse referente inevitable de la expansión de los mercados, el consumo global y la revolución digital. En términos generales hace referencia al proceso social de interdependencia entre países resultado del aumento y volumen de las comunicaciones, transacciones económicas y culturales, al mismo tiempo que se ha producido una difusión acelerada y generalizada de la tecnología (Labonte, 2015; McMichael, 2013).

De la misma forma, el término desarrollo sostenible es joven, comenzó a utilizarse en 1987 a consecuencia de la Comisión Mundial para el Medio ambiente y el Desarrollo (UNCED), que, a través del Informe de la Comisión Brundtland (1987) "*Nuestro futuro común"*, lo

conceptualizó y definió como "el desarrollo que satisface las necesidades actuales de las personas sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas"(CRUE, 2012, p. 1).

La globalización ofrece oportunidades y plantea desafíos para el desarrollo sostenible, pues, vivimos en un mundo interconectado, regido por los procesos económicos y un contexto altamente complejo marcado por las desigualdades sociales, el cambio climático, las migraciones masivas o las enfermedades infecciosas transnacionales (Gullón y Padilla, 2020). Y, al mismo tiempo, tal y como defiende Naciones Unidas (2020):

> Aspiramos a un mundo en el que sea universal el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas, el estado de derecho, la justicia, la igualdad y la no discriminación; donde se respeten las razas, el origen étnico y la diversidad cultural y en el que exista igualdad de oportunidades para que pueda realizarse plenamente el potencial humano y para contribuir a una prosperidad compartida (p. 4).

Este contraste, como argumenta el último informe sobre *Exclusión y desarrollo social en España* (Foessa, 2019) se explica – y se ha objetivado durante la pandemia por covid-19- porque "la globalización ha tenido lugar sin "*ethos* ni un adecuado sistema de gobernanza" (p. 64). Es decir:

> Al tiempo que muchos problemas han adquirido una dimensión global, también las ideas y los valores se han ido difundiendo a escala mundial gracias a la fuerza de los medios de comunicación de masas, especialmente desde la llegada de la revolución digital. Sin embargo, la intensificación de los flujos poblacionales, comerciales, financieros, productivos, tecnológicos y culturales entre los países no ha ido pareja a la aparición de un consenso respecto al modo en el que deberían relacionarse las naciones o a los rasgos básicos que debería tener la sociedad mundial. Más allá de la expansión de las relaciones económicas globales no se ha producido una paralela ampliación de los objetivos planetarios comunes, a pesar del acuerdo de todo tipo de analistas sociales y científicos respecto a su urgente necesidad (Foessa, 2019b, p. 64).

No obstante, con el fin de apaciguar esta tendencia y en la búsqueda de una "sociedad para todos", en los últimos 30 años sí que han tenido lugar diferentes iniciativas internacionales, comenzando por la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social (Copenhague, 1995), que reconoció la urgencia de intervenir para resolver los problemas sociales globales y promover el bienestar de la humanidad. La Declaración derivada (Naciones Unidas, 1995), aspiraba a "poner al ser humano en el centro del desarrollo […] asegurando la plena participación de todos" (p. 10), actuando principalmente sobre la pobreza, el desempleo y la marginación social, desde un enfoque holístico y de justicia social, y apostando por la inclusión social como medio esencial para todo ello

> Nos comprometemos a promover y a lograr los objetivos del acceso universal y equitativo a una educación de calidad, el nivel más alto posible de salud física y mental, y el acceso de todas las personas a la atención primaria de la salud, procurando de modo especial rectificar las desigualdades relacionadas con la situación social sin hacer distinción de raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad; a respetar y promover nuestras culturas comunes y particulares; a procurar fortalecer la función de la cultura en el desarrollo; a preservar las

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> bases esenciales de un desarrollo sostenible centrado en las personas; y a contribuir al pleno desarrollo de los recursos humanos y al desarrollo social. El fin de estas actividades es erradicar la pobreza, promover un empleo pleno y productivo y fomentar la integración social(Naciones Unidas, 1995, p. 21).

Resultado de los compromisos políticos adoptados en la cumbre se desarrollaron programas y acuerdos internacionales posteriores, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, formulados en el año 2000 en la conocida como "Declaración del Milenio". Estos objetivos enfatizaron en la inclusión social, centrando el discurso en la erradicación de la pobreza como medio para ello (Naciones Unidas, 2010, p. iii). En esta dirección, en 2015, ratificando los factores multidimensionales que afectan al bienestar de las personas y del planeta, los Estados miembros de las Naciones Unidas adoptaron por unanimidad 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en los que se solicita a todos los países alianzas y acciones que pongan fin a la pobreza, reduzcan las desigualdades y hagan frente al cambio climático de aquí a 2030 (Naciones Unidas, 2015, p. 1). Los principales objetivos de la Agenda 2030, se conocen como 5 P: *people* (personas), *planet* (planeta), *prosperity* (prosperidad), *peace* (paz) y *partnership* (alianzas) (Naciones Unidas, 2015, p. 2) (Tabla 46).

Tabla 46 **"Las 5 P para transformar el mundo" de la Agenda 2030 y sus ODS**
Fuente: Naciones Unidas (2015)

Objetivo	Descripción	ODS
Personas	Poner fin a la pobreza y el hambre en todas sus formas y asegurar la dignidad e igualdad de todas las personas	ODS 1 Poner fin a la pobreza ODS 2 Hambre cero ODS 3 Salud y bienestar ODS 4 Educación de calidad
Planeta	Proteger los recursos naturales del planeta y combatir el cambio climático para asegurar un ambiente digno para las futuras generaciones	ODS 6 Agua limpia y saneamiento ODS 12 Producción y consumo responsables ODS 13 Acción por el clima ODS 14 Vida submarina ODS 15 Vida de ecosistemas terrestres
Prosperidad	Asegurar que todos puedan disfrutar de una vida próspera y plena en armonía con la naturaleza	ODS 7 Energía asequible y no contaminante ODS 8 Trabajo decente y crecimiento económico ODS 9 Industria, innovación e infraestructura ODS 10 Reducción de las desigualdades ODS 11 Ciudades y comunidades sostenibles
Paz	Fomentar sociedades pacíficas, justas e inclusivas	ODS 16 Paz, justicia e instituciones sólidas
Alianzas	Implementar las acciones y programas a través de alianzas globales sólidas	ODS 17 Alianzas para lograr los objetivos

A pesar de los buenos propósitos, no solo actuales, sino de las últimas tres décadas, el último *Informe Europeo de Desarrollo Sostenible* (Lafortune et al., 2022; Sustainable Development Solutions Network, [SDSN] 2022) o el *12º Informe El Estado de la Pobreza. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030* (EAPN, 2022), advierten que el avance de los ODS ha retrocedido en algunos casos y se estancado en toda Europa y en el mundo desde el 2020. Señalan a la crisis sanitaria, de seguridad, financiera y climática de los últimos dos años como algunas de las causas de desaceleración de los resultados socioeconómicos y medioambientales.

Sin embargo, podemos señalar también a otros motivos, pues, según Serrate et al., (2019) pese a que existe consenso internacional sobre la necesidad de acciones que permitan crear conciencias críticas y ciudadanos activos, para que puedan hacer frente a los retos que nos plantea el mundo contemporáneo, global e interdependiente, cualquier iniciativa no tendrá éxito sin un cambio de paradigma, que implique transformaciones en lo económico, lo político y lo

cultural. Algo imposible, según Leff (2004) sin una evolución de las conciencias y comportamientos de los seres humanos. Por lo tanto, para avanzar hacia la meta de la sostenibilidad, de acuerdo con Antúnez López et al., (2017) es necesario modificar las actitudes y conductas. Los progresos en esa dirección dependen en gran medida de la formación, sensibilización e implicación de la ciudadanía. Según esto, las crisis antes mencionadas no serían tanto una causa como una consecuencia de la desaceleración socioeconómica y de las acciones políticas.

En esto, la Universidad, como institución educativa, dedicada a la generación y transmisión del conocimiento a través de la docencia y la investigación, impulsora de la innovación global, nacional y local, el desarrollo económico y el bienestar social, es trascendental. Especialmente en la investigación, difusión y aplicación de posibles soluciones y alternativas a los problemas globales a los que se enfrenta la sociedad actual (*Cómo empezar con los ODS en las universidades*, 2017). Las experiencias y aprendizaje de la comunidad universitaria son esenciales para aspirar al cambio que la Agenda 2030 pretende, y transitar hacia la cultura del desarrollo sostenible (Segalàs Coral y Sánchez Carracedo, 2019).

Dentro de los currículos universitarios, explorar la presencia de los ODS en la formación de los futuros profesionales sanitarios es fundamental. Un hilo transversal de todos los ODS es la salud (Osingada y Porta , 2020). Su importancia se hace explícita en el ODS 3 "Salud y bienestar", sin embargo, es una cuestión consustancial en todo el proyecto. Los determinantes sociales de la salud (DSS), entendidos como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (Wilkinson y Marmot, 2006), emanan de todos y cada uno de los ODS. La pobreza, la educación o el acceso al agua y saneamiento (ODS 1,2,4 y 6), el bienestar económico (ODS 8), y la capacidad de las ciudades y asentamientos humanos para ser inclusivos y resilientes (ODS 11) afectan directamente a la capacidad de la sociedad para crear, experimentar y mantener la salud. La salud a su vez influye en la capacidad de trabajar, participar y vivir con dignidad (Clark et al., 2016). Pero esta visión holística y global de la salud, contradice a la lógica biomédica imperante en los sistemas formativos de las Ciencias de la Salud. La Comisión sobre la educación de los profesionales de la salud para el siglo XXI, como desarrollaremos más adelante, afirma que la formación universitaria de los profesionales sanitarios está anticuada y es estática, produciendo graduados insuficientemente preparados, para comprender de manera amplia y en contexto las necesidades sociosanitarias contemporáneas (Bhutta et al., 2010).

En este contexto, y para concluir, nos queremos detener en el texto de Germán-Bes et al. (2014) *La relación entre globalización y salud y el reto de cuidar*. Este ofrece una reflexión de interés que complementa el argumento que hemos desarrollado en este apartado, al vincular las consecuencias de la globalización, en los cuidados y en la salud, además de con otros aspectos abordados a lo largo del capítulo. A continuación, presentamos algunos de sus puntos de vista que consideramos pertinentes para el contexto de esta tesis.

Plantean que la globalización tiene un impacto contradictorio en la salud porque por un lado fomenta la solidaridad y el intercambio de conocimientos, mientras que al mismo tiempo aumenta las desigualdades en salud dentro de los países y entre ellos. Un ejemplo ilustrativo es que en los países desarrollados han aumentado considerablemente las expectativas de vida gracias a los avances tecnológicos en medicina, mientras que, en otros lugares, millones de personas viven en condiciones precarias y tienen grandes dificultades para el acceso a medicamentos y atención básica. Además, sus "expectativas de vida son similares a las de la Edad Media en Europa" (p.77). También señalan a que la escasez de investigación financiada con fuentes públicas y las conexiones entre algunas élites médicas y la industria farmacéutica,

USC DE COMPOSTELA

nos sumerge en un ciclo pernicioso donde la industria tiende a privilegiar sus ganancias económicas sobre el bienestar de la comunidad. Esta idea, que va más allá de los objetivos de esta tesis, también la hemos encontrado en un artículo reciente publicado en la prestigiosa revista JAMA (Berwick, 2023), que reflexiona como esta lógica lucrativa y codiciosa en los sistemas sanitarios daña las culturas de compasión y profesionalidad, que son la base de la atención sanitaria.

Otros argumentos sobre las repercusiones de la globalización del texto de Germán-Bes et al. (2014) resaltan las consecuencias que la hegemonía de la tecno-medicina, cada vez más distanciada del cuidado, está teniendo en el sistema sanitario y en concreto en el personal de enfermería. Señalan a que progresivamente se han ido acortando los tiempos de hospitalización de los pacientes, con altas prematuras para priorizar la eficiencia económica, lo que está transformando los hospitales en lugares para el diagnóstico y el tratamiento, en detrimento de los cuidados. En consecuencia, los cuidados de enfermería se están trasladando a los hogares, lo que aumenta la carga laboral del personal de enfermería y otros profesionales de atención primaria, y contribuye a la vulnerabilidad de las familias, que deben asumir responsabilidades de cuidado adicionales. A esto se suman otros problemas, como las carencias en la Ley de Dependencia, que ya expusimos anteriormente, o el incremento de problemas de salud física y mental por la sobrecarga de cuidados, especialmente entre quienes los asumen: las mujeres y la población migrante. En definitiva, todos estos factores vinculados a la globalización incrementan las desigualdades sociales y de salud, además de interpelar al desarrollo sostenible de los sistemas sanitarios.

***

En el ecuador de este capítulo reunimos todos los aspectos tratados sobre la inclusión social en relación con la enfermería y su formación inicial, haciendo referencia al documento: *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice (Lo esencial de la formación de grado para la práctica profesional de la enfermería)* que la Asociación Americana de Facultades de Enfermería[57] publicó por primera vez en 1986 y revisó en 2008 y 2021. En el documento recogen los valores fundamentales de la profesión y lo que consideran competencias y conocimientos básicos de su formación, la mayoría de ellos, como puede apreciarse en la Tabla 47, se vinculan con los fenómenos asociados a la inclusión social que hemos desarrollado en las páginas anteriores, tales como la dignidad, la justicia social, la diversidad social o la globalización. Además, el documento defiende, para el interés de esta tesis, que las enfermeras, guiadas por estos valores, demuestran comportamientos éticos en la prestación de cuidados de salud seguros y humanistas.

Tabla 47 **Valores profesionales, competencias y conocimientos básicos de la formación inicial de enfermería según la Asociación Americana de Enfermería.**
Fuente: American Association of Colleges of Nursing (1998, 2008, 2021).

Valores profesionales	Competencias básicas	Conocimientos básicos
Altruismo Autonomía Dignidad humana Integridad Justicia social	Pensamiento crítico Comunicación Asesoramiento Destrezas técnicas	Promoción de la salud, reducción de riesgos y prevención de la enfermedad. Ética Diversidad humana Cuidado y salud global Política y sistemas sanitarios

[57] American Association of Colleges of Nursing (AACN).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En definitiva, tras explorar los fenómenos que establecen vínculos entre la inclusión social, los cuidados y la salud, y tras descubrir estas interconexiones con el avance del conocimiento en enfermería en este ámbito, podemos concluir que las relaciones sociales que conllevan falta de reconocimiento y de respeto, miedo a la diferencia y estigma muestran un desprecio por los principios éticos de la dignidad humana, la solidaridad y la justicia. Y eso, si concebimos el cuidado en su sentido integral y relacional, es incompatible con la práctica de la enfermería, por lo que se hace necesaria una formación *ad hoc*.

Delimitado el marco conceptual, a continuación, profundizamos de forma aislada en los fenómenos de exclusión e inclusión social, y los diferentes discursos alrededor de ellos, como paso previo, a un análisis más extenso sobre la inclusión social en el contexto sanitario.

3.2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Durante los primeros años de la década de los 90 del s.XX la inclusión social ganó mucha fuerza en la elaboración de políticas y prácticas comunitarias en la Unión Europea, principalmente como respuesta a la previsión de los peligros y los cambios asociados a la incipiente globalización, como el aumento de las desigualdades, no sólo materiales, sino por etnia, género o clase social dentro de los países y entre ellos. Así, el enfoque de las políticas sociales europeas empezaron a plantearse en términos de exclusión e inclusión social, enfatizando en los derechos de los ciudadanos a un nivel de vida básico y a la participación de estos en las oportunidades sociales y económicas (Hutchinson y Lee, 2014; Yanicki et al., 2015). En este contexto, la igualdad, los derechos sociales, la no discriminación, las capacidades, el reconocimiento y la participación comenzaron a ser los temas principales en el discurso de la política social europea (Yanicki et al., 2015).

Este cambio terminológico, que intentaba superar la visión excesivamente economicista que ofrecía el concepto de pobreza, como apuntan Subirats et al. (2009), no respondió simplemente a una moda de expresiones, sino a transformaciones que estaban teniendo lugar en la propia sociedad. La elección generalizada en Europa del término exclusión tuvo que ver con un alto grado de consenso teórico sobre la necesidad de utilizar una concepción que incluyese la naturaleza dinámica, multidimensional y heterogénea del fenómeno.

> De una concepción estática, que entendía la pobreza como situación de bajos ingresos en un momento determinado del tiempo, se pasa a una concepción que entiende la exclusión como un proceso; de la concepción dual que entendía la pobreza como una situación que afectaba a un colectivo diferenciado de la sociedad mayoritaria, se pasa a la diferenciación de una heterogeneidad de espacios situados en el continuo entre inclusión y exclusión, en los que puede haber distintos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad más leve hasta las situaciones de exclusión más graves (Subirats et al., 2009).

De esta forma, la inclusión social debe entenderse en contraste con la exclusión, pues, como sugiere Carmen Bell (2002) "la inclusión presupone estar excluido, no formar parte del conjunto social en alguno o muchos de sus componentes"(p. 8). No obstante, el concepto de inclusión social no es simplemente una respuesta a la exclusión, y aunque esta última suele ser el centro de debate y reflexión para muchos autores y documentos, otros sugieren que la inclusión social tiene valor por sí misma tanto como proceso como objetivo (Bach, 2002, p. viii; Yanicki et al., 2015).

USC

En estas condiciones, el debate público relacionado con la inclusión/exclusión social ha evolucionado notablemente en los últimos años. Actualmente trasciende a la pobreza y la marginación, abre una nueva realidad social donde se enfatiza en el carácter estructural de un proceso que no incluye (o excluye) a parte de la población de las oportunidades sociales y económicas, donde el problema no reside tan sólo en las desigualdades entre los más favorecidos y los más desfavorecidos de la escala social, sino también en las que existen entre quienes tienen un lugar en la sociedad y los que están separados de ella. La inclusión/exclusión social no sólo afectan a personas concretas que sufren calamidades, sino a grupos sociales enteros, que son objeto de discriminación o segregación (Comisión de las Comunidades Europeas, 1993, p. 24; Comisión Europea, 2020; Naciones Unidas, 2016).

En definitiva, se ha pasado de focalizar la atención en la pobreza, entendida como la carencia de recursos materiales[58] para responder a las necesidades básicas de alimentación, educación, salud o vivienda, a una perspectiva más amplia, que, sin desatender estas necesidades esenciales, suma el interés hacia la ausencia de derechos y capacidades básicas que imposibilitan una participación social plena (EAPN, 2012). Dicho de otro modo, al análisis de la desigualdad en la distribución de los recursos socialmente valorados, se han incorporado otros aspectos como la discriminación, la estigmatización, el rechazo social o la debilidad en las redes interpersonales, como coadyuvantes de las dinámicas que obstaculizan a algunas personas o grupos el acceso a determinados espacios, derechos o relaciones sociales que son el único medio para alcanzar ciertos recursos (Martínez Veiga, 1999, citado por Subirats et al., 2009). Así, la edad, el género, los orígenes culturales, la procedencia o el estado de salud pueden ser factores que determinen la situación de exclusión o inclusión social de una persona o colectivo, a lo que se suma la posición económica y en el mercado laboral, el nivel educativo y el capital cultural acumulado, las características de la vivienda y del territorio en que habita, entre otros muchos elementos (Naciones Unidas, 2016; Sandoval, 2016; Subirats et al., 2009).

Además, se ha transitado de un planteamiento asistencialista, que trataba de dar respuesta a las consecuencias más visibles de la pobreza sin cuestionar las causas en su origen, a un planteamiento transformador, en el que la inclusión se vincula a derechos sociales, a cuestiones de justicia social y de equidad como referentes de la acción social. De esta forma, en la actualidad se plantea un enfoque emancipador que apuesta por el desarrollo de las capacidades personales para que las personas excluidas o en riesgo de exclusión social, puedan responder por sí mismas a sus necesidades y problemas (EAPN, 2012, p. 21) (Tabla 48).

Tabla 48 **Evolución del planteamiento de la pobreza a la inclusión y exclusión social**
Fuente: EAPN Madrid (2018)

De las carencias básicas a la ausencia de derechos, capacidades y participación
Del asistencialismo a la emancipación

A la vista de lo anterior, se comprende que la conceptualización tanto de la inclusión como de la exclusión social es compleja y multidimensional, y aunque no existe una definición o un punto de referencia reconocido universalmente, la falta de participación en la sociedad parece estar en el centro de casi todas las definiciones presentadas por académicos, organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, entre otros (Bell Adell, 2002, p. 17; EAPN, 2012, p. 25; Hernández Pedreño, 2008, p. 26; Hutchinson y Lee, 2014, p. 121; Naciones Unidas, 2016, p. 19).

[58] Recursos en su dimensión monetaria (relacionada con los ingresos de los que dispone cada persona), o a su dimensión material (relacionada con los bienes y servicios de los que efectivamente dispone o tiene acceso cada persona en cuestión) (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019, p. 12).

De la misma forma, la participación social es un fenómeno difícil de delimitar y evaluar, pero sí existe consenso que puede verse obstaculizada cuando las personas carecen de acceso a los recursos materiales, lo que incluye la renta, el empleo o la vivienda, o a servicios como la educación y la atención sanitaria. Así mismo, la participación también se limita cuando las personas no pueden hacer oír su voz o interactuar entre sí, y cuando no se les concede el mismo respeto y protección de sus derechos y dignidad. Así pues, la exclusión social no sólo conlleva privaciones materiales, sino también la falta de autonomía o de control sobre las decisiones importantes, junto con sentimientos de alienación e inferioridad. En casi todos los países, en distintos grados, la edad, el sexo, la discapacidad, la etnia, la religión, la situación migratoria, la situación socioeconómica, el lugar de residencia y la orientación sexual y la identidad de género han sido motivos de exclusión social a lo largo del tiempo (EAPN, 2012, p. 24; Naciones Unidas, 2016, p. 18).

3.2.1 Delimitación de la exclusión social

> La exclusión social es a la vez un fenómeno pasado y actual y, si no se la remedia, futuro. A lo largo de la historia ha ido evolucionando tanto en lo que la caracteriza como en la concepción que se tiene de ella. Y aunque haya un cierto patrimonio común de la humanidad sobre su significado, es innegable que la exclusión presenta rostros distintos en los diversos continentes y, aún dentro de ellos, en las regiones y países. También las estrategias y las medidas para afrontarla han evolucionado y no son las mismas en las cuatro esquinas del mundo. Las personas, los movimientos sociales, los actores socioeconómicos y los distintos ámbitos de la administración pública tampoco actúan al unísono (Estivill, 2003, p. 1).

Existe consenso en la bibliografía consultada que el término exclusión social lo utilizó por primera vez el ex Secretario de Estado de Acción Social francés, René Lenoir (1974) para referirse a la situación de ciertos grupos de personas que constituían la población considerada vulnerable y que estaba fuera del ámbito de los Sistemas de Seguridad Social y Estado del Bienestar (Bach, 2002, p. viii; Estivill, 2003, p. 1; Naciones Unidas, 2016, p. 18). Sin embargo, como sucede con frecuencia, el autor no era consciente del uso posterior que esta palabra iba a tener. Para él se trataba de interpelar a la economía expansiva del momento sobre su incapacidad para incorporar a determinados colectivos, principalmente personas con discapacidad física, mental y/o social. Lenoir calculaba que uno de cada diez franceses quedaban al margen de los resultados económicos y sociales y ésta era la principal razón de su preocupación (Estivill, 2003, p. 1). Desde esa fecha se han desarrollado diversidad de definiciones de exclusión social. A saber:

> La exclusión consiste en procesos dinámicos y multidimensionales impulsados por relaciones de poder desiguales que interactúan en cuatro dimensiones principales -económica, política, social y cultural- y en diferentes niveles, como el individual, el familiar, el grupal, el comunitario, el nacional y el mundial. El resultado es un continuo de inclusión/exclusión caracterizado por un acceso desigual a los recursos, las capacidades y los derechos, lo que da lugar a desigualdades en materia de salud (Popay, 2010).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> La exclusión social es un proceso complejo y multidimensional. Implica la falta o la negación de recursos, derechos, bienes y servicios, y la incapacidad de

> participar en las relaciones y actividades normales, disponibles para la mayoría de las personas de una sociedad, ya sea en el ámbito económico, social, cultural o político. Afecta tanto a la calidad de vida de los individuos como a la equidad y la cohesión de la sociedad en su conjunto (Levitas et al., 2007, p. 9).

Pero, en general, se describe como un estado en el que los individuos no pueden participar plenamente en la vida económica, social, política y cultural, así como el proceso que conduce a dicho estado y lo mantiene, y las consecuencias en las personas o grupos (Naciones Unidas, 2016, p. 19).

La exclusión social es un fenómeno multifactorial, lo que dificulta su caracterización, describir los perfiles sociales afectados y su medición. Más aún, como apunta Hernández Pedreño (2008):

> Si aceptamos que la exclusión no es un estado, sino un proceso que afecta de forma diferente a cada individuo, dependiendo de su potencial individual y del contexto social [...] Aún en sociedades con desarrollo similar, no es lo mismo ser pobre en el hábitat urbano que en el rural, siendo hombre o mujer, siendo autóctono o extranjero, siendo de tez clara u oscura (p. 16).

Por su parte, Cabrera (2002)[59], sugiere que optar por el término exclusión social, reservando la palabra pobreza para referirnos preferentemente a las situaciones de carencia económica y material, implica que:

> Estamos designando un proceso de carácter estructural, que en el seno de las sociedades de la abundancia termina por limitar sensiblemente el acceso a un considerable número de personas a una serie de bienes y oportunidades vitales, hasta el punto de poner seriamente en entredicho su condición misma de ciudadanos (citado por Hernández Pedreño, 2008, p. 24).

Es decir, mientras la pobreza se limita a una sola dimensión (carencia económica), la exclusión incorpora múltiples ámbitos al considerar aspectos económicos, políticos, laborales, sociales, culturales y de salud. Dicho de otro modo, la exclusión social, además de incorporar las situaciones clásicas de pobreza, abarca otros aspectos como las condiciones laborales, el reconocimiento de la ciudadanía, los déficits formativos, las situaciones sociosanitarias más desatendidas o la inexistencia de redes de protección social y familiar (Hernández Pedreño, 2008, p. 25) (Tabla 49).

> Exclusión y pobreza no son equivalentes. Se puede ser pobre y no excluido y, a la inversa, no todos los excluidos son pobres […], aunque existe un círculo amplio en el que coinciden pobres y excluidos (Estivill, 2003, p.20).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[59] Cabrera, P. (2002). "Cárcel y exclusión". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 35, 83-120

Tabla 49 **Diferencias entre pobreza y exclusión social**
Fuente: Hernández Pedreño (2008, p. 24); Tezanos (1999, p. 32)

Rasgo diferenciador	Pobreza	Exclusión Social
Situación	Es un estado	Es un proceso
Carácter básico	Personal	Estructural
Sujetos afectados	Individuos	Grupos sociales
Dimensiones	Básicamente unidimensional (carencia económica)	Multidimencional (aspectos laborales, económicos, sociales y culturales)
Ámbito histórico	Sociedades industriales (o en su caso tradicionales)	Sociedades postindustriales y/o tecnológicas avanzadas
Variables fundamentales	Culturales y económicas	Laborales
Tendencias sociales asociadas	Pauperización	Dualización social
Riesgos añadidos	Marginación social	Crisis de los nexos sociales
Dimensiones personales	Fracaso, pasividad	Desafiliación, resentimiento
Evolución	Residual, estática	En expansión, dinámica
Distancias sociales	Arriba-abajo	Dentro-fuera

La exclusión se aplica a sectores sociales marginados y pobres, pero también a otros simplemente más vulnerables. También a los grupos más marginados de la sociedad, los más pobres y con estilos de vida más alejados de las formas dominantes. Otros autores, como Subirats et al. (2009) incluyen a una parte muy significativa de la población que, a consecuencia de las transformaciones estructurales que han tenido lugar en el campo económico, en los patrones sociodemográficos y en las políticas de bienestar, se encuentran en situación de vulnerabilidad social o precariedad, ya sea por un proceso de expulsión o por la obstaculización del acceso a determinados recursos.

Así mismo, estos obstáculos, precariedades y exclusiones tienden a acumularse en ciertos segmentos de población situados en las posiciones menos ventajosas de la estructura social. Es el caso de los más pobres, las mujeres, los jóvenes, los ancianos, las personas con enfermedades mentales o con discapacidad, los inmigrantes, las minorías étnicas, etc. El deterioro de las condiciones de vida de dichos colectivos acarrea grandes dificultades para que puedan actuar y se consideren a sí mismos como una parte activa de su comunidad y de la sociedad en general y que, por tanto, puedan desarrollarse como tal (Subirats et al., 2009).

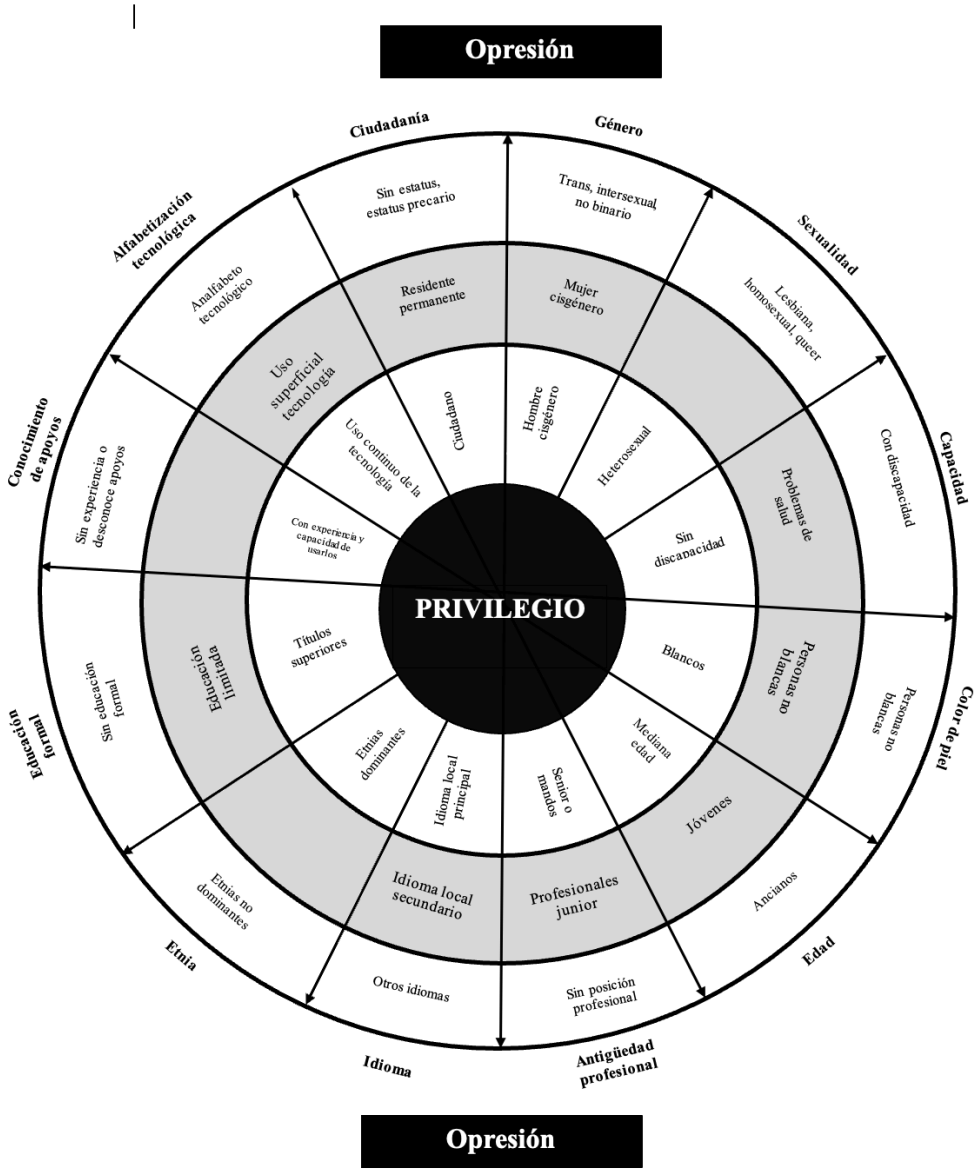
De todo lo anterior se desprende que la identidad de las personas o grupos juega un papel fundamental en los procesos de exclusión. Como señala Parrilla (2009):

> La exclusión es un fenómeno que, siendo construido socialmente, afecta a personas individuales, no solo en el ejercicio mermado o negado de sus derechos, sino que afecta a la construcción de su identidad, a su ser en el mundo (p.106).

Goffman (2006) en su obra *Estigma: la identidad deteriorada*, sugiere que entre las identidades sociales que más suelen generar exclusión se encuentran el género, la etnicidad, la religión y la situación de discapacidad. Así mismo, algunas identidades que no se reconocían como causas de exclusión hace pocos años, sí se consideran en la actualidad, entre ellas se encuentran la orientación sexual, la nacionalidad y el VIH/SIDA. Además, es relevante señalar que muchas personas son miembros de diferentes grupos a la vez y es posible que sean excluidos a través de una de sus identidades, pero no de otras, o de varias a la vez, resultando en una discriminación múltiple (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2013). Es lo que se conoce como "interseccionalidad", entendida en la línea de Kimberlé Williams Crenshaw (2005) como el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales. Según esta autora las identidades sociales se superponen o se cruzan y en consecuencia los sistemas de opresión,

dominación o discriminación vinculados. Su teoría sugiere que las personas suelen verse perjudicadas por múltiples fuentes de opresión: su raza, clase, identidad de género, orientación sexual, religión y otros marcadores de identidad. La interseccionalidad reconoce que los marcadores de identidad (por ejemplo, "mujer" y "discapacidad") no existen independientemente unos de otros, y que cada uno informa a los demás, creando una compleja confluencia de opresión (Crenshaw, 2005; Delevan, 2022; Frías, 2022, p. 7; Sensoy et al., 2017, p. 158) (Ilustración 16).

Ilustración 16 **Interseccionalidad: marcadores de privilegio u opresión**
Fuente: Elaboración propia adaptado de Canadian Council for Refugees (s. f.)



Desde esta concepción, los motivos de exclusión son múltiples, variables y tan compartidos por colectivos, como individuales, y aunque sería imposible confeccionar una lista completa de las causas, algunas son: la persistencia del desempleo, en especial de larga duración, el impacto del cambio industrial sobre los trabajadores con bajas cualificaciones, la evolución de las estructuras familiares y la desaparición de formas tradicionales de solidaridad, el avance del

individualismo y la desaparición de instituciones tradicionales de representación, o las nuevas formas de migración y desplazamientos de población. Todos estos fenómenos se agudizan por formas tradicionales de pobreza que se concentran en zonas urbanas en decadencia o en zonas rurales atrasadas en el proceso general de desarrollo de la sociedad (Comisión de las Comunidades Europeas, 1993, p. 24; Naciones Unidas, 2016).

En este contexto, y aunque existen muchos enfoques que pueden utilizarse para explorar las relaciones entre los múltiples ámbitos de la exclusión social, destacamos la matriz desarrollada por Levitas et al. (2007) en la que organizan en 10 dominios los riesgos de exclusión social, aunque dada su naturaleza interactiva estos ámbitos son a menudo tanto resultados como factores de riesgo para esta (Tabla 51).

Tabla 50 **Las 10 dimensiones de la exclusión social de Levitas et al (2007)**
Fuente: Levitas et al. (2007)

Recursos	Recursos materiales y económicos
	Acceso a servicios públicos y privados
	Recursos sociales
Participación	Participación económica
	Participación social
	Cultura, educación y capacidades
	Participación política y ciudadana
Calidad de vida	Salud y bienestar
	Condiciones de vida
	Criminalización y daño

En definitiva, la exclusión social es un fenómeno complejo y multidimensional, estructual y no natural, que significa falta o negación de recursos, derechos, bienes o servicios, y la incapacidad de participar en las relaciones y actividades normales, disponibles para la mayoría de las personas en una sociedad, ya sea en el ámbito económico, social, cultural o político, afectando tanto a la calidad de vida de los individuos como a la equidad y cohesión de la sociedad en su conjunto (Levitas et al., 2007, Parrilla, 2009). Todo ello ocurre a través de prácticas y procesos tanto tangibles como intangibles, y aunque son más evidentes las primeras, estas se enraízan en normas o creencias sociales intangibles fruto de estereotipos, prejuicios y estigmas, que tienen lugar tanto en excluyentes como en excluidos (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2013) (Ilustración 17).

Ilustración 17 **Síntomas de exclusión social**
Fuente: Naciones Unidas (2016, p. 27)

3.2.2 Delimitación de la inclusión social

Definir la inclusión social y todos sus elementos continúa siendo una tarea compleja. Las dificultades para su delimitación atienden principalmente a la ambigüedad del concepto, su

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

fuerte carga normativa o política, y a que suele remitir a metáforas que de alguna forma contribuyen más a su vaguedad conceptual (Sandoval, 2016). Sin embargo, se han identificado en la literatura especializada consultada algunas perspectivas comunes que guardan coherencia y ayudan a comprenderla (Bach, 2002; Hutchinson Y Lee, 2014; Subirats et al., 2009; Yanicki et al., 2015).

La inclusión social puede concebirse como una idea que se extiende más allá de los discursos tradicionales del Estado de Bienestar[60]. Se centra en la diversidad y el pluralismo de las sociedades y en el desarrollo de estrategias económicas, políticas y sociales que ayuden a mover a individuos, comunidades o grupos sociales de los márgenes de la sociedad a la participación en esta (Hutchinson y Lee, 2014). No obstante, y aunque existe un acuerdo generalizado de que la inclusión social es importante, hay pocos términos que sean tan abstractos y para algunos autores, como Øyen (1997) tan políticos. Es evidente que significa muchas cosas para muchas personas, y si bien es cierto que el término puede ser más político que analítico o descriptivo, también lo es que sus raíces surgen en modelos identificables de bienestar y en principios de justicia social y dignidad humana (Øyen, 1997, p. 63).

Desde que el enfoque de las políticas sociales europeas pasó de la pobreza y las privaciones, al de la exclusión y la inclusión sociales, la igualdad, los derechos sociales, la no discriminación, las capacidades, el reconocimiento y la participación fueron los temas principales en el discurso europeo (Levitas et al., 2007; Yanicki et al., 2015). La inclusión social se ha ido vinculando cada vez más a las ideas de acceso, equidad y participación en la sociedad a través de distintos intereses sociales y económicos, como la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria, el empleo y la protección social (Hutchinson y Lee, 2014, p. 120).

En coherencia con lo anterior, Naciones Unidas (2016) define inclusión social como:

> El proceso de mejora de las condiciones de participación en la sociedad de las personas desfavorecidas por motivos de edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica o de otro tipo, mediante la mejora de las oportunidades, el acceso a los recursos, la participación y el respeto de sus derechos (Naciones Unidas, 2016, p. 20).

También defiende que la promoción de la inclusión social implica afrontar la exclusión social eliminando los obstáculos para que las personas puedan participar en la sociedad, al mismo tiempo que se adoptan medidas activas de inclusión[61] para facilitar dicha participación, todo ello mediante estrategias intencionadas que apoyen a todas las personas desde la lógica de la igualdad y la tolerancia (Naciones Unidas, 2016, p. 20).

Las formas en que se niega a determinados grupos de población la participación y el acceso a los beneficios y ventajas de las instituciones políticas, sociales y económicas, son diversas. El propósito de la inclusión social es poner de manifiesto y cuestionar la exclusión, expresa la aspiración de que los acuerdos entre las personas sean inclusivos, ya sea en sus relaciones personales o en las instituciones sociales, políticas y económicas del sector público o privado

[60] Considerándose como tal el que los ciudadanos puedan disfrutar de bienes colectivos como pensiones, sanidad, educación, desempleo, etc. El Estado se considera garante de estos derechos y cuando un ciudadano, colectivo o grupo social no pueda acceder a esos bienes pondrá en marcha las medidas correctoras necesarias (Moreno Preciado, 2012).

[61] Entendemos por **inclusión activa** el conjunto de procesos sociales e institucionales que desarrollan el derecho de todas las personas a la plena integración en la sociedad, al ejercicio de sus derechos sociales y de manera particular a la inserción laboral y social. Para lograr este objetivo las políticas públicas y los agentes sociales e institucionales deben de promover acciones y programas que combinen, con un adecuado equilibrio, la protección social en un sentido amplio (garantía de rentas y servicios de calidad) con el diseño de estrategias que promuevan la participación y protagonismo de las personas en su propio proceso de integración social y laboral(Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 20).

UDC DE COMPOSTELA

(Bach, 2002; Hutchinson y Lee, 2014). No obstante, no debe entenderse como una relación binaria con el concepto de exclusión social, pues inclusión social no sólo atiende problemas de exclusión, sino a muchos otros como el desempleo, el racismo, la intolerancia, la explotación económica… (Sandoval, 2016, p. 77).

La inclusión social es el ideal de que los sistemas no perjudiquen a ciertos "otros" por ser diferentes de la norma dominante, que los sistemas no asignen beneficios, estatus y ventajas de manera que no se reconozca, se devalúe o se estereotipen ciertos grupos en relación con otros. Significa que cualquier medida o acción no debe fomentar o legitimar formas de reconocimiento que profundicen y afiancen la distancia social entre determinados grupos (Bach, 2002). La aspiración de la inclusión es garantizar que todas las personas puedan participar como miembros con un valor en la sociedad, va más allá de traer a las personas de fuera a dentro, o de los márgenes al centro, o de la concepción de "ellos" y "nosotros"(Hutchinson y Lee, 2014). Como sugiere Freiler (2001):

> Es una forma de "subir el listón" de entender dónde queremos estar y qué hay que cambiar. Ayuda a desarrollar indicadores prospectivos, en lugar de limitarse a documentar "lo que está mal". Sugiere una estrategia de transformación que señala los cambios necesarios en las políticas públicas, las actitudes personales y las prácticas institucionales (citado por Hutchinson y Lee, 2014, p. 121).

No obstante, cabe señalar que el fomento de la inclusión social puede, o no, aumentar la capacidad de las personas para convivir en armonía, pues aún las sociedades muy cohesionadas pueden excluir a algunos sectores de la población (Naciones Unidas, 2016).

Considerando todo esto, se comprende que la inclusión social en un fenómeno complejo, pese a lo cual, diferentes autores han intentado definirla. Freiler (2003)[62] describió 5 áreas clave: reconocimiento, oportunidades de desarrollo humano, participación y compromiso social, bienestar material y proximidad (citado por Hutchinson y Lee, 2014, p. 131).

Hutchinson y Lee (2014) con el objetivo de explorar el significado que el fenómeno tenía para los profesionales sociosanitarios en su labor cotidiana, así como para analizar como los propios profesionales percibían la inclusión en ellos mismos, desarrollaron un estudio cualitativo en el que concluyeron que si bien la inclusión social es una idea que resulta familiar, y que no se concibe como algo novedoso, a la vez, los participantes encontraron muy difícil precisar su significado, respondiendo con generalidades. La muestra lo identificó con tres ideas generales: que era un enfoque más local que a gran escala, con un alcance a largo plazo y abierto, y un proceso de diálogo que incorpora a las "voces más marginadas"(p. 126). Así mismo, los participantes tendían a expresar su comprensión de la inclusión social en términos o bien normativos o pragmáticos. Las dimensiones normativas se expresaron como la importancia de la equidad en la diversidad y la reducción del aislamiento social de los grupos marginados, y las dimensiones pragmáticas como el acceso a los recursos materiales y la participación en la toma de decisiones de la sociedad (Hutchinson y Lee, 2014, p. 127).

Resultado del análisis de las respuestas, estos autores delimitaron y definieron las dimensiones de la inclusión social, sus manifestaciones más comunes y las condiciones necesarias para promoverla (Tabla 51).

[62] Freiler, C. (2003). "From Risk to Human Development: Social Inclusion as a Focus of Individual and Collective Well-being". Perception 26, nos. 1-2.

USC DE COMPOSTELA

Tabla 51 **Expresiones, dimensiones y condiciones para la inclusión social según Hutchinson y Lee (2014)**
Fuente: **Hutchinson y Lee (2014)**

Expresiones	Dimensiones	Condiciones	Definición
Equidad en la diversidad	Normativa	Reconocimiento	Reconocimiento y respeto a los individuos y grupos
Participación en la toma de decisiones sociales	Normativa	Participación y compromiso	Fomentar los talentos, habilidades, capacidades y elecciones de niños y adultos para que vivan una vida que valoren y hagan contribuciones que tanto ellos como los demás consideren valiosas
Acceso a recursos materiales	Pragmática	Bienestar material	Tener el derecho y los apoyos necesarios para tomar o participar en las decisiones que afectan a uno mismo, a la familia y a la comunidad, y para participar en la vida de la comunidad.
Remedio para el aislamiento social	Pragmática	Proximidad	Compartir espacios físicos y sociales para ofrecer oportunidades de interacción, si se desea, y reducir las distancias sociales entre las personas.
		Oportunidades para el desarrollo humano	Disponer de recursos materiales que permitan participar en la vida de la comunidad.

Por otro lado, Subirats et al. (2009).entienden que la inclusión social de cualquier persona, colectivo o territorio pasa, en primer lugar, por el acceso garantizado a la ciudadanía[63] y a los derechos económicos, políticos y sociales correspondientes a la misma. En segundo lugar, por el espacio relacional, es decir por la conexión y solidez de las redes de reciprocidad social, ya sean éstas de carácter afectivo, familiar, vecinal, comunitario o de otro tipo. Finalmente, el espacio de la producción económica y muy especialmente del mercado de trabajo.

La inclusión social no es lo mismo que la integración social, aunque a veces ambos términos se utilicen indistintamente. No obstante, tanto la integración y la inclusión sociales deben contribuir a que las sociedades estén más cohesionadas (Ilustración 18).

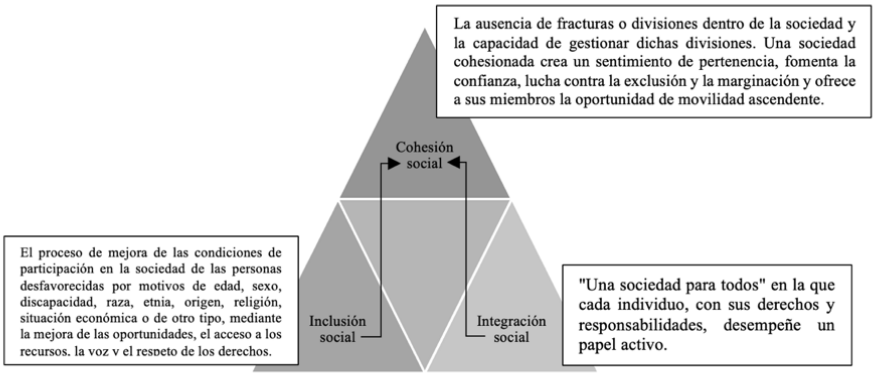


Ilustración 18 **Contribución de la inclusión e integración a la cohesión social**
Fuente: Naciones Unidas (2016, p. 21)

Por último, según el informe de Naciones Unidas (2009) *Visión para una sociedad inclusiva*, los elementos necesarios para alcanzarla son los siguientes (pp. 8-10):

[63] Condición que se otorga a una persona por ser miembro de un país, lo cual le impone derechos políticos y sociales sustentados en el principio constitucional de igualdad (RAE, s. f.-d).

- Respeto de los derechos humanos, las libertades y el Estado de Derecho.
- Participar en actividades cívicas, sociales, económicas y políticas.
- Existencia de una sociedad civil fuerte.
- Acceso universal a infraestructuras e instalaciones públicas (como centros comunitarios, zonas recreativas, bibliotecas, centros educativos, centros sanitarios, o acceso al agua y saneamiento).
- Igualdad de acceso a la información pública.
- Equidad en la distribución de la riqueza y los recursos.
- Aprecio por la diversidad cultural.
- Educación.
- Liderazgo efectivo, especialmente en el ámbito local.
- Narrativas positivas sobre una sociedad inclusiva del futuro, y permitir que cada miembro de la sociedad comparta, comprenda y contribuya a esas narrativas.

Por último, la inclusión social tiene que ocurrir en varias dimensiones y a múltiples niveles. Pus, si bien la inclusión social implica compromisos a nivel formal (social), garantizando que las instituciones de la sociedad reflejen, defiendan, respeten y activen los procesos inclusivos dentro de la sociedad, al mismo tiempo, aborda el nivel informal (individual) de los compromisos, y como tal, las percepciones y experiencias de los individuos, cómo piensan y sienten, también deben tenerse en cuenta. La inclusión social refleja, por un lado, la experiencia y las posibilidades de autorrealización del individuo y, por otro, las capacidades de la sociedad para eliminar las causas de exclusión y garantizar la igualdad de oportunidades para todas las personas (Naciones Unidas, 2009, p. 12) (Ilustración 19).

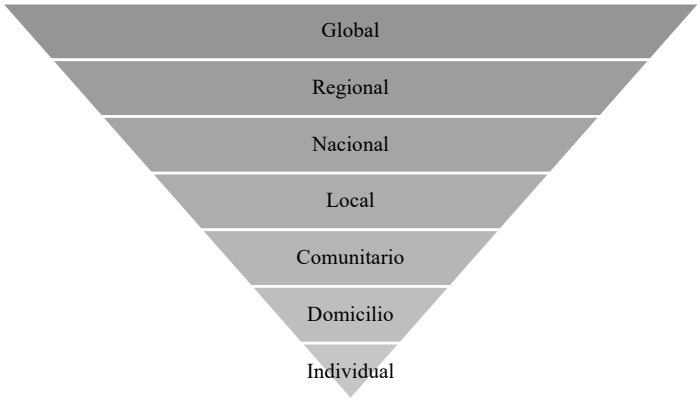


Ilustración 19 **Niveles de actuación para alcanzar la inclusión social**
Fuente: Naciones Unidas (2009, p. 12)

3.2.3 Debates alrededor de la inclusión y exclusión social

En general no existe una posición unánime que pueda ser adoptada como canónica, ni un acuerdo generalizado sobre el debate. El asunto es tan sensible que se impregna de matices en los que se enraízan y cobran fuerza las diferencias y las discrepancias. No obstante, hay un corpus de conocimiento, que sin dejar de lado los debates que suscita- es más, enriqueciéndose a partir del mismo-, proporciona, con un amplio respaldo, un marco de referencia que ilumina el asunto que nos ocupa, y preocupa, contribuyendo a su comprensión.

Como sugiere Carmen Bell (2002) "Por el mismo camino que se llega a la exclusión, pero a la inversa hay que tratar de incluir, teniendo en cuenta donde radica la exclusión". Pero

USC DE COMPOSTELA

¿inclusión en qué? Esto es, ¿con respecto a qué cabe decir que se está incluido o no? En líneas muy generales algunas fuentes consideran de suma importancia el empleo (Unión Europea, 2010), otras señalan a la garantía de derechos y la ciudadanía (Subirats et al., 2009) y algunas dan mucho peso al reconocimiento y respeto de las identidades y las diferencias (Ikäheimo, 2009; Nussbaum, 2012; Yanicki et al., 2015). La imprecisión en el discurso también se relaciona con que generalmente se dice a que el medio para la inclusión es "la sociedad", como si las personas o grupos susceptibles de inclusión estuvieran en un universo social separado en el que se les desprovee de interacciones e intercambios (Sandoval, 2016). Al fin, lo que encontramos es que la dimensión estructural, y en ese marco, la importancia que se le concede a las causas macro sistémicas, impide a las personas excluyentes que reflexionen y gestionen sus propias contradicciones y actitudes, y por otro lado, refuerza que el excluido se sienta expulsado por unas fuerzas que él no domina (Bell Adell, 2002, p. 12; Sandoval, 2016, p. 82).

No obstante, a partir de la literatura especializada consultada y tomando como referencia un pormenorizado estudio desarrollado por las canadienses Yanicki et al. (2015), se han identificado tres discursos predominantes alrededor de la inclusión y la exclusión social: el del reconocimiento, el de las capacidades y el de la igualdad y ciudadanía.

3.2.3.1 El debate del reconocimiento

Este discurso se articula alrededor de las experiencias, los procesos y las condiciones que permiten o limitan el reconocimiento mutuo intersubjetivo (Yanicki et al., 2015). Es decir, desde esta perspectiva la inclusión social implica reconocer, respetar y valorar a cada persona, admitiendo que las identidades son únicas y diversas. En la otra cara, la exclusión social significa rechazar a aquellos que difieren de las normas sociales dominantes. El desconocimiento, la falta de respeto, el estigma y el miedo a la diferencia son formas de injusticia social que favorecen la exclusión (Bach, 2002, p. ix; Yanicki et al., 2015).

La inclusión social se entiende como un concepto de carácter normativo que describe un ideal de relaciones sociales justas y contempla formas de identidad social, reciprocidad y solidaridad que promueven sentimientos de pertenencia y aceptación, entendiendo pertenencia como sentirse cómodo, acogido y valorado, y la aceptación como sentirse reconocido como persona y como miembro de un grupo o comunidad (Bach, 2002, p. viii).

Este discurso está muy vinculado a la teoría del reconocimiento desarrollada por sociólogo y filósofo, Axel Honneth (2006). Según este autor, la importancia de las actitudes de reconocimiento es doble. Por un lado, sin la experiencia de ser objeto de reconocimiento es muy difícil que el individuo desarrolle y mantenga actitudes positivas hacia sí mismo, con autoconfianza, autorrespeto y autoestima. Es decir, sin ese talante positivo hacia uno mismo, la persona carecerá de los recursos psicológicos necesarios para autorrealizarse, y, en consecuencia, para desarrollarse como ser humano. Y, por otra parte, Honneth apunta al reconocimiento como medio de cohesión social, que distingue a las sociedades o comunidades de simples agregados de individuos aislados o que se relacionan de forma meramente mecánica (Honneth, 2006; Ikäheimo, 2009).

Adicionalmente, el reconocimiento se produce en múltiples niveles, se garantiza a través de las estructuras políticas, y se refuerza mediante oportunidades de estima social (a nivel comunitario) y de solidaridad (a nivel social). El reconocimiento admite nuestra humanidad compartida apreciando el valor moral y la dignidad de todas las personas, admite las diferencias, y se basa en el respeto, que se extiende de uno mismo al otro en su alteridad. Los procesos relacionales de falta de reconocimiento, falta de respeto y miedo a la diferencia devalúan la diversidad y la singularidad, mientras que la opresión, la dominación y el estigma sostienen las desigualdades estructurales (Yanicki et al., 2015).

USC

3.2.3.2 El debate de las capacidades

Este discurso se vincula con los procesos y circunstancias que permiten o limitan la participación, la libertad y las oportunidades para desarrollar capacidades personales. Esto es tener oportunidades para el desarrollo personal, el bienestar y una vida mínimamente decente (Yanicki et al., 2015). Se inspira en el enfoque de las capacidades de Amartya Sen (2003) y de desarrollo humano de Martha Nussbaum (2012), en el que se relaciona la calidad de vida con la capacidad de las personas para funcionar (Sen, 2003). Este planteamiento considera a las personas como un fin en sí mismas, no propone simplemente que logren el bienestar, sino que pone el foco en las oportunidades disponibles para poder alcanzarlo. Se centran en la posibilidad de elección y por tanto en la libertad de las personas para decidir que quieren llevar a la práctica y que no (Nussbaum, 2012). Las preguntas clave en su discurso son ¿qué son realmente capaces de hacer y de ser las personas?, ¿y qué oportunidades tienen verdaderamente a su disposición para hacer o ser lo que puedan? (Nussbaum, 2012, p. 38).

Desde esta óptica la exclusión limita el desarrollo de los funcionamientos básicos y las capacidades complejas necesarias para participar plenamente en la vida comunitaria, enfatizando en que las condiciones sociales que no proporcionan igualdad de oportunidades para el desarrollo humano son fundamentalmente injustas (Yanicki et al., 2015). La exclusión social es a la vez causa y resultado de la pobreza y la privación, y motivo instrumental del fracaso de las capacidades. Este fracaso implica carecer de la funcionalidad necesaria para satisfacer las necesidades básicas, mientras que la privación de capacidades restringe opciones de vida y limita la libertad para ser funcional y participar en la sociedad (Sen, 2003, p. 5)

En definitiva, se concibe la inclusión como el proceso que permite la libertad humana y ofrece oportunidades para el desarrollo de capacidades y el bienestar (Yanicki et al., 2015). Nussbaum (2012) plantea diez capacidades mínimas y esenciales que exige una vida humana para ello: poder vivir la vida, poder disponer de salud física y garantizar su integridad, poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, poder cultivar las emociones teniendo la opción de sentir apego por las cosas y personas, razón práctica, es decir, poder conformarse una concepción del bien y reflexionar sobre la planificación de la propia vida, afiliación, poder convivir con otras especies en armonía y tener la posibilidad de control sobre el propio entorno, en definitiva tener la capacidad de participar (Nussbaum, 2012, pp. 53, 54, 55) (Tabla 52).

Tabla 52 **Diez capacidades básicas para una vida digna propuestas por Nussbaum (2012).**
Fuente: Nussbaum (2012, (Nussbaum, 2012, pp. 53-55**)**

1. Vida	Poder vivir hasta el término una vida humana de una duración normal, no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.
2. Salud física	Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva, recibir una alimentación adecuada, disponer de un lugar apropiado para vivir.
3. Integridad física	Poder desplazarse libremente de un lugar a otro, estar protegidos de los ataques violentos, incluidas las agresiones sexuales y la violencia doméstica, disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección de cuestiones reproductivas.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento	Poder utilizar esto de modo verdaderamente humano, formado, cultivado por una educación adecuada. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación. Poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión y la libertad de práctica religiosa. Poder disfrutar de experiencias placenteras.
5. Emociones	Poder sentir apego por las cosas y personas externas a nosotras/os, poder amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, y sentir duelo por su ausencia, en general poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratificación e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo o de la ansiedad.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

6. Razón práctica	Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida, lo que entraña la protección de la libertad de conciencia y de observancia religiosa.
7. Afiliación	Poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. Disponer de las bases sociales necesarias para que no sintamos humillación y sí respeto por nosotros mismos, que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás. Esto supone introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional.
8. Otras especies	Poder vivir en relación próxima y respetuosa con animales, plantas y el mundo natural.
9. Juego	Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas
10. Control sobre el propio entorno	Poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida, derecho a la participación política, y la protección de la libertad de expresión y asociación. Ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas, tener derecho a buscar trabajo en igualdad.

3.2.3.3 El debate de la igualdad y ciudadanía

Este discurso relaciona la inclusión y exclusión social con las condiciones que permiten o limitan la igualdad ciudadana y la justicia distributiva, es decir, la distribución equitativa de la riqueza, recursos, beneficios y cargas en la sociedad. Desde este planteamiento la inclusión social significa brindar a la ciudadanía las oportunidades para que puedan ejercer sus derechos y responsabilidades, lo que exige la presencia de estructuras sociales justas. Por otro lado, la exclusión social es resultado de la opresión y las desigualdades estructurales. Es decir, la exclusión social resulta de la distribución de recursos y de una ciudadanía desigual, que encuentra barreras para su participación en múltiples niveles como la participación política, de producción social y económica y en el acceso justo a los bienes sociales (Yanicki et al., 2015).

Este enfoque plantea que para una inclusión social que promueva sociedades justas e igualitarias son indispensables transformaciones estructurales, para ello se inspira en teorías del conflicto, de la salud pública crítica o en la filosofía política (Labonte, 2004; Yanicki et al., 2015). Labonte (2004) en su conocido artículo "*Inclusión/exclusión social: baile dialéctico*" argumenta que, desde este planteamiento, lo que debe preocupar tanto a profesionales, como a académicos e investigadores, o a gobernantes y gestores, no son tanto qué grupos y en qué condiciones están excluidos, sino las reglas socioeconómicas y los poderes políticos que fomentan la existencia de estos grupos y sus condiciones, y quienes se benefician de ello. Este autor lanza la pregunta ¿en qué medida los esfuerzos de inclusión social acomodan a las personas a una relativa impotencia en lugar de desafiar las jerarquías que la crean? (Labonte, 2004). En otras palabras, la creación de una sociedad justa pasa por centrarse en las condiciones sociales necesarias para la inclusión y en las desigualdades institucionales que sostienen la exclusión.

Aunque se han expuesto estos tres discursos como puntos de vista distintos de una misma problemática, sugerimos, en la línea de Yanicki et al (2015) que no son tan dispares como puede parecer. Como argumenta Labonte (2004) la causa que empuja a la concepción de la inclusión y la exclusión en direcciones, a veces, diferentes, es la interpretación de la justicia social:

> Esto se debe a que existen principalmente dos normas amplias de justicia social, una que pone el énfasis en la igualdad de oportunidades o y otra en la igualdad de resultados. Ambas normas son ideales. Nunca puede haber igualdad de oportunidades porque diferentes individuos o grupos tienen recursos o capacidades muy diferentes que automáticamente ponen en desventaja a los menos dotados. Nunca puede haber igualdad de resultados porque hay

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> diferencias entre las personas que no se pueden, o no se deben, convertir en similitudes. La igualdad de oportunidades […] es una norma extremadamente insuficiente si nuestro objetivo es cierto grado de equidad distributiva. La igualdad de resultados exige desigualdades de oportunidades.

No obstante, también es en el afán por alcanzar la justicia social, donde concurren los tres discursos, pues el fin último no es otro que el de promover relaciones sociales justas y estructuras sociales justas, que promuevan la participación de todas las personas, desde el reconocimiento mutuo, el respeto a la diversidad y la garantía de oportunidades de bienestar para todos.

En la siguiente tabla se agrupan las ideas principales de cada discurso en relación con la inclusión, la exclusión y acciones para intervenir (Tabla 53).

Tabla 53 **Discursos sobre la inclusión/exclusión social y acciones para intervenir**
Fuente: Yanicki et al. (2015)

Discurso	Inclusión social	Exclusión social	Acciones
Reconocimiento	Reconocimiento mutuo. Respeto por la diversidad. Valor de la diferencia. Estima social. Solidaridad social. Crítica a la dominación y a la opresión. Conciencia Voz Valores universales (dignidad humana).	Falta de reconocimiento. Falta de respeto. Estigma. Miedo y rechazo a la diferencia. Dominación. Opresión. Valores dominantes (hegemonía).	Concienciación. Reconocimiento mutuo. Respeto por la dignidad humana. Valorar la diferencia. Respeto por la identidad única de grupo. Disminución del estigma. Oportunidades de pertenencia y aceptación. Oportunidades para la estima social. Promover la solidaridad.
Capacidades	Desarrollo de capacidades. Igualdad de oportunidades. Valores universales (libertad). Oportunidades de bienestar para todos.	Privación de desarrollo de capacidades. Desigualdad de oportunidades. Falta de libertad. Vergüenza. Autoexclusión. Vidas empobrecidas.	Igualdad de oportunidades para el desarrollo de capacidades. Abordar las fuentes de desigualdad (por ejemplo, ingresos, género, etnia o capacidad). Libertad y oportunidades de desarrollo como derecho humano. Posibilidad de elección entre actividades socialmente valoradas.
Igualdad y ciudadanía	Igualdad de derechos. Justicia distributiva. Valores universales (igualdad). Respeto por la diversidad. Libertad de opresión.	Intersección de ejes de desigualdad. Opresión.	Desafiar la opresión. Acciones de promoción de la igualdad.
Elementos compartidos	Justicia social. Apoyo a la participación. Derechos civiles y humanos. Igualdad. Poder compartido.	Injusticia social. Barreras para la participación. Ejecución de derechos inadecuada. Impotencia.	Relaciones sociales justas. Estructuras sociales justas. Participación multidimensional. Empoderamiento individual y colectivo. Poder compartido.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

En síntesis, los debates sobre inclusión social, abordados a través de los discursos del reconocimiento, las capacidades y la igualdad y ciudadanía, ofrecen un marco relevante para

comprender la complejidad de las interacciones humanas en el ámbito de la enfermería. Estos discursos no solo resaltan la importancia de reconocer y valorar la diversidad de identidades, sino también de garantizar igualdad de oportunidades para el desarrollo personal y el ejercicio pleno de derechos. En este contexto, la formación inicial de enfermeras adquiere un papel fundamental ante la posibilidad de promover una visión inclusiva y equitativa de la atención sanitaria, que responda a las necesidades individuales y contribuya a la construcción de sociedades justas y solidarias. En la siguiente sección, exploraremos cómo estas dinámicas impactan en el acceso y la equidad en los servicios de salud, así como el papel de la enfermería en la promoción de la inclusión social y la reducción de las desigualdades en salud, respaldados por la evidencia y las directrices de las principales instituciones en este ámbito.

3.3 CUIDADOS, SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL

> La espectacular mejora de la salud y el bienestar social de la población mundial durante este siglo no puede ser motivo de complacencia puesto que queda mucho por hacer (Navarro y Benach, 1996, p. 611).

La salud es un fenómeno que trasciende a la mera ausencia de enfermedad o el simple acceso a la atención sanitaria, es un derecho fundamental reconocido que obliga a entenderla del modo más amplio posible. Ambos, salud y enfermedad, son fenómenos multidimensionales que se deben comprender y abordar de forma holística e integral. Tal y como argumentan Graells e Insa (2021) en su estudio *Una mirada poliédrica a las desigualdades sociales en salud. Una perspectiva de futuro*, no pueden interpretarse como procesos exclusivamente biológicos u objetivos, sino como el resultado de la concurrencia de múltiples causas y circunstancias que interaccionan mutuamente. Además, como afirman Gavidia y Talavera (2012) en un detallado análisis sobre la construcción histórico-social de estos fenómenos, la salud y la enfermedad no son hechos que ocurren únicamente en el espacio privado de nuestra vida personal:

> La calidad de vida, el cuidado o la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, los problemas de salud o la propia muerte, ocurren en el denso tejido social y ecológico en el que transcurren las historias personales (Gavidia y Talavera, 2012).

Considerando sus argumentos, comprendemos que la salud y la enfermedad no pueden desvincularse de los fenómenos sociales y estructurales que impregnan a las personas y sus entornos, así como de los ejes de desigualdades que confluyen y explican sus experiencias vitales. Al mismo tiempo, la vivencia subjetiva de cada persona en relación con estos procesos, al igual que la expresión de los significados y modelos explicativos al respecto, son, más allá de las lógicas biológicas o científicas, un relato único y fundamental en la experiencia de salud, enfermedad o sufrimiento (Graells e Insa, 2021).

A la vista de lo anterior, resulta obvio que la salud posee distintas características que dificultan que se pueda encuadrar en una perspectiva única o universal. Sin embargo, la OMS propuso una definición que, no libre de controversias, se usa de forma generalizada: "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades". No obstante, desde 1948 a este concepto se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional (Gavidia y Talavera, 2012; Prosalus y Cruz Roja, 2014, p. 10).

USC UNIVERSIDADE

En suma, como sugiere la antropóloga social Comas-d´Argemir (2019), el cuidado de la salud desborda en la actualidad el marco estrictamente sanitario, donde se ha encuadrado tradicionalmente, para pasar a ser además un asunto social. La autora refiere que esto es así porque las necesidades y demanda de cuidados se han ido incrementando exponencialmente en el último siglo a consecuencia, fundamentalmente, de los avances científico-tecnológicos, que han resultado en el incremento de la esperanza de vida, y por lo tanto del envejecimiento y la mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas y discapacidades. A lo anterior se añaden los cambios estructurales en las familias, generalmente relacionadas con la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la crisis económica y el recrudecimiento de las desigualdades sociales, el aumento de las migraciones y la consecuente multiculturalidad social, o el cambio climático, entre otras (Comas-d'Argemir, 2019). En este contexto, el último informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España (2019) también advierte que las condiciones materiales y sociales son un claro determinante de la salud de las personas. Basan su afirmación en la existencia de dilatada investigación que ha evidenciado la estrecha relación entre la clase social y desigualdades en salud, que sugiere que las clases sociales desfavorecidas o negativamente privilegiadas tienden a aparecer sobrerrepresentadas entre los casos de deterioro de la salud o desarrollo de enfermedades. Del mismo modo que la relación entre salud y desigualdad se manifiesta en el otro sentido: determinadas enfermedades afectan al estatus y la posición sociales (Foessa, 2019d, p. 254).

En este contexto, el sistema sanitario se encuentra en una complicada tesitura en la que se ha de hacer frente a las grandes tendencias estructurales de cambio del modelo social. Pueden existir múltiples respuestas a dichas transformaciones, pero según recomienda la *Estrategia Nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023* estas han de ser planteadas en torno a la denominada "Triple Meta": mejorar la salud de toda la población, sin discriminación, proporcionar mejores cuidados y contener la tendencia al incremento de los costes (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019, p. 86). O lo que es lo mismo, mediante la construcción de un sistema sanitario inclusivo, entendido en la línea de Maclachlan et al. (2012)como aquel que atiende a todas las personas, sin distinción, mediante servicios eficaces, equitativos y asequibles[64].

En cambio, según apunta la literatura consultada, en las últimas décadas se ha ampliado la brecha entre las expectativas sociales y la realidad profesional en ciencias de la salud (Bhutta et al., 2010; Bodenheimer y Sinsky, 2014; Skochelak et al., 2021). Graells e Insa (2021) sugieren que las causas pueden responder a que la tradición biomédica ha estudiado y pensado estas cuestiones desde un discurso dirigido al déficit y a la enfermedad, y en menor medida al bienestar, y a menudo demasiado rígido y pensado para la mayoría social, lo que obstaculiza su acomodación a la realidad que presenta la diversidad social de la que formamos parte: "Todo lo que se escapa del discurso único dominante es minimizado, no reconocido o negado, forzando a las personas que no encajan a iniciar largos itinerarios terapéuticos dentro o fuera del sistema" (Graells e Insa, 2021).

A este riesgo de discriminación en el ámbito sanitario, se añade una idea que no acaba de permear en el modelo asistencial y formativo en ciencias de la salud, y es que las problemáticas relacionadas con la salud no solo se relacionan con la existencia de una enfermedad diagnosticada (Foessa, 2019d, p. 257; Gavidia y Talavera, 2012; Graells e Insa, 2021).

[64] Según estos autores eficaz significa que los servicios de salud realmente funcionan: producen ganancias en la salud y el bienestar de las personas y buscan prevenir tanto las enfermedades como las condiciones sociales que perjudican la salud. Equitativo significa que los servicios se brindan en función de las necesidades de las personas, que los más necesitados puedan acceder al servicio con la facilidad de los menos necesitados. Asequible, tanto para el individuo como para la comunidad, significa que los servicios se brindan de la manera más rentable posible (Maclachlan et al., 2012).

Al contrario que con la educación inclusiva[65], que se ha convertido en un concepto ampliamente reconocido y aceptado (Parrilla, 2002), la salud inclusiva se encuentra aún en fases iniciales (MacLachlan et al., 2012). La Comisión Lancet sobre Educación de Profesionales de la Salud para el Siglo XXI[66], coincidiendo con el centenario del Informe Flexner[67], publicó en 2010 un documento en el que reflexionaba sobre los currículums formativos en ciencias de la salud y solicitaba transformaciones profundas para abordar la brecha cada vez mayor entre las necesidades de atención sanitaria y los sistemas educativos de los que egresan los profesionales (Bhutta et al., 2010). Concluyó, algo que confirma una revisión posterior realizada por Skochelak et al. (2021), que la formación universitaria de los profesionales sanitarios está anticuada y es estática, produciendo graduados insuficientemente preparados, con un enfoque excesivamente técnico y *hospitalocentrista*[68], que les limita para una comprensión contextual amplia que responda a las necesidades sociosanitarias de la actualidad (Bhutta et al., 2010; Skochelak et al., 2021).

La enfermería tampoco escapa a esta lógica. En una entrevista realizada en Elsevier en 2021, al reconocido enfermero, docente y antropólogo social, Manuel Moreno Preciado, este afirmaba que:

> Nuestro modelo sanitario es reduccionista, prioriza lo biológico y curativo, sobre lo social y preventivo […] vivimos en un paradigma biotecnológico donde las humanidades han perdido peso. No es que las materias de carácter social y humanístico no existan, sino que están relegadas a un papel gregario, cuando no de simple adorno.

A lo que suma:

> Vivimos en tiempos complejos donde tenemos que aprender a vivir en la diferencia. Ante la diversidad de formas de vida necesitamos apoyarnos en valores tradicionales de la profesión enfermera como son la empatía y la tolerancia. Situarse en "la piel del otro" incrementa la capacidad de neutralizar los prejuicios que todos tenemos. **El problema es que los prejuicios no los dejamos en la taquilla cuando nos cambiamos y nos ponemos el piyama, sino que suben con nosotros a planta: tenemos que evitar que el pre-juicio se convierta en per-juicio** (Manuel Moreno Preciado, 2021a).

A las reflexiones de los expertos, se añaden las referencias a la necesidad de un cambio de modelo sanitario en diferentes documentos oficiales, reiterados ya a lo largo del texto, como por ejemplo la *Estrategia Nacional de Equidad en Salud* (Ministerio de Sanidad, 2015) o la *reciente Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social* (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019). Estos exponen variedad de recomendaciones de carácter urgente para promover la inclusión social desde el ámbito sanitario, entre las que se encuentra: incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de Ciencias de la Salud (Estrategia Nacional de Equidad en Salud, 2015); y dar una respuesta

[65] En el marco del programa de doctorado en el que se desarrolla esta tesis, encontramos referentes sobre educación inclusiva, como Ángeles Parrilla o Teresa Susinos.

[66] Comisión independiente de profesionales y líderes académicos de todo el mundo.

[67] Informe publicado en 1910 que reglamentó taxativamente la forma en cómo debía educarse a los médicos y cómo estos debían practicar la medicina. Transformó la naturaleza y el proceso de la educación médica estableciendo el modelo biomédico como el estándar (Duffy, 2011).

[68] Utilizamos el término *hospitalocentrista* al hacer referencia a este en diversas fuentes, conscientes de que no es un término semánticamente correcto.

USC

equitativa a las necesidades de atención sanitaria y mejorar la salud de la población, en particular de los grupos sociales más desfavorecidos o vulnerables socialmente (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019):

> Se ha de avanzar hacia la equidad, identificando y luchando contra las desigualdades en salud y prestando atención a necesidades sanitarias diferenciadas, en particular cuando afectan a los segmentos más desfavorecidos de la población (salud mental, enfermedades crónicas, obesidad, etc.), siendo ineludible, incorporar de una manera más específica la perspectiva de equidad en todas las actuaciones (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019, p. 87).

A la luz de todos estos argumentos, hemos considerado que, antes de profundizar en el currículum del Grado en Enfermería desde la perspectiva de la inclusión social y en el caso concreto de Galicia, debemos realizar un breve análisis de la orientación del Sistema Sanitario en España en este sentido, para poder comprender mejor **para qué realidad profesional se forman o se debería formar la enfermería de la actualidad**. Al plantearnos esta cuestión, lo que pretendemos es reflexionar sobre si ocurre un hecho al que nos referimos en el capítulo 1, citando al catedrático en cuidados de la salud Manuel Amezcua (2015) y es que la enfermería durante mucho tiempo "estudió una cosa para terminar desempeñando otra diferente".

3.3.1 Un enfoque positivo de la salud y el cuidado

Los antecedentes sobre la pertinencia de un cambio de dirección en la orientación de la asistencia sanitaria son múltiples en la literatura especializada consultada. Algunos los encontramos en documentos oficiales recientes, como la *Estrategia de Salud Pública* (Ministerio de Sanidad, 2022a) o el *Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud* (Ministerio de Sanidad, 2021), otros en movimientos como "*One Health*" promovido por la OMS, junto con el Programa de Naciones Unidas para el medio ambiente (PNUMA) y la Organización Mundial de la sanidad animal (OIE), o la Agenda 2030 con sus ODS. Pero la idea de un enfoque positivo en la salud no es nueva, pues desde hace medio siglo se encuentran referencias empíricas al modelo salutogénico y posteriormente a los activos para la salud. A continuación, damos cuenta de todo ello.

La reciente Estrategia de Salud Pública (2022), muestra que la tendencia tradicional en la concepción, pero también en la organización de los servicios sanitarios, centrada en la protección, la prevención y el énfasis en la reducción de los factores de riesgo de la enfermedad y su tratamiento, se está reorientando en la actualidad hacia un enfoque positivo de la salud y el cuidado, centrado en la promoción de estos y del bienestar general de la ciudadanía (Ministerio de Sanidad, 2022a). Esta tendencia también se identifica en el *Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud* (Ministerio de Sanidad, 2021), que señala que el desarrollo de normativas y estrategias es pertinente incluir definiciones revisadas relacionadas con la equidad y DSS (equidad, determinantes sociales de la salud, desigualdades sociales o inequidades, determinantes biológicos, entre otros), preferentemente, redactadas en positivo (p.18).

En este contexto, han adquirido mucha relevancia los "activos para la salud", definidos como los factores o recursos que potencian la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y mejorar la salud y el bienestar, y que ayudan a reducir las desigualdades en salud (Ministerio de Sanidad, 2022). Cofiño et al., (2016) en su artículo *Promoción de la salud basada en activos* exponen que estos se presentan como un modelo revitalizador de las intervenciones de promoción de la salud y de salud comunitaria en términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y

USC UNIVERSIDADE

orientación a los determinantes de la salud, y también como alternativa, en un sector de la salud, de políticas y prácticas que todavía se centran de manera desproporcionada en los enfoques que proponen solucionar problemas (más cercanos a lo patógeno), potenciando el consumismo, la medicalización y la dependencia del sistema sanitario y de los servicios sociales.

Este enfoque parte a su vez del modelo salutogénico, desarrollado hace décadas por el médico y sociólogo Aaron Antonovsky (1970) pero al que se está prestando más atención en los últimos años. Se centra en la identificación y comprensión de aquello que genera salud desde una perspectiva positiva. Antonovsky, criticó el enfoque clásico de salud-enfermedad, fundamentado en el modelo tradicional patogénico, en el que las condiciones de salud y enfermedad son, por lo general, mutuamente excluyentes, y propuso concebir la salud como un continuo. En este continuo identificó dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad) (Rivera de los Santos et al., 2011). Tal y como recogen Rivera de los Santos et al.(2011) en el artículo *Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud:*

> Según el autor, no es posible que un organismo vivo logre ninguno de los polos extremos del continuo, es decir, la salud perfecta o el estado completo de enfermedad. Por un lado, toda persona tiene alguna parte insalubre, a pesar de que pueda percibirse a sí misma como saludable. Por otro, aún en los estados terminales, mientras haya un soplo de vida, en alguna medida, algunos componentes de la persona se encuentran saludables. De esta forma, el énfasis no debe hacerse en el hecho de que una persona está sana o enferma, sino más bien en qué lugar del continuo se coloca, entre la salud perfecta y el completo estado de enfermedad (Rivera de los Santos et al., 2011).

Cabe detenerse en los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla con esta teoría por su vínculo con los procesos de inclusión social. Estos son los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) y el Sentido de Coherencia (SOC). Los RGRs son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más sencillo a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Ejemplos son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición o en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. No obstante, el autor enfatiza en que más allá de poseerlos, lo importante es tener la capacidad de utilizarlos, es decir, tener SOC (Rivera de los Santos et al., 2011).

Buscando evidencias sobre la aplicación de este modelo en la formación inicial de enfermería encontramos una revisión bibliográfica publicada en la revista Enfermería Docente *La salutogénesis y su aplicación en educación* (Alarcón Alfonso, 2022) que concluye que tiene lugar a través de modelos educativos donde existe una jerarquía plana y horizontal que fomenta la participación del alumnado y su interacción con el profesorado, donde se busca conseguir su empoderamiento y fortalecer los factores que originan estados de salud. Afirma que los recursos generalizados de resistencia (RGRs) y el sentido de coherencia (SOC) son los dos elementos de la teoría salutogénica más utilizados en el contexto educativo. Contribuyen a mejorar el rendimiento académico y la capacidad de afrontamiento del alumnado, y que, en definitiva, la salutógenesis puede ser aplicada en cualquier tipo de formación.

Otros planteamientos recientes en esta línea son el modelo "Una sola salud" (*One Health*) promovido por la OMS, que reconoce la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental, y se basa, desde un enfoque holístico, en la idea de que la salud de las personas, los

USC UNIVERSIDADE

animales y el medio ambiente están estrechamente relacionados, y que la mejora de la salud de uno de estos elementos puede tener un impacto positivo en los demás (Ministerio de Sanidad, 2022a, p. 9). Laaser et al. (2022) en una editorial reciente titulada *One health, enviromental health, global health, and inclusive gobernance: What can we do? (Una sola salud, salud ambiental, salud global y gobernanza inclusive ¿Qué podemos hacer?)* plantean que los avances en esta dirección, tanto desde el punto de vista social como científico, pasan por: identificar las barreras existentes para cambiar comportamientos insostenibles, emplear métodos diversos para mejorar el compromiso de las personas, producir y comunicar mensajes eficaces y buscar estrategias para fomentar la motivación e invitar a la participación (civismo activo), todo ello prestando especial atención en involucrar activamente a las poblaciones "más desconectadas", que suelen ser las más empobrecidas o excluidas.

Por último, no podemos obviar el marco de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, modelo aceptado internacionalmente para articular estrategias específicas no solo para la mejora de los problemas sanitarios sino también para diversidad de cuestiones sociales, políticas, territoriales que repercuten en la salud y el bienestar de individuos y sociedades (Juergensen et al., 2020).

Estos son sólo algunos ejemplos de la tendencia actual que, en lugar de imponer un estado de debilidad en las personas o grupos al dirigir la atención a los déficits, la dependencia y la pasividad, presta atención a las oportunidades, la autonomía y la autodeterminación. Se centra en el desarrollo de soluciones holísticas para prevenir enfermedades y dolencias, pero especialmente para promocionar el bienestar y comunidades más saludables, inclusivas y sostenibles.

3.3.2 La salud y el cuidado como derecho ¿Es o no es igual para todos?

> El sesgo y la discriminación que dan lugar a diferencias en el acceso a los recursos y a las oportunidades en salud entre los grupos sociales son injustos. Esto se debe al papel especial que ocupa la salud en los derechos humanos: toda persona tiene derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr en su sociedad. Además, la salud es un recurso necesario para conseguir otros objetivos en la vida, como una mejor educación o un empleo. La salud es, por tanto, una manera de promover la libertad de los individuos y de las sociedades (Whitehead y Dahlgren, 2010, p. 15)

En este apartado desarrollamos una breve reflexión sobre la salud como derecho. La Tabla 18 que presentamos más adelante, recoge las declaraciones más importantes al respecto. En la dirección de comprender su relevancia conviene discernir entre una visión esencialista y abstracta y otra más realista y contextualizada de la salud. La idea básica es que no razonable argüir que la salud, entendida como la ausencia de la enfermedad (dicho así, en términos absolutos, o casi), no es un derecho. En este sentido, estamos de acuerdo con Miranda Camarero (2014) cuando en su reflexión sobre la sanidad pública española advierte que: "nadie tiene derecho a la salud, como no se tiene derecho, por ejemplo, ni a la belleza, ni a inteligencia, ni al amor, ni a la felicidad, ni a la bondad" (p. 85), sin embargo tanto las personas, como las sociedades, sí tienen derecho a la protección, promoción, prevención y atención socio-sanitaria, que terminan produciendo salud.

Esta idea se refleja con claridad en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde establece el derecho a la salud en los siguientes términos:

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Naciones Unidas, 1948).

En la legislación española, el derecho a la protección de la salud está reconocido como derecho fundamental en el artículo 43 Constitución Española (1978). Además, este derecho se garantiza a través del acceso a los servicios sanitarios a toda la población en condiciones de igualdad, accesibilidad, universalidad, calidad y gratuidad, como determinó la Ley de Sanidad (1986) y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2003, que estableció que los servicios de salud en España deben ser de calidad, eficientes y equitativos, desde el principio de derecho universal (Tabla 18).

En este punto cabe detenerse en dos interrogantes ¿El derecho a la protección de la salud depende exclusivamente del sistema sanitario? ¿Las oportunidades para ejercer el derecho a la salud son iguales para todas las personas?

En respuesta al primero, tal y como sugería Sen (2008) en la editorial de *The Lancet ¿Por qué y cómo la salud es un derecho humano?*, si bien la buena salud depende de la atención sanitaria, y la atención sanitaria es algo sobre lo que podemos legislar, la salud no depende exclusivamente de ella. También depende de la nutrición, el estilo de vida, la educación, las capacidades, el grado de desigualdad y falta de libertad en una sociedad. De este modo la garantía de este derecho depende no sólo de la legislación, sino también del debate público, la vigilancia social o la investigación, es decir, la ley debe ir acompañada de acciones políticas, sociales, económicas, científicas y culturales que contribuyan a la causa de "la buena salud para todos"(Sen, 2008).

Por otro lado, y lamentablemente, en la práctica, el derecho a la salud no es igual para todos, ya que a pesar de estar reconocido en la legislación española y en los tratados internacionales de derechos humanos, existen desigualdades tanto en el acceso a los servicios de salud, como en la calidad de estos. Tal y como enumera el informe *Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud* elaborado por Cruz Roja Española (2014), la diferencia en el acceso puede deberse a la falta de recursos económicos, la falta de información sobre los servicios de salud disponibles, la ubicación geográfica, la discriminación por razones de género, etnia, orientación sexual o discapacidad, entre otras. En referencia a la calidad de los servicios sanitarios, algunas personas pueden tener un acceso desigual a los tratamientos farmacológicos o tecnologías de salud más avanzadas, debido a su situación socioeconómica o lugar de residencia. Así mismo pueden existir desigualdades en la calidad del trato y la atención por parte del personal sanitario por la influencia de prejuicios o estereotipos a ciertos grupos de personas (Prosalus y Cruz Roja, 2014, pp. 12-13).

En este sentido, como apunta Camps (2021), el derecho puede mostrarse insuficiente cuando se ve que no puede integrar en una norma todas las situaciones existentes o posibles, y, "es distinto saber qué actuaciones son justas o injustas, qué cosas son buenas o malas para la salud, que saber cómo hay que obrar y cómo hay que distribuir con justicia, cómo aplicar lo que en principio es bueno para que sea de verdad saludable"(Camps, 2021, p. 85). En coherencia, Busquets Surribas et al. (2019) aconsejan que a la par que reconocemos los derechos también reivindiquemos los deberes para conseguir el equilibrio necesario y desarrollar relaciones de buen trato y respeto.

En consecuencia, y como sugiere Lema Añón (2020) en *La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad*, el derecho a la salud ha de ser repensado

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

al menos en dos sentidos. Por un lado, porque buscar el mayor nivel posible de salud no es alcanzable a partir únicamente de estrategias sanitarias: el derecho a la salud exige un acceso universal e igual a la asistencia sanitaria, pero no puede reducirse solo a eso. Por otro lado, es necesaria un esfuerzo por aminorar las enormes desigualdades injustas en salud, que traen causa de desigualdades e injusticias estructurales que se manifiestan en la salud de las personas. En definitiva:

> El derecho a la salud, entendido como el derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental, ha de ser pensado a la luz de los determinantes sociales de la salud, especialmente para la reducción de las desigualdades injustas en salud (Lema Añón, 2020, p. 289).

En suma, la protección de la salud, como, de nuevo, señala Camps (2021), incluye "cuidar y no solo curar al que está enfermo" (Camps, 2021, p. 23). Así el derecho a la salud, se vincula con el derecho a ser cuidado y a cuidar, que forma actualmente parte de debates sociales y políticos en distintos países, que han propuesto reconocerlo como un derecho humano independiente calificándolo como el "cuarto pilar del Estado de Bienestar"(Comas-d'Argemir, 2019). Si bien, tal y como nos informa Ibáñez (2022) en *Derecho al cuidado: un abordaje desde los derechos (humanos)*, este no está todavía reconocido de manera explícita en la legislación española o en los tratados internacionales de derechos humanos. Se puede inferir que está incorporado en función de lo regulado en algunos de los derechos sociales específicamente y que irían "desde el derecho a una alimentación de calidad y en cantidad suficiente hasta el desarrollo de sistemas de seguridad social amplios que incluyan a toda la población y no solamente a quienes estén asalariados, pasando por el derecho a la salud, a la educación, a la vivienda y al trabajo" (Ibáñez, 2022).

Este autor también advierte que el cuidado constituye un elemento esencial en el desarrollo de la vida social, aunque resulte una realidad poco visible, que en el modelo de organización social actual genera, además, grandes desigualdades (Ibáñez, 2022). De este modo, el derecho al cuidado se vuelve especialmente importante en situaciones de dependencia, como en el caso de personas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedades mentales graves o personas que necesitan cuidados paliativos. En estos casos, el acceso a los cuidados adecuados puede ser fundamental para mejorar su calidad de vida y garantizar que puedan vivir con dignidad (Comas-d'Argemir, 2019).

Para terminar, como ya sugería en el año 2009 Naciones Unidas, una sociedad inclusiva debe basarse en el respeto de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, la diversidad cultural y religiosa, la justicia social y las necesidades especiales de los grupos vulnerables y desfavorecidos, la participación democrática y el Estado de Derecho. Se promueve, no solo legislando, sino mediante políticas sociales, acciones colectivas, pero también individuales, que busquen reducir la desigualdad y crear sociedades flexibles y tolerantes que acojan a todas las personas (Naciones Unidas, 2009, p. 7)(Tabla 54).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 54 **El derecho a la salud en fuentes jurídicas**
Fuente: elaboración propia

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	Artículo 25	Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
Constitución Española (1978)	Artículo 43	Se reconoce el derecho a la protección de la Salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
Ley General de Sanidad (1986)	Artículo 1 y 3	Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional (Art.1). Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades (Art.3). La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva (Art. 3).
Constitución Europea (2003)	Artículo III-25	Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana
Ley de Cohesión y Calidad del SNS (2003)	Artículo 2	La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad. La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.

En este sentido, el Consejo General de Enfermería (CIE) en su declaración de posición *La enfermería y los derechos humanos* (2011) reconoce que todos los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y que la salud y el bienestar de los individuos pueden ser dañados cuando se violan sus derechos humanos de cualquier categoría. Desde esta premisa manifiestan que las enfermeras tratan a diario problemas de derechos humanos, en todos los aspectos de su función profesional, y que su cometido en este marco parte de su obligación deontológica de preservar, respetar y promover activamente los derechos de todas las personas a la salud, en todo momento y lugar. Este derecho se traduce en la obligación de cerciorarse de que se prestan los cuidados adecuados según los recursos disponibles y de conformidad con la ética de enfermería. Asimismo, la enfermera está obligada a asegurarse de que los pacientes reciben información adecuada en palabras comprensibles, antes de dar su consentimiento al tratamiento o a los procedimientos, inclusive a la participación en una investigación.

> Las enfermeras se enfrentan cada vez más frecuentemente a cuestiones complejas de derechos humanos, que surgen de situaciones de conflicto dentro de jurisdicciones, disturbios políticos y guerras. La aplicación de la protección de los derechos humanos debe dirigirse ante todo a los grupos vulnerables, como las mujeres, los niños, las personas mayores, los refugiados y los grupos estigmatizados. **Con el fin de que las enfermeras estén preparadas para tratar adecuadamente los derechos humanos, en todos los niveles de la formación de enfermería, deben incluirse las cuestiones de derechos humanos y la necesidad de la función de las enfermeras** (CIE, 2011)**.**

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3.3.3 Determinantes Sociales de la Salud: una visión amplia de la asistencia sanitaria

> Los seres humanos no enferman o mueren prematuramente de igual manera. Al igual que en cualquier otro aspecto de la vida humana, las variaciones en el modo de vivir y enfermar son la regla, no la excepción. En ese sentido, determinados individuos y poblaciones de distintas áreas geográficas muestran patrones de salud, enfermedad y acceso a los servicios de atención sanitaria diferentes […] Como dijo William Osler "es mucho más importante ver qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene el paciente" (Navarro y Benach, 1996, p. 512).

Aunque desde el último tercio del s.XX surgieron diferentes modelos que intentaban explicar los determinantes que influían en la salud más allá de las causas naturales, como el informe del ministro canadiense Lalonde (1974) o el Informe Black (1980) del Departamento de Salud y Seguridad Social del Reino Unido, en él se mostró que, a pesar de que la salud había mejorado desde la introducción del estado de bienestar, existían desigualdades de salud generalizadas, como por ejemplo en la tasa bruta de mortalidad, que era el doble en la clase social más baja al compararla con la más alta, y que la brecha entre las dos estaba aumentando y no reduciéndose como se esperaba (Ruiz Álvarez et al., 2022). No fue hasta principios del s.XXI, cuando la OMS constató el vínculo entre el entorno social y la salud, a través los conocidos como los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)(OMS, 2011).

Fue a partir de este momento cuando se mostró la importancia de la función de los profesionales sanitarios en la consecución de la equidad en el acceso y la reducción de las desigualdades en salud (Moreno Preciado, 2012). Sin embargo, en los años 70 del s.XX, en la famosa Declaración de Alma-Ata (1970) ya se había planteado que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, entre los países, así como dentro de ellos, y la importancia de que la asistencia sanitaria fuera socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación (*Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, 1978, p. VI; Prosalus y Cruz Roja, 2014, p. 11). Con todo, fuentes especializadas consultadas advierten que aún hoy en día en todos los países europeos, incluida España, los grupos más desfavorecidos y las minorías tienen más problemas de salud y una mayor mortalidad, lo que da lugar a grandes diferencias en la esperanza y calidad de vida entre los extremos de la escala social (Ruiz Álvarez et al., 2022; Whitehead y Dahlgren, 2010, p. 16).

En las últimas dos décadas se ha desarrollado abundante evidencia científica sobre el impacto de los DSS en la salud, entendiéndolos como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OMS, 2011) o tal y como Dalhgren y Whitehead (2006), los definieron:

> Los factores que influyen en la salud de manera positiva o negativa. Determinantes sociales, económicos y relacionados con los estilos de vida, determinantes que pueden verse influidos por decisiones políticas, comerciales e individuales, a diferencia de la edad, el sexo y los factores genéticos, que también influyen en la salud pero que, globalmente, no se ven influidos por decisiones políticas ni por medidas de otro tipo (Dahlgren y Whitehead, 2006, p. 17).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

Estos factores abarcan las experiencias de los primeros años de vida, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas

eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud, o la exclusión social (Wilkinson y Marmot, 2006). Otros autores aluden también al racismo o la discriminación por cualquier causa, que constituyen, de forma independiente a los anteriores factores, elementos que afectan a los resultados de salud a través de las vivencias de prejuicio (Lema Añón, 2020). De cualquier forma, la desigual distribución de los DSS en la población da como resultado la aparición de desigualdades sociales en salud, que son las diferencias en salud **injustas, sistemáticas y evitables** entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (Graells e Insa, 2021; Ministerio de Sanidad, 2021, p. 7).

En este contexto, existen diversos modelos conceptuales que nos ayudan a entender la interrelación entre los DSS y las desigualdades sociales en salud. Uno de los modelos más utilizados es el de Dalghren y Whitehead (1991), desarrollado hace 30 años, y que hace hincapié en la interacción de los estilos de vida individuales con las normas y redes sociales, así como con las condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general (Dahlgren y Whitehead, 2006, p. 28, 2021).

Otro marco conceptual de referencia es el de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2009; Solar y Irwin, 2010), que clasificó los DSS en dos tipos: estructurales e intermedios. Los DSS estructurales son aquellos que dan forma al entorno socioeconómico y político donde las personas viven, e incluyen las políticas públicas presentes en un contexto determinado, además hechos intangibles como la cultura y valores predominantes. Este contexto condiciona la distribución desigual del poder y los recursos en la sociedad, según unos ejes o sistemas de categorización social que en este modelo son: clase social, género, edad, etnia y territorio. Las desigualdades en estos ejes se traducen en un reparto desigual de los determinantes intermediarios, como el diferente acceso a los recursos materiales, condiciones de empleo y vivienda, así como distinta exposición a factores psicosociales (estrés, aislamiento, exclusión…) y factores conductuales y biológicos, como el tabaquismo o el consumo de alcohol. **Los sistemas sanitarios también se clasifican dentro de estos determinantes intermediarios, puesto que el acceso o calidad de los servicios prestados puede variar según la posición social de las personas**. Y el Modelo de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (2010), que incorporó al anterior de la OMS la importancia de aspectos relacionados con el género, el trabajo doméstico o los cuidados (Ministerio de Sanidad, 2021, pp. 14-15) (Ilustración 20).

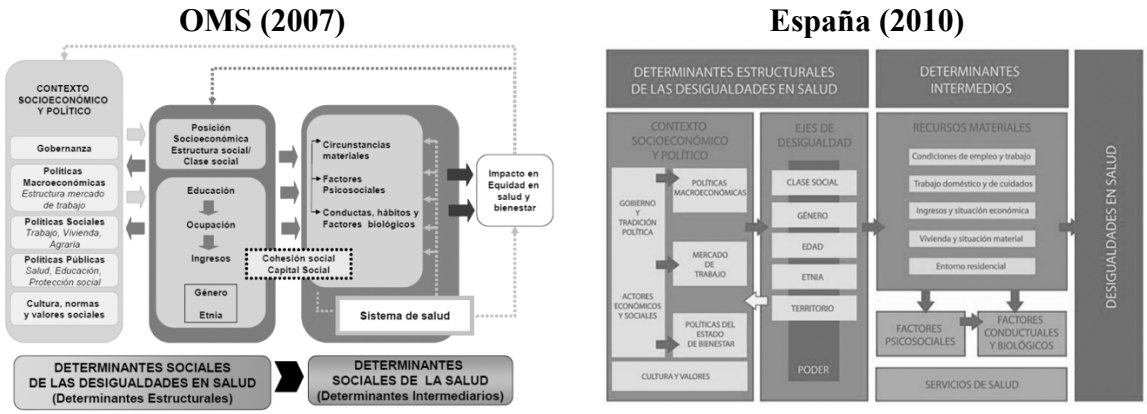


Ilustración 20 **Modelo de los DSS de la OMS y su adaptación por la Comisión para reducir las desigualdades en salud de España.**
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015); Solar e Irwin (2010).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Recientemente en el *Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y DSS* (Ministerio de Sanidad, 2021) se ha presentado un nuevo modelo que refleja la tendencia inclusiva en el ámbito de las Ciencias de la Salud, pues incorpora a los determinantes estructurales e intermedios a los que denominan **"resultados altamente sensibles a la equidad":** mortalidad, salud mental, discapacidad, percepción personal de salud física y mental, calidad de vida o salud sexual (p28) (Ilustración 21).

España (2021)

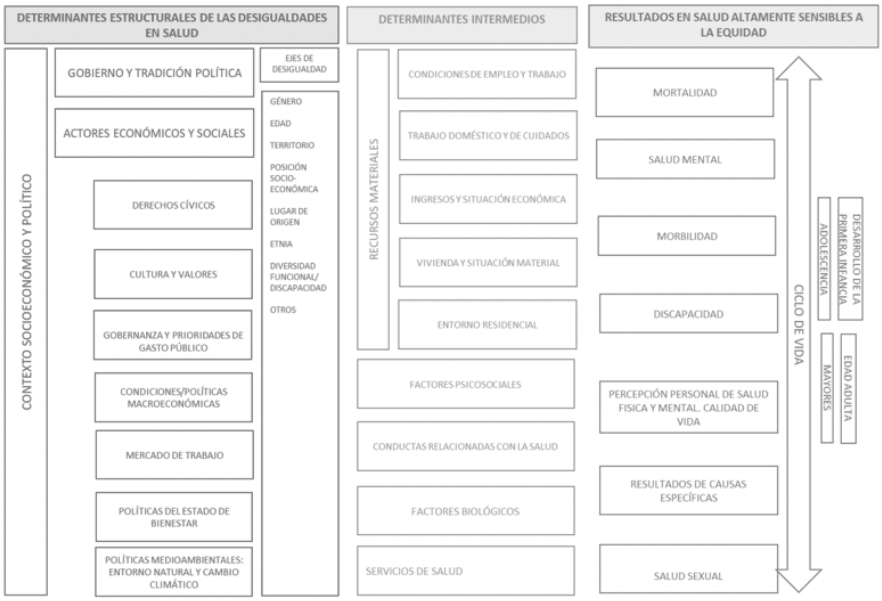


Ilustración 21 **Modelo DSS y "Resultados altamente sensibles a la equidad"**
Fuente: Ministerio de Sanidad (2021, p. 28)

Todos los modelos coinciden en incluir al Sistema de Salud como un DSS, pues una buena salud exige la existencia de un sistema sanitario de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible, pero también nos recuerdan que además depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos (OMS,2011).

En el caso que nos ocupa la exclusión social juega un papel muy relevante como DSS o condicionante de riesgo social para la salud[69]. Como mostraron Wilkinson y Marmot (2006) en el popular informe *Los Determinantes Sociales de la salud: los hechos probados,* ser excluido de la vida social y menospreciado por los demás causa peor salud y riesgos más elevados de padecer una muerte prematura. Así mismo evidenciaron que la exclusión social también es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. Estos procesos impiden a las personas participar en la educación o en la formación y acceder a los servicios y las actividades ciudadanas. De este modo, son social y psicológicamente perjudiciales, generan gastos materiales y deterioran la salud. Las personas que viven o han vivido en instituciones como prisiones, centros de protección de menores y hospitales psiquiátricos son especialmente vulnerables. Cuanto más se prolongue el tiempo que una

[69] Estos factores causan problemas de salud y enfermedades que en teoría podrían prevenirse. Pueden ser sociales o económicos, o asociarse a riesgos para la salud específicos de un entorno o estilo de vida, como la contaminación atmosférica o el hábito de fumar (Dahlgren y Whitehead, 2006, p. 28).

persona vive en una situación de desventaja, mayor será su probabilidad de padecer distintos problemas de salud. Además, la pobreza y la marginación social aumentan el riesgo de divorcio, discapacidad, enfermedad, adicción y aislamiento social y viceversa, con lo cual se crean círculos viciosos que agravan las situaciones difíciles que afrontan las personas. Aparte de sufrir los efectos directos derivados de vivir en la pobreza, estos autores expusieron datos objetivos que demostraron que la salud también se ve comprometida de manera indirecta por el hecho de vivir en barrios asolados por la concentración de privaciones, una alta tasa de desempleo, viviendas de baja calidad, acceso limitado a los servicios públicos y un entorno deteriorado (Wilkinson y Marmot, 2006, pp. 16-17).

En la otra cara, la inclusión social puede considerarse un DSS positivo ya que la seguridad económica, una vivienda digna y la seguridad alimentaria, el control y participación sobre los acontecimientos de la vida o disfrutar de unas buenas relaciones familiares y otras relaciones sociales que producen una gratificación emocional son también importantes factores favorables para la salud (Dahlgren y Whitehead, 2006, p. 28).

A pesar de que el reciente estudio *Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura* (Ruiz Álvarez et al., 2022) evidencia que España ocupa el décimo puesto de la producción científica sobre desigualdades sociales de salud. También advierte que durante la pandemia por covid-19 se constató la magnitud y la trascendencia de las desigualdades sociales en salud, que mostró claramente como la vulnerabilidad y transmisibilidad ante las enfermedades infecciosas está condicionada por los DSS, causando un mayor impacto entre los grupos socioeconómicos más bajos y en las minorías. Además como mostró el informe *Equidad en salud y covid-19* (Ministerio de Sanidad, 2020, 2021, p. 12), en España, las desigualdades sociales en salud y los DSS no han constituido una prioridad en la política sanitaria (Ruiz Álvarez et al., 2022). Se continúan buscando, mayoritariamente, las respuestas a la salud y la enfermedad, y a sus cuidados, en características biológicas, más que en las condiciones sociales en las que las personas viven, trabajan y se relacionan(Graells e Insa, 2021). En este punto, conviene hacer referencia a la sugerencia de Marmot (2005) en la editorial de The Lancet *Social determinants of health inequalities:*

> Si los principales determinantes de la salud son sociales, también deben serlo los remedios. Tratar las enfermedades existentes es urgente y siempre será prioritario, pero no debe excluir la adopción de medidas sobre los determinantes sociales subyacentes de la salud (Marmot, 2005).

En esta lógica, de la búsqueda de las soluciones, las responsabilidades son diferentes ¿Cuáles son las de la enfermería en su ejercicio profesional? En la literatura especializada hemos encontrado multitud de referencias a la necesidad de incorporar un enfoque de DSS en la formación inicial de enfermería (M. Clark et al., 2016; Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al., 2021, p. 192; Daly y Pauly, 2022, 2022; Gravens y Goldfarb, 2020; NACNEP, 2019; National League of Nursing, 2019), pero, respondiendo a la pregunta, el trabajo desarrollado por Tiase et al. (2022) *Nurses role in addressing social determinants of health* (*El rol de las enfermeras en el abordaje de los DSS*) revela que entre las responsabilidades fundamentales de la enfermería está la capacidad de detectarlos y evaluarlos, de la misma forma que realizan el triaje[70] a los pacientes a su llegada a urgencias del cualquier hospital del mundo. Para ello proponen distintas herramientas de cribado para incorporar a las valoraciones iniciales. Otros autores, como se profundizará en el próximo capítulo, inciden en

[70] Clasificación de los pacientes según el tipo y gravedad de su dolencia o lesión, para establecer el orden y el lugar en que deben ser atendidos (RAE).

su rol en la comunidad, con campañas de prevención y promoción de la salud, atención domiciliaria, y la coordinación con otros miembros del equipo sanitario y social, y de organizaciones del tercer sector (Abu y Moorley, 2023; Darcy-Mahoney et al., 2020; Gravens y Goldfarb, 2020; Liao y Dordunoo, 2022). En todos los casos enfatizan en que son la puerta de entrada al sistema sanitario, los profesionales de la salud más numerosos y qué más tiempo pasan con los pacientes tanto en los centros sanitarios, como en los entornos sociales (centros educativos, centros penitenciarios, atención primaria, centros de trabajo, centros de menores, centros psiquiátricos, centros sociosanitarios, ONG…), por lo que sus oportunidades para detectar necesidades y coordinar posibles soluciones con otros profesionales son innegables.

Por otra parte, el CIE en el *Marco de competencias para la enfermera generalista*, dentro del apartado prestación de cuidados, funciones de promoción de la salud, establece que cualquier enfermera, en todo el mundo debe demostrar comprensión de las políticas nacionales de salud y de atención social, y considerar a la persona, la familia y a la comunidad desde una perspectiva total que toma en consideración los múltiples factores determinantes de la salud (CIE, 2003). Cabe destacar que no se han identificado competencias ni en este documento, ni en otros relevantes, como el Libro Blanco del Grado en Enfermería (ANECA, 2004) o la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Esto se puede explicar porque son documentos previos a la popularización de los DSS en el ámbito sanitario, que comenzó a raíz de la Declaración de Río promulgada en la Conferencia Internacional de los DSS que convocó la OMS en el año 2011.

3.3.4 Equidad en salud: más allá de las prestaciones y distribución de la asistencia sanitaria.

> La experiencia histórica demuestra que el simple hecho de ignorar la existencia de inequidades no hará que estas desaparezcan, se autolimiten o reduzcan, ya que las políticas económicas o sociales que dejan al libre albedrío de los mercados la distribución de los recursos crean un aumento de las desigualdades (Navarro y Benach, 1996).

En el año 1992 Whitehead, en su artículo ampliamente citado *The concepts and principles of equity and health* definió las inequidades en salud [71] como las diferencias en salud que son **innecesarias, evitables, injustas y sistemáticas**. En este documento, que como ella misma aclara, no pretendía ser técnico, sino que tenía la intención sensibilizar y estimular el debate, realizó una profunda reflexión sobre la equidad en salud. Autores posteriores, internacionalmente reconocidos, como Braveman, confirman que logró su objetivo, y que fue gracias a sus aportaciones que el interés por dicha equidad tomó fuerza en el ámbito de la salud (Braveman y Gruskin, 2003).

Ambas, Whitehead y Braveman, junto con otros investigadores como Dahlgren, Gruskin y Sen, han producido en los últimos treinta años abundante investigación al respecto, gran parte al amparo de la OMS. En sus escritos plantean preguntas esenciales tales como, por qué es

[71] Aunque algunas fuentes consultadas defienden que son conceptos diferentes, Whitehead afirma que inequidades en salud y desigualdades sociales en salud se pueden usar como sinónimos, pues ambas tienen la misma connotación sobre las diferencias sociales injustas. La duda sobre el uso de una u otra radica, según explica, en que algunos autores comenzaron a utilizar el término inequidades en salud (en inglés, *inequities in health*), pero dado que en algunos países, sobre todo en el Reino Unido, se utilizaba también, y con el mismo significado, el término desigualdades en salud (en inglés, *inequalities in health*) en los años transcurridos desde entonces, cada vez más países europeos han adoptado esa terminología británica (Whitehead y Dahlgren, 2010, p. 15).

importante la equidad en el ámbito sanitario, cómo se vincula la equidad con la justicia social o los derechos humanos, o en qué se diferencia de la igualdad. También coinciden en que definir la equidad en salud no es una cuestión semántica, sino que requiere de una reflexión más amplia (Braveman, 2022; Braveman y Gruskin, 2003; Sen, 2002; Whitehead, 1992; Whitehead y Dahlgren, 2010). Por todo ello, serán los autores de referencia para este apartado.

Considerando la idea de que todas las definiciones tienen limitaciones, para Whitehead y Dahlgren (2010) la equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas puedan alcanzar un grado máximo de salud y ninguna se vea en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales (p. 16). Braveman (2003, 2022) añade que esta equidad no debe incardinarse exclusivamente en el ámbito clínico, sino que debe considerar otras cuestiones, como las condiciones económicas, la discriminación o el racismo, que señala como factores mucho más determinantes para la salud de las personas. En esta línea, propone otra definición, desarrollada por la Fundación Robert Wood Johnson[72]:

> Equidad sanitaria significa que todo el mundo tiene oportunidad de gozar de la mejor salud posible. Para ello es necesario **eliminar obstáculos a la salud** como la pobreza, la discriminación […] y sus consecuencias, como la falta de acceso a buenos empleos con una remuneración justa, a entornos seguros y a una educación, vivienda y atención sanitaria de calidad. A efectos de medición, la equidad sanitaria significa reducir y, en última instancia, eliminar, las desigualdades en la salud y sus determinantes que afectan negativamente a los grupos excluidos o marginados (Braveman, 2022; Robert Wood Johnson Foundation y University of California, 2017).

La noción de que la equidad en salud debe abarcar más que el ámbito sanitario también la defiende Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre DSS de la OMS, que sugiere que:

> La equidad en salud no concierne únicamente a sanidad de forma aislada, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana (Sen, 2002).

En España, el grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y los DSS del Ministerio de Sanidad suma a todo lo anterior que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas y grupos, para que nadie quede en desventaja, y que las políticas públicas destinadas a conseguir la equidad en salud deben, idealmente, actuar sobre todo el gradiente social y dedicar más recursos a los grupos con mayores necesidades, lo que denomina "universalismo proporcional"(Ministerio de Sanidad, 2021, p. 9). También defiende, al igual que Braveman y Sen, que es algo que debe ir más allá del ámbito sanitario, con un enfoque integral:

> Mejorar la equidad en salud compete a todos los sectores públicos, no solo al sanitario, porque implica redistribuir el poder, el dinero y los recursos de forma más equitativa entre grupos sociales. Trabajar por la equidad en salud supone asegurar las mejores condiciones para el desarrollo humano durante todo el curso vital, mejorar las condiciones de vida y trabajo, asegurar un buen entorno

[72] Fundación filantrópica estadounidense, fundada en 1936 y considerada la mayor en el país que se centra en el acceso a la atención sanitaria, la salud pública y la equidad en salud (*About the Robert Wood Johnson Foundation*, s. f.).

> de vida y medioambiental, facilitar la adopción de comportamientos relacionados con la salud y **reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y la prevención**. Para todo ello es necesaria la acción coordinada e intersectorial a nivel local, autonómico y estatal, así como la participación efectiva de los individuos y las comunidades en la formulación y toma de decisiones políticas incluyendo otras políticas distintas del ámbito sanitario, pero con efectos sobre la salud (Ministerio de Sanidad, 2021, p. 10).

Considerando lo anterior se puede comprender el vínculo entre la equidad en salud y los derechos humanos, pues como sugieren Braveman y Gruskin (2003) la equidad en salud alude a la "igualdad de derechos y oportunidades de una persona para ser saludable"[73]. Además, tal y como apuntan tanto Sen (2002) como Braveman (2014), la equidad en salud no es otra cosa que "justicia social en salud", pues **a nadie se le puede negar la posibilidad de estar sano por pertenecer a un grupo que ha estado históricamente en desventaja económica o social**.

No obstante, la justicia social y la equidad pueden interpretarse de distinta manera por diferentes personas o entornos, por lo que para hacerla efectiva o medirla, todos los autores consultados enfatizan en la importancia de identificar las diferencias en salud que son **sistemáticas, de origen social (y por lo tanto evitables) e innecesarias** entre los grupos sociales. Es decir, señalan a aquellos elementos que regularmente colocan a algunas personas en situación de desventaja para salvaguardar su salud, o lo que es lo mismo, **aquellos factores que impiden a las personas menos privilegiadas -o que están fuera de los estándares considerados normales- desarrollar su máximo potencial en salud para alcanzar, como mínimo, el mismo nivel de las más privilegiadas o normativas** (Braveman y Gruskin, 2003; Dahlgren y Whitehead, 2006, p. 19; Sen, 2002).

En esta línea, Whitehead (1992), reflexiona sobre qué diferencias en salud son inevitables y cuales son inaceptables, innecesarias o injustas. Plantea que la respuesta será irremediablemente cambiante, en especial si se compara entre distintos países. Aunque identifica algunas circunstancias cruciales, determinantes de las diferencias sanitarias y en salud (Tabla 55). También señala que estas diferencias, aun pudiendo medirse a través de estadísticas sanitarias, no deben describirse como inequidades per se, pues el término inequidad tiene una dimensión moral y ética. Algo que también advierte Lema Añón (2020) en su artículo *La revolución de los DSS: derecho a la salud y desigualdad* al afirmar que "no toda diferencia en salud, ni siquiera toda diferencia de salud sistemática entre grupos constituye siempre y necesariamente una desigualdad injusta en salud" (p. 301).

Expresado de otro modo, la inequidad en salud se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, que además se consideran injustas e inequitativas, y que para ser evaluadas como tal deben examinarse sus causas y juzgarlas en el contexto de lo que ocurre en el resto de la sociedad (Whitehead, 1992, p. 432).

[73] Las oportunidades de una persona para estar sana dependen de las condiciones de vida y de trabajo, y de otros recursos que les permiten estar lo más sanas posibles. Las oportunidades de un grupo de gozar de buena salud se miden a través de DSS como los ingresos, la riqueza, la educación, las características de su vecindario, la inclusión social o la atención sanitaria a la que tienen acceso (Robert Wood Johnson Foundation y University of California, 2017, p. 2).

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

Tabla 55 **Circunstancias determinantes de las diferencias sanitarias y en salud según Whitehead**
Fuente: Whitehead (1992, p.432)

Diferencias naturales o biológicas, y por lo tanto inevitables.
Comportamientos perjudiciales para la salud elegidos libremente, y por lo tanto evitables, como la práctica de determinados deportes o el consumo de determinadas sustancias o alimentos.
Comportamientos perjudiciales para la salud, pero relacionados con la restricción de oportunidades para la elección de estilos de vida saludables como opciones laborales limitadas, o de acceso a alimentos saludables…
Exposición a condiciones de vida y trabajos insalubres o estresantes.
Acceso inapropiado a los servicios sanitarios esenciales y otros servicios públicos.
Selección natural relacionada con la salud, es decir, la propensión de los individuos enfermos a experimentar una disminución en su posición dentro de la jerarquía social.

Delimitada la equidad como concepto y habida cuenta de las generalidades sobre la desigualdad en el ámbito de la salud, conviene preguntarse en qué consiste una asistencia sanitaria equitativa. Aunque, tal y como alerta Sen (2002), la equidad no se puede reducir a la distribución de la atención sanitaria: "Para lograr una comprensión adecuada de los logros y posibilidades de salud tenemos que ir mucho más allá de la prestación y distribución de la atención sanitaria". Ahora bien, según Whitehead y Dahlgren (2010), la asistencia sanitaria equitativa comprende una "organización justa que permite la igualdad en el acceso geográfico, económico y cultural a los servicios disponibles para todas las personas a igual necesidad de asistencia"(Whitehead y Dahlgren, 2010, p. 20). Esto, de acuerdo con Whitehead (1992) es: **igual acceso a la atención disponible para igual necesidad, igual utilización para igual necesidad e igual calidad en la atención para todas las personas.**

Según esta autora, "Igual acceso a la atención disponible para igual necesidad" significa que todas las personas tengan el mismo derecho a los servicios disponibles, que se distribuyan equitativamente por todo el territorio en función de las necesidades sanitarias y que exista facilidad de acceso en cada zona geográfica. Para comprender lo anterior plantea que **el acceso desigual se produce cuando se rechaza a las personas o estas no pueden utilizar los servicios sanitarios por falta de ingresos, por su etnia, género, edad, religión u otros factores no relacionados directamente con la necesidad de atención.** Los argumentos de Whitehead (1992) para explicarlo hace más de treinta años, señalan a problemas generalizados aún en la actualidad:

> Aunque, afortunadamente, no hay víctimas que mueran por no poder pagar un tratamiento de urgencia […] sigue habiendo otras desigualdades en el acceso. Por ejemplo, los trabajadores inmigrantes pueden quedar excluidos de los servicios asegurados en algunos países. Existen barreras financieras, organizativas y culturales para algunas personas que desean utilizar los servicios, de modo que, **aunque en teoría tengan derecho a la asistencia sanitaria, su acceso puede verse restringido en la práctica**. Por ejemplo, los costes de transporte recaen sobre todo en los grupos de renta baja, lo que limita su acceso a los servicios disponibles, o los centros sanitarios pueden tener horarios de apertura poco convenientes, de modo que sólo un grupo limitado de personas puede hacer uso del servicio, o las minorías étnicas pueden encontrar en el idioma barreras lingüísticas y culturales (Whitehead, 1992, p. 435).

En cuanto a la "igual utilización para igual necesidad" Whitehead (1992) advierte la importancia de discernir entre un utilización baja o diferente de los recursos sanitarios por libre elección, por motivos éticos, religiosos… entre otros, y el uso restringido de los servicios sanitarios por desventajas sociales o económicas (p. 435).

En este punto cabe hacerse muchas preguntas, como las que siguen a título de ejemplo: ¿se prepara a los profesionales de la salud para intentar discernir cuando una circunstancia atiende

a la voluntad de la persona y cuando es resultado de desigualdades sociales? ¿Para que reparen en la situación material de los pacientes, en orden a planificar sus acciones, considerando los desplazamientos innecesarios al centro sanitario o la optimización de las citas para reducirlos? ¿Están preparados para abordar a pacientes de distintas culturas?

En respuesta, la misma autora, y aludiendo a la premisa "igual calidad en la atención a todas las personas" señala el papel fundamental de los profesionales de la salud en todo esto. Subraya que deben esforzarse por poner el mismo empeño en los servicios que prestan a todos los grupos de población que atienden, de modo que todos puedan esperar el mismo nivel de atención profesional. También que las desigualdades surgen en este caso cuando los profesionales no ofrecen la misma dedicación con unos grupos sociales que con otros, proporcionándoles, por ejemplo, menos tiempo. Pone como ejemplo que en el Reino Unido existen evidencias de que las consultas de los médicos con pacientes de clase baja son más breves o que los derivan con menos frecuencia a los servicios especializados. También aporta datos que ilustran que la calidad de la atención se ve comprometida por la mala calidad de los centros sanitarios de las zonas más desfavorecidas, a lo que se suma la reticencia del personal más experimentado a trabajar en esos emplazamientos (p. 436).

A la vista de lo anterior, corresponde reparar en que las inequidades pueden ser horizontales (cuando las personas con las mismas necesidades no tienen acceso a los mismos recursos) o verticales (cuando individuos o grupos con mayores necesidades no cuentan con mayores recursos) (Starfield, 2011). Esto nos lleva a diferenciar **entre equidad en salud y equidad en la asistencia sanitaria** (Ilustración 22), que, de nuevo, según Whitehead y Dahlgreen (2010) se basa en:

> El objetivo último de la equidad en la salud es la eliminación de todas las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre grupos socioeconómicos, en cambio, el objetivo último de la equidad en la asistencia sanitaria es la **perfecta adaptación de los servicios sanitarios al nivel de necesidad, impidiendo que se produzcan grandes diferencias entre el acceso y el uso de éstos entre distintos grupos socioeconómicos, a favor de los grupos más desfavorecidos y con más necesidades** (p.21).

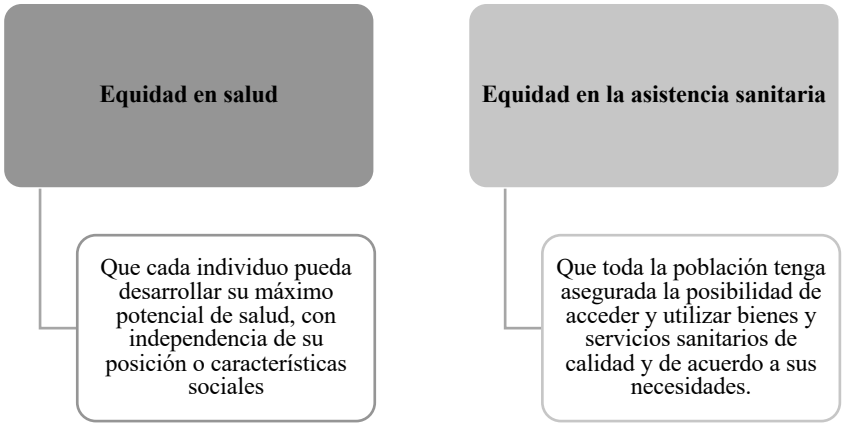


Ilustración 22 **Diferencia entre equidad en salud y equidad en la asistencia sanitaria**
Elaboración propia basándonos en Whitehead y Dahlgreen (2010)

USC

En referencia a la equidad en la asistencia sanitaria, investigaciones contextualizadas en nuestro país, como el informe *Avanzando hacia la equidad. Propuestas políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España* (Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad, 2015) señalan la necesidad de vigilar que no se produzca la "ley de atención inversa" (reciben más / mejor quienes menos necesitan) (p. 84). Así mismo, el informe *Equidad en salud y covid-19* (2020) expuso múltiples desigualdades en el ámbito sociosanitario, la más evidente fue la diferencia de la tasa de morbilidad y mortalidad por COVID-19, que fue más del doble en poblaciones desfavorecidas frente a otras más aventajadas, pero también alude a las barreras comunicativas con los pacientes y entre profesionales, las carencias en la coordinación intersectorial, o las diferencias en el acceso a la atención entre núcleos urbanos y rurales. En suma, este último informe confirma que el Sistema Sanitario español -como cualquier otro Sistema- es un determinante de la salud de las personas en el que la discriminación hacia algunas poblaciones por motivos de identidad de género, orientación sexual, origen, clase social, etnia, trastorno por consumo de substancias o comorbilidades, influyen negativamente en la demanda y en la atención de servicios sanitarios (Ministerio de Sanidad, 2020, p. 22).

Estos son solo algunos ejemplos que evidencian que las inequidades en la asistencia sanitaria y en la salud en España no son la Norma (no se buscan), pero son un hecho (existen en proporciones variables). A lo largo de las últimas décadas, tanto a nivel internacional como en el contexto nacional, han sido y continúan siendo numerosas las reflexiones y propuestas para la mejora de equidad en los sistemas sanitarios, lo que incluye la formación de los profesionales de la salud. Navarro y Benach (1996) en su extenso informe sobre las desigualdades en salud en España, ya exponían, hace más de tres décadas multitud de directrices para mejorar el sistema, a las que se suman las de Whitehead desde 1992, o más recientemente las de los ya mencionados documentos: *Equidad en salud y covid-19* (2020), *Estrategia nacional para la lucha contra la pobreza y exclusión social (2019-2022)*, el *Documento técnico grupo del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y DSS (2021)*. En la Tabla 20 recogemos aquellas que hemos identificado que se vinculan con nuestro objeto de estudio (Tabla 56).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 56 Propuestas para la mejora de la equidad en los sistemas sanitarios recogidas en una selección de documentos
Fuente: elaboración propia

Título	Autor	Año	Referencia
The concepts and principles of equity and health	Whitehead	1992	- Los principios generales que las políticas sanitarias para reducir las desigualdades deben tener en cuenta son: 1. Mejorar las condiciones de vida y trabajo de la población, 2. Lograr que adopten una vida más saludable (en especial los grupos más vulnerables o necesitados), 3. **Descentralización del poder y participación popular para la toma de decisiones sobre su salud**. 4. **Lograr el máximo acceso y la mayor calidad de la atención sanitaria para toda la población**. 5. Evaluación del impacto sanitario y acción intersectorial. - Se necesitan nuevos programas educativos basados en dar apoyo y estímulo para los cambios en el estilo de vida y ayudar a desarrollar las habilidades necesarias para mantener esos cambios frente a las presiones sociales negativas.
Desigualdades sociales en salud en España. Informe de la Comisión Científica e estudios de las desigualdades sociales en salud en España.	Navarro y Benach	1996	- Las intervenciones destinadas a disminuir las desigualdades en salud deben dar respuesta a cuatro preguntas **¿qué debe hacerse? ¿sobre quién? ¿dónde aplicarlas? Y ¿quién debe aplicarlas?** Así, es necesario caracterizar varios aspectos: el tipo de intervención (ya sea socioeconómica o sanitaria), la población sobre la que se debe actuar (sobre la población general o sobre grupos de riesgo-vulnerables), nivel geográfico sobre el que intervenir (nacional, regional o local).
Avanzando hacia la equidad. Propuestas políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España	Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad	2015	- Se necesita investigar sobre las causas de las desigualdades en salud y también sobre qué tipo de intervenciones funcionan mejor para reducir el problema. **La mayoría de los fondos de financiación y de la investigación sobre la salud es de tipo biomédico, existiendo mucha menos prioridad respecto a la investigación sobre los determinantes sociales de la salud (p.92).** - **Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios**. Para poderla llevar a cabo es necesario que los distintos actores implicados tengan la formación adecuada, como por ejemplo los responsables políticos, las personas que planifican, los trabajadores y trabajadoras de la salud y los estudiantes de salud. Además, también es necesario fomentar la formación de otros profesionales relacionados con los determinantes sociales de la salud (como por ejemplo profesionales del urbanismo, la economía, la sociología, etc.), los representantes sindicales y la sociedad civil (p.93). - **La formación de los profesionales de la salud ha sido sobre todo biomédica y con muy poco contenido sobre los determinantes sociales de la salud. Dicha formación es fundamental para aumentar la sensibilidad del conjunto del colectivo sanitario al enfoque de desigualdades, así como para disponer de profesionales que se dediquen específicamente a la investigación y acción sobre este tema (p.94).**
Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023	Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social	2019	- Se ha de avanzar hacia la equidad, identificando y luchando contra las desigualdades en salud y prestando atención a necesidades sanitarias diferenciadas, en particular cuando afectan a los segmentos más desfavorecidos de la población (salud mental, enfermedades crónicas, obesidad, etc.), siendo ineludible, incorporar de una manera más específica la perspectiva de equidad en las actuaciones (p.87). - Las estrategias del SNS deben incorporar la equidad en salud como principio rector. Esta Estrategia apuesta por garantizar la atención sociosanitaria y el cuidado de la salud de las personas más vulnerables (personas

			drogodependientes, niños, niñas y adolescentes con discapacidad; minorías étnicas, víctimas de violencia de género; menores de origen inmigrante, personas con VIH en riesgo de exclusión; etc.) basándose en criterios de equidad. **La equidad del sistema sanitario público se trabaja, también, desde la capacitación del personal sanitario y otros actores (p.87).**
Equidad en salud y covid-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales.	Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.	2020	- Establecer y/o reforzar estructuras y mecanismos de coordinación sociosanitaria entre los sectores de bienestar social y salud (p.32). - Reforzar y capacitar los servicios públicos que están en contacto directo con las personas en situaciones de vulnerabilidad. Reorganizar o reforzar los recursos con un enfoque de equidad, priorizando cubrir las necesidades de la población más vulnerable (p. 34). - **Reforzar las capacidades de los profesionales sanitarios para el abordaje de situaciones de vulnerabilidad social** (p.34).
Documento técnico el grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud.	Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.	2021	- La equidad no es un campo específico y sólo centrado en los determinantes sociales, sino que es un enfoque a integrar en los distintos sistemas de vigilancia en salud pública (p. 19). - **Los profesionales sanitarios deben incluir variables sociales en la historia clínica.** Inclusión de variables en historia clínica mediante registro activo por parte de las y los profesionales sanitarios: se valora su utilidad en la consulta y es de gran importancia para la organización de la asistencia. No obstante, hay que tener en cuenta que esto puede conllevar infra registro de estas variables por el tiempo limitado en la consulta, y **precisa de formación específica y entrenamiento periódico (p.20).** - Es primordial delimitar las variables mínimas necesarias a ser incorporadas en la HCE. Empezando con los ejes de desigualdad, las más urgentes serían: ocupación (clase social ocupacional) y nivel educativo (p. 21).

Anticipándose a la mayor parte de lo que hemos referido, el vínculo de todo lo anterior con la enfermería lo recoge acertadamente Manuel Moreno Preciado (2012) en el artículo *Crisis, salud y bienestar ¿del Estado Social al Estado de Beneficencia?*:

> El nexo entre la salud y el entorno social fue reconocido por la OMS en el año 2005 cuando se establecieron los factores sociales determinantes de la salud y fue también entonces cuando se señaló la importante función que tienen las enfermeras junto con otros profesionales de la salud para conseguir la equidad en el acceso a la salud y para lograr la reducción de las desigualdades sociales. Por lo que se puede ya establecer una conexión lógica entre la problemática social y la salud de las personas. Sobre todo, se desprende la necesidad da "arrimar el hombro" entre todos los sectores implicados -población, instituciones, profesionales- para hacer frente a una situación sociosanitaria bastante preocupante. El reto consiste en impedir que la salud de la población retroceda y sobre todo que se proteja a quienes suelen ser los más afectados en los periodos convulsivos, como niños, ancianos, mujeres; también hay, desde el ámbito social, grupos y colectivos especialmente vulnerables: enfermos crónicos, personas con discapacidad, parados, etc. Por otra parte, al calor de las crisis se cierne la amenaza del chivo expiatorio sobre quienes siendo víctimas del sistema son señalados como culpables como es el caso de las minorías estigmatizadas, inmigrantes, gitanos, drogodependientes, etc.

En esta dirección, documentos más recientes como *The role of nurses improving Health Equity* (*El papel de las enfermeras en la mejora de la equidad en salud*) (Flaubert et al., 2021) o *The essentials: core competencies for professional nursing education (Lo Esencial: Competencias básicas para la formación profesional de enfermería)* (American Association of Colleges of Nursing, 2021), en sus respectivos análisis sobre la función de la enfermería en la sociedad actual, plantean la suma importancia que ha de tener la equidad en salud como principio y objetivo transformador del sistema sanitario. También, que este proceso exige a las instituciones educativas de enfermería adaptar sus metodologías de enseñanza, su enfoque formativo y su mentalidad para respaldar las nuevas y expandidas funciones que se esperan de las enfermeras.

3.3.5 Accesibilidad universal a la salud: más allá del acceso a los recursos sanitarios.

> El acceso al SNS en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona. La garantía del ejercicio de este derecho y la protección efectiva de la salud de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social (Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud., 2018).

Las barreras en el acceso al sistema sanitario pueden afectar negativamente la inclusión social de las personas, especialmente aquellas que pertenecen a grupos desatendidos o minoritarios. Si una persona no puede acceder a los servicios de salud adecuados, puede experimentar una serie de consecuencias negativas, como peor salud y menor calidad de vida. El vínculo entre el acceso a los servicios sanitarios y la inclusión se refleja en el *Plan de acción*

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

sobre inclusión e integración 2021-2027 de la Comisión Económica y Social del Parlamento Europeo:

> El acceso insuficiente a los servicios sanitarios puede ser un obstáculo importante para la integración y la inclusión, ya que afecta prácticamente a todos los ámbitos de la vida, incluidos el empleo y la educación […] La pandemia por covid-19 ha arrojado luz sobre las desigualdades profundamente arraigadas en el acceso a los servicios sanitarios. También ha demostrado que estas desigualdades pueden plantear riesgos para la sociedad en general (European Commission, 2020, p. 13).

De este modo, el acceso inadecuado y/o insuficiente a los servicios sanitarios es uno de los factores que determinan las desigualdades en salud, y por lo tanto afecta a la equidad en este ámbito. Whitehead y Dahlgren (2010) defienden que es un determinante importante sobre el que el sector sanitario debe actuar directamente, por responsabilidad y por oportunidad, y especialmente sobre los grupos más vulnerables o desatendidos.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad (2022) establece que el criterio fundamental para acceder al sistema sanitario ha de ser la necesidad en salud, sin barreras por razones físicas, de comunicación, culturales, lingüísticas, geográficas o de oportunidad (Ministerio de Sanidad, 2022b, p. 147). Por ende, es fundamental definir qué comprende el término "Sistema Sanitario" y examinar las barreras que dificultan el acceso a este.

Entendemos Sistema Sanitario en la línea de la OMS (2000):

> Los **sistemas sanitarios están formados por todas las personas y acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud** […] son un conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines (p.1).

Como principio, cualquier sistema sanitario debe ser accesible, es decir, comprende la obligación de garantizar que los bienes y servicios sanitarios estén al alcance de todo el mundo, sin discriminación alguna. También debe estar disponible, esto es que exige unos servicios sanitarios suficientes con unas condiciones materiales adecuadas que incidan sobre los DSS. Además, con especial interés para el tema que nos ocupa, debe ser aceptable, lo que supone que dichos servicios deberán ser respetuosos con la ética sanitaria y culturalmente apropiados, teniendo en cuenta las sensibilidades y necesidades propias de cada persona. En suma deben ser universales e integrales, al atender a toda la población sin distinción, y no solo considerando la "asistencia" sino un conjunto amplio de acciones que integran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Médicos del Mundo, 2022; Miranda Camarero, 2014; Whitehead y Dahlgren, 2010).

Todo lo anterior nos advierte que, cuando hablamos de accesibilidad al Sistema Sanitario no debemos pensar solo en disponibilidad física de los recursos asistenciales, pues, **ofrecer un servicio no es sinónimo de que la persona realmente pueda hacer uso de él**. En la accesibilidad a los servicios de atención sanitaria interactúan condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios, las actitudes y competencias de los profesionales… De este modo, **no es lo mismo el acceso a los**

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

recursos y servicios, que el acceso a una atención de calidad y equitativa en dichos recursos (Sánchez-Torres, 2017).

En el caso de España, todas estas particularidades se especifican en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* Esta tiene como fin "asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud" (p.7), mediante garantías de accesibilidad (Artículo 23), de movilidad (Artículo 24), de tiempo (Artículo 25), de información (Artículo 26), de seguridad (Artículo 27) y garantías de calidad (Artículo 28).

A pesar de que esta Ley establece que los centros sanitarios deberán cumplir las normas vigentes en materia de promoción de la accesibilidad y de **eliminación de barreras de todo tipo** que les sean de aplicación. (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud., 2003, p. 24), en nuestro país, la utilización de los servicios sanitarios, o lo que es lo mismo, el acceso efectivo a ellos difiere según la clase socioeconómica, según el país de procedencia o la etnia, según el género, según el lugar de residencia o según las capacidades de la persona. Es decir, existen barreras en la accesibilidad geográfica, la económica, la cultural y ligada a la capacidad funcional (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, p. 86).

Para profundizar brevemente en estos obstáculos recurrimos al *Informe de Barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas* desarrollado por Médicos del Mundo (2022). Describe cuatro tipos fundamentales de barreras que entorpecen la accesibilidad al sistema sanitario y por lo tanto la garantía del derecho a la salud: barreras discriminatorias, barreras físicas, barreras económicas, barreras informativas y barreras culturales (Tabla 57).

Tabla 57 **Barreras en el acceso al sistema sanitario descritas por Médicos del Mundo (2022)**
Fuente: Mundo (2022)

Barreras discriminatorias	Aquellos requisitos legales o administrativos que dificultan el acceso al sistema sanitario público y que afectan únicamente a determinadas personas o colectivos – por lo general socialmente vulnerabilizadas – provocando un trato discriminatorio en relación con el resto de la población. Lo que incluye la excesiva burocratización del derecho de acceso al sistema sanitario (p.9).
Barreras físicas	Aquellas situaciones en las que los centros sanitarios – centros de salud y hospitales – no son accesibles, bien por encontrarse a una distancia excesiva para que las personas que necesitan atención puedan llegar a ellos, o por contar con unos horarios de atención restringidos que imposibiliten a las personas acudir por encontrarse en horario laboral (p.20).
Barreras económicas	Aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria o al tratamiento correspondiente por conllevar estos un gasto monetario que no pueden asumir (p.22). En España la principal dificultad el acceso a algunos medicamentos.
Barreras informativas	Aquellas situaciones en las que desde el sistema sanitario no se proporciona a las personas información necesaria y comprensible que les permita acceder a la atención sanitaria (p.23).
Barreras culturales	Más relacionadas con la aceptabilidad que la accesibilidad. Cuando el sistema de salud no es culturalmente apropiado ni respetuoso con las necesidades específicas de los colectivos vulnerables, genera a su vez un efecto disuasorio entre estas personas que limita el acceso al mismo. En esencia podemos distinguir dos grandes tipologías de barreras culturales. En primer lugar, aquellas relacionadas con el desconocimiento que tienen las personas del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En segundo lugar, están aquellas barreras culturales que se manifiestan en el momento de la atención como consecuencia de la falta en consideración de los marcos culturales y necesidades específicas de las personas atendidas (p.25).

Algunos datos ratifican estos impedimentos. Por ejemplo, existe evidencia de que las mujeres del clase más baja utilizan los servicios preventivos, como la realización de mamografías, alrededor de un 20% menos que las mujeres más acomodadas, situación que empeora cuando se estudian servicios preventivos excluidos de la cobertura pública como el

dentista; la mayoría de la población extranjera parece enfrentarse a barreras de acceso a los servicios de atención especializada, ligadas tanto a las características propias del colectivo (diferencias culturales en la percepción de la salud, problemas de comunicación con los profesionales, situación legal del inmigrante, etc.), como a factores exclusivos de oferta (trabas administrativas o actitudes del personal sanitario poco favorecedoras para el uso de los servicios)(Ministerio de Sanidad, 2022b; Urbanos-Garrido, 2016).

Además, los obstáculos se agudizan en personas con discapacidad. Según el *Libro Blanco sobre la Accesibilidad en Euskadi* (Gobierno Vasco-Fundación ONCE, 2013) las principales barreras con los que se encuentran los entornos sanitarios son: la ausencia de servicios de Intérprete de Lengua de Signos, sistemas de cita previa no accesibles para personas con distintas discapacidades (visual, auditiva, intelectual), recetas no adaptadas para el uso de personas con discapacidad visual, centros de salud, hospitales y otros entornos construidos con déficits de accesibilidad universal[74], problemas de acceso, movilidad y para acceder caminando desde los entornos en los entornos de aproximación a los centros sanitarios, ya sea en las calles aledañas como en el transporte público cercano, puertas pesadas, camillas no accesibles, ausencia de espacio para sillas de ruedas, mostradores altos, pavimentos no adecuados, habitaciones no adaptadas, etc.

Por último, en relación a las barreras, no debemos pasar por alto la brecha digital. El informe *Equidad en salud y COVID-19* (2020) la señaló como elemento de desigualdad para el acceso y uso de los servicios sanitarios y sociales, de acceso a la información y de apoyo social.

La existencia de diferentes tipos de barreras exige pensar en distintas dimensiones de la accesibilidad. Consideración singular merece el documento de la Asamblea General de la ONU *Los derechos de las personas con discapacidad* pues no solo llama la atención sobre los impedimentos físicos, geográficos o económicos para el acceso al sistema sanitario, sino también sobre barreras asociadas al estigma o los estereotipos (ONU, 2018). En este sentido, reiteramos la importancia de la accesibilidad más allá del entorno físico. Cada vez se está prestando más atención en el ámbito sanitario a la accesibilidad cognitiva, ("hacer el mundo – el sistema sanitario- más fácil de entender), o a la accesibilidad cultural (relacionada con la aceptabilidad y el respeto). Adicionalmente, Whitehead y Dahlgren (2010) señalan la gran **importancia de las barreras en la accesibilidad que se crean entre los trabajadores sanitarios y los pacientes** en general cuando los profesionales de servicios sanitarios no son conscientes ni entienden las privaciones que sufren éstos en su vida cotidiana.

En este escenario, es necesaria una reflexión sobre el papel que la enfermería puede tener en la accesibilidad universal. La enfermería se considera la puerta de entrada al sistema sanitario, y por lo tanto puede mitigar las barreras para el acceso a este. Este rol se materializa a través de la educación que proporcionan a los pacientes sobre sus derechos en la atención sanitaria, así como facilitando el acceso a los recursos y servicios esenciales. Además, pueden trabajar activamente para garantizar que la atención brindada sea culturalmente sensible, lo que contribuye a mejorar la inclusión social y promover la equidad en salud. Esta concepción sobre sus funciones requiere de un cambio de lógica, y, tal y como se defiende en el famoso informe *Triple Impacto* del Grupo de Salud Global del Parlamento Británico en el año 2016, también buscar fórmulas para "desarrollar a las enfermeras" en su máximo potencial como garantes de

[74] Entendida como la condición que tienen que cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de "diseño universal o diseño para todas las personas", y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse(Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación, 2022b).

la accesibilidad equitativa y sin discriminación a los sistemas de salud. Este informe señala que esto no puede lograrse sin el fortalecimiento de la enfermería, no sólo en términos cuantitativos (aumentar el número de enfermeras), sino también en términos cualitativos, asegurando que su contribución se comprenda adecuadamente (dentro y fuera del colectivo) y que puedan trabajar al máximo de sus capacidades. Lo exponen del siguiente modo:

> Las enfermeras son, con mucho, la mayor parte del personal sanitario profesional, y el logro de la cobertura sanitaria universal en todo el mundo dependerá de que puedan aprovechar al máximo sus conocimientos y aptitudes. Sin embargo, con demasiada frecuencia se infravaloran y se subestima su contribución […] Cualquiera que sea su función particular, pueden guiarse a lo largo de todo el proceso por su educación y conocimientos profesionales y por sus valores humanitarios y centrados en las personas. Las enfermeras son a menudo las primeras y a veces las únicas profesionales de la salud que las personas ven y la calidad de su evaluación inicial, atención y tratamiento es vital. Forman parte también de su comunidad local, compartiendo su cultura, sus puntos fuertes y sus vulnerabilidades - y puede dar forma y ofrecer intervenciones eficaces para satisfacer las necesidades de los pacientes, las familias y las comunidades […] Este tipo de desarrollo es necesario si los países de todo el mundo quieren garantizar que todos sus ciudadanos tengan acceso a la atención sanitaria (Grupo Parlamentario de todos los partidos sobre Salud Global, 2016, p. 3).

A pesar de la idoneidad reconocida de la enfermería para promover la accesibilidad, así como para abordar cuestiones relacionadas con los DSS, la equidad y los derechos humanos, las fuentes consultadas también resaltan la escasa atención que estas temáticas reciben en los currículos de formación inicial, no solo en el ámbito de la enfermería, sino también en el de otras profesiones sanitarias, como la medicina (Lee et al., 2021; K. Taylor, 2023).

***

En este punto y como recapitulación, podemos asentir que el vínculo de los cuidados de enfermería y la inclusión social es que ambos comparten la aspiración de mejorar las condiciones en la sociedad de todas las personas, especialmente las más vulnerables o desatendidas, ya sea por enfermedad, sexo, edad, discapacidad, etnia, origen, religión o situación económica, mediante la mejora de su salud, oportunidades, el acceso a los recursos, la participación y el respeto de sus derechos, sin discriminación. O lo que es lo mismo, la mejora de los DSS, entendidos como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de vida cotidiana (OMS, 2008). Estos DSS emanan a su vez de todos y cada uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) dado que la pobreza (ODS 1), la educación (ODS 4) o el agua limpia y saneamiento (ODS 6), el bienestar económico (ODS 8) y la capacidad de las ciudades y asentamientos humanos para ser inclusivos y resistentes (ODS 11) afectan directamente a la capacidad de la sociedad para crear, experimentar y mantener la salud. La salud a su vez influye en la capacidad de trabajar, participar y vivir con dignidad. Todas estas asociaciones vinculan directamente a la enfermería con todos los fenómenos desarrollados a lo largo del capítulo: pobreza, vulnerabilidad, solidaridad, dignidad, justicia social, diversidad, estigma, discriminación, discapacidad, globalización, equidad o accesibilidad.

3.4 Estrategias públicas sobre inclusión social en España y Galicia: contexto y planificación

Con el fin de complementar el aporte teórico desarrollado hasta ahora, en este apartado, y para finalizar, consideramos varias dimensiones de especial relevancia para nuestro objeto de estudio, en tanto que nos ayudan a contextualizarlo en la realidad española y gallega actual y futura: el progreso en inclusión social, la desigualdad y pobreza persistente, la crisis de vivienda y de personas sin hogar, el envejecimiento de la población y los desafíos para el bienestar, la inmigración y el aumento de la intolerancia, el incremento de las discapacidades o el ruralismo.

El informe *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de largo plazo* (Ministerio de la Presidencia, 2021) manifiesta que España ha tenido un progreso muy notable en materia de inclusión social. Alude a que ha logrado registrar las brechas de género (en el empleo, salarios, educación, derechos y participación política) más bajas de la UE y que se ha convertido en un país tolerante con las diferencias y la diversidad[75]. Así mismo, apunta que es uno de los diez mejores países del mundo para vivir y uno de los más respetuosos con la orientación sexual e identidad de género, la religión y la cultura de las personas. Sin embargo, al mismo tiempo afirma rotundamente que "España es uno de los países más desiguales de Europa" (p. 321), y que esta elevada desigualdad se traduce, a su vez, en una elevada incidencia de la pobreza en algunos segmentos de la población, cronificada desde la crisis financiera de 2008 y al alza desde la crisis sanitaria de 2020.

Todo esto lo corrobora el *Informe sobre el estado de la pobreza y exclusión social en España 2018-2020* (EAPN, 2021): "las diferencias con respecto a Europa tanto de desigualdad como de pobreza y vulnerabilidad, son elevadas y crecientes"(p. 7), o, *Radiografía de medio siglo de desigualdad en España* (La Caixa, 2022): "Desde 2010, la pobreza en España se ha vuelto más crónica, especialmente en los hogares más jóvenes con menores dependientes […] se ha duplicado el porcentaje de niños en hogares sin empleo" (p 5).

En 2019, el 21% de los habitantes de nuestro país vivió con menos de 740 euros al mes y más del 5% padeció carencias materiales severas, no pudiendo permitirse tener un ordenador personal o mantener su vivienda a una temperatura adecuada. En la actualidad, la mitad de la población española (44,9%) tiene alguna clase de dificultad para llegar a final de mes (EAPN, 2022), a lo que se añade que en España, la igualdad de oportunidades en la educación o el empleo es una de las más bajas de la UE (Ministerio de la Presidencia, 2021).

A este contexto se suman otras particularidades, como el número de personas sin hogar, que en España ha crecido en un 24,5% en los últimos 10 años. En la actualidad son 28.552, de las cuales 7.276 están en situación de calle, 11.498 en albergues y centros, y 9.778 en pisos y pensiones para personas sin hogar (este número podría ser aún mayor si se tienen en cuenta aquellas que están al margen del sistema). Además, sus circunstancias se están agravando y más del 40% de las personas sin hogar lleva en esta situación más de 3 años (11.471 personas)(Resolución de 20 de enero de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo Marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para dar solución al sinhogarismo impulsado por la Estrategia nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030., 2023).

En suma, la concentración urbana está influyendo notablemente en algunos DSS, pues se están acentuado las dificultades en el acceso a la vivienda, ha aumentado el deterioro ambiental

[75] Esta afirmación es cuestionada por otras fuentes no gubernamentales, como se expone en las páginas que siguen dentro de este apartado.

y se ha agudizado la segregación social, - todos ellos DSS-. Se estima que, en 2050, el 88% de nuestra población vivirá en ciudades y que la España rural perderá casi a la mitad de sus habitantes actuales. En este contexto las grandes urbes y sus áreas metropolitanas se tornarán menos sostenibles, y problemas como el acceso a la vivienda o la segregación social se acentuarán notablemente. En la otra cara, muchos municipios rurales y ciudades medias y pequeñas perderán dinamismo económico y sufrirán un agudo declive social, agravándose sustancialmente la desigualdad de recursos (materiales y humanos), incluyendo los sanitarios, lo que se traducirá en grandes diferencias en las oportunidades para la salud y el bienestar entre las grandes ciudades y el rural (Ministerio de la Presidencia, 2021).

Así mismo, el envejecimiento de la población – "En 2050, uno de cada 3 españoles tendrá 65 años o más" (Ministerio de la Presidencia, 2021, p. 17)-, algo que, según el informe *España 2050*, ni con un aumento sustancial de la tasa de natalidad en los próximos años o un potencial incremento de la inmigración podrá revertirse, supondrá un desafío para el Estado de Bienestar tal y como lo entendemos en la actualidad: "De aquí a mediados de siglo, el gasto sanitario podría aumentar en más de 1 punto de PIB, el número de personas mayores beneficiarias de ayudas a la dependencia podría duplicarse, con el gasto público en cuidados pasando del 0,8% actual a más del 2,0% del PIB en 2050"(Ministerio de la Presidencia, 2021). Fuentes consultadas apuntan además a que existe un gradiente social[76] evidente en la prevalencia de situaciones de dependencia en este grupo poblacional, mostrándose un aumento progresivo del porcentaje de personas dependientes mayores de 65 años según se desciende en el nivel socioeconómico, con un rango que varía entre el 32,45%, en la clase social más favorecida y el 56,3%, en la más desfavorecida (Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social, 2019, p. 56). Para afrontar esta situación España deberá rediseñar su Sistema Nacional de Salud, garantizar la sostenibilidad y suficiencia de su sistema público de pensiones, pero también lograr que las personas en edades avanzadas tengan una participación cada vez más activa y satisfactoria en la vida económica y social del país. "La forma en que concebimos la vejez también tendrá que cambiar"(Ministerio de la Presidencia, 2021, p. 18), se asociará cada vez menos a la inactividad y la dependencia, con el consecuente y necesario transformación de estereotipos y prejuicios sociales alrededor de ella.

En dirección contraria a los datos favorables expuestos al inicio de este apartado y proporcionados por el Ministerio de la Presidencia, recientemente, el *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España* (Foessa, 2019d), afirma y añade a todo lo anterior, que en los últimos años en España existe un aumento de la intolerancia hacia el diferente, que aunque no puede generalizarse, se traduce en actitudes de rechazo por quienes se encuentran en una situación socioeconómica más baja, como los inmigrantes sin empleo, familias vulnerables, personas sin hogar, personas de etnia gitana…(p.71). Esto ocurre en un contexto social y un momento histórico en el que nos encaminamos inevitablemente a un mestizaje poblacional sin precedentes (p 72). Según datos del INE, durante 2022 casi medio millón de personas procedentes del extranjero establecieron su residencia en nuestro país (un 137,9% más que en el primer semestre de 2021), siendo alrededor de 5 millones en total (INE, 2022). Y, no es algo transitorio, pues como sugiere el informe desarrollado por Iglesias et al., 2020 *La integración social de la población de origen inmigrante en España* (Foessa, 2020), la inmigración, en la actualidad, está firmemente arraigada y establecida en el país:

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[76] Deterioro progresivo o lineal de la salud a medida que desciende la posición social (Whitehead y Dahlgren, 2010, p. 17).

> Es una parte indisoluble de la "España" presente y futura. De lo que somos y vamos a ser. Un país y, especialmente, unas clases populares, que aglutinan en su interior un "nuevo" nosotros, más diverso y múltiple en términos étnicos y raciales, que es producto de la inclusión de la población inmigrante (p.216).

Sobre este particular, y en referencia al sistema sanitario, el *Plan de acción sobre la integración e inclusión 2021-2027* desarrollado por la Comisión Europea en 2020, y centrado en la población migrante, establece que es prioritario el fomento del acceso a los servicios sanitarios, incluida la atención a la salud mental. Además de garantizar que las personas estén informadas sobre sus derechos y que los sistemas de salud reconozcan los retos específicos a los que se enfrentan. Para ello propone, impartir formación al personal sanitario sobre gestión de la diversidad y las necesidades de grupos específicos (inmigrantes con trauma, víctimas de trata de seres humanos y violencia de género, Menores no acompañados, personas mayores de otras culturas, personas con discapacidad de otras culturas, etc.…)(Comisión Europea, 2020, p. 14).

En esta línea, para corroborar la tendencia social basta con explorar la cantidad de planes estratégicos nacionales destinadas a promover la inclusión de colectivos que, por diferentes razones, o características particulares, son más vulnerables, o están más desatendidos. En este sentido, conviene enfatizar que la planificación estratégica en el ámbito público es el marco conceptual, operativo e indicativo desarrollado por las instituciones sobre cómo deben ser tratados y resueltos los problemas y necesidades de la sociedad civil o enfrentados los retos, en la que no se trata solamente de adaptarse al entorno, sino de crear un futuro, y que, se vuelven más necesarios cuanto más inciertos y turbulentos sean los cambios que suceden fuera de las fronteras de la organización (Álamo Vera y García Soto, 2007). Algunos de estos planes son:

- Estrategia Nacional para la igualdad, inclusión y participación del pueblo gitano 2021-2030.
- Estrategia nacional de lucha contra el sinhogarismo 2023-2030.
- Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030.
- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026.
- Plan estratégico de igualdad efectiva entre hombres y mujeres 2022-2025.
- Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023.
- Estrategia nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021.
- Otros que están en proceso de revisión y nueva formulación como el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades, el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia.

Con el fin de poder contrastar más adelante estas estrategias que emanan del ámbito político y la propuesta curricular objeto de análisis, se han revisado todas ellas mediante lectura una exhaustiva buscando referencias a la inclusión social y su vínculo con la salud, el sistema sanitario y la formación de profesionales sociosanitarios. En todas las planificaciones estratégicas están presentes recomendaciones y objetivos específicos destinados a encontrar soluciones a la discriminación en el ámbito sanitario (Tabla 58)[77], la pregunta es: ¿se trasladan esas buenas intenciones del papel a la práctica?

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[77] Marcamos en negrita aquellas que consideramos afines a nuestro objetivo.

Tabla 58 **Referencias en los planes estratégicos públicos a la inclusión social y su vínculo con la salud.**
Fuente: elaboración propia

Plan	Vinculo salud-inclusión social	Recomendaciones-objetivos
Estrategia Nacional para la igualdad, inclusión y participación del pueblo gitano 2021-2030.	Se busca generar impactos transformadores en la población gitana a largo plazo, dando continuidad y profundizando en los ámbitos clave para la inclusión social: educación, empleo, vivienda y salud (p. 3).	-Garantizar la inclusión socioeconómica de la población gitana en situación de exclusión social, especialmente en educación, empleo, salud y vivienda (p.6). -**Mejorar la atención a la población gitana en los servicios sociales y sanitarios mediante la formación de los profesionales** (p. 85). -Reducir y prevenir la discriminación contra la población gitana y el antigitanismo, incluyendo la estigmatización, la discriminación interseccional y múltiple, los delitos de odio y el discurso de odio anti gitano (p. 85). -Mejorar el estado de salud y reducir las desigualdades sociales en salud en la población gitana, a lo largo de todo el ciclo vital, con especial hincapié en población infantil gitana y población mayor gitana (p.16). -**Reducir la discriminación en el ámbito sanitario en la población gitana** (p.16).
Estrategia nacional de lucha contra el sinhogarismo 2023-2030	La vivienda no solo es la principal necesidad de las personas sin hogar, sino que es la puerta de acceso efectivo a otros derechos fundamentales (salud, autodeterminación, seguridad…). La mejora de la vida de las personas sin hogar depende en gran parte de su acceso a los servicios generales y especializados (ámbitos de salud, servicios de atención y tratamiento a las adicciones, formación para el empleo o acceso a vivienda, entre otros), que en ocasiones no se logra por la existencia de barreras y falta de adaptación de los estos servicios a las situaciones en que se encuentran las personas sin hogar, lo que impide que éstas ejerzan sus derechos de una manera efectiva.	-Establecer protocolos de detección e intervención temprana de sinhogarismo en el ámbito sanitario a través de los servicios de atención psiquiátrica o psicológica cuando se estime riesgo de pérdida o abandono de hogar. También, en los procesos de alta hospitalaria que requieren posterior convalecencia o tratamientos intensos (p.45). - Impulsar y desarrollar la formación de los profesionales en los distintos ámbitos de atención, en la situación de las personas sin hogar y el modo de trabajar con ellos. Muy especialmente se debe intensificar la formación en los ámbitos sanitario, cuerpos y fuerzas de seguridad, servicios públicos de empleo, justicia, así como en aquellos servicios en los que la presencia de las personas sin hogar es relevante (transporte, servicios de limpieza…) (p.47). - Establecer vías de cooperación entre profesionales de la salud y quienes ejercen el papel de acompañamiento de referencia de la persona sin hogar (p.47). - Contar con un protocolo de derivación de personas sin hogar tras el alta hospitalaria, así como contar con centros especializados dotados de recursos sanitarios suficientes para la atención de personas sin hogar que no requieran hospitalización, bien sea durante su convalecencia, bien sean personas sin hogar con enfermedades terminales (p.47). - Facilitar el acceso al reconocimiento de la discapacidad, así como garantizar que todos los recursos para personas sin hogar cumplen la legislación de accesibilidad universal y están adaptados a sus necesidades especiales (p.47). - **Promover la formación de equipos mixtos de trabajo de calle compuestos por profesionales sociales y profesionales de la salud, que actuarán en coordinación con el conjunto de la red de recursos** (p.51).
Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030.	El ejercicio pleno de la ciudadanía implica la presencia y la participación, en condiciones de igualdad en todas	-Establecer medidas legislativas y presupuestarias necesarias para garantizar la accesibilidad en todas las esferas, lo que incluye los edificios y las instalaciones abiertos al público o de uso público, los servicios de transporte y los servicios de información y comunicaciones, servicios de atención a la salud de personas con discapacidad (también en las zonas rurales), procedimientos y colegios electorales, etc. (p.30).

	las esferas clave para el desarrollo individual y grupal, como la educación, la salud, el empleo, la movilidad, la justicia o la seguridad entre otras, para el goce efectivo de los de los derechos humanos (p. 43). Para ello el conjunto de la sociedad y sus distintos agentes clave en todos los ámbitos básicos para la inclusión y participación de las personas con discapacidad y para el ejercicio de sus derechos, constituyen asimismo agentes básicos a quienes involucrar: entre otros, operadores jurídicos y administrativos, profesionales en los ámbitos de salud y servicios sociales, tejido empresarial, centros educativos, universidades y centros de investigación e innovación, operadores en el ámbito del urbanismo, la edificación y el diseño, así como en la cultura y el deporte, o en cualquier otro ámbito de participación social (p.44).	**- Promover campañas de sensibilización, en colaboración con las organizaciones de personas con discapacidad y campañas de educación pública, así como programas permanentes de capacitación, para combatir estigmatización y discriminación en todos los ámbitos; incluidos los profesionales y funcionarios de los centros de acogida de inmigrantes, de mujeres, en la administración de justicia, en la salud y específicamente en la salud mental, agentes del orden, trabajadores sociales, personal educativo, etc.** (p.30). - Avanzar en garantizar la accesibilidad universal y la disponibilidad de servicios de atención sanitaria (presencial o a distancia: telemedicina, teléfonos de atención médica y/o de enfermería, cita previa …) para todas las personas con discapacidad, en particular en zonas rurales y para las mujeres con discapacidad (p.47). -Avanzar en la coordinación e interoperabilidad del sistema sanitario y el sistema de servicios sociales para una atención adecuada a las personas con discapacidad que precisan cuidados (p.47). - Impulsar los mecanismos que respeten la voluntad, autonomía y el consentimiento informado de la persona en los tratamientos médicos y farmacológicos. Revisar la normativa vigente en materia de internamientos y contenciones, bajo el prisma de los derechos humanos y asegurar las medidas alternativas a estas prácticas (p.48). - Avanzar en la cohesión territorial y equidad en los recursos y servicios (salud, servicios sociales, transporte…) en el medio rural, corrigiendo los desequilibrios actuales involucrando a las entidades sociales y agentes locales para impulsar un desarrollo rural inclusivo y nuevas oportunidades de empleo y actividad económica vinculadas al cuidado (p.49). - Priorizar el cumplimiento de la normativa sobre diseño y accesibilidad universal en el acceso a los derechos básicos (educación, salud, empleo, justicia, vivienda), garantizando que las Administraciones Públicas se conviertan en referentes e impulsoras en este cumplimiento (p.50). - Realización de un diagnóstico sobre las condiciones de diseño y accesibilidad universal de los centros, servicios y recursos sanitarios (atención primaria y atención especializada) de Sistema Nacional de Salud para identificar medidas de mejora (p.73). - **Dotar e intensificar los apoyos para que las personas con discapacidad puedan gozar de del nivel más alto de salud (física, mental y social) posible, y asegurar su acceso a todos los servicios y prestaciones del SNS con las necesarias condiciones de accesibilidad universal y sin discriminación alguna** (p.58). - **Incorporar módulos formativos específicos sobre el enfoque de derechos de la Convención en el trato, atención, abordaje y respuesta a las personas con discapacidad en los niveles de enseñanza de formación profesional y universitaria, en las disciplinas relacionadas con la intervención y apoyo a estas personas (servicios sociales, salud, educación, justicia, etc.)** (p.64). - Promoción de servicios específicos de apoyo (salud, apoyo psicológico, etc.) en el ámbito penitenciario para cubrir las necesidades específicas de las personas con discapacidad reclusas (p.68).
Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026.	Por encima de los síntomas de su problema de salud, muchas veces el estigma y la discriminación son las principales barreras en las actitudes de la población	- Realizar y evaluar un plan integral de intervención contra el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación que aborde los siguientes ámbitos: laboral, medios de comunicación, servicios sociales, ámbito cultural, servicios sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, educativo, ejecutivo, legislativo y judicial, familiar, penitenciario (p.70).

	general. Esto dificulta la recuperación y la inclusión social de las personas con problemas de salud mental. El estigma y la discriminación desalientan a las personas a reconocer su problema de salud y a iniciar su proceso de recuperación. La pervivencia de mitos, prejuicios y estereotipos contribuyen a la consolidación del estigma y conducen a la normalización de graves conductas discriminatorias (p.17). A pesar de la importante evolución que se ha producido en el modelo de atención a las personas con problemas de salud mental en los últimos años, es urgente e imprescindible introducir una serie de principios que permitan evolucionar hacia un modelo en el que se ofrezca la posibilidad de avanzar en inclusión social, así como la capacidad de disfrutar de un rol social pleno en el medio comunitario y los recursos necesarios para una coordinación efectiva entre el Sistema Nacional de Salud y los agentes sociales y comunitarios (p.25).	- Facilitar en los servicios de atención la existencia de normas específicas en sus protocolos y procedimientos de seguimiento y control dirigidos a fomentar la integración, evitar el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación de las personas con problemas de salud mental y su entorno más cercano (p.71). - Desarrollar mecanismos de seguimiento preciso de las garantías de buen trato, así como de detección de incumplimientos y medidas para resolverlos. - Impulsar que todos aquellos planes, programas, proyectos y normas que estén sujetos a estudios y evaluaciones de impacto ambiental, incorporen la evaluación del impacto en la salud (tanto física como mental), promoviendo así la salud mental de las personas (p.76). **- Impulsar intervenciones específicamente orientadas a sensibilizar, asesorar e informar a las personas responsables de las instituciones de los diferentes ámbitos (educativo, medioambiental, laboral, judicial, sanitario, etc.) de la relación existente entre sus actuaciones y la salud mental, señalando el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas** (p.76). - Fomentar la cooperación con otros sectores en el marco de la Agenda 2030 para la consecución de estos objetivos (p.82). - Priorizar los apoyos a las personas en su propio contexto comunitario facilitando el mantenimiento de los vínculos con éste, para lo que se deberá planificar la dotación adecuada de servicios: equipos de tratamiento asertivo comunitario y equipos de atención domiciliaria interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social) (p.88). - Sustentar el tratamiento en el buen trato, los principios éticos y la complementariedad de las intervenciones sociales, psicológicas y biológicas (p.88). **- Es necesario ir adaptando en el tiempo el contenido y los programas de los estudios universitarios de psiquiatría en medicina, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y todas aquellas titulaciones vinculadas con la atención a la salud mental, en línea con las ideas y recomendaciones recogidas en la presente Estrategia, facilitando también la vinculación con los servicios asistenciales** (p.109).
Plan estratégico de igualdad efectiva entre hombres y mujeres 2022-2025.	La vida de las mujeres no puede explicarse por un único factor, como el del género, sino en interrelación con otros, como la racialización, la clase social, la procedencia, la discapacidad, etc. En última instancia, cómo	-Profundizar en el conocimiento de las desigualdades de género y de las condiciones sociales, laborales y ambientales que afectan a la salud de las mujeres, prestando atención a la salud mental y a las enfermedades con mayor prevalencia en las mujeres (p.80). - Impulsar la incorporación de la perspectiva de género en las formaciones universitarias vinculadas con las ciencias de la salud (p.80). - Actuaciones dirigidas a paliar y mejorar la situación de vulnerabilidad social de las familias, cubriendo necesidades básicas y facilitando el acceso a los servicios de salud, educación (material escolar, ayudas de

	actúan conjuntamente todos estos factores influyéndose entre sí, dependiendo del contexto situado en el que las vidas de las mujeres se desarrollan, explica cómo se experimenta y manifiesta la desigualdad en sus vidas (p. 14).	comedor), vivienda (alquiler y mejoras de habitabilidad, garantía de suministros) y de empleo, así como el acompañamiento y trabajo social con las familias (p.142). - Incorporación de la dimensión de género al análisis de los efectos del cambio climático y de la degradación medioambiental, incluidos, entre otros, los impactos sobre la salud humana y sobre la economía (p.143). - Profundizar en el conocimiento de las desigualdades de género y de las condiciones sociales, laborales y ambientales que afectan a la salud de las mujeres, prestando atención a la salud mental y a las enfermedades con mayor prevalencia en las mujeres (p.167). - Creación de un Área de investigación y docencia específica en salud y género e introducción en las convocatorias de Acción Estratégica en Salud de líneas de investigación prioritarias sobre impacto en la salud de las desigualdades de género y sobre salud de las mujeres (p.168). **- Impulsar la incorporación de la perspectiva de género en las formaciones universitarias vinculadas con las ciencias de la salud** (p.168). **- Refuerzo de las capacidades y competencias de las y los profesionales de la sanidad en integración de la perspectiva de género en sus áreas de actividad (p.169).** - Conocer y mejorar las condiciones en las que viven las mujeres de grupos étnicos y en los colectivos en situación de emergencia social (p.183).
Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023.	Cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, es más probable que tenga peor salud (p.54). Existe una relación directa y probada entre pobreza, exclusión social y salud, con un importante impacto de género, relación que se retroalimenta mutuamente en una dinámica de causalidad circular (la exclusión social daña la salud y la mala salud puede abocar a la exclusión social) (p. 87).	-Promover estrategias y programas dirigidos a mejorar la salud y estilos de vida de grupos en situación de vulnerabilidad: personas con discapacidad, personas con adicciones, población gitana, personas con infección por el VIH, personas privadas de libertad, extutelados, personas de origen inmigrante, personas sin hogar, etc. (p.86). - Trabajar desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud de manera coordinada entre los servicios sanitarios y sociales, y con participación de la ciudadanía, para dar una respuesta integral a los desafíos de salud de los colectivos más vulnerables (p.86). - La promoción de soluciones novedosas a los cambios y retos de la sociedad en el ámbito de las desigualdades y la exclusión social que estén basadas en la evaluación y en la evidencia empírica, para contribuir, en último término, a su mejora y transformación hacia un desarrollo sostenible e inclusivo (p.106). - Avanzar en el conocimiento de las problemáticas y necesidades sociales, así como en la eficacia del sistema en la respuesta a las mismas (p.137).
Estrategia nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021.	Cuando la salud, el mercado de trabajo, las políticas educativas y sanitarias se desarrollen bajo la perspectiva del envejecimiento activo la tendencia será a un descenso de muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida, de discapacidad relacionadas con enfermedades	- Algunos otros campos de muy diferente naturaleza en relación con la salud están poco atendidos o descuidados en mayor o menor grado. Entre ellos la educación sanitaria para las personas mayores, sus cuidadores y familiares, la implantación de medidas de carácter preventivo, la investigación sobre cuestiones relacionadas con el envejecimiento y sus enfermedades, o la propia enseñanza de la doctrina geriátrica dirigida a los estudiantes de las diferentes profesiones sanitaria (p.42). **- Evitar la discriminación por razón de edad en todos los ámbitos de la sociedad (p.61). Erradicar posibles prácticas de discriminación hacia las personas mayores por razón de edad. Esto supone fundamentar las decisiones terapéuticas en el estado funcional y de salud, más que en la propia edad. En las intervenciones quirúrgicas se deberá contar siempre con la opinión y consentimiento del paciente mayor o, en supuestos de incapacitación judicial, de su representante legal. Los mismos criterios de no discriminación se han de**

	crónicas ligadas al envejecimiento, una reducción del gasto sanitario y farmacéutico y un incremento de la participación social, económica y cultural (p.7).	**aplicar para intervenciones como el implante de válvulas, trasplantes, tratamientos de cáncer y patologías análogas. En ningún caso se ha de privar a las personas mayores de las mismas oportunidades terapéuticas que se puedan ofrecer al resto de la sociedad, siempre que la situación funcional y clínica de la persona indiquen que el balance riesgo/beneficio de la actuación es favorable** (p.74). - Los servicios sanitarios y los servicios sociales deben establecer protocolos de prevención e intervención para evitar las consecuencias negativas de salud y bienestar emocional que conlleva la soledad. La soledad no deseada constituye uno de los principales problemas de las personas mayores. La pervivencia de las mujeres conlleva que el problema de la soledad tenga una mayor incidencia sobre ellas (p.67). - Incrementar la participación de mujeres y hombres mayores en los procesos de toma de decisiones, sobre todo en los sectores que les afectan directamente, normativizando su presencia y funciones (p.70). - Facilitar información sanitaria a través de los medios a su alcance en relación con los estilos de vida más saludables: alimentación, actividad física, participación ciudadana, abandono de hábitos tóxicos (p.73). - Proporcionar una información detallada y con anticipación adecuada, de los recursos existentes para poder seguir los tratamientos prescritos tras el alta médica, y velar por la no presencia de lenguaje negativo en cualquier forma de comunicación o mensaje dirigido o relativo a las personas mayores, incluidos los aspectos relacionados con la salud (p.75). - Aplicar los principios de accesibilidad universal y diseño para todos en todos los servicios asistenciales, sin olvidar los de teleasistencia, urgencia y emergencias (p.75). - Promover una educación que incluya la preparación para envejecer a lo largo de toda la vida y considere la importancia de mantener la buena salud (p.75). - Desde un punto de vista sanitario, es necesario, en primer lugar, promover la salud y la capacidad funcional de las personas mayores; después, prevenir sus enfermedades y curarlas. Si ello no fuera posible, habrá que cuidarlas y, en cualquier caso, acompañarlas (p.76). -Estar sensibilizados para detectar y denunciar cualquier forma de abuso, maltrato o negligencia que pueda interferir con la salud de la persona mayor (p. 76). - Asumir que las personas mayores forman una parte importante del conjunto de la sociedad y que disfrutan de los mismos derechos y deberes que cualquier otro ciudadano (p.77). **- Establecer garantías en lo que se refiere a condiciones de equidad en el acceso a los cuidados sociosanitarios, valoración de las circunstancias personales (tipo de patología), económicas (capacidad adquisitiva) y familiares de las personas mayores** (p.78). **- Asegurar una aplicación de los principios de accesibilidad universal y diseño para todos que garantice la información y comunicación para las personas mayores, en los espacios y servicios públicos, así como en las acciones de difusión de las actividades sobre envejecimiento** (p.82). **- Necesidad de informar y formar en los principios y en bioética, tanto a las personas mayores como a sus familiares y a los profesionales, como medio importante para dar solución a muchos de los problemas que se plantean entre las personas mayores. Los principios de la bioética no deben referirse sólo al último período de la vida, sino a cualquier decisión que afecte a la persona mayor en los campos económico, social y sanitario, promoviendo a tal fin, en centros sociosanitarios comités de bioética y grupos de reflexión** (p.97).

El caso concreto de Galicia no difiere, en su generalidad, de la coyuntura nacional. A pesar de que el informe *El Estado de la pobreza seguimiento de los indicadores de la Agenda 2030. 2015-2022* afirma que la Comunidad ha mantenido unas condiciones de vida superiores a las del conjunto del territorio nacional, reduciendo el riesgo de pobreza, especialmente severa; "en 2021 el 25,2 % de la población de Galicia estaba en riesgo de pobreza y/o exclusión social" (p.70), "la tasa más elevada corresponde a los niños/as y adolescentes "(p.71) y "las mayores diferencias entre las zonas urbanas y las zonas rurales (19,4% vs 22,4 %)" (p. 74). Por otro lado, a pesar de que la inmigración en Galicia es más baja que en otras regiones, la tendencia es creciente, especialmente de personas de origen latinoamericano debido a la existencia de sólidas redes migratorias tejidas por familiares de anteriores emigrantes gallegos al continente (Xunta de Galicia, 2022, p. 27). Por último, y aunque la aproximación fidedigna al fenómeno de la discapacidad desde el punto de vista demográfico no es sencilla, tanto por la existencia de distintas definiciones, como por la variabilidad de circunstancias que pueden incluirse dentro del espectro "discapacidad", así como por los distintos métodos de clasificación empleados, según el censo gallego de discapacidad, en 2021 en Galicia había alrededor de 300.000 personas con discapacidad, siendo la más numerosa la discapacidad física (185,176 personas), seguida de la mental (64,334 personas), la sensorial (48,901 personas), la intelectual (39, 819 personas) y las enfermedades raras (449 personas)(Xunta de Galicia, 2021).

El apremio inclusivo en Galicia se evidencia, de nuevo, si atendemos a las estrategias públicas. El *Plan estratéxico de Galicia 2022-2030* establece como objetivos para la Comunidad conseguir una recuperación sostenible, resistente e inclusiva, diseñar la Galicia del futuro poniendo en el centro el reto demográfico, conseguir una Galicia más sostenible, o promover una sociedad innovadora, moderna, competitiva, solidaria y cohesionada. Para conseguirlo plantean prioridades como: "fortalecer una asistencia sanitaria accesible y de calidad" (Eje 1, 1.4) o "hacer que o el crecimiento llegue a toda la ciudadanía, en particular a las personas más desfavorecidas y apoyar la integración socioeconómica de la población retornada e inmigrante" (Eje 4, 4.2)(Xunta de Galicia, 2022)(Tabla 59).

Tabla 59 **Prioridades y objetivos Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 y su vínculo con los ODS y derechos sociales**
Fuente: Xunta de Galicia (2022, pp. 90, 304)

Prioridad	Objetivos estratégicos	ODS	Derechos sociales
1.4 Fortalecer una asistencia sanitaria accesible y de calidad.	1.4.1 Promover la atención sanitaria integral adaptada a las distintas necesidades de la población, aprovechar las tecnologías para impulsar la atención en el domicilio y la teleasistencia que permitan dar un mejor servicio asistencia a una población envejecida y dispersa por el territorio. 1.4.6 Fomentar el I+D+i en el Sistema Público de Salud de Galicia dirigido a las necesidades de las/os pacientes con el objetivo de mejorar su atención y la transferencia de los resultados a la sociedad.	5. Salud y bienestar. 10. Reducción de las desigualdades.	- Protección e inclusión social.
4.2 Hacer que el crecimiento llegue a toda la ciudadanía, en particular a las personas más desfavorecidas y apoyar la integración	4.2.2 Impulsar la inclusión social de las personas en situación de vulnerabilidad, pobreza o exclusión social y luchar contra cualquier forma de discriminación, además de garantizar la igualdad de oportunidades y el acceso a los servicios públicos de la población retornada e inmigrante. 4.2.4 Mejorar la atención social y la calidad de vida de las personas con discapacidad y	1. Fin de la pobreza 5. Igualdad de género 10. Reducción de las desigualdades.	-Igualdad de oportunidades y de acceso al mercado de trabajo. -Protección e inclusión social

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

socioeconómica de las población retornada e inmigrante.	de las personas mayores garantizando la accesibilidad universal y fomentando la eliminación de cualquier barrera que impida su participación en términos de igualdad, así como prevenir situaciones de dependencia.		

Por otro lado, la *Estrategia de inclusión social de Galicia 2014-2020*[78], o la *Ley 10/2013, de 27 de noviembre, de inclusión social de Galicia*, enfatizan en la necesidad de garantizar el acceso a unos servicios de calidad para el abordaje multidimensional del fenómeno de la pobreza y la exclusión social (servicios sociales, educación, sanidad, vivienda, etc.). Según esta ley se considera exclusión social a las situaciones que experimentan las personas que se encuentran con un déficit grave de recursos económicos, aunque realicen actividades laborales, y que presentan, además, factores de vulnerabilidad establecidos en su artículo 3 (Ley 10/2013, de 27 de noviembre, de inclusión social de Galicia, 2013, p. 11; Xunta de Galicia, 2016, p. 47). A saber:

Tabla 60 **Consideraciones de exclusión social según el artículo 3 de la Ley 10/2013 de inclusión social de Galicia**
Fuente: Ley 10/2013 de inclusión social de Galicia

a) Estar en una situación de cargas familiares no compartidas.
b) Estar en proceso de rehabilitación social, como resultado de un programa de deshabituación de sustancias adictivas o de cualquier otra adicción que produzca efectos personales y sociales de naturaleza semejante.
c) Tener la condición de mujer víctima de violencia de género.
d) Ser una persona víctima de violencia doméstica.
e) Tener una discapacidad valorada superior al 33%.
f) Ser inmigrante o emigrante retornado.
g) Proceder de instituciones de protección o reeducación de menores.
h) Proceder de cumplimiento de pena en una institución penitenciaria.
i) Ser una persona sin hogar o habitar en una infravivienda.
j) Pertenecer a una minoría étnica.
k) Estar en proceso de abandono del ejercicio de la prostitución o ser víctima de explotación sexual-laboral en redes de prostitución o de trata de personas.
l) Tener la condición de persona transexual o estar en proceso de reasignación sexual.
m) Cualquier otro factor no previsto expresamente en este artículo siempre que, ponderado por los servicios sociales comunitarios en el contexto personal, familiar y social de la persona, condicione negativa y gravemente su inclusión social y laboral. Esta ponderación podrá ser también objeto de evaluación por parte de los técnicos de la Comunidad Autónoma.

La misma Ley 10/2013 que establece que son los Servicios Sociales el eje central sobre el que se articulan las medidas y regulación de los derechos y recursos específicos para las personas en situación o riesgo de exclusión social, a fin de mejorar la cohesión y la inclusión social en Galicia (p. 12, 13), es la que resalta como principios de actuación: la **integración, la coordinación, la transversalización de la inclusión social entre instituciones** (p.12) y la **acción positiva;** es decir, que todas las acciones procurarán compensar las tendencias y situaciones de marginación y déficit de oportunidades de grupos y colectivos sociales (p.13), la **inclusión activa y solidaria,** o la **acción integral y personalizada** en las intervenciones con las personas y su entorno, que serán abordadas con profesionalidad, de forma individual y mediante la evaluación integral y personalizada de las necesidades, y respetando sus derechos y, en especial, su dignidad e intimidad (p.13).

Con todo, a pesar de los esfuerzos que se evidencia en todos los documentos analizados, existen aún muchos desafíos que enfrentar en la promoción de la inclusión social tanto en España como en Galicia. Los que a nosotros nos conciernen son los que se relacionan con el

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[78] En la fecha de finalización de esta Tesis, no se ha publicado una estrategia de inclusión social más reciente.

lugar que ocupan en todo esto las enfermeras y su formación de Grado, y que analizaremos en profundidad en el capítulo que sigue.

***

Dentro del amplio espectro de la inclusión social, es natural que surjan diversas perspectivas dando prioridad a unos aspectos sobre otros. No obstante, nuestro propósito no ha sido establecer una fórmula única o definitiva que predomine sobre todas las demás, sino más bien identificar las diversas consideraciones relevantes en la intersección entre la inclusión social y la formación inicial de la enfermería. En este sentido, hemos argumentado en contra de cualquier intento de reducir arbitrariamente estos fenómenos tan complejos.

De todo lo anterior, se desprende la concepción de lo que consideramos "cuidado inclusivo". Este va más allá del simple hecho de reconocer la diversidad social y las necesidades únicas de cada persona. Requiere un compromiso multidimensional por parte de la enfermería en todas sus vertientes, donde las habilidades, valores y actitudes como la tolerancia, la apertura y el respeto a la diversidad sean fundamentales. Este enfoque no se limita a considerar a la persona como un ser bio-psico-social, sino que insta a las enfermeras a comprender y abordar, en el marco de sus competencias, las problemáticas sociales y las vulnerabilidades de sus pacientes. Implica una atención genuinamente justa, no solo hacia el paciente, sino también hacia la búsqueda de soluciones para los problemas estructurales que se identifican en la práctica de cuidado. Desde esta concepción, las enfermeras no solo cumplen un rol asistencial, sino que también se convierten en promotoras de cambios sociales, contribuyendo a denunciar y abordar las inequidades sistémicas que afectan a sus pacientes y comunidades.

Como sugiere Victoria Camps en su obra "Tiempo de Cuidados":

> A la lógica individualista […] debe sustituir una lógica del cuerpo social por la que el individuo sienta que lo que hace o deja de hacer tiene siempre un coste y unas implicaciones colectivas de las que hay que hacerse cargo (Camps, 2021, p. 97).

La necesidad de trasladar todo esto a su formación, la confirma la principal institución encargada de su desarrollo profesional, el Consejo Internacional de Enfermería, que recientemente ha publicado una nueva declaración de posición titulada *Desigualdades sanitarias, discriminación y el papel de la enfermera* (2023), donde señala que se debe:

> Trabajar para garantizar que todas las enfermeras tengan competencias básicas y formación sobre la prestación de cuidados culturalmente competentes[79]. Los principios de equidad sanitaria, justicia sanitaria, estructuras históricas y actuales de poder, feminismo y antirracismo deben incorporarse a los programas educativos de enfermería a todos los niveles, junto con el conocimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y otros marcos internacionales pertinentes (CIE, 2023)

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[79] Cita literal. Se refieren a "competencia cultural" término de uso extendido en el ámbito de la enfermería transcultural.

CAPÍTULO 4 LAS DEMANDAS QUE EL CUIDADO PROFESIONAL, REFLEXIVO E INCLUSIVO PLANTEA A LA FORMACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

> La educación y la docencia están expuestas en la actualidad a fuertes tensiones entre lo que es y lo que debería ser, entre la educación que hay y aquella que debería haber por razones de justicia, equidad y democracia (Escudero Muñoz, 2011).

En este punto del desarrollo de esta Tesis, la pregunta esencial es cómo se afronta y conjuga cuanto hemos visto hasta ahora en la formación inicial de las enfermeras. En esa dirección, presentamos una muy breve recapitulación en la que cobra sentido nuestro objetivo general de investigación y se establece el nexo con el análisis de contenido del siguiente capítulo.

Respecto al capítulo 1, encontramos una tan sucinta como sugerente síntesis de lo planteado en el trabajo de Waldow (2009), quien propone (paradójicamente para el caso de la enfermería), una enseñanza centrada en el cuidado (o educación para el cuidado), pero no impartida sobre los parámetros tradicionales de enseñanza, caracterizados por componer una serie de listas o manuales de procedimientos que detallan los pasos y las maneras que se consideran correctas para cuidar. Sino la enseñanza del cuidado desde una orientación humanista y fenomenológica, "que percibe el cuidar en todas sus dimensiones, como un fenómeno que forma parte de todas las actividades y tiene una meta común: el crecimiento y el bienestar del ser, sea un paciente, un alumno, un vecino, un animal, una planta, la comunidad o el planeta" (Waldow, 2009).

Respecto al capítulo 2, encontramos otra igualmente sucinta y sugerente síntesis de lo planteado en la conferencia titulada *La marginación en el trabajo cotidiano: análisis de una realidad*, que la profesora de Enfermería de la Universitat de Barcelona María Teresa Luis Rodrigo, impartió, hace ya 30 años, en la sesión anual que la hoy desaparecida Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), convocó bajo el título *Ante los problemas de marginación: la enfermería responde* (Asociación Española de Enfermería Docente, 1995). En aquel evento, la mencionada profesora compartió la siguiente reflexión:

> Como dice el saber popular, identificar el problema es tener la mitad de la solución, el primer paso que debemos dar es aceptar que como profesionales inmersos en un sistema sociocultural determinado es muy probable que estemos estigmatizando y discriminando a personas que cuidamos por el mismo hecho que les convierte en usuarios de nuestros servicios, esto es por ser enfermos o estar discapacitados. Y lo que es igualmente grave, que estemos transmitiendo estos prejuicios a las personas que enculturamos profesionalmente, los estudiantes de enfermería [...]identificar y admitir [esto] [...] es el primer e ineludible paso que nos permitirá adentrarnos en el largo camino que conduce a la aceptación de las diferencias sin la creación de las desigualdades porque, tal y como expresa Goethe "no basta con saber, también hay que aplicar; no es suficiente con querer; también hay que obrar" (Luis Rodrigo, 1995, p. 53).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

A nuestro modo de ver, ambas referencias capturan la esencia que guía nuestra investigación y adelantan el enfoque analítico que adoptamos en este capítulo. Las dos ideas, la de cuidado humanista, no sólo técnico, y la de cuidado inclusivo, no prejuicioso, son los dos pilares sobre los que se asienta esta Tesis, cuyo objetivo general conviene recordar: "Identificar, analizar e interpretar las necesidades formativas sobre la inclusión social en los estudios iniciales de Enfermería". Siendo así, lo que sigue a continuación son algunos de los numerosos interrogantes que la revisión realizada nos plantea de cara al análisis crítico del contenido del currículum de la formación inicial de las enfermeras en Galicia.

4.1 UNA REFLEXIÓN SOBRE LA FINALIDAD FORMATIVA DE ENFERMERAS: DEL PARADIGMA TÉCNICO Y HOSPITALARIO, AL RELACIONAL Y HUMANO

Retomamos el discurso de Waldow (2014, 2009) antes citada, de manera que nuestra reflexión parte de algunas de sus propuestas más específicas, y que recogemos en la siguiente tabla (Tabla 61).

Tabla 61 **Enseñanza curricular centrada en el cuidado de Waldow (2009)**
Fuente: Waldow (2009)

Capacitar al alumnado de enfermería para sensibilizarse con las necesidades sociales, y de forma más amplia, planetarias.
Problematizar de forma crítica las cuestiones de salud.
Proveer de acciones de cuidado que humanicen un entorno de salud y sanitario altamente tecnologizado.
Favorecer medios que faciliten el discernimiento sobre temas morales y éticos.

Podemos apreciar ahí como en su perspectiva humanista y fenomenológica el "cuidado enfermero" suscita en su faceta relacional y humana, el desarrollo recíproco de los que utilizan los cuidados y de los cuidadores, de modo que, como ya sugería Collière (1993), esto puede ser desconcertante, pues exige "una interpelación permanente de los hechos banales de la vida cotidiana, que no son espectaculares, y pueden dar lugar al sentimiento de hacer "pequeñas cosas" (cuidados invisibles)[80] que no satisfacen forzosamente la necesidad de prestigio" (pp. 176-177). Pero además, conservando su carácter individual, el cuidado hoy en día se estudia dentro de la dimensión social, económica y política, en el sentido de que atenta y concierne directamente, como vimos en el capítulo segundo, a "las cosas públicas", "el bien público" (Busquets Surribas et al., 2018, p. 43; Collière, 1993, p. 168; Domínguez-Alcón, 2018). Todo ello abre nuevos horizontes, poco explorados no solo por la enfermería, sino por las ciencias de la salud en general, que inauguran otras perspectivas, permitiendo aprehender la relatividad de la salud y comprender la enfermedad como resultado de un conjunto de fenómenos donde "el aspecto orgánico no representa más que una de sus múltiples facetas" (Collière, 1993, p. 169).

Desde esta perspectiva, agrupamos a continuación las causas sociohistóricas fundamentales que fruto de nuestro análisis, especialmente en el capítulo 1, deducimos que han contribuido a la conformación del currículum de la formación inicial de la enfermería actual y al alejamiento de esta de su misión social; un conocimiento que nos parece ineludible para poder revertir esa situación de partida.

[80] Añadido a la cita, extraído de Huércanos Esparza, Isabel. (2013). Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Index de Enfermería, 22(1-2), 5-6.

En primer lugar, como señala Amezcua (2015), el modelo educativo de la enfermería actual se ha construido "a golpes de oportunidad". Se puede afirmar que es un colectivo profesional que ha progresado bajo un manto de inequidades, lo que demuestra que ningún fenómeno es indiferente al contexto en el que se produce, y que por lo tanto tal y como argumenta Gimeno Sacristán (2007, p. 23), el currículum no se construye indiferente a los contextos en los que se configura. El dominio sobre las enfermeras ha sido desde el siglo XIX una de las aspiraciones más constantes de los sectores hegemónicos en las políticas institucionales de salud (Amezcua, 2015; Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 54), así, su formación durante gran parte del s.XX tuvo lugar en contexto de alienación, entendida en la línea de Trillo et al (2020) como aquella orientada a "la sumisión y la obediencia, que supone la negación de uno mismo: la pérdida de la identidad personal (en algún grado)"(p. 181), y que ha resultado en que aún hoy en día no haya alcanzado una plena emancipación, entendida como "el logro de las mayores cotas posible de autonomía y de responsabilidad (de libertad y de conciencia) que hacen posible la construcción de la identidad personal" (y profesional en este caso) (p. 181).

Diferentes autoras han documentado que uno de los motivos que ha tenido una influencia considerable en dicha alienación es que la profesión médica ha delimitado el concepto y las tareas de la enfermería durante más de un siglo, creando alrededor de ella todo un aparato ideológico "médico céntrico", que la ha limitado como profesión autónoma (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 54; Giménez Andreu, 2018, p. 382). Esto, unido al desarrollo hospitalario y epidemiológico del s.XX, ha influido enormemente en que la orientación formativa actual responda a la lógica biomédica y biologicista, que concibe el cuidado desde una perspectiva analítica y empírica, distanciándolo de su faceta humana (Germán Bes et al., 2015). La consecuencia como señalan Germán Bes et al. (2015) es que el cuidado se ha convertido en algo lineal, monótono y dominado por la racionalidad técnica en la que el "enfermo es una enfermedad".

Sumada a estas influencias, la agrupación de practicantes, matronas y enfermeras en el título de ATS (1953), derivó en que en la formación inicial de la enfermería se orientase durante décadas a funciones mecánicas, al "saber hacer" y no a "saber pensar" ni reflexionar sobre lo que se hacía, lo que censuró cualquier posibilidad de desarrollo en torno al cuidado, su labor esencial . Es precisamente por estas particularidades que "muchos alumnos pudieron obtener su título durante gran parte del s.XX sin haber tenido jamás una clase sobre Enfermería" (Alberdi, 2016, p. 55).

Esta orientación pedagógica del "saber hacer" frente al "saber pensar", aún mantiene su impronta en la formación inicial de la enfermería actual (Giménez Andreu, 2018, p. 38), lo que contradice la lógica del cuidado y las recomendaciones pedagógicas especializadas, como a las que alude Medina (2020) en *Criterios para el diseño y mejoras curriculares de los planes de estudio universitarios. Análisis del EEES*. Citando a diferentes autores como Paricio et al. (2019) o Trillo (2019) señala que para que los planes de estudio sean capaces de responder a las más relevantes necesidades de la sociedad, debe fomentarse un aprendizaje activo, "en un estilo formativo pensativo-reflexivo, que logre la mejora intensa y cualitativa del modo de pensar […] para dar un auténtico significado a los conceptos […] e interpretación de los saberes y concepciones estudiadas-aprendidas" (Medina, 2020, p. 45).

Las consecuencias de todo lo anterior, según afirman autoras destacadas como Alberdi (2016) o Germán-Bes (2004), se resumen en que la formación de la enfermería se encuentra, aún hoy, en un dilema entre la racionalidad técnica y la atención cuidadosa. En líneas muy generales, esto quiere decir que en la enfermería actual coexisten dos tendencias formativas y profesionales, una mayoritaria, vinculada a la dimensión tecnocientífica o tecnológica del cuidado, orientada a los procesos y procedimientos técnicos que se dan con relación al cuidado;

USC DE COMPOSTELA

y la dimensión cuidadora, es decir, la que coloca en el centro el cuidado desde una perspectiva sociocomunitaria e interpersonal, se dirigen a la interacción entre seres humanos, y a aquellos cuidados de enfermería que resultan menos visibles y que en consecuencia carecen de reconocimiento, y valor social y sanitario (Alberdi, 2016, p. 58; Germán Bes et al., 2015). Este análisis puede traducirse en los diferentes estilos de hacer escuela propuestos por Kemmis (1986, p. 122), donde en el primer caso estaríamos ante un estilo técnico, más cientifista y burocrático, y en el segundo, frente a un estilo práctico o incluso crítico, de carácter más humanista, reflexivo y comprometido.

Aunque no son dimensiones excluyentes y evidentemente muchos profesionales o docentes pueden adoptar una combinación de estos enfoques, el objetivo profesional de las denominadas por Alberdi (2016) "enfermeras tecnológicas", es conseguir el diagnóstico y tratamiento más eficaz ante las enfermedades, y para ello hallan las condiciones más adecuadas para desarrollar su trabajo en el entorno hospitalario (médico-quirúrgico, urgencias, cuidados intensivos...). Las denominadas "enfermeras cuidadoras" asumen como objetivo final el máximo nivel de satisfacción de las necesidades del paciente, y suelen encontrar mayores posibilidades para el desarrollo de su labor en el ámbito comunitario y sociosanitario, y con pacientes con enfermedades crónicas o mayor vulnerabilidad social (Alberdi, 2016, p. 59).

Por último, en cuanto a la finalidad de construir sus discursos profesionales, las más afines a la vertiente tecnocientífica buscan definir y fortalecer las áreas de responsabilidad existentes, así como asumir nuevas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, adaptando la función de enfermería a estas responsabilidades. Por otro lado, las enfermeras con una inclinación más socio comunitaria y relacional, tienen como objetivo principal establecer una identidad distintiva, redefinir las áreas de responsabilidad actuales y demostrar la necesidad real de su contribución única en la atención a las necesidades de salud de todas las personas. En palabras de Alberdi (2016), "mientras que las "enfermeras tecnológicas" buscan su lugar en una estructura de responsabilidades ya establecida, las "enfermeras cuidadoras" enfrentan un desafío aún mayor: cambiar la finalidad del sistema sanitario actual" (Alberdi, 2016, p. p 60). Esto último guarda coherencia con la educación para el cuidado propuesta por Waldow (2009) con la que comenzábamos este epígrafe, que enfatiza en "Problematizar de forma crítica las acciones de salud" y "Proveer de acciones de cuidado que humanicen un entorno de salud y sanitario altamente tecnologizado".

Por otra parte, no podemos finalizar sin hacer referencia al género, pues también ocupa un papel determinante. Históricamente, la gran mayoría del alumnado de enfermería, aún en la actualidad, es femenino, y esto tuvo consecuencias en la conformación del currículum. Recordemos que durante décadas la formación de las mujeres estaba orientada a su preparación como futuras madres y esposas, y no a formar académicas o sabias (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 54; Germán-Bes, 2006; Rodrigo Pedrosa, 2017, p. 18). Como mujeres, además, sus funciones de cuidado se entendían como algo innato, natural y lógico, que no era necesario documentar, ni estudiar. Esto provocó una consecuencia trascendental: la devaluación de la escritura y registro histórico o la investigación sobre su actividad de cuidado (Alberdi, 2016, p. 64), con las consecuencias evidentes para su desarrollo disciplinar.

De este modo, el cuidado de enfermería no se logra desligar de la concepción del cuidado como actividad humana (inherente, universal), de toda acción desinteresada que contribuye al bienestar de otra persona y responde a sus necesidades, o, dicho de otra forma, se juzga muchas veces como algo de "sentido común". En consecuencia, tampoco se entiende bien como profesión o disciplina, donde el cuidado, se enseña y se aprende, y adquiere una dimensión normativa y estipulada, resultado del saber académico y del conocimiento científico (Alberdi, 2016; Comas-d'Argemir, 2019; Solórzano, 2008). Sin embargo, el cuidado, más en el ámbito

USC DE COMPOSTELA

profesional y académico, no es algo que se pueda fiar a la iniciativa voluntaria y casi espontánea del cuidador, como un rasgo del carácter (que se puede tener o no), sino como un ejercicio en el que uno se prepara para el compromiso y la alerta.

En consecuencia, históricamente no se consideró que las enfermeras, precisamente para que pudieran ejercer una profesión de carácter académico, debían poder disponer de las bases disciplinares que les permitieran identificar su propio campo de actuación, justificarlo, evaluarlo y ampliar en función de los avances logrados en el mismo (Alberdi, 2016, p. 55). Aún hoy en día existe una tendencia a desestimar el conocimiento producido por las enfermeras, minimizando su función social y su capacidad para producir beneficios directos en la ciudadanía (Foro I+E sobre Investigación y Educación Superior en Enfermería, Fundación Index y Red Internacional de Centros Colaboradores RICO, 2012). Sin embargo, y paradójicamente, las necesidades sociales le reclaman un currículum que promueva la inclusión, la equidad y el bienestar individual y colectivo.

Se reconoce socialmente la importancia de los cuidados de enfermería para una atención sanitaria integral y de calidad, pero a la vez, continúan existiendo profundas trabas, conceptuales, estructurales y organizativas, o lo que es lo mismo, de reparto de poder y responsabilidad, que obstaculizan, cuando no anulan, la posibilidad de hacer propuestas innovadoras en la formación inicial de la enfermería. Si se concibe la enfermería como una ciencia humana, se comprende que "cuidar" no puede limitarse a "tratar", y que, lejos de supeditarse en exclusiva a corrientes técnicas de investigación para la cura y tratamiento de las enfermedades, se fundamenta, tal y como razonamos en el capítulo segundo, en corrientes de desarrollo humano, de calidad de vida y de bienestar.

En esta dirección, Alberdi y Cuxart Ainaud (2005) en su artículo *Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional*, nos recuerdan que en el ámbito del cuidado, la variabilidad intrínseca en la interacción con personas, impide la implementación de un enfoque único u homogéneo en la atención. Desde esta óptica, sostienen que la enfermería debe destacar en la individualización del cuidado, oponiéndose a la estandarización, dado que es esencialmente un acto relacional que demanda una comprensión profunda de la subjetividad del paciente. Estas advertencias se reafirman en otras fuentes más actuales:

> El rol de la educación superior en la generación de los profesionales de enfermería, tradicionalmente se ha centrado en la enseñanza y el aprendizaje de técnicas procedimentales, obviando la subjetividad de las personas como núcleo central del cuidado. La necesidad de utilizar metodologías docentes que impliquen una reflexión sobre los cuidados y que estimulen el pensamiento crítico es vital para un crecimiento vertebrado de la disciplina (Andina Díaz et al., 2023).

Según tales premisas, se comprende que la responsabilidad formativa de la universidad no se agota en la preparación de los estudiantes para la ejecución eficaz de las tareas estandarizadas, que habrán de reclamarles sus potenciales empleadores en un futuro desempeño profesional, sea este cual fuere, incluyendo, por supuesto, la enfermería. Precisamente, la adopción del modelo de enseñanza basado en competencias, en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior, que cristalizó para cada titulación en publicaciones similares al Libro Blanco de Enfermería (ANECA, 2004), que ya hemos revisado, sale al paso de las perspectivas curriculares y docentes que resultan claramente academicistas y descontextualizadas.

Para hacerla efectiva tal y como nos recuerda Zabalza (2022) "la universidad precisa asumir compromisos tanto en la formación para el desempeño profesional (las competencias),

como para el desarrollo personal (la autonomía) y el compromiso social (la solidaridad)" (p.72). A lo que añadimos lo que Trillo et al. (2020) citando a Pérez Gómez (2008) describen sobre las competencias:

> Son expresión de un desarrollo emocional (actitudes); implican un componente ético (valores); en ellas la reflexividad es inexcusable ante la indeterminación; y tienen un carácter evolutivo (no se adquieren para siempre, se perfeccionan, se deterioran). Según esto, el concepto de competencia se relaciona claramente con el concepto de conocimiento práctico, defendido por Schön (1998); entendiendo por tal, el que es propio de los profesionales reflexivos, y en cuya dirección deberíamos formar a los estudiantes universitarios (p. 198).

Estas reflexiones son relevantes para la contextualización y objetivos de la tesis por varios motivos. En primer lugar, porque interpela directamente a la formación inicial de enfermeras, pues tal y como venimos advirtiendo desde los capítulos previos, su formación responde a una concepción técnica de la tarea profesional, cuando en realidad es tanto o más ética que técnica. En segundo lugar porque, tal y como informan Carmen Domínguez-Alcón (2014) y Walter (2017) aunque los organismos e instituciones relacionadas con Enfermería, se plantean cuestiones acerca de la función esencial de este colectivo en el futuro del cuidado de la enfermedad y de la salud, y reflexionan sobre la necesidad de nuevos cuidados para nuevos sistemas de atención, la dinámica cotidiana no suele dejar espacio, tiempo, incluso energía, para profundizar en documentos de organismos internacionales, nacionales, elaborar posicionamientos académicos o corporativos, o intercambiar puntos de vista con colegas (Domínguez-Alcón, 2014). A lo que se suma, que las normas profesionales, la investigación y la formación en enfermería han fracasado a la hora de explicar el papel del profesional de enfermería en la inclusión y justicia social, en un momento en el que las inequidades sanitarias continúan sin atenuarse a nivel nacional y mundial. La reducción de las desigualdades sanitarias no sólo es un componente esencial de la mejora de la calidad de la atención sanitaria, sino que también forma parte del cumplimiento del contrato social de la enfermería de proteger y promover la salud y el bienestar de la ciudadanía. No obstante, debido a las crecientes complejidades del poder y los privilegios y a las prioridades cambiantes de la sociedad occidental en general, y de la atención sanitaria en particular, la enfermería se encuentra en un territorio incierto cuando se trata de comprometerse con todo esto (Walter, 2017).

Esta reflexión abre paso a una aproximación más profunda y concreta del currículum de la formación inicial de Enfermería. Nuestra intención es que los razonamientos que se presentan a continuación se sitúen en el marco de esta perspectiva formativa que conferimos a la educación universitaria.

4.2 UNA APROXIMACIÓN CURRICULAR A LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA

A continuación, exponemos una reflexión sobre la selección de contenidos culturales que se ofrecen como proyecto formativo en la educación universitaria de enfermeras. Los hemos extraído, principalmente, de literatura especializada en Enfermería, donde hemos encontrado algunas sugerencias que exponemos en las próximas páginas en forma de estudios y propuestas de cambio para su formación inicial en una dirección más inclusiva y humanística; predicciones y diferentes perspectivas sobre el cambio de orientación de los cuidados de enfermería en la próxima década, y la consecuente necesidad de revisar para qué y qué se enseña, cómo se

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

enseña, quién enseña y a quién; o el grado de interés alrededor de la formación de la enfermería medido en producción científica al respecto.

4.2.1 Para qué se enseña

Es apropiado comenzar haciendo referencia al *Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería* (ANECA, 2004) pues, hace ya dos décadas, aportó una profunda reflexión y análisis tanto de los contenidos como del enfoque de las materias que componían los planes de estudio de Enfermería en España y Europa, y justificó la necesidad de reformarlos con el fin de alinearlos con los cambios sociales, legislativos y profesionales. Una parte del discurso se centró en que la profesión debía adaptarse a valores cambiantes y prepararse para ofrecer cuidados de calidad en un contexto de desarrollo sostenible y promoción de la cultura de paz, anticipándose a una realidad social diferente en el nuevo siglo. Como estrategia para alcanzar estos objetivos, en el plano formativo sugirió distintos bloques de materias, que si bien no incorporaban referencias explícitas a la inclusión social en el sentido que se entiende en esta tesis, sí lo hacían en forma de competencias relacionadas con la diversidad cultural, la salud internacional o el compromiso ético.

En el contexto internacional, en el año 2009 Patricia Benner[81] junto a otras autoras, publicaron la obra *Educating nurses. A call for radical transformation (Educar a las enfermeras. Una llamada a una transformación radical),* en el que realizaron un pormenorizado estudio sobre la formación de enfermería en EE. UU., e identificaron áreas clave para mejorar la estructura y el proceso de preparación de estas. Concluyeron con algunas propuestas y reclamaron un rediseño de los planes de estudio: "Los cambios profundos en la práctica de enfermería exigen cambios igualmente profundos en la educación de enfermeras y la preparación de enfermeras docentes"(Benner et al., 2009). En su investigación mostraron como los programas de enfermería analizados eran efectivos para formar en identidad profesional y comportamiento ético – aunque apuntan a diferencias entre lo que el alumnado y profesorado dice entender de esto-. También en la formación práctica, que ofrece al alumnado experiencias de aprendizaje muy efectivas al trabajar directamente con pacientes, lo que además promueve que vayan adquiriendo responsabilidad y finalicen sus estudios "pensando como una enfermera". Sin embargo, pusieron de manifiesto que existe una segregación marcada entre la enseñanza teórica en las aulas, que además se planteaba de forma desactualizada, y las prácticas en los servicios sanitarios. Así mismo, mostraron como los programas formativos no eran tan efectivos en la enseñanza de ciencias de la enfermería[82], ciencias sociales y humanidades:

> La falta de rigor académico que se les exige a los estudiantes de enfermería en estas áreas y el fracaso de la educación en enfermería a la hora de conectar las artes universales con el desarrollo de una práctica enfermera adecuada, contrasta fuertemente con los enfoques prácticos en las situaciones clínicas (Benner et al., 2009).

Conviene aclarar, recurriendo a Lazenby (2013) en su artículo *On humanities of nursing* (*Sobre las humanidades en enfermería*), que la noción de humanidades en enfermería tiene un significado más profundo que el mero uso de las disciplinas humanísticas para mejorar su

[81] Reconocida teórica de Enfermería que estableció diferentes niveles de adquisición de destrezas en la práctica de la enfermería en la obra "*From Novice to Expert: Excelence and Power in Clinical Nursing Practice*" (1984). Benner utilizó descripciones sistemáticas organizando el proceso en cinco etapas: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto.

[82] Nuestra visión de las Ciencias de la Enfermería se describe en el capítulo 1, punto 1.4 "La enfermería como ciencia o disciplina académica".

formación clínica. Este autor defiende que dicho significado tiene que ver con la propia naturaleza de la enfermería, ya que, "aunque ha habido mucho empeño en demostrar que la naturaleza de la actividad de la enfermería es científica, la naturaleza de esta (tanto de su actividad académica como de su práctica) no se asienta en los pilares de las ciencias clínicas, médicas o de laboratorio. El hogar natural de la enfermería está, más bien, en las humanidades, es decir, en la experiencia humana vivida"(Lazenby, 2013, p. 223). Estos argumentos concuerdan con lo que algunos autores, ya mencionados, describen sobre la formación inicial de la enfermería en España, como es el caso del Moreno Preciado (2021a), que además también advierte como los contenidos relacionados con las humanidades son anecdóticos en los planes de estudio.

En este sentido, conviene detenerse en un trabajo interesante centrado en la praxis en la práctica enfermera: *Factors Involved in Praxis in Nursing Practice: A Qualitative Study* (*Factores Implicados en la Praxis en la Práctica Enfermera: Un estudio cualitativo*) desarrollado por Rafii et al. (2021). Los autores entienden praxis como un proceso de aplicación del conocimiento en la práctica de enfermería para avanzar hacia objetivos emancipadores en la sociedad y en el mundo y para eliminar cualquier injusticia y discriminación en los cuidados. En su investigación trataron de determinar los factores que intervienen en la praxis de la práctica enfermera y concluyeron que los atributos humanistas y la comunicación eficaz enfermera-paciente son facilitadores de la praxis, y, por el contrario, los prejuicios, las barreras ocupacionales, los pensamientos negativos y las creencias discriminatorias son barreras (Tabla 62). Su argumento refuerza la convicción de Benner (2009), Lazenby(2013) o Moreno Preciado (2021b) de prestar más atención a lo humano en los planes de formación.

Tabla 62 **Facilitadores e inhibidores de la praxis en la práctica de la enfermería desde un enfoque de justicia social de Rafii et al. (2021)**
Fuente: **Rafii et al. (2021)**

Facilitadores	Atributos humanistas	Valores morales Creencias religiosas Creencias emancipadoras Creencias humanitarias Influencia de los modelos de conducta y de otras personas Paciencia y paz Vitalidad, energía y amor por la profesión Simpatía y compasión Conciencia de las debilidades propias Disposición a aceptar las críticas
	Comunicación enfermera-paciente eficaz	Comunicación con niños, adolescentes y jóvenes Comunicación con personas de mediana y avanzada edad Identificación con el paciente Identificación con la familia del paciente
Inhibidores	Prejuicios	Mentalidades relacionadas con el diagnóstico de enfermedades Mentalidades relacionadas con el paciente previamente conocido Otras mentalidades hacia los pacientes
	Barreras profesionales	Discriminación entre enfermeras por parte de la autoridad superior Excesiva carga de trabajo y turnos no deseados Problemas económicos El impacto de las burlas y los comportamientos de los compañeros
	Pensamientos negativos	Falta de control de las emociones negativas Falta de voluntad para aceptar las críticas
	Creencias discriminadoras	Creencias étnicas Creencias sobre la población marginada (extranjeros, personas con adicciones, presos, personas sin hogar). Creencias sobre el estatus social alto

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

		Creencias sobre el estatus social bajo Tendencia/no tendencia hacia los pacientes en función de la gravedad de su necesidad de cuidados Tendencia/no tendencia hacia los pacientes en función de sus comentarios Tendencia/no tendencia a diagnosticar algunas enfermedades

En el contexto europeo, Cecile Dury, presidenta de la Federación europea de educadores en ciencias de la enfermería (FINE[83]) comparte ideas similares. En el Congreso *Innovación pedagógica en la formación de enfermería* que tuvo lugar en Madrid en 2019, y en un guiño al informe de Benner et al. (2009), comenzó su ponencia con la frase: *Health context in (r)evolution Nursing education: a call for radical transformation* (*Contexto sanitario en (r)evolución la Educación en enfermería: una llamada a la transformación radical*). Evidenció que al igual que en EE. UU., la formación inicial de la enfermería en Europa necesitaba replantearse. Entre sus propuestas se encontraba mejorar la presencia de las ciencias de la enfermería en los planes de formación, y en concreto las teorías enfermeras centradas en la persona. También precisó algunos puntos clave, como la incorporación de temáticas relacionadas con la diversidad cultural y las desigualdades en salud, globalización de los problemas sanitarios, salud de las poblaciones, reformas y políticas sanitarias (Dury, 2019).

La misma Federación (FINE) ha publicado recientemente el documento *Nurse educators. empowering future (Docentes de enfermería. Potenciando el futuro)* (Salminen et al., 2023) en el que, centrando el discurso en la formación del profesorado, analiza la situación de la educación universitaria de enfermeras en Europa tratando temas como la digitalización, la enseñanza centrada en la evidencia, la ética o las necesidades futuras a las que habrá que dar respuesta desde la docencia, como la salud global, los riesgos medioambientales o las enfermedades crónicas y discapacidades. Concluye apuntando a la necesidad de integrar nuevos conocimientos al diseñar planes de estudio, tales como: envejecimiento de la población, diversidad cultural o seguridad del paciente, con el fin de preparar a las enfermeras para enfrentar desafíos futuros.

En esta dirección, no conviene olvidar a la OMS, que en su informe *Global Standards for initial education of professional nurses and midwifes* (*Normas internacionales para la formación inicial de enfermeros profesionales y matronas*) (OMS, 2009), con el afán de servir de catalizador para abogar por el cambio, la reforma y la mejora de la calidad de la educación en enfermería a nivel global, ya defendían hace más de una década la creación de escuelas/facultades y programas que respondieran a las necesidades y expectativas sociales sugiriendo estándares para: las competencias a adquirir por los alumnos, la gobernanza, la acreditación, la infraestructura, las alianzas/colaboración, el diseño curricular, el plan de estudios elemental/obligatorio, las alianzas/asociaciones para desarrollar el plan de estudios, la evaluación de los estudiantes, profesorado académico, profesorado clínico, desarrollo profesional del profesorado, la política de admisión y selección, tipo de estudiante y acceso a la universidad. En cuanto al plan de estudios establecen que las escuelas de enfermería deben preparar a graduados que demuestren, entre otros, competencia cultural, orientación de servicio a la comunidad o la capacidad de defender eficazmente a los pacientes (p.21).

Referencias más recientes que reafirman estas sugerencias, son el documento *The Essentials of Baccalaureate Education for professional nursing practice (Lo esencial de la*

[83] Organización internacional, no gubernamental, sin ánimo de lucro. Su misión consiste en promover la excelencia en la educación de enfermería, así como la adquisición y el mantenimiento de las habilidades de los docentes de enfermería en los países de la región europea de la Organización Mundial de la Salud, a fin de abordar mejor las necesidades de salud en constante evolución de sus poblaciones (*Misiones y valores – Fine Europe*, s. f.).

formación de grado para la práctica profesional de la enfermería)(AACN, 2021), que señala que los programas de Grado deben preparar a las enfermeras para aplicar conocimientos sociales y culturales en el cuidado de poblaciones diversas, para liderar la promoción de los derechos y la justicia social entre los pacientes como ciudadanas socialmente responsables, también para demostrar tolerancia ante la incertidumbre del mundo y su impacto en el sistema sanitario. Para ello sugieren que estos programas deben incluir contenidos sobre el cuidado a personas de diversas culturas, sobre discapacidad, tolerancia y justicia social, así como conceptos sobre globalización y migraciones.

En la misma dirección, el documento The *future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equi*ty *(El futuro de la enfermería 2020-2030: trazar un camino para lograr la equidad sanitaria*), ofrece una panorámica sobre el estado de la formación de la enfermería y plantea propuestas de gran relevancia para este trabajo. En el capítulo titulado *Educar enfermeras para el futuro*(Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al., 2021) advierte:

> En 2030, la profesión de enfermería tendrá un aspecto muy diferente. Los planes de estudio de las escuelas de enfermería deben reforzarse para que las enfermeras estén preparadas para ayudar a promover la equidad sanitaria, reducir las desigualdades sanitarias y mejorar la salud y el bienestar de todas las personas. **Las escuelas de enfermería tendrán que asegurarse de que las enfermeras estén preparadas para comprender e identificar los determinantes sociales de la salud, tengan experiencias de aprendizaje más amplias y en la comunidad, para que puedan trabajar con personas diferentes con experiencias vitales y valores culturales variados, tengan las competencias necesarias para atender a una población cada vez más envejecida y diversa**, puedan desempeñar nuevas funciones profesionales, y sean lo suficientemente ágiles para adaptarse continuamente a las nuevas tecnologías, y puedan liderar y colaborar con otras profesiones y sectores (p.189).

El documento también enuncia que, para cambiar de manera significativa la enseñanza de la enfermería con el fin de formar enfermeras preparadas para afrontar los retos mencionados, serán necesarios cambios en cuatro áreas fundamentales: **qué se enseña, cómo se enseña, quiénes son los estudiantes y quién les enseña** (Tabla 63). Recomienda que se debe explorar la presencia en el plan de estudios de competencias relacionadas con la equidad y los DSS, ampliar las oportunidades y oferta en el aprendizaje, promover el interés, captación y ayuda a estudiantes más diversos, y diversificar el profesorado en las escuelas de enfermería, aumentando el número de enfermeras doctoras especializadas en esta temática tal y como describen en la Tabla 5 en el apartado “quién enseña” (Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al., 2021).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 63 **Propuestas del documento *The future of nursing 2020-2030* para la transformación del plan de estudios**
Fuente: Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al. (2021)

Qué se enseña	Un **plan de estudios que incluya** cursos y aprendizaje experimental y que prepare eficazmente a los estudiantes para promover la **equidad sanitaria**, reducir las inequidades sanitarias y mejorar la salud y el bienestar de la población reforzará la **capacidad de los profesionales de enfermería para la inclusión social** (p.232).
Cómo se enseña	Las experiencias de aprendizaje que fomentan la comprensión por parte de los estudiantes de enfermería de la equidad sanitaria, los DSS y la salud de la población, y los preparan para incorporar esa comprensión a su práctica profesional incluyen **espacios para desarrollar la humildad cultural y reconocer los propios prejuicios implícitos; adquirir experiencia con la colaboración interprofesional y las asociaciones intersectoriales que les permitan abordar las necesidades sociales de forma integral e impulsar mejoras estructurales,** desarrollar competencias técnicas como el uso de herramientas sanitarias digitales y el análisis de datos; y adquirir experiencia sustancial en la atención en diversos entornos comunitarios, como departamentos de salud pública, escuelas, bibliotecas, lugares de trabajo y clínicas de barrio (p. 233).
Quién enseña	**Aumentar el número de enfermeras con doctorados que se centren en las conexiones entre los determinantes sociales de la salud, las desigualdades sanitarias, la equidad sanitaria y la salud y el bienestar en general creará la base de la evidencia científica en este ámbito. Un número adecuado de profesores expertos disponibles para actuar como mentores y revisiones del plan de estudios para centrar más la atención en los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria (p. 232).**
Quiénes son los estudiantes	El éxito de la diversificación del personal de enfermería dependerá de los esfuerzos integrales que se realicen para apoyar y orientar/patrocinar a los estudiantes y al profesorado de orígenes muy diversos, lo que incluye cultivar un entorno inclusivo; proporcionar apoyos económicos, sociales, profesionales y académicos; garantizar el acceso a la información sobre la calidad de las escuelas; y minimizar las desigualdades (p. 233).

Esta fuente también muestra, referenciando a multitud de autores, que la investigación sobre los beneficios de contemplar todo esto en los planes de estudio, en particular en EE. UU., en realidad es muy amplia, por lo que deducen que la carencia está en el traslado de los resultados a la práctica. Ponen ejemplos de diferentes autores y estudios que promueven la comprensión en la enfermería de la equidad en salud, la competencia cultural, las inequidades sanitarias o la justicia social, u otros que reclaman escuelas universitarias más inclusivas que preparen a las enfermeras para cuidar a diversas poblaciones de pacientes, y que incorporen, entre muchos otros, el estudio de los impactos del racismo en la salud desde el nivel genético hasta el nivel social, los sistemas de marginación y opresión, la autorreflexión crítica y la preparación para el aprendizaje permanente en estas áreas (Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al., 2021).

En el ámbito español, no se han identificado estudios recientes que analicen con este enfoque y esta profundidad los planes de estudio de la enfermería, y que ofrezcan propuestas en el marco de la educación superior, más allá del Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería (ANECA, 2004) o las investigaciones resultantes de las sesiones de trabajo de la extinta Asociación Española de Enfermería Docente (Asociación Española de Enfermería Docente [AEED], 1995), en ambos casos publicados hace más de dos décadas, y por lo tanto antes del Plan Bolonia. Sin embargo, tal y como se puede apreciar en las referencias bibliográficas aportadas en los capítulos 1 y 2 sí que ha sido posible reconocer en diversas publicaciones aportaciones relevantes de la mano de autores como Amezcua (2015, 2018), Domínguez-Alcón (2018), Germán-Bes (2006,2013), Giménez Andreu (2018), Graells e Insa (2021) Moreno Preciado (2021), Medina (1999) o Siles (1999a) entre otros, que abordan aspectos importantes del asunto que nos ocupa y preocupa en la tesis, pero no en su globalidad.

En este sentido, un trabajo publicado en la Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería: *La investigación y la educación en la Enfermería*

Iberoamericana: tendencias y proyecciones, referenciando a distintos autores que analizaron la producción de conocimiento científico de la enfermería a nivel mundial, mostró como la temática de educación en enfermería es una de las tres menos abordadas (alcanzando solo alrededor de un 12%), y revela que casi no se estudian temas como la formación del profesorado, evaluación educativa, caracterización de la población estudiantil y docente, o política educativa en enfermería (Jara, 2011).

Tras este análisis general previo, a continuación, procurando concretar algunas cuestiones relevantes, organizaremos la información identificada y seleccionada en la literatura en dos de las áreas que propone el informe *The future of nursing 2020-2030* para la transformación del currículum, vinculadas a los objetivos de esta tesis: qué se enseña y cómo se enseña, pues, entendemos que el para qué se enseña, ya ha sido presentado en las páginas anteriores.

4.2.2 Qué se enseña

En este apartado tomamos como referencia los análisis y propuestas del reiterado documento *The future of nursing 2020-2030*, el trabajo de las docentes universitarias canadienses Liao y Dordunoo (2022) *Rethinking global health topics to advance social justice in undergraduate nursing education* (*Repensar los contenidos de la salud mundial para promover la justicia social en la formación universitaria de enfermería*) y la revisión sistemática de la literatura desarrollada por Clark et al. (2016) *Global and public health core competencies for nursing education: A systematic review of essential competencias* (*Competencias básicas en salud pública y global para la formación de enfermería: una revisión sistemática de las competencias esenciales*). Recogemos de todas sus aportaciones y sugerencias un listado de contenidos y competencias susceptibles de ser incluídas en los planes de estudio de enfermería en el área de interés de este trabajo.

En *The future of nursing 2020-2030* se exponen una serie de dominios y competencias, que valoran como escasos en los planes de estudio actuales, y consideran clave para transformar los currículums de la enfermería hacia una dirección más inclusiva (Tabla 64).

Tabla 64 **Dominios y competencias clave propuestas por el informe *The future of nursing 2020-2030* para la transformación del plan de estudios**
Fuente: Committee on the Future of Nursing 2020-2030 (2021)

Dominios	Competencias
- Equidad en salud y equidad en la atención sanitaria. - Determinantes sociales de la salud - Necesidades sociales - Justicia social - Racismo, edadismo, clasismo y sexismo - Prejuicios - Ética - Salud colectiva - Salud medioambiental - Catástrofes y emergencias en Salud Pública - **Bienestar de la enfermería**	- Salud de la población. o Competencias en materia de envejecimiento. o Competencias en salud mental y del comportamiento. o Competencia de salud pública y comunitaria. - Sistemas sanitarios (nacionales e internacionales). o Economía de la salud. - Pensamiento de diseño centrado en el ser humano. o Mentalidad innovadora. o Desarrollo, aplicación y ampliación de intervenciones de enfermería. - Adaptación continua a las nuevas tecnologías. o Utilización de herramientas sanitarias digitales. - Prestar una atención centrada en la persona y poblaciones diversas. o Humildad cultural. o Prejuicios implícitos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	○ Entrevista motivacional. - Colaboración entre profesionales, disciplinas y sectores. ○ Trabajo en equipo entre profesionales sanitarios y socios comunitarios. ○ Habilidades de comunicación interpersonal. ○ Habilidades de resolución de conflictos. ○ Desarrollo de asociaciones (interprofesionales y multisectoriales). - Política y defensa de la salud. - Preparación y respuesta ante catástrofes naturales y emergencias sanitarias y de salud pública. - **Bienestar de enfermería.**

De todas los dominios y competencias propuestos en el documento, convenimos detenernos brevemente en el "bienestar de la enfermera" al considerarla esencial para nuestro tema de interés. En el capítulo 1 a través de Collière (1993), señalábamos que no era posible el cuidado de los demás, sin el cuidado de uno mismo, es decir, que para cuidar es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias. Ante esto, reparar en qué sienten las enfermeras mientras cuidan es ineludible, más si cabe al ser nuestro ámbito de estudio la inclusión. Esta es una cuestión de justicia social, y, como venimos desarrollando, y también nos recuerda Watson (2011), la atención a las personas va más allá de la simple relación interpersonal, implica responsabilidades sociales y morales. A este respecto, el compromiso con la atención a las personas, como apunta Hargreaves (1996), puede generar ansiedad, frustración y culpa, especialmente cuando se enfrentan a dilemas éticos y limitaciones estructurales que escapan a su campo de acción. Esta circunstancia puede resultar en lo que el autor denomina como "culpabilidad depresiva", pues las profesiones asistenciales, en las que pone como ejemplo a la enfermería, tienen un fuerte impulso para reparar y cuidar, lo que las hace especialmente susceptibles a la culpa. Por ejemplo, las enfermeras pueden sentirse culpables cuando las exigencias del trabajo les impiden brindar la atención necesaria a los pacientes. Del mismo modo se pueden enfrentar a dilemas éticos o limitaciones que les impiden cuidar como desean, lo que también puede generar sentimientos de culpa por no poder hacer lo que consideran correcto.

Esta situación, en que una persona sabe cuál es la acción correcta, pero se siente limitada para llevarla a cabo, recuerda a lo que Jameton (1993) acuñó como "angustia moral en la práctica de la enfermería". El autor la describe como un dilema ético en el que la enfermera cree que sabe cuál es la acción correcta, pero se siente incapaz de actuar debido a factores internos o externos, tales como rasgos de carácter como la conciencia, la solvencia ética, el nivel de asertividad y los valores religiosos, o cualidades personales como el nivel de educación, la experiencia, la impotencia percibida y las percepciones de autonomía. O, a restricciones externas que quedan fuera del control de la enfermera, como las políticas sanitarias, los intereses de los familiares del paciente, la jerarquía dentro del sistema sanitario o la falta de comunicación entre los miembros del equipo (Jameton, 1993; Karakachian y Colbert, 2018).

En este contexto, y tomando como referencia a estos autores, nos preguntamos si los sentimientos y el bienestar de las enfermeras tienen un espacio dentro del currículum de su formación inicial. También nos cuestionamos cómo preparar adecuadamente a las enfermeras en la universidad para alcanzar un equilibrio emocional frente a la eventualidad de experimentar culpabilidad depresiva o angustia moral ante lo que implica el cuidado inclusivo. Hargreaves

USC DE COMPOSTELA

(1996) sugiere lo siguiente para el profesorado, que se puede trasladar igualmente a la enfermería:

> Si podemos reconstruir nuestros compromisos con la atención personal de manera que asumamos una perspectiva social y moral más amplia y equilibremos nuestros compromisos con otros, que también son importantes desde el punto de vista educativo, es posible evitar la trampa de la culpabilidad. No se trata de animar a los maestros para que presten menos atención a las personas o se desentiendan de ellas. Más bien, hay que atenderlas mejor y ofrecerles más que la simple atención (p.173).

Retomando las propuestas identificadas en la literatura, Liao y Dordunoo (2022), en su artículo *Rethinking global health topics to advance social justice in undergraduate nursing education* (*Repensar los contenidos de la salud mundial para promover la justicia social en la formación universitaria de enfermería*), proponen diferentes contenidos fundamentales para la reforma del plan de estudios. Parten de una de las premisas declaradas en el código de ética del CIE: "Las enfermeras abogan por la equidad y la justicia social en la asignación de recursos, el acceso a la atención sanitaria y otros servicios socioeconómicos", y plantean que es fundamental el marco de la justicia social en su formación, pues les proporciona una comprensión teórica de otras formas de hacer las cosas frente a las estructuras opresivas y los procesos injustos que reproducen las desigualdades. Sin embargo, advierten que este enfoque está ausente en los planes de estudio de enfermería de pregrado. En este contexto, proponen los siguientes contenidos (Tabla 65) a incluir en el plan de estudios y comparten su experiencia, positiva, al haberlos incorporado en su práctica docente:

Tabla 65 **Contenidos propuestos para el plan de estudios de enfermería por Liao y Dordunoo (2022)**
Fuente: Liao y Dordunoo (2022)

La interconexión de nuestro mundo	Al aplicar esta perspectiva, los alumnos comprenden mejor que los problemas de salud trascienden las fronteras nacionales (por ejemplo, las desigualdades, la crisis climática, la degradación del medio ambiente, la inseguridad alimentaria, los desplazamientos y los conflictos).
Desigualdades sanitarias mundiales y locales	Enseñar a los estudiantes de enfermería acerca de las injusticias desde una perspectiva global, basándose al mismo tiempo en ejemplos de sus contextos locales, puede minimizar la tendencia a reducir ideas complejas a formas binarias simplistas. El pensamiento binario (es decir, el bien frente al mal) crea categorías divisorias, fronteras rígidas y un posicionamiento acrítico, lo que en última instancia conduce a una forma de "Otredad".
Poder y privilegio	Enseñar sobre el poder y los privilegios desde una perspectiva de salud global permite a los estudiantes reconocer sus privilegios, al tiempo que les dota de los conocimientos necesarios para comprometerse a desmontar las estructuras de poder opresivas dentro de la enfermería.
Colonialismo	La perspectiva de las autoras es que el proceso de colonialismo explotó las capacidades sociales y ecológicas de muchas comunidades indígenas de todo el mundo, violando sus derechos humanos y haciéndoles creer que sus formas de vida eran inferiores. Esta ideología se traslada a la enseñanza de los cursos de salud global, que caracterizan la carga de enfermedades en lugares de África sin destacar la existencia de estos mismos problemas en el norte global. Esta caracterización errónea refuerza la "otredad" y los estereotipos perjudiciales, así como el racismo.
Racismo	En la formación de enfermería, la cultura se utiliza con frecuencia como sustituto de la etnia o la raza y se suele asociar con una supuesta inferioridad. Estas suposiciones acríticas pueden conducir a una mayor marginación basada en el racismo. Además, el plan de estudios de enfermería tiende a centrarse en la competencia cultural y la humildad, negando así la enseñanza del racismo a los estudiantes. Por lo tanto, la raza y el racismo están fundamentalmente infrautilizados en un enfoque predominantemente culturalista de la enseñanza de la enfermería. El racismo, incluido el racismo sistémico e institucional, impide a las personas disfrutar de la vida en igualdad de condiciones.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	Hasta que los estudiantes no aprendan a abordar el racismo dentro de sí mismos y de las estructuras en las que trabajan, no se podrán alcanzar los objetivos de la justicia social. Este compromiso exige que los estudiantes sean antirracistas.
Salud Planetaria	La salud planetaria se basa en la noción de que la salud, el bienestar y la equidad están estrechamente relacionados con el medio ambiente; por lo tanto, cualquier alteración de cualquier aspecto del ecosistema repercute en la salud humana.

Clark et al. (2016). en su estudio *Global and public health core competencies for nursing education: A systematic review of essential competencias* (*Competencias básicas en salud pública y global para la formación de enfermería: una revisión sistemática de las competencias esenciales*) señalan la existencia de trabajos empíricos que presentan los beneficios de incluir estos temas en los planes de estudio de la enfermería, junto a numerosas recomendaciones para ejecutarlo, pero, de nuevo, advierten sobre su escasa presencia en la práctica. De una amplia revisión de la literatura concluyen con diferentes competencias que consideran deben incorporarse (Tabla 66).

Tabla 66 **Competencias para la reforma del plan de estudios propuestas por Clark et al. (2016)**
Fuente: Clark et al. (2016)

Justicia social	Comprender cómo la disponibilidad, la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de la atención sanitaria pueden influir en la salud. Defender el derecho de los pacientes a la atención sanitaria, la distribución justa de los recursos y la eliminación de las desigualdades sanitarias.
Competencia cultural	Tener la capacidad de actuar con sensibilidad y respeto en un mundo diverso; con respeto por la historia, el contexto, los valores y la cultura de las comunidades. Comunicarse eficazmente entre culturas.
Comunicación	Comunicarse eficazmente por escrito, oralmente y por vía electrónica con pacientes y equipos interprofesionales. Desarrollar aptitudes de consulta/asesoramiento y tener conocimientos de idiomas.
Colaboración y alianzas	Fomentar el empoderamiento y crear intervenciones/alianzas sostenibles a nivel de paciente, familia, comunidad e internacional. Fomentar la puesta en común multidireccional y el intercambio de experiencias. Armonizar los objetivos de los participantes y trabajar en equipo.
Evaluación y habilidades de gestión	Utilizar las destrezas en el desarrollo de políticas y la planificación de programas. Diseñar, aplicar, evaluar, gestionar y garantizar la calidad de las intervenciones basadas en las necesidades de la población. Emplear habilidades de resolución de problemas, pensamiento crítico y toma de decisiones. Realizar evaluaciones de salud de individuos y familias.
Entorno	Reconocer los factores biológicos, físicos, químicos y demográficos que afectan a la salud, como la contaminación, la superpoblación urbana, las catástrofes naturales, el cambio climático, el acceso al agua potable y al saneamiento, etc.
Morbilidad y epidemiología	Conocer las principales enfermedades y problemas de salud, así como su fisiopatología subyacente y la variación en su distribución mundial. Emplear competencias epidemiológicas en la vigilancia, el cribado y la evaluación. Principales indicadores estadísticos de salud (por ejemplo, esperanza de vida, mortalidad materna, etc.).
Ética y profesionalidad	Trabajar de forma ética y responsable en cualquier entorno. Reconocer los propios prejuicios, limitaciones y capacidades. Trabajar con honestidad, responsabilidad, conciencia de los costes y teniendo en cuenta la asignación de recursos y el establecimiento de prioridades presupuestarias.
Determinantes de la salud	Reconocer los factores sociales, económicos, políticos y medioambientales que afectan al estado de salud.
Salud y Sistemas sanitarios	Prestar atención a los entornos de bajos recursos y a los efectos de la globalización, incluida la política sanitaria, los sistemas/expectativas de prestación de asistencia sanitaria y la evolución de los sistemas sanitarios.
Migraciones	Conocer los efectos de los desplazamientos y las pautas migratorias en el estado de salud y los resultados sanitarios. Apreciar las necesidades específicas de la salud de los inmigrantes y refugiados.
Actores clave	Comprender a los principales agentes de la gobernanza sanitaria mundial y el efecto de las ONG y la formulación de políticas multiinstitucionales en la salud y la asistencia sanitaria. sobre la salud y la asistencia sanitaria.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Investigación	Conocer las diversas fuentes de información y realizar una valoración crítica de la bibliografía. Formular preguntas de investigación. Adquirir destrezas en la recopilación/análisis de datos y conocimiento de métodos cuantitativos/cualitativos cuantitativos/cualitativos para el diseño de la investigación.
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Impartir educación sanitaria. Utilizar estrategias para promover cambios de comportamiento. Permitir que las personas el control de su salud.

En este sentido, también se han encontrado propuestas en documentos nacionales, pero contextualizados en la transición de la diplomatura a Grado, como el informe *La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional* (EUE Santa Madrona, 2004). No obstante, se mencionan, pues sin duda resultan de interés para este trabajo, empezando por plantearnos si esta propuesta de hace dos décadas llegó a materializarse en los planes de estudio. (Tabla 67).

Tabla 67 **Propuestas sobre el plan de estudios del informe *La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional***
Fuente: *EUE Santa Madrona (2004)*

Una aproximación general al currículum nos muestra ciertas limitaciones que sería necesario superar. Así, a pesar de que haya una marcada tendencia a la vertiente sanitaria -lo cual resulta evidente y aconsejable- es necesario que en el currículo se potencien otros aspectos. La situación social actual en el contexto de la Unión Europea, con los flujos migratorios crecientes, así como la eclosión de la sociedad de **la información y la comunicación hacen necesario que las enfermeras estén preparadas desde la formación inicial para atender a la diversidad y para utilizar los medios tecnológicos que tienen a su alcance** (p.206).
No se debe olvidar la aparición de **sectores sanitarios emergentes** que están adquiriendo gran importancia. Los planes de estudio se han de mover siempre entre los sectores tradicionales (como puede ser el hospitalario) y estos otros sectores emergentes como por ejemplo el **sector sociosanitario** o la asistencia domiciliaria (p.206).
Se han de continuar potenciando planes de estudio que no estén centrados exclusivamente en aspectos vinculados únicamente a las **enfermedades en sí mismas**, pues estos deben potenciar la figura de la enfermera como agente de salud que trabaja, al mismo tiempo, con el conjunto de la población en diferentes momentos: haciendo programas de educación sanitaria para las familias, participando en campañas de prevención, etc. (p.206)

4.2.3 Cómo se enseña[84]

En este apartado desarrollamos nuestra argumentación a partir de los extensos análisis y reflexiones de Medina (1999) en *Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de la enfermería*, de Lapum et al. (2022) en *Equity, diversity and inclusion in open educational resources: an interpretative descriptionof students perspectives*" (*Equidad, diversidad e inclusión en los recursos educativos abiertos: una descripción interpretativa de las perspectivas de los estudiantes*) y de Graells e Insa (2021) en *Una mirada poliédrica a las desigualdades sociales en salud. Una perspectiva de futuro*. También a partir de los estudios sobre la misión social en la formación de profesionales sanitarios, y en concreto en la enfermería, de Mullan (2017), Darcy-Mahoney et al. (2020) y Gravens y Goldfarb (2020).Por último, sobre el rol de la enfermería en la inclusión social y el vínculo con su formación, especialmente en sus prácticas curriculares, nos apoyamos en los trabajos de Parry y Sivertsen (2021) y Daly y Pauly (2022).

Medina (1999) en la ya citada obra *Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de la enfermería* alude a que, las enfermeras en su ejercicio de cuidado

[84] Ante la imposibilidad de desligar una acción de otra, en algunos puntos del apartado se entrelazan ideas sobre qué se enseña y cómo se enseña.

observan de primera mano los resultados, en términos de salud-enfermedad o de bienestar-padecimiento, del desempleo, la precariedad, los problemas con la vivienda, la exclusión por motivos de sexo, raza, etnia, clase social o enfermedad, es decir, constatan, al relacionarse con los pacientes que cuidan, el impacto de las políticas de salud y de la ideología social hegemónica en las vidas de las personas. Pero, paradójicamente, rara vez se muestran dispuestas a "levantar la voz en nombre de esas personas que sufren en sus vidas los efectos de ciertos modelos sociales de dominación y estructuras de privilegio […] Las ideas enfermeras y la cultura profesional no conceptualizan, en general, el ambiente, en términos de desigualdades sociales y sus efectos en las salud de las poblaciones" (p. 153). Citando a Chooporian (1986), suma los siguientes argumentos:

> Las ideas enfermeras carecen de una arqueología de los mundos sociales, económicos y políticos que influyen tanto en la salud de las personas como en la percepción que las enfermeras tienen de su propio papel. En un intento por determinar su contribución específica al cuidado de la salud, la práctica de la enfermería se ha restringido al ambiente físico e inmediato de las personas. La práctica de cuidado no ha ido más allá de ese ambiente físico e inmediato de una persona situada en el interior de las estructuras sociales, económicas y políticas dominantes que producen comportamientos asociados con las relaciones clasistas, relaciones de poder, los intereses políticos y las políticas económicas, las ideologías como el sexismo, el racismo y que influyen en el estado de salud de las personas y eventualmente son causas de enfermedad (Chooporian (1986), citado por Medina, 1999, p. 153).

Trasladando esta idea a la formación de la enfermería, el mismo autor menciona que, si bien el contexto social forma parte del contenido o de la literatura en la educación superior de las enfermeras, este se presenta de forma rígida, estática y conservadora del *status quo*: "se entiende lo social como el contexto inamovible y objetivo en el que las personas viven. A ello no es ajeno el papel de la formación inicial que las enfermeras reciben" (p.153). Desde esta perspectiva, el autor, dedica parte de su obra a demostrar que la formación de las enfermeras no es un simple proceso de formación, sino que, además, es una actividad política que reproduce ideológicamente las prácticas tradicionales. Señala que las ideologías dominantes y hegemónicas en las prácticas de formación de enfermeras saturan implícitamente la subjetividad del profesorado y estudiantado conformando una visión "supuestamente objetiva y no problemática de la realidad social, impidiéndoles considerar cualquier posibilidad de transformación en ese orden" (p.154). Todo ello resulta, según el autor y a grandes rasgos, en que:

> Las enfermeras no consideran el foco de su responsabilidad profesional la modificación o transformación de las estructuras sociales que influyen en los problemas de los que se ocupan, sino que es la persona sana o enferma la que se ajusta, adapta o acomoda a esas estructuras con ayuda de la enfermera. Las personas y no las estructuras sociales o las instituciones son vistas como el objeto de cambio o adaptación (p.154).

Bell (2021) y también Lapum et al. (2022) comparten el mismo argumento que Medina (1999). El primero en su artículo *White dominance in nursing education: A target for anti-racist efforts (Predominio blanco en la formación de enfermería: Un objetivo para los esfuerzos antirracistas*) muestra, referenciando multitud de investigaciones de impacto, como la educación superior de en la enfermería ha sido muy criticada en la literatura especializada por

su complicidad al impartir currículums "políticamente blandos" que no abordan asuntos como el racismo u otras opresiones, y que siguen reproduciendo normas dominantes como la heteronormatividad, el clasismo medio y alto y el positivismo.

Del mismo modo, Lapum et al. (2022) , en su artículo *"Equity, diversity and inclusion in open educational resources: an interpretative descriptionof students perspectives* (*Equidad, diversidad e inclusión en los recursos educativos abiertos: una descripción interpretativa de las perspectivas de los estudiantes*) razonan como la educación en enfermería está históricamente moldeada por ideologías que están organizadas y funcionan mediante sistemas de relaciones de poder, racialización, patriarcado, colonialismo, cis/heteronormatividad y perspectivas neoliberales. Señalan que los discursos dominantes que emanan de estos valores ideológicos siguen conformando las ideas sociales y políticas de los estudiantes y su noción de lo que es aceptable o se espera de la práctica de la enfermería; y como, a través de los textos de los recursos educativos o los discursos del profesorado, se controla a quién se califica de diverso, a quién se privilegia y a quién se discrimina. Sugieren estas autoras que son este tipo de discursos los que perpetúan las desigualdades en el aprendizaje y en la atención sanitaria para los grupos no dominantes: "el discurso dominante define los márgenes de aceptación, así como quién queda fuera de esos márgenes" (p. 112). Confirman también que el sesgo de los profesionales sanitarios se hace más perceptible a medida que avanzan en su formación, y señalan que esto se puede deber a la exposición repetida a situaciones concretas en las que muchos de los pacientes, afines a la norma y al discurso predominante, pueden ser asumidos por los alumnos como hechos objetivos, corriéndose el riesgo de que lo generalicen a otros grupos particulares (por ejemplo, un grupo racial específico). Por lo tanto, concluyen que es fundamental tener en cuenta que los discursos utilizados para construir el conocimiento de las enfermeras pueden moldear de forma indeleble su forma de pensar y de ver el mundo, de construir la ética profesional y de establecer posiciones normativas de la práctica.

Señalan que uno de los peligros de un único discurso en la formación de enfermería es que ofrece una perspectiva limitada de los factores culturales, al tiempo que restringe la capacidad de las enfermeras para construir la justicia social y la equidad en su práctica. De esta forma y según refieren, una laguna importante en el discurso de la educación de enfermería es la falta de atención prestada a los conceptos de equidad, diversidad e inclusión, pues la formación y los recursos educativos en enfermería no proponen escenarios diversos y prestan poca atención al análisis racial, las raíces de la opresión y la promoción de las voces marginadas. Por tanto, plantean que todavía no se sabe cómo incorporar este enfoque de equidad, diversidad e inclusión de forma consistente en la formación inicial de las enfermeras, y lanzan la pregunta: ¿Cómo podemos empezar a modificar los valores ideológicos y los discursos que obstaculizan la adopción de la equidad, diversidad e inclusión en la enseñanza de la enfermería? (Lapum et al., 2022).

En esta dirección, Graells e Insa (2021) desde su experiencia como docentes en diferentes grados universitarios y másteres en ciencias de la salud en España, realizaron un profundo análisis sobre la complejidad de la salud y la enfermedad y su vínculo con los fenómenos sociales y estructurales. En su texto, se cuestionan de qué modo los docentes y las instituciones en las que ejercen están "contribuyendo al desarrollo de las nuevas generaciones de profesionales de la salud para atender una realidad social cada vez más compleja y cambiante" (p.72). Concluyen que es necesario incorporar perspectivas más amplias en la formación de futuros profesionales de la salud, que tengan en cuenta la subjetividad y diferentes significados atribuidos a estos fenómenos por cada persona, y dirigida a formar profesionales sensibles y competentes en la identificación y acción ante estas realidades diversas. También señalan que,

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

cada vez más facultades de ciencias de la salud son llamadas a incorporar una mirada sensible y comprometida con la responsabilidad social en el ejercicio académico.

Como algo novedoso, proponen incorporar lo que se ha denominado "**competencia estructural**", que, citando varios trabajos de un equipo investigador de la Universidad de Nueva York, integrado por Hansen, Metzler y Petty[85], delimitan como:

> La llamada competencia estructural pretende evaluar la **capacidad del estudiantado para identificar la relación entre las características y las condiciones sociales, culturales y estructurales que afectan a las personas y sus desenlaces de salud, así como demostrar conocimiento y comprensión sobre los mecanismos mediante los cuales estos factores sociales moldean los resultados de salud**. Esta competencia, por tanto, va más allá de la mera identificación de causas probables de mala salud y vela por la comprensión de los mecanismos complejos de producción de salud y enfermedad (p. 72).

Se trata, según las autoras, de trascender al reduccionismo y la orientación eminentemente biomédica y orientada a la patología que prevalece en la formación de las profesiones sanitarias, y favorecer la adquisición de habilidades y competencias profesionales más integrales que permitan "mirar la complejidad de los fenómenos de salud de cerca y de lejos al mismo tiempo, como si de una lente de cámara fotográfica se tratara, actuando en los diferentes niveles de intervención: intrapersonal, interpersonal, clínica, comunitaria, investigación y política" (p.74). Finalizan su trabajo aludiendo a la evaluación, y advirtiendo que a la complejidad sobrentendida para generar propuestas en esta línea se le añade la de encontrar herramientas para evaluar de forma fidedigna la adquisición de estas competencias por parte de las futuras generaciones (Graells e Insa, 2021)(Tabla 68).

Tabla 68 **Resultados de aprendizaje de una formación sobre competencia estructural dirigida a profesionales de la salud propuestos por Neff et al. (2020)**
Fuente: Graells e Insa (2021)

Tras haber completado su formación el estudiante será capaz de:
1. Reconocer las influencias de las estructuras en la salud de las personas. 2. Reconocer las influencias de las estructuras en la práctica asistencial. 3. Generar estrategias para dar respuesta a dichas estructuras en el ámbito clínico. 4. General estrategias para dar respuesta a dichas influencias estructurales más allá del ámbito clínico. 5. Integrar la humildad estructural como aproximación aplicable dentro y fuera de los ámbitos asistenciales.

La dirección a la que apuntan Graells e Insa (2021), se vincula con lo que se conoce como **misión social**. Mullan (2017), uno de los investigadores más reconocidos en este ámbito, en un artículo de opinión publicado en la prestigiosa revista Jama, reclamó a las instituciones educativas afianzar la misión social, que según refiere incluye la enseñanza y el compromiso con la comunidad, la promoción de la diversidad, la reducción de las desigualdades sanitarias

[85] Hansen, H. y Metzl, J. M. (2019). Structural Competency in Mental Health and Medicine. A case-based approach to treating the social determinants of health (1st ed.). Springer U; Metzl, J. M. y Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. Social Science y Medicine, 103 (February), 126–133; Metzl, J. M. y Petty, J. (2017). Integrating and Assessing Structural Competency in an Innovative Prehealth Curriculum at Vanderbilt University.Academic Medicine, 92 (3), 354–359.

USC DE COMPOSTELA

y el acceso responsable a la sanidad. Su reflexión sobre el concepto y la importancia de la misión social concuerda con los interrogantes que plantea esta tesis:

> La misión social consiste en hacer que la sanidad no sólo sea mejor, sino más justa, fiable y universal. Se centra en la finalidad de la educación en las profesiones sanitarias, la dimensión ética de lo que significa ser una institución docente y ante quién debe rendir cuentas la institución. ¿Qué aprenderán los graduados de las escuelas sobre las desigualdades sanitarias en su comunidad y su papel potencial para reducirlas? ¿Comprenderán los retos que plantea la diversidad en las profesiones sanitarias?[…]¿La educación que reciben les preparará para ejercer y liderar un sistema sanitario en transformación?(Mullan, 2017).

Darcy-Mahoney et al. (2020) en su artículo *Looking backwards to move forward: Using a social mission lens in nursing education* (*Mirar hacia atrás para avanzar: El uso de la óptica de la misión social en la formación de enfermería*) analizan la relación entre la misión social y la enfermería. Defienden que para que los estudiantes estén más preparados para promover la equidad sanitaria, las escuelas de enfermería deberían examinar hasta qué punto los principios de la misión social están integrados en los planes de estudio (determinantes sociales, inequidades en la atención y equidad sanitarias). Además, razonan que no es algo nuevo para la profesión, y haciendo referencia a enfermeras destacadas del siglo XIX y principios del XX, como Florence Nightingale, Mary Seacole, Jessie Sleet Scales o Lillian Wald, ejemplifican la capacidad y el compromiso de las enfermeras con la salud y con las poblaciones a las que servían. Sin embargo, exponen que este lugar destacado en la historia, la identidad, el legado y los valores de la enfermería, no se ha trasladado a la formación de la enfermería actual[86].

> Las escuelas de enfermería se enfrentan ahora al reto de preparar a los estudiantes para atender a las comunidades desfavorecidas de formas nuevas y diferentes, sin dejar de estar arraigadas en los principios de la misión social de muchas fundadoras de la profesión. Hoy en día, **con una mejor comprensión de las características de la salud de la población y de los retos de las diversas poblaciones, la educación en enfermería debería considerar formas de equipar al personal de enfermería emergente con las herramientas necesarias para cuidar plenamente de sus pacientes**, enseñando los valores de la misión social en todos los niveles de la educación y desarrollo profesional (Darcy-Mahoney et al., 2020).

Esta perspectiva sobre lo esencial de la misión social en la enfermería la corrobora otro estudio publicado en la revista *Teaching and learning in nursing,* desarrollado por Gravens y Goldfarb (2020)*: Social misión in nursing: reafirming our roots (Misión social en enfermería: reafirmando nuestras raíces).* Este trabajo añade al anterior una propuesta interesante vinculada

[86] Esta afirmación la constata otro estudio *Integration of Social Determinants of Health in Nursing Education, Practice, and Research (2019)* del Consejo Consultivo Nacional sobre Formación y Práctica Enfermeras de EE.UU, también la revisión *Social justice in nursing education: A review of the literature* desarrollada por Abu y Moorley (2023), que afirman que a pesar de los muchos esfuerzos realizados a lo largo de los años por enfermeras como Wald, los programas de educación en enfermería han tardado en desarrollar experiencias de inmersión integrales basadas en la comunidad que integren el DSS en el plan de estudios a nivel de pregrado o posgrado. Gran parte de la formación de enfermería todavía se centra en la atención aguda en el entorno hospitalario.

con la simulación clínica[87], muy extendida en la enseñanza en ciencias de la salud, pero generalmente encuadrada en aspectos técnico-procedimentales.

> La educación para la misión social puede realizarse en simulación, incluido el uso de pacientes estandarizados[88]. Las herramientas utilizadas para evaluar los determinantes sociales de la salud pueden incorporarse a la simulación, preparando así a los estudiantes para abordar las necesidades de las poblaciones vulnerables. La entrevista motivacional y las habilidades de indagación empática, empleadas para implicar a pacientes con problemas complejos o asociados a aspectos sociales pueden enseñarse o perfeccionarse en simulación (Goldfarb, 2020).

En la misma dirección, otro estudio reciente, *Social justice education in nursing: An integrative review of teaching and learning approaches and students' and educators' experiences* (*Educación en justicia social en enfermería: una revisión integradora de los enfoques de enseñanza y aprendizaje y de las experiencias de estudiantes y educadores*) de Shahzad et al. (2022) concluye en que la necesidad de que los estudiantes de enfermería se preocupen por la misión social en su trabajo con pacientes marginados y vulnerables se puede abordar mediante estrategias educativas como la simulación clínica y el aprendizaje-servicio. Estas prácticas, dicen, ayudan a desarrollar la empatía, sensibilidad y habilidades interpersonales de los estudiantes para tratar con estas poblaciones desatendidas, promoviendo la justicia social en su práctica diaria. Estos autores también reflejaron que son escasos los estudios sobre métodos de enseñanza para promover la justicia social en la práctica de la enfermería. Además, mostraron como la mayoría de los estudios identificados al respecto son de EE. UU. y Canadá, alentando a aumentar la investigación en Europa o Asia. Esta afirmación, la corrobora el estudio *Social justice in nursing education: a review of the literature* (*Justicia Social en la formación de enfermería: una revisión de la literatura*)(Abu y Moorley, 2023).

Así mismo, estas autoras deducen que el rediseño del plan de estudios en la enfermería debe estar pensado para prepararlas para funciones de salud colectiva y comunitaria, lo que pasa, irremediablemente por formarse en estos entornos, y contar con contenidos didácticos que proporcionen comprensión de la epidemiología y estrategias para empoderar a los estudiantes para abordar las causas raíz de las desigualdades sociales. Argumentan que las experiencias clínicas en entornos comunitarios, más allá de la atención primaria, ofrecen oportunidades para aprender sobre su papel fundamental en la gestión de la atención a personas con enfermedades crónicas, la coordinación de la atención y la prevención. Por último, plantean como obstáculos la falta de aceptación de estos temas por parte del profesorado, la falta de disponibilidad de tutores en organizaciones comunitarias, dificultades logísticas para coordinar prácticas de este tipo, fuera del entorno hospitalario, y el temor de los estudiantes a no aprender las habilidades necesarias para los cuidados clínicos. Sin embargo, para las autoras la participación en entornos comunitarios ofrece a los estudiantes la oportunidad de ampliar su visión sobre el papel de la enfermería.

[87] La simulación clínica es la recreación de un escenario ideado para experimentar la representación de un acontecimiento real con la finalidad de practicar, aprender, evaluar, probar o adquirir conocimientos de sistemas o actuaciones humanas o también se ha definido como cualquier actividad docente que utilice la ayuda de simuladores con el fin de estimular y favorecer el aprendizaje simulando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo (Juguera Rodríguez et al., 2014).

[88] Un paciente estandarizado es un individuo al que se entrena para representar de forma coherente y precisa, generalmente ante estudiantes, médicos o enfermeros, una enfermedad o problema de salud concreto con el objetivo de enseñar y evaluar habilidades interpersonales y clínicas.

Otra propuesta relevante es la que plantean Parry y Sivertsen (2021) en el artículo *Social inclusion and the role of nurses* (*Inclusión social y el rol de las enfermeras*), proponen centrar la atención en las prácticas curriculares, comunes y con altísima carga lectiva en todas las escuelas de enfermería. Parten de que el desarrollo de actitudes, ya sean positivas o negativas, hacia la población vulnerable y desfavorecida comienza en la educación universitaria, y defienden que potenciar prácticas en la comunidad y desarrollar materiales curriculares que promuevan la comprensión del impacto de las circunstancias sociales en la salud, son esenciales para desarrollar enfermeras y profesionales sanitarios que entiendan la adversidad y la diversidad en la salud. Afirman, que las prácticas curriculares en la comunidad, con poblaciones vulnerables o desatendidas, también ayudan a los estudiantes de enfermería a aplicar teorías psicosociales, así como a mejorar su capacidad de atender a la diversidad de pacientes también en el entorno hospitalario (Parry y Sivertsen, 2021).

Una propuesta interesante focalizada en las prácticas curriculares es la desarrollada por Daly y Pauly (2022) (Tabla X). Estas autoras parten de la misma idea que Lapum et al. (2022) y también Liao y Dordunoo (2022), y es que, a pesar de las claras recomendaciones para desarrollar conocimientos y habilidades relacionados con la equidad en salud, que hacen hincapié en los determinantes sociales y estructurales de esta, existen pocos planes de estudios de pregrado diseñados para promover dicha equidad, diversidad o la inclusión en los centros sanitarios y de evaluar los efectos de hacerlo. A esto suman, en la línea de Gravens y Goldfarb (2020), la potencialidad de las prácticas curriculares en entornos comunitarios, más allá de la atención primaria. Pero plantean que en la mayoría de las agencias comunitarias u organizaciones del tercer sector que atienden a poblaciones "estructuralmente vulnerables" no se cuenta con la figura de la enfermera *in situ*, limitando así las oportunidades de proporcionar prácticas para que los estudiantes aprendan a traducir principios abstractos en práctica de enfermería. Manifiestan que, sin modelos, ejemplos y acciones concretas de los enfermeros titulados, es difícil que los estudiantes salven la distancia entre los conocimientos sobre la equidad en salud, los DSS y su aplicación práctica. Para reducir esta brecha, estas investigadores y docentes universitarias desarrollaron e implementaron un plan de estudios a medida, que enfatiza la influencia de los procesos sistémicos en la salud y busca ayudar al alumnado a traducir el conocimiento sobre los DSS en acción. En su artículo presentan resultados alentadores, y plantean ejemplos de cambio en sus estudiantes, como un papel más activo como intermediarios para mejorar la accesibilidad universal al sistema de salud de las poblaciones desatendidas, coordinándose, por ejemplo, con los gabinetes jurídicos o trabajo social de los centros sanitarios. Su propuesta se recoge en la siguiente tabla (Tabla 69):

Tabla 69 **Propuesta para promover la equidad en el plan de estudios de enfermería de Daly y Pauly (2022) Fuente: Daly y Pauly *(2022)***

- Programa destinado a estudiantes de 4ª curso. - Dos componentes: 7h de seminario y 78h de prácticas en la comunidad.	
PRÁCTICAS (78h)	**SEMINARIOS (7h)**
- Las prácticas tuvieron lugar en agencias comunitarias y ONG dedicadas a la atención de poblaciones estructuralmente vulnerables y que sufren desigualdades sanitarias: pobreza, vivienda, problemas de salud mental y consumo de sustancias. - Se distribuyó al alumnado por parejas en diferentes organizaciones con vistas a fomentar la cooperación y apoyo entre iguales. - Los estudiantes tuvieron cargas de trabajo individuales y compartidas.	- Además de conocimientos esenciales sobre equidad en salud, se introdujeron como prioritarias las competencias prácticas necesarias para ayudar a los pacientes a acceder a los servicios sanitarios, de vivienda, de ingresos y jurídicos en los centros sanitarios. Por ejemplo, revisaron los recursos locales de vivienda, las políticas y procesos de vivienda y las barreras y/o facilitadores para obtener una vivienda y acabar sin hogar. - La entrevista motivacional, competencia cultural, estigma y atención informada sobre el

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

- La proporción de educadores por estudiantes fue de 1:8.	trauma y la violencia fueron otros de los contenidos relevantes. - Desde un enfoque participativo se trabajó la autoconciencia crítica. - En suma, el alumnado tuvo que presentar un trabajo en parejas sobre temas relacionados con servicios sanitarios, de vivienda, jurídicos o de ingresos y su influencia sobre la salud, debiendo presentar propuestas dentro del ámbito de la enfermería para abordarlas.

Se impone pues , una profunda reforma de la metodología docente: una que promueva, por ejemplo, el aprendizaje por simulación mediante experiencias clínicas intencionadas que expongan a los estudiantes a los retos sanitarios comunitarios y globales, y a sus soluciones, al tiempo que se fomenta la comprensión y concienciación con la equidad, las desigualdades y los determinantes sociales de la salud (Osingada y Porta, 2020).

En este sentido es interesante prestar atención a la opción que Trillo et al. (2020) plantean para conjugar el aprendizaje práctico y teórico en la evaluación de las materias de aula, es decir, la atención no solo debe ir dirigida a las prácticas curriculares, si no tal y como expresan los autores se debe "impregnar del sentido del prácticum la evaluación del aprendizaje en las materias de aula". Para ello, proponen que los docentes seleccionen situaciones de aprendizaje que reflejen los desafíos del futuro ámbito profesional de los estudiantes, que la evaluación incentive a los estudiantes a aplicar sus conocimientos teóricos en escenarios reales, incluso recreando contextos prácticos en las aulas para una mayor inmersión. Así mismo sugieren que los propios estudiantes participen en la identificación y descripción del contexto, orientados por el profesor. Además, que la evaluación muestre desafíos similares a los encontrados en entornos laborales para preparar a los estudiantes de manera más integral.

Para finalizar, volviendo a Parry y Sivertsen (2021), estos añaden que la formación de enfermería es generalmente etnocéntrica[89], por lo que suman a todo lo anterior la inclusión de un enfoque de salud cultural. Defienden que amplía la comprensión por parte de las enfermeras de las diversas prácticas sanitarias e incrementa su capacidad para trabajar con un abanico más diverso de personas. Sugieren que esto sumado a las propuestas anteriores, promociona la inclusión social, ya que las actitudes de la enfermera hacia la diferencia mejoran. Sin embargo, alertan que las actitudes del personal de los centros sanitarios y del propio profesorado, en muchas ocasiones excluyentes, son un obstáculo en la formación de enfermeros nóveles con un enfoque inclusivo y respetuoso, por lo que los esfuerzos en la universidad deben ir acompañados de una sensibilización y formación continuada del personal de enfermería en general. A los docentes, solicitan además un compromiso con la transformación de la enseñanza de la enfermería hacia planes de estudio que potencien el interés y orienten a los estudiantes hacia una visión holística del cuidado y una atención centrada en la persona (Parry y Sivertsen, 2021).

En pocas palabras, los distintos argumentos presentados en esta sección subrayan la necesidad de que la formación de enfermería se centre más en las desigualdades sociales, la diversidad y la inclusión, y promueva la capacidad de las enfermeras para analizar críticamente y transformar los contextos sociales en los que trabajan. Los distintos autores y autoras abogan por superar el reduccionismo en la formación de los profesionales de la salud y destacan la importancia de adquirir habilidades y competencias profesionales más integradoras que permitan una mirada atenta a la complejidad de los fenómenos de salud, actuando en diferentes

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[89] Tendencia emocional que hace de la cultura propia el criterio exclusivo para interpretar los comportamientos de otros grupos, razas o sociedades (RAE).

niveles de intervención: intrapersonal, interpersonal, clínico, comunitario, de investigación o político, y en lo que se refiere a contenidos, recursos educativos, docencia en las aulas y prácticas curriculares.

4.2.4 Otras consideraciones

En los subapartados que siguen se abordan dos cuestiones presentadas en el documento que hemos tomado como referencia, *The future of nursing 2020-2030,* como relevantes para la transformación del currículum hacia una vertiente más inclusiva y que tratan sobre el papel de los estudiantes y el profesorado. Nos detenemos brevemente en ello pues no son *per se* objeto de este estudio de esta investigación. Si embargo, aportan algunas ideas especialmente útiles para nuestra propuesta.

4.2.4.1 Quiénes son los estudiantes

En la bibliografía consultada se han identificado diferentes temas vinculados con los estudiantes y la inclusión social. Los identificamos como asuntos pendientes, pues, como ya señalamos, a pesar de su relevancia, se reconoce que están fuera del alcance específico de esta tesis. El análisis que exponemos a continuación sirve para mencionar las necesidades en este sentido y evidenciar la conciencia de que cualquier iniciativa para transformar la formación debe tener en cuenta estos aspectos.

Los informes y estudios sobre diversidad e inclusión en la formación de enfermería consultados muestran, como desarrollaremos a continuación, que existe una falta de diversidad en los profesionales, el profesorado y los estudiantes de enfermería, lo que puede afectar negativamente a la atención sanitaria. También que la inclusión va más allá de la noción de diversidad, por lo que promocionar la heterogeneidad y representación de minorías entre los estudiantes no es suficiente y requiere de estructuras organizativas que promuevan la comunicación y mitiguen la diferenciación de poder entre los diversos grupos.

El informe, *Achieving Diversity and Meaningful Inclusion in Nursing Education* (*Lograr la diversidad y una inclusión significativa en la formación de enfermería*) publicado por la *National League for Nursing*[90] muestra como en la actualidad existe poca diversidad tanto en los profesionales, como el profesorado, como los estudiantes de enfermería, y manifiesta que están ampliamente documentados los efectos adversos en la atención sanitaria de la población debidos a la falta de equipos sanitarios heterogéneos que sepan cómo construir entornos inclusivos. En concreto hacen referencia a la infrarrepresentación entre el estudiantado de diversidad racial, étnica o de género, también del colectivo LGBTIQ+ o personas con discapacidad (National League of Nursing, 2016).

Del mismo modo, Khuntia et al., (2022) en su trabajo *Valuing Diversity and Inclusion in Health Care to Equip the Workforce: Survey Study and Pathway Analysis* (*Valorar la diversidad y la inclusión en la atención sanitaria para formar al personal: Estudio de encuestas y análisis de itinerarios*), exponen como las características del personal sanitario, en general, son relativamente homogéneas, a pesar de atender a poblaciones diversas. En consecuencia, plantean que el sistema sanitario se enfrenta en la actualidad al desafío de responder a las creencias, actitudes, expectativas y personalización en la atención de los pacientes diversos en ausencia de equipos representativos de esta diversidad. Argumentan, que esta carencia lleva a problemas de acceso y calidad de la asistencia, e incluso en ocasiones a intervenciones perjudiciales. Finalizan su trabajo proponiendo que el punto de partida para solucionar esto y

[90] Organización norteamericana con más de 130 años de historia cuya misión principal es promover la excelencia en la formación de enfermería en el país. Cuenta con 45.000 miembros particulares y alrededor de mil instituciones afiliadas.

fomentar la diversidad en los equipos sanitarios, son las universidades, que definen como plataformas para persuadir a los jóvenes a través de ejemplos, demostraciones y prácticas sobre la importancia de la inclusión.

> Las aulas diversas amplían las perspectivas, promueven el pensamiento activo, fomentan el compromiso intelectual, desarrollan habilidades sociales, enseñan empatía y mejoran la comprensión intercultural, todo lo cual es esencial para aceptar la diversidad (Khuntia et al., 2022).

Un estudio interesante sobre este tema es *Advancing diversity through inclusive excellence in nursing education* (*Fomentar la diversidad mediante la excelencia inclusiva en la formación de enfermería*) de Bleich et al. (2015). Advierte una problemática que han observado en EE.UU., y que podría reproducirse en universidades de otros países, y es que no basta con que los estudiantes sean más diversos. Los autores describen como muchas facultades y universidades se han centrado en aumentar la diversidad del profesorado, el personal y el alumnado, incluyendo a personas de distinta etnia, estatus socioeconómico, género, orientación sexual y otros factores que cada institución define para sus comunidades de interés. Pero previenen que la inclusión va más allá de la noción de diversidad y que las iniciativas y transformaciones en una dirección inclusiva no solo consisten en eso, sino en crear simultáneamente estructuras organizativas que promuevan la comunicación, fomenten la toma de decisiones innovadores y mitiguen la diferenciación de poder entre los diversos grupos. "La inclusión da lugar a perspectivas enriquecidas y a una creatividad fundamental para el propósito de educarse en una cultura académica pluralista"(Bleich et al., 2015).

Añaden otra cuestión importante y es que, para respaldar argumentos a favor de una mayor diversidad en la formación de enfermería, y en concreto del alumnado, hay que evaluar los datos demográficos de los grupos infrarrepresentados. Esto, según los autores, y al menos en EE. UU., es problemático, pues los datos demográficos relacionados con el personal de enfermería son incoherentes y no existen procesos para su recopilación normalizados a nivel nacional, lo que hace que los resultados de los estudios sean variables y desiguales. Así mismo, afirman que los datos recogidos generalmente son simplistas y no lo suficientemente fiables para establecer una base de referencia para medir las iniciativas orientadas a la diversidad (Bleich et al., 2015). En España, la situación es similar, por ejemplo, en documentos como *Radiografía de la Enfermería Española. Visión política y visibilidad social* (2015) desarrollado por el sindicato mayoritario de enfermería SATSE o el informe *Radiografía de los cuidados enfermeros en España* (2019) elaborado por el Consejo Nacional de Enfermería, describen la "demografía de la enfermería" en el país, pero en ambos casos se reducen a una cuantificación numérica de profesionales sin recoger variables sociodemográficas.

Otra cuestión por tratar en relación con quiénes son los estudiantes, es el caso de las personas con discapacidad. El estudio *Attitudes Toward Nursing Students With Disabilities: Promoting Social Inclusion* (*Actitudes hacia los estudiantes de enfermería con discapacidad: Promover la inclusión social*) de Shpigelman et al., (2016) muestra como rara vez desde las facultades/escuelas de enfermería se hace referencia a las personas con discapacidad como potenciales estudiantes, profesores o futuros profesionales. Estudiaron las actitudes del alumnado hacia sus compañeros y compañeras con discapacidad y advirtieron como existen muchos prejuicios y actitudes negativas, también la creencia extendida de que no pueden llegar a ser enfermeras. Sugieren que esto se debe a la baja representación de la discapacidad entre el alumnado y profesionales de enfermería y que los estudiantes que tienen actitudes negativas hacia sus compañeros también las tendrán hacía los pacientes. Como propuestas para el cambio

USC SANTIAGO

enfatizan la incorporación de la competencia cultural en su formación inicial, pero no solamente orientada hacia los pacientes de todas las culturas, sino también de otros tipos de diversidad, incluidos aquellos con discapacidades.

Otros autores concretan todo esto en la justicia social. Gilmore et al., (2022) en *Pedagogy as social justice–Universal Design of Learning in nurse education* (*La pedagogía como justicia social: el diseño universal del aprendizaje en la formación de enfermería*), describen como la justicia social en la formación de enfermería puede considerarse una vía para diversificar los equipos de profesionales, garantizando que todos los estudiantes tengan las mismas oportunidades de acceso y éxito en la formación de Grado. Afirman, como autores anteriores, que un personal más diverso repercutirá positivamente en los resultados de los pacientes. Proponen como una solución la promoción del Diseño Universal del Aprendizaje (DUA) -del mismo modo que en España la CRUE en el documento ya mencionado *Formación curricular en diseño para todas las personas. Enfermería* (2016)-, como un enfoque para garantizar que todos los estudiantes tengan igualdad de acceso, participación y oportunidades para el éxito educativo.

No obstante, para finalizar es conveniente advertir que referirse simplemente al número de profesionales de enfermería y a la adaptación de su formación, tal y como exponía Kelley et al. (2008) en el artículo *Social Responsibility: Conceptualization and Embodiment in a School of Nursing* (*Responsabilidad Social: Conceptualización y materialización en una escuela de enfermería*), no aporta más que una visión incompleta para el abordaje de la diversidad y la justicia social, la equidad y el acceso a la salud de la población. Para que las acciones de cuidado aspiren a estos resultados es necesario, además de los conocimientos, habilidades y actitudes, el compromiso y voluntad de las enfermeras. En consecuencia, analizar y promover su responsabilidad social, entendida como "la conciencia, el conocimiento y el comportamiento basados en un compromiso con los valores de la equidad, el acceso y la justicia; la dedicación a la participación cívica y la sostenibilidad ambiental; y el respeto a la diversidad, el pluralismo y la libertad de expresión", será ineludible (Kelley et al., 2008).

4.2.4.2 Quiénes son los profesores

Del mismo modo que en el epígrafe anterior, la información que se describe a continuación se escapa al objetivo principal de esta tesis. De nuevo, nuestra intención es dar cuenta de que la transformación de la formación inicial de la enfermería en esta dirección no puede obviar al profesorado.

Las referencias al profesorado de enfermería y la inclusión social se han encontrado fundamentalmente en bibliografía anglosajona. No se han identificado propuestas específicas o declaraciones de posición en organizaciones relevantes en España, como el Consejo General de Enfermería o la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería.

El déficit de información en este sentido la advierte Bell (2021), que informa que en diferentes y exhaustivas revisiones bibliográficas que ha realizado sobre temas relacionados con la exclusión social o el racismo en enfermería, los estudios relacionados con el papel del profesorado son verdaderamente escasos. Como mucho, menciona algunas investigaciones que evidenciaron que el profesorado de enfermería no se siente preparado para abordar temas relacionados con el poder, el privilegio o la dominación.

A continuación, recogemos algunas referencias que responden al documento *The future of nursing 2020-2030* sobre la importancia de un número adecuado de profesores expertos disponibles en las Facultades y Escuelas "para actuar como mentores y revisores del plan de estudios para centrar más la atención en los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria" (p.232).

USC DE COMPOSTELA

La Asociación Americana de Facultades de Enfermería (AACEN) en su declaración de posición *Diversity, equity and inclusión in academic nursing* (Diversidad, equidad e inclusión en la enfermería académica) (AACEN, 2017) manifiesta que la mejora de la calidad de la formación inicial de las enfermeras pasa por la capacidad de la enfermería académica para maximizar las oportunidades y experiencias de aprendizaje de estudiantes y profesorado, y que esto depende a su vez de la diversidad de estos, pues permitirá aprender de personas con experiencias de vida, perspectivas y antecedentes distintos. A ello suman que el liderazgo académico y los docentes deben estar atentos a cualquier sesgo, consciente o inconsciente, que pueda socavar los esfuerzos por mejorar la diversidad, la inclusión y la equidad, incluido el uso de mensajes cotidianos verbales o no verbales, intencionales o no intencionales, que devalúen las perspectivas, experiencias y/o sentimientos de individuos o grupos. Estos prejuicios pueden restringir la capacidad de la enfermería académica para atraer y retener a un alumnado más diverso. Por último, añaden que cuando la diversidad se integra en entornos educativos inclusivos con sistemas equitativos, se cuestionan los prejuicios, se amplían las perspectivas y la socialización entre personas distintas, lo que redunda en beneficios intelectuales y cognitivos para todos los alumnos y profesorado. En entornos diversos e inclusivos, los estudiantes, el profesorado y los gestores de las instituciones reconocen el valor y la necesidad de la diversidad para lograr la excelencia en la docencia, el aprendizaje, la investigación, el servicio y la práctica. Añaden que a medida que la enfermería académica se hace más inclusiva, el profesorado puede necesitar adquirir nuevos conocimientos, habilidades y actitudes para tanto fomentar el éxito del alumnado como para impartir la docencia (AACEN, 2017).

En este sentido, el Consejo Asesor Nacional sobre Formación y Práctica Enfermeras de EE. UU.[91] (NACNEP) expone que es fundamental que todo el profesorado reciba una formación adecuada sobre DSS para que puedan, a su vez, impartir conceptos y herramientas sobre esto a sus estudiantes. Defienden que es necesario promocionar la diversidad entre el profesorado y desarrollar los recursos educativos, tecnológicos y comunitarios necesarios para ejecutar modelos docentes innovadores, basados en la evidencia y que se puedan trasladar fácilmente del aula a la comunidad (NACNEP, 2019).

Por otro lado, la *National League of Nursing* defiende que los docentes de enfermería, que enseñan tanto en programas de pregrado como de postgrado, se enfrentan a la urgente necesidad de diseñar planes de estudio que proporcionen una mejor comprensión de las causas profundas que contribuyen a la salud de un individuo, las razones por las que existen las desigualdades en la salud y cómo se logra la equidad en salud para todas las personas independientemente de su nivel socioeconómico, origen o identidad de género. Para ello consideran necesario el compromiso del profesorado con la misión social de la enfermería:

> Los docentes de enfermería tienen la responsabilidad de ayudar al alumnado a replantear su comprensión de los DSS, reconociendo que el sesgo y la estigmatización contribuyen a las inequidades en la salud y que los problemas de salud relacionados con los DSS no son una opción, sino el resultado directo de la exposición a desigualdades económicas, sociales y ambientales (National League of Nursing, 2019).

Otros autoras como las ya citadas Parry y Sivertsen (2021) también mencionan que algunos docentes están reclamando la transformación de la educación superior de enfermería hacia planes de estudio que comprometan y orienten a los estudiantes hacia una visión más holística

[91] National Advisory Council on Nurse Education and Practice (NACNEP)

de cuidado y centrada en la persona. Afirman que hoy en día, el profesorado de Ciencias de la Salud se enfrenta al reto de diseñar planes de estudios que preparen mejor a los estudiantes para abogar por la inclusión social, lo que atiende no solo al imperativo moral, sino también a un requisito de competencia profesional para preparar a los graduados como defensores de dicha inclusión.

La OMS publicó en el año 2016 el documento *Competencias básicas del educador de enfermería*. donde proponen una serie de competencias básicas del profesorado que confeccionaron basándose en la revisión de la literatura y la consulta a expertos mediante la metodología Delphi, y que organizaron en 8 dominios[92]. Recogemos las que consideramos relevantes para este trabajo (Tabla 70).

Tabla 70 Competencias básicas para el profesorado de enfermería propuestas por la OMS
Fuente: OMS (2016)

Competencia	Ámbitos de enseñanza y aprendizaje
Competencia 5.1: Demostrar competencia intercultural e interdisciplinar en el desarrollo de planes de estudio, diseño de cursos, docencia y práctica enfermera.	**Dominio cognitivo (conocimiento de):** - Habilidades de comunicación profesional. - Colaboración intercultural e interdisciplinar. - Colaboración y trabajo en equipo entre educación y la práctica. - Metodologías de presentación. - Redacción de informes. - Principios del asesoramiento. - Mantenimiento de registros sanitarios. - Impacto de las relaciones de poder, racismo y sexismo. - Derechos humanos. **Ámbito afectivo (actitud y comportamiento hacia):** - Demostrar conciencia de uno mismo y de los demás. - Demostrar humildad cultural. - Reconocer la influencia de los estilos de enseñanza e interacciones interpersonales en los resultados del aprendizaje. - Demostrar interés, confianza, paciencia, integridad y flexibilidad para facilitar el aprendizaje. - Tener en cuenta las relaciones de poder. **Ámbito psicomotor (destrezas y capacidad para):** - Utilizar la comunicación oral, escrita y electrónica para lograr los resultados del aprendizaje. - Elaborar informes y presentaciones claros y concisos. - Demostrar habilidades de comunicación profesional/interpersonal con pacientes, estudiantes y otros miembros del equipo sanitario. - Enseñar a los estudiantes a participar en la educación sanitaria de pacientes y sus familias. - Documentar y mantener registros precisos. - Aconsejar a los estudiantes y participar en la resolución de conflictos. - Demostrar habilidades para hablar en público y escuchar activamente. - Emplear estrategias de asesoramiento y consejo que ayuden a losa los estudiantes a alcanzar sus objetivos de aprendizaje. - Utilizar la tecnología de forma adecuada y eficaz. - Respetar y proteger los derechos humanos.
Competencia 6.1: Promover la justicia social y la protección de los derechos humanos en los procesos de enseñanza y	**Dominio cognitivo (conocimiento de):** - Conocimiento local, regional e internacional del código ético de conducta y de las obligaciones relacionadas con la enseñanza y la práctica de la enfermería.

[92] Dominio 1: Teorías y principios del aprendizaje de los adultos. Dominio 2: Plan de estudios y su implementación. Dominio 3: Práctica de la enfermería. Dominio 4: Investigación. Dominio 5: Comunicación, colaboración y alianzas. Dominio 6: Principios éticos y legales y profesionalidad. Dominio 7: Seguimiento y evaluación. Dominio 8: Gestión y liderazgo.

aprendizaje y en el entorno sanitario.	- La legislación y la reglamentación relativas a la enseñanza y la práctica de la enfermería. - La legislación relativa a la justicia social y los derechos humanos.
Competencia 6.4: Facilitar la profesionalización de los alumnos creando en ellos la autorreflexión, el establecimiento de objetivos personales y la socialización dentro del cometido de la enfermera.	**Ámbito afectivo (actitud y comportamiento hacia):** - Demostrar comportamientos éticos de respeto, dignidad, responsabilidad y honestidad académica. - Respetar los derechos de los pacientes al enseñar o prestar cuidados de enfermería. - Reconocer los posibles problemas y dilemas éticos en el lugar de trabajo y discutirlos con los estudiantes y otras personas apropiadas. - Actuar en todo momento de conformidad con los estatutos legales y reglamentarios. - Asegurarse de que los estudiantes cumplen los estatutos legales y reglamentarios. **Dominio psicomotor (destrezas y habilidad para):** - Utilizar el conocimiento del código ético de conducta como base para diseñar, aplicar y evaluar políticas y procedimientos académicos. - Incorporar los requisitos legales y reglamentarios en la educación de enfermería, incluyendo la implementación y evaluación de la enseñanza y el aprendizaje. - Mantener actualizadas las actividades de autodesarrollo, así como un currículum vitae y un portafolio.

Concluimos de las fuentes revisadas la importancia de la formación en DSS, equidad, y justicia social del profesorado de enfermería. La falta de información específica sobre esto en España, la escasa diversidad entre el profesorado de enfermería o baja representación de profesores expertos en estos temas, son algunos de los principales problemas que se han identificado. Por lo tanto, se destaca la necesidad de proporcionar formación y recursos adecuados para el profesorado de enfermería, con el fin de fomentar la diversidad y la inclusión y mejorar la calidad de la formación inicial.

***

Un currículum para el Grado en Enfermería orientado hacia la promoción del cuidado inclusivo debe alejarse de la simple reproducción de contenidos y adoptar un enfoque transformador que impacte en la mentalidad y acciones de los estudiantes. A ese respecto, destacamos la importancia de una educación integral que no solo desarrolle habilidades clínicas o un desempeño técnico estandarizado, sino que también fomente actitudes y valores éticos que promuevan la inclusión y la reflexión crítica en la práctica enfermera.

En este contexto nos cuestionamos como se traslada todo esto a su formación, planteándonos interrogantes, similares a los que ya compartía hace más de veinte años Jose Luis Medina, en su obra *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de la enfermería* (Medina, 1999), y que tomamos prestados:

> ¿Cómo educar para una vida donde la salud (y su cuidado) es un concepto y una práctica social? ¿Cómo producir el bien común a través de cambios individuales en las personas que se forman en las escuelas de enfermería? O ¿Cómo conseguir que **la transformación del currículum** que se propugna vaya más allá de una simple retórica para convertirse en un instrumento de transformación social? (p.22).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Somos conscientes de que las transformaciones en el contenido académico son indispensables, pero que estas por sí solas son insuficientes para proporcionar al alumnado los conocimientos, habilidades y capacidades que necesitan para promover la inclusión social. Tal y como expresa Trillo (2019) en el núcleo del debate y los proyectos destinados a reformar, innovar o mejorar la formación de los estudiantes por parte de la universidad, es esencial poner el foco en los valores que la institución aspira a adoptar: "un debate, por supuesto, constructivo y solidario que implique sin exclusiones al conjunto de la comunidad universitaria (profesores, estudiantes y personal de administración y servicios)". Trasladada esta idea a la enfermería y el ámbito de interés de esta tesis:

> Todos los implicados en la educación de enfermería -administradores, profesores, acreditadores y estudiantes- necesitan entender que la equidad en salud es un componente central de la enfermería, no menos importante que aliviar el dolor o cuidar a individuos con enfermedades agudas. Los estudiantes que se gradúan deben comprender y aplicar los conocimientos sobre el impacto de cuestiones como el clasismo, el racismo, el sexismo, la discriminación por edad y la discriminación, y estar capacitadas para defender estas cuestiones en favor de las personas a las que cuidan y de las comunidades (Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al., 2021, p. 199).

Con todo esto queremos decir que, por supuesto, reformular la formación desde la perspectiva de la inclusión social implica desafíos transculturales y pedagógicos, obtener apoyo institucional y contar con la cooperación de los estudiantes. En este contexto, trabajos como el de Richardson et al (2014), sugieren que la carencia curricular no es tanto en contenidos relacionados con estos temas, sino que no se prepara a los estudiantes de enfermería para comprender los vínculos entre los contenidos de sus asignaturas, la sostenibilidad y la salud. Algo que confirma Paricio et al. (2019) en el contexto general de la educación superior:

> [...]Los planes de estudio, consisten muchas veces en proporcionar a los alumnos las piezas de un puzle que nadie o casi nadie conoce [...]los alumnos no aprenden a buscar la relación entre esos saberes, relación que, por otra parte, sus propios profesores tendrían dificultad de establecer [...]ya que ignoran en buena medida lo que otros profesores enseñan. De esta forma los currículos se acaban reduciendo a una acumulación de saberes yuxtapuestos y generalmente desconectados entre sí (p. 33).

Dentro de este marco, la revisión realizada a lo largo del capítulo destaca la necesidad inaplazable de una transformación profunda en la formación inicial de enfermeras. Una adaptación que permita afrontar de manera más efectiva los retos contemporáneos. Desde las directrices expuestas en el *Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería* (ANECA, 2004) a pronunciamientos más actuales como los que hemos encontrado en el documento *The Future of Nursing 2020-2030* (Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al., 2021), resaltan la importancia de integrar en los programas educativos competencias vinculadas a la equidad, los DSS y la diversidad cultural. Las referencias consultadas también señalan a la falta de estudios recientes en España que aborden con profundidad estos aspectos, lo que sugiere otra necesidad inaplazable, la de examinar y actualizar los currículos de enfermería en esa dirección, comenzando por revisar la presencia de estos temas en los planes de estudio.

Y eso es lo que se presenta en el siguiente capítulo: un análisis de contenido sobre la presencia de los temas abordados hasta ahora en los planes de estudios de todas las Escuelas/Facultades de Enfermería de Galicia.

USC SANTIAGO

CAPÍTULO 5 RESULTADOS: LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LA PROPUESTA CURRICULAR DEL GRADO DE ENFERMERÍA EN GALICIA

Como adelantamos en el Capítulo 1 "Marco empírico" en la descripción de la Etapa 3 "Tratamiento y análisis de los resultados, en este capítulo realizaremos un recorrido por los hallazgos resultantes del análisis de contenido de las guías docentes del Grado en Enfermería de Galicia desde lo más general a lo más específico. Comenzaremos exponiendo la presencia -y/o ausencia-, y frecuencia de las categorías del análisis en las tres universidades gallegas, para seguidamente mostrar los resultados de las mismas variables, pero en cada uno de los ocho centros que imparten el Grado.

Una vez presentada esta radiografía general del vínculo entre la oferta formativa existente en Galicia y la propuesta temática de esta tesis, procederemos a exponer los resultados encontrados en el análisis por **unidades de contexto**: curso, carácter de la materia, tipo de materia, peso específico en la propuesta curricular en forma de ECTS, y en las **dimensiones de la guía docente**: descripción, contenidos, competencias, objetivos, resultados de aprendizaje, evaluación y bibliografía. Así mismo analizaremos la presencia, ausencia y frecuencia de las categorías en las guías docentes de diferentes materias específicas del ámbito clínico general, las especialidades de enfermería, las prácticas clínicas o el Trabajo Fin de Grado (TFG).

Por último, mostraremos y razonaremos los hallazgos relacionados con las **unidades de registro**, o lo que es lo mismo, con cada categoría y subcategoría planteada. Es decir, finalizaremos con la interpretación y discusión de los resultados sobre cada una de las unidades temáticas que la tesis sostiene que deberían estar presentes en la formación inicial de la Enfermería (Anexo 2).

Antes de comenzar con el análisis debemos señalar a una limitación relevante que en algunos casos puede restringir los hallazgos, y es que en el momento del análisis no estaban presentes las guías docentes de 3º y 4º curso de los dos centros de la USC (Santiago de Compostela y Lugo), tanto para el curso académico 2023-2024 y como para el anterior 2022-2023. Por lo que, en algunos casos, no estuvieron incluidos estos dos centros y es algo a tener presente en el análisis general. Sin embargo, se considera que el análisis de contenido en global es representativo del caso gallego, pues del total de 266 materias que componen los planes de estudio de las 8 Escuelas/Facultades de Galicia, hemos podido analizar 250 guías docentes, lo que representa el 94% del total. Del mismo modo, no se debe pasar por alto en la interpretación de los resultados que la UVigo es la universidad en la que más centros imparten el Grado de Enfermería, cuatro, frente a dos en la UDC y dos en la USC.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.1 ANÁLISIS POR UNIDADES DE CONTEXTO Y DIMENSIONES DE LAS GUÍAS DOCENTES

5.1.1 La inclusión social en la propuesta curricular del Grado en Enfermería de las tres universidades de Galicia: UDC, USC y UVigo

	UDC 63 274		USC 73 189		UVIGO 114 644		Totales	
1. Inclusión Social 220	26 8,02 %	11,82 %	45 19,31 %	20,45 %	149 19,89 %	67,73 %	220 16,85 %	100 %
2. Cuidados 355	82 25,31 %	23,10 %	67 28,76 %	18,87 %	206 27,50 %	58,03 %	355 27,18 %	100 %
3. Accesibilidad 22	4 1,23 %	18,18 %	8 3,43 %	36,36 %	10 1,34 %	45,45 %	22 1,68 %	100 %
4. Derechos 285	57 17,59 %	20,00 %	25 10,73 %	8,77 %	203 27,10 %	71,23 %	285 21,82 %	100 %
5. Diversidad social y... 173	48 14,81 %	27,75 %	45 19,31 %	26,01 %	80 10,68 %	46,24 %	173 13,25 %	100 %
6. Equidad en salud 207	94 29,01 %	45,41 %	34 14,59 %	16,43 %	79 10,55 %	38,16 %	207 15,85 %	100 %
7. Sostenibilidad 44	13 4,01 %	29,55 %	9 3,86 %	20,45 %	22 2,94 %	50,00 %	44 3,37 %	100 %
Totales	324 100 %	24,81 %	233 100 %	17,84 %	749 100 %	57,35 %	1306 100 %	100 %

Tabla de resultados 1 **Presencia de las categorías por universidades en frecuencia absoluta y relativa.**

Los resultados muestran, tal y como se puede observar en la Tabla de resultados 1, que, aunque en la propuesta curricular del Grado en Enfermería de todas las universidades gallegas están presentes todas las categorías en mayor o menor medida, es la Universidad de Vigo (UVigo) la que aglutina mayor frecuencia de estas en sus planes de estudio (57,35 % de total de las citas), seguida de la Universidad de A Coruña (UDC) y por último de la Universidad de Santiago de Compostela (USC). Si desagregamos por categorías y analizamos conjuntamente las tres universidades, "cuidados" es la categoría que se presenta con mayor intensidad (con 355 citas, lo que representa el 27,18 % del total para las categorías), seguida de "derechos" (21,82%). Cabe resaltar que ambas aglutinan aproximadamente 50% de todas las citas. El otro 50% se reparte entre las 5 categorías restantes, donde contrasta que la "accesibilidad" o la "sostenibilidad" apenas suponen entre las dos un 5% del total de las citas (Ilustración 23).

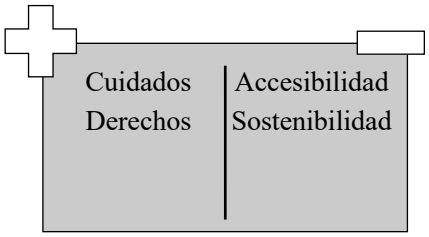


Ilustración 23 Categorías más y menos presentes en las guías docentes del conjunto de las 3 universidades gallegas
Fuente: elaboración propia

Si observamos la presencia de cada una de estas categorías según la universidad encontramos que en la UVigo se sigue la tendencia anterior, ya que las categorías o unidades

USC DE COMPOSTELA

temáticas que se presentan con más fuerza son “cuidados” (27,5 % del total de las citas), seguida de “derechos” (27,10%) y de “inclusión social” (19,89%). Las menos frecuentes y lejos de las anteriores son la “sostenibilidad” (2,94%) y “accesibilidad” (1,34%).

En la USC, del mismo modo que en la anterior, la categoría más frecuente es “cuidados” (28,76%), seguida de “inclusión social” y “diversidad social y cultural”, ambas con un 19,31% de total de las citas. Al igual que en la UVigo la “sostenibilidad” (3,86%) y la “accesibilidad” (3,45%) son las categorías o unidades temáticas menos frecuentes en los planes de estudio.

En la UDC, por el contrario, “equidad en salud” es la categoría más frecuente (29%), seguida de “cuidados” (25,31%). Sin embargo, en este caso la “inclusión social” disminuye sustancialmente si la comparamos con las otras dos universidades, pasando de alrededor de un 20% de las citas en la UVigo y USC, a un 8 % en la UDC. La “sostenibilidad” y la “accesibilidad”, una vez más, son las categorías menos presentes en la propuesta curricular.

5.1.2 La inclusión social en la propuesta curricular de las ocho Escuelas/Facultades de Enfermería de Galicia: A Coruña, Ferrol, Santiago de Compostela, Lugo, Pontevedra, Ourense, Vigo Meixoeiro y Vigo Povisa

	UDC-CORUÑA 31 138	UDC-FERROL 32 136	USC-LUGO 28 104	USC-SANTIAGO 44 85	UVIGO-MEIXOEI... 28 150	UVIGO-OURENSE 28 168	UVIGO-PONTEV... 29 183	UVIGO-POVISA 29 143	Totales
1. Inclusión Social 220	14 6,36 % 8,59 %	12 5,45 % 7,45 %	22 10,00 % 17,46 %	23 10,45 % 21,50 %	39 17,73 % 22,29 %	41 18,64 % 21,13 %	45 20,45 % 20,93 %	24 10,91 % 14,55 %	220 100 % 16,85 %
2. Cuidados 355	37 10,42 % 22,70 %	45 12,68 % 27,95 %	32 9,01 % 25,40 %	35 9,86 % 32,71 %	47 13,24 % 26,86 %	59 16,62 % 30,41 %	55 15,49 % 25,58 %	45 12,68 % 27,27 %	355 100 % 27,18 %
3. Accesibilidad 22	2 9,09 % 1,23 %	2 9,09 % 1,24 %	4 18,18 % 3,17 %	4 18,18 % 3,74 %	3 13,64 % 1,71 %	3 13,64 % 1,55 %	3 13,64 % 1,40 %	1 4,55 % 0,61 %	22 100 % 1,68 %
4. Derechos 285	27 9,47 % 16,56 %	30 10,53 % 18,63 %	12 4,21 % 9,52 %	13 4,56 % 12,15 %	51 17,89 % 29,14 %	54 18,95 % 27,84 %	53 18,60 % 24,65 %	45 15,79 % 27,27 %	285 100 % 21,82 %
5. Diversidad social y cultural 173	25 14,45 % 15,34 %	23 13,29 % 14,29 %	32 18,50 % 25,40 %	13 7,51 % 12,15 %	15 8,67 % 8,57 %	16 9,25 % 8,25 %	21 12,14 % 9,77 %	28 16,18 % 16,97 %	173 100 % 13,25 %
6. Equidad en salud 207	47 22,71 % 28,83 %	47 22,71 % 29,19 %	19 9,18 % 15,08 %	15 7,25 % 14,02 %	18 8,70 % 10,29 %	19 9,18 % 9,79 %	24 11,59 % 11,16 %	18 8,70 % 10,91 %	207 100 % 15,85 %
7. Sostenibilidad 44	11 25,00 % 6,75 %	2 4,55 % 1,24 %	5 11,36 % 3,97 %	4 9,09 % 3,74 %	2 4,55 % 1,14 %	2 4,55 % 1,03 %	14 31,82 % 6,51 %	4 9,09 % 2,42 %	44 100 % 3,37 %
Totales	163 12,48 % 100 %	161 12,33 % 100 %	126 9,65 % 100 %	107 8,19 % 100 %	175 13,40 % 100 %	194 14,85 % 100 %	215 16,46 % 100 %	165 12,63 % 100 %	1306 100 % 100 %

Tabla de resultados 2 **Presencia de las categorías por centros en frecuencia absoluta y relativa.**

Al desagregar los planes de estudio analizados por centros, podemos identificar algunas diferencias con el análisis por universidades. Si bien, tal y como exponíamos en el punto anterior, los centros dependientes de la UVigo presentan vinculadas con mayor intensidad el conjunto de las categorías, al disgregarlas por centro y por categoría podemos observar como por ejemplo “cuidados” tiene una presencia globalmente similar en todas las Escuelas/Facultades de Galicia. Sin embargo, en la “inclusión social” encontramos diferencias considerables, pues por ejemplo en la Escuela de Enfermería de Pontevedra, se encuentra en el 20,45 % de total de las citas para la categoría, descendiendo en la Escuela de Enfermería de A Coruña al 6,36% o en la de Ferrol al 5,45% (Tabla de resultados 2).

Si analizamos el otro extremo, es decir, las categorías menos presentes, la “sostenibilidad”, que se ha identificado en todos los centros con una fuerza mucho menor que el resto de las categorías, en la Escuela de Enfermería de A Coruña y en la Escuela de Enfermería de Pontevedra, no lo hace de forma tan drástica, representando alrededor del 7% de total de las citas en esos centros, frente al 2-3% en el resto de los centros. Cabe señalar que son las guías docentes de estas dos escuelas las que aglutinan más del 50% de las apariciones de la categoría “sostenibilidad” de las 250 guías docentes analizadas.

No ocurre lo mismo con la “accesibilidad”, que en todos los centros representa la categoría vinculada con menor fuerza en el plan de estudios, con una única mención, por ejemplo, en el total de guías docentes de la Escuela de Enfermería de Povisa (UVigo) y entre 2 y 4 menciones en los demás centros.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Si analizamos diferencias entre centros distintos de la misma universidad, observamos que generalmente la presencia de categorías es similar -lo que es coherente con que compartan Memoria de Verificación del Título[93]- salvo en algún caso. En la Facultad de Enfermería de Santiago de Compostela y la Escuela de Enfermería de Lugo, por ejemplo, la categoría "Diversidad social y cultural" se presenta con una intensidad muy distinta, siendo del 12% en el primer caso y ascendiendo al 25% en el segundo. O en el caso de la "sostenibilidad" entre la Escuela de Enfermería de a Coruña, con un 6,75% de presencia en su plan de estudios, y la Facultad de Enfermería de Ferrol, donde desciende al 1,24 % de presencia en la propuesta curricular. Algo similar a lo que ocurre con la misma categoría entre la Escuela de Enfermería de Pontevedra, con una presencia en su plan de estudios del 6,51%, y el resto de los centros de la misma universidad donde desciende a valores entre el 1 y el 2%. Estas diferencias en la presencia de categorías entre Escuelas/Facultades de una misma universidad puede indicarnos que, a pesar de compartir memoria, los centros gozan de autonomía en la planificación del contenido de sus guías docentes, por lo que se orienten los contenidos en una dirección u otra puede recaer en el profesorado.

5.1.3 Curso académico

	1º 72 143		2º 83 416		3º 41 248		4º 38 300		Totales	
1. Inclusión Social 220	27 15,52 %	12,27 %	73 14,93 %	33,18 %	53 18,34 %	24,09 %	67 18,93 %	30,45 %	220 16,85 %	100 %
2. Cuidados 355	51 29,31 %	14,37 %	130 26,58 %	36,62 %	84 29,07 %	23,66 %	90 25,42 %	25,35 %	355 27,18 %	100 %
3. Accesibilidad 22	5 2,87 %	22,73 %	9 1,84 %	40,91 %	3 1,04 %	13,64 %	5 1,41 %	22,73 %	22 1,68 %	100 %
4. Derechos 285	29 16,67 %	10,18 %	109 22,29 %	38,25 %	73 25,26 %	25,61 %	74 20,90 %	25,96 %	285 21,82 %	100 %
5. Diversidad social y cultural 173	28 16,09 %	16,18 %	73 14,93 %	42,20 %	24 8,30 %	13,87 %	48 13,56 %	27,75 %	173 13,25 %	100 %
6. Equidad en salud 207	20 11,49 %	9,66 %	81 16,56 %	39,13 %	44 15,22 %	21,26 %	62 17,51 %	29,95 %	207 15,85 %	100 %
7. Sostenibilidad 44	14 8,05 %	31,82 %	14 2,86 %	31,82 %	8 2,77 %	18,18 %	8 2,26 %	18,18 %	44 3,37 %	100 %
Totales	174 100 %	13,32 %	489 100 %	37,44 %	289 100 %	22,13 %	354 100 %	27,11 %	1306 100 %	100 %

Tabla de resultados 3 Presencia de categorías por curso académico en frecuencia absoluta y relativa.

Al analizar los resultados por curso, encontramos que 2º es en el que están presentes las categorías propuestas con mayor fuerza y en 1º en el que menos. Esta circunstancia se puede relacionar con el carácter de las materias por curso que analizaremos en el epígrafe sucesivo. Es decir, si observamos el Anexo 1 podemos comprobar que, en todos los centros, en 1º es donde se imparten las materias de formación básica[94], mientras que 2º y 3º congregan la mayoría de las materias obligatorias, y generalmente las optativas las encontramos en 3º y 4º.

[93] Documento que define la titulación y que esta cumple con las exigencias de calidad exigidas por la Comisión Europea, que es evaluado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) de forma protocolizada a través de su programa VERIFICA.

[94] En coherencia con lo que se estipula en el Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad: las materias de formación básica han de ser ofertadas en la primera mitad del plan de estudios (p. 14).

No obstante, tal y como observamos en la Tabla de resultados 3 la fuerza con la que se presentan las categorías está, salvo en 1º, más o menos equilibrada. Del mismo modo, la tendencia se corresponde con los análisis anteriores, las citas se concentran independientemente del curso en las categorías "cuidados" y "derechos", y "accesibilidad" y "sostenibilidad" se mantienen en último lugar.

5.1.4 Carácter de la materia: formación básica, obligatoria y optativa.

Procedemos a realizar un análisis por carácter de la materia que consideramos relevante pues nos permitirá comprender mejor cómo estas categorías se integran en distintos contextos académicos, diferenciando, por ejemplo, entre la flexibilidad de elección en asignaturas optativas y la centralidad en las materias básicas, que constituyen la base del programa de estudios.

	0.1. OPTATIVA 28 140		0.2. OBLIGATORIA 147 824		0.3. FORMACIÓN... 75 143		Totales	
1. Inclusión Social 220	39 24,07 %	17,73 %	163 16,63 %	74,09 %	18 10,98 %	8,18 %	220 16,85 %	100 %
2. Cuidados 355	33 20,37 %	9,30 %	272 27,76 %	76,62 %	50 30,49 %	14,08 %	355 27,18 %	100 %
3. Accesibilidad 22	4 2,47 %	18,18 %	9 0,92 %	40,91 %	9 5,49 %	40,91 %	22 1,68 %	100 %
4. Derechos 285	17 10,49 %	5,96 %	251 25,61 %	88,07 %	17 10,37 %	5,96 %	285 21,82 %	100 %
5. Diversidad social y cultural 173	40 24,69 %	23,12 %	96 9,80 %	55,49 %	37 22,56 %	21,39 %	173 13,25 %	100 %
6. Equidad en salud 207	20 12,35 %	9,66 %	157 16,02 %	75,85 %	30 18,29 %	14,49 %	207 15,85 %	100 %
7. Sostenibilidad 44	9 5,56 %	20,45 %	32 3,27 %	72,73 %	3 1,83 %	6,82 %	44 3,37 %	100 %
Totales	162 100 %	12,40 %	980 100 %	75,04 %	164 100 %	12,56 %	1306 100 %	100 %

Tabla de resultados 4 **Relación código-documento entre categorías y carácter de la materia en frecuencia absoluta y relativa.**

Tal y como podemos observar en la Tabla de resultados 4, es en la formación básica (FB) en la que encontramos menos presencia de las categorías propuestas (12,56%) junto con las materias optativas (OP), en una proporción similar (12,40 %).

5.1.4.1 Materias de Formación Básica

Si observamos de forma aislada las materias de FB (Tabla de resultados 5), cabe señalar que existen diferencias considerables entre centros, pues los de la USC acumulan más del 50% de las categorías identificadas en las guías docentes, repartiéndose el otro 50% con una intensidad similar entre los 6 centros restantes.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	UDC-CORUÑA 31 138	UDC-FERROL 32 136	USC-LUGO 28 104	USC-SANTIAGO 44 85	UVIGO-MEIXOEI... 28 150	UVIGO-OURENSE 28 168	UVIGO-PONTEV... 29 183	UVIGO-POVISA 29 143	Totales
1. Inclusión Social 220	1 6,25 % 5,56 %		1 2,33 % 5,56 %	3 6,82 % 16,67 %	3 23,08 % 16,67 %	5 38,46 % 27,78 %	3 20,00 % 16,67 %	2 25,00 % 11,11 %	18 10,98 % 100
2. Cuidados 355	4 25,00 % 8,00 %	3 25,00 % 6,00 %	13 30,23 % 26,00 %	14 31,82 % 28,00 %	5 38,46 % 10,00 %	4 30,77 % 8,00 %	6 40,00 % 12,00 %	1 12,50 % 2,00 %	50 30,49 % 100
3. Accesibilidad 22	1 6,25 % 11,11 %	1 8,33 % 11,11 %	3 6,98 % 33,33 %	3 6,82 % 33,33 %			1 6,67 % 11,11 %		9 5,49 % 100
4. Derechos 285	1 6,25 % 5,88 %	1 8,33 % 5,88 %	4 9,30 % 23,53 %	4 9,09 % 23,53 %	2 15,38 % 11,76 %	2 15,38 % 11,76 %	2 13,33 % 11,76 %	1 12,50 % 5,88 %	17 10,37 % 100
5. Diversidad social y cultural 173	2 12,50 % 5,41 %	2 16,67 % 5,41 %	12 27,91 % 32,43 %	11 25,00 % 29,73 %	2 15,38 % 5,41 %	2 15,38 % 5,41 %	2 13,33 % 5,41 %	4 50,00 % 10,81 %	37 22,56 % 100
6. Equidad en salud 207	5 31,25 % 16,67 %	5 41,67 % 16,67 %	10 23,26 % 33,33 %	9 20,45 % 30,00 %	1 7,69 % 3,33 %				30 18,29 % 100
7. Sostenibilidad 44	2 12,50 % 66,67 %						1 6,67 % 33,33 %		3 1,83 % 100
Totales	16 100 % 9,76 %	12 100 % 7,32 %	43 100 % 26,22 %	44 100 % 26,83 %	13 100 % 7,93 %	13 100 % 7,93 %	15 100 % 9,15 %	8 100 % 4,88 %	164 100 % 100

Tabla de resultados 5 **Presencia de categorías en la Formación Básica por centros en frecuencia absoluta y relativa.**

Este hallazgo se puede interpretar reparando en la propuesta de FB de los centros de la USC. Santiago y Lugo son los que más citas acumulan, con especial relevancia para nuestro análisis, en las categorías "equidad en salud" y "diversidad social y cultural", porque en el curso académico 2023-24 serán los únicos centros que incorporarán una nueva materia, particularmente alineada con la orientación que se propone en la tesis: *Salud, género y retos sociales para enfermería*[95], con contenidos específicos sobre cultura y salud, género y salud, o un bloque temático específico sobre sobre la equidad como reto social en el acceso a la salud. Esta asignatura es la única de estas características dentro de la oferta de FB de Galicia (Tabla 71), y que es importante señalar, puesto que como veremos más adelante, en el resto de los centros la formación específica en estos aspectos queda relegada a materias optativas o exclusivamente desde una perspectiva transversal -que discutiremos- en las materias obligatorias.

Tabla 71 Materias de FB en el Grado de Enfermería de las tres universidades gallegas
Fuente: elaboración propia

UDC	Anatomía
	Biología
	Psicología
	Sistemas de información y comunicación en Ciencias de la Salud
	Bases para la interpretación del conocimiento científico
	Fisiología
	Nutrición
	Farmacología
	Situaciones de riesgo para la salud y radiología
USC	Anatomía Humana
	Biología Humana
	Estadística
	Metodología de la investigación
	Fisiología Humana I
	Fisiología Humana II
	Microbiología
	Bioquímica

[95] Del total de 43 citas de la Escuela de Enfermería de Lugo, 25 se identificaron en esta asignatura (lo que representa el 58% del total). En Santiago de las 44 citas, se identificaron 24 (55% del total).

	Competencias digitales en enfermería
	Ciencias psicosociales aplicadas
	Salud, género y retos sociales en Enfermería
	Farmacología
	Nutrición clínica
UVigo	Anatomía humana
	Psicología
	Bioquímica
	Fisiología
	Estadística
	Idioma moderno: inglés técnico
	Introducción a enfermería clínica
	Farmacología y dietética

Este resultado identificado en la USC puede indicarnos la voluntad de un cambio en la orientación de los planes de estudio de enfermería, desde una orientación tradicionalmente más biotecnológica hacia otra más sociocultural y humanística, pues refleja que se considera básica la enfermería social, y no algo auxiliar. Esto concuerda con las propuestas de diferentes autores como Lazenby (2020, 2013), Moreno Preciado (2021) o Dury (2019), u organismos oficiales, expuestos en capítulos anteriores, con especial énfasis en el documento *The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equ*ity" *(El futuro de la enfermería 2020-2030: trazar un camino para lograr la equidad sanitaria*) (Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al., 2021) que subrayan la necesidad de que las Escuelas de Enfermería replanteen sus planes de estudio para que las enfermeras puedan desempeñar nuevas funciones profesionales, estando preparadas para comprender e identificar los DSS y trabajar con personas con experiencias vitales y valores culturales diversos.

Así mismo, en este análisis de la FB debemos destacar algunas ausencias de categorías, así como la variabilidad de unos centros a otros. De nuevo, la "sostenibilidad" sólo se menciona en las materias de FB de la Escuela de Enfermería de A Coruña y Pontevedra, siendo inexistente en el resto de los centros. Y, de forma similar, la "accesibilidad" no está presente en las guías docentes de ninguna materia de FB de la Escuela de Enfermería de Meixoeiro, Povisa o Ourense. Por otro lado, la "equidad en salud" tampoco se menciona en ninguna guía de las Escuelas de Ourense, Pontevedra o Povisa, y en una sola ocasión en Coruña o Ferrol (Figura 5). Esto concuerda con la propuesta de FB de sus planes de estudio, mayoritariamente incardinada en las ciencias de la vida desde un enfoque biocientífico, con asignaturas como: fisiología, anatomía, farmacología, estadística… en ausencia de alguna materia, como en el caso de la USC, con un enfoque más social o humanístico, exceptuando Psicología, común a todos los centros (Tabla 21). También nos puede indicar que no se incorporan estos aspectos de forma transversal en las materias vinculadas al ámbito clínico o ciencias de la vida.

De todos modos, se debe advertir que, aunque el resto de las categorías están presentes en las guías docentes independientemente del carácter de la materia, estas lo hacen de forma muy puntual, con 5 menciones o menos, lo que recuerda a la advertencia de Manuel Moreno Preciado mencionada en el capítulo 2: "No es que las materias de carácter social y humanístico no existan, sino que están relegadas a un papel gregario, cuando no de simple adorno" (Moreno Preciado, 2021a).

Las circunstancias expuestas nos llevan a reflexionar sobre qué significa y la importancia dentro del currículo de la FB, y también a revisar las normativas más recientes. Si recurrimos a la *Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario*, esta nos dice: "Los estudios de Grado tienen como finalidad la obtención por parte del estudiantado de una formación básica

y generalista en una disciplina determinada" (p.19). Algo que asevera el *Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad*:

> Las enseñanzas oficiales de Grado, como ciclo inicial de las enseñanzas universitarias, tienen como objetivo fundamental la formación básica y generalista del y la estudiante en las diversas disciplinas del saber científico, tecnológico, humanístico y artístico, a través de la transmisión ordenada de conocimientos, competencias y habilidades que son propias de la disciplina respectiva –o de las disciplinas implicadas–, y que los prepara para el desarrollo de actividades de carácter profesional y garantiza su formación integral como ciudadanos y ciudadanas (p.13-14).

En esta dirección, cabe señalar que dicho Real Decreto ha establecido algunas modificaciones, como la transformación de la adscripción de las titulaciones de las 5 ramas de conocimiento a 32 ámbitos de conocimiento, donde encontramos como novedad reseñable uno específico de "Enfermería"(Tabla 72). Además, establece que los planes de estudios de 240 créditos, como es el caso del Grado en Enfermería, incluirán un mínimo de 60 créditos de FB de los que **al menos la mitad estarán vinculados al mismo ámbito de conocimiento en el que se inscribe el título**, y el resto estarán relacionados con otros ámbitos del conocimiento diferentes al que se ha adscrito el título. Los créditos restantes, deberán estar configurados por otras materias que refuercen la amplitud y solidez de competencias y conocimientos del proyecto formativo que es el Grado (p.14). Si consideramos todo lo anterior, y previendo que la adscripción de los títulos del Grado en Enfermería será al ámbito de conocimiento "Enfermería" y ya no en "Ciencias de la Salud", anticipamos que las ocho Escuelas/Facultades del Grado de Enfermería de Galicia, deberán repensar el planteamiento de su FB. En este punto, a la vista os resultados obtenidos y analizada la propuesta de FB en Galicia, la reflexión que subyace es ¿qué se considera básico en la formación inicial de enfermería?

Del análisis concluimos que los centros dependientes de la USC ya han dado un paso en una dirección transformadora incorporando entre su FB una materia específica de Enfermería, coherente además con las directrices especializadas dentro de la disciplina sobre nuevos enfoques más sociales y humanísticos. Esto concuerda además con las propuestas de Dury (2019), presidenta Federación Europea de Educadores en Ciencias de la Enfermería (FINE), tales como mejorar la presencia de las ciencias de la enfermería en los planes de formación, de una forma más equilibrada con las materias de orientación biomédica que actualmente imperan en los currículums a nivel europeo.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 72 32 Ámbitos de conocimiento establecidos en el Real Decreto 822/2021
Fuente: elaboración propia

Ramas de conocimiento previas	Ámbitos de conocimiento actuales
1. Artes y humanidades. 2. Ciencias. 3. Ciencias de la salud. 4. Ciencias sociales y jurídicas. 5. Ingeniería y arquitectura.	6. Actividad física y ciencias del deporte. 7. Arquitectura, construcción, edificación y urbanismo, e ingeniería civil. 8. Biología y genética. 9. Bioquímica y biotecnología. 10. Ciencias agrarias y tecnología de los alimentos. 11. Ciencias biomédicas. 12. Ciencias del comportamiento y psicología. 13. Ciencias económicas, administración y dirección de empresas, márquetin, comercio, contabilidad y turismo. 14. Ciencias de la educación. 15. Ciencias medioambientales y ecología. 16. Ciencias sociales, trabajo social, relaciones laborales y recursos humanos, sociología, ciencia política y relaciones internacionales. 17. Ciencias de la Tierra. 18. Derecho y especialidades jurídicas. 19. **Enfermería.** 20. Estudios de género y estudios feministas. 21. Farmacia. 22. Filología, estudios clásicos, traducción y lingüística. 23. Física y astronomía. 24. Fisioterapia, podología, nutrición y dietética, terapia ocupacional, óptica y optometría y logopedia. 25. Historia del arte y de la expresión artística, y bellas artes. 26. Historia, arqueología, geografía, filosofía y humanidades. 27. Industrias culturales: diseño, animación, cinematografía y producción audiovisual. 28. Ingeniería eléctrica, ingeniería electrónica e ingeniería de la telecomunicación. 29. Ingeniería industrial, ingeniería mecánica, ingeniería automática, ingeniería de la organización industrial e ingeniería de la navegación. 30. Ingeniería informática y de sistemas. 31. Ingeniería química, ingeniería de los materiales e ingeniería del medio natural. 32. Matemáticas y estadística. 33. Medicina y odontología. 34. Periodismo, comunicación, publicidad y relaciones públicas. 35. Química. 36. Veterinaria. 37. Interdisciplinar.

5.1.4.2 Materias optativas

Por otro lado, si analizamos de forma aislada las guías docentes de las materias optativas y las desagregamos por centros, observamos bastantes ausencias de categorías. Siguiendo la tendencia del análisis realizado hasta el momento, la "accesibilidad" y la "sostenibilidad" son las categorías con más omisiones. La "accesibilidad" solo está presente en Ourense y Pontevedra, con 3 y 1 mención respectivamente, y la "sostenibilidad" solo se menciona en la propuesta de optativas de Pontevedra, A Coruña y Lugo. También hemos observado que la "diversidad social y cultural", sólo está presente en las guías docentes de las optativas de Lugo, Povisa y Pontevedra, aglutinando solo Lugo más del 60% de las citas. Por último, la categoría "equidad en salud" está ausente en Meixoeiro, y en este caso Pontevedra acumula más del 50% de las menciones del total de las guías del centro (Tabla de resultados 6).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	UDC-CORUÑA	UDC-FERROL	USC-LUGO	USC-SANTIAGO	UVIGO-MEIXOEI...	UVIGO-OURENSE	UVIGO-PONTEV...	UVIGO-POVISA	T
	31 138	32 136	28 104	44 85	28 150	28 168	29 183	29 143	
1. Inclusión Social 220	1 12,50 % 2,56 %	1 25,00 % 2,56 %	3 11,11 % 7,69 %	3 30,00 % 7,69 %	4 57,14 % 10,26 %	7 33,33 % 17,95 %	17 30,91 % 43,59 %	3 10,00 % 7,69 %	3 24,07 %
2. Cuidados 355	2 25,00 % 6,06 %	2 50,00 % 6,06 %	1 3,70 % 3,03 %	3 30,00 % 9,09 %	2 28,57 % 6,06 %	8 38,10 % 24,24 %	10 18,18 % 30,30 %	5 16,67 % 15,15 %	3 20,37 %
3. Accesibilidad 22						3 14,29 % 75,00 %	1 1,82 % 25,00 %		2,47 %
4. Derechos 285			3 11,11 % 17,65 %	3 30,00 % 17,65 %	1 14,29 % 5,88 %	2 9,52 % 11,76 %	4 7,27 % 23,53 %	4 13,33 % 23,53 %	1 10,49 %
5. Diversidad social y cultural 173			17 62,96 % 42,50 %				8 14,55 % 20,00 %	15 50,00 % 37,50 %	4 24,69 %
6. Equidad en salud 207	2 25,00 % 10,00 %	1 25,00 % 5,00 %	2 7,41 % 10,00 %	1 10,00 % 5,00 %		1 4,76 % 5,00 %	10 18,18 % 50,00 %	3 10,00 % 15,00 %	2 12,35 %
7. Sostenibilidad 44	3 37,50 % 33,33 %		1 3,70 % 11,11 %				5 9,09 % 55,56 %		5,56 %
Totales	8 100 % 4,94 %	4 100 % 2,47 %	27 100 % 16,67 %	10 100 % 6,17 %	7 100 % 4,32 %	21 100 % 12,96 %	55 100 % 33,95 %	30 100 % 18,52 %	16 100 %

Tabla de resultados 6 **Presencia de categorías en las materias optativas por centros en frecuencia absoluta y relativa**

Estos hallazgos concuerdan con la oferta de optativas por centros, pues como se puede consultar en el Anexo I, Lugo y Povisa ofrecen la materia "Antropología de la Salud", por lo que parece coherente que sea los centros con más menciones a la categoría "diversidad social y cultural". En Pontevedra, observamos una presencia significativamente mayor del conjunto de categorías, la respuesta puede estar en su optativa *Salud, dependencia y vulnerabilidad social*[96], en la que, si atendemos a la descripción y contenidos que refleja en la guía docente, podremos percibir cómo está estrechamente alineada con la propuesta temática de la tesis (Tabla 73):

Tabla 73 **Descripción y contenidos de la optativa "Salud, dependencia y vulnerabilidad social" Escuela de Enfermería de Pontevedra**
Fuente: elaboración propia

Descripción	Contenidos
La asignatura salud, dependencia y vulnerabilidad social ahonda en el rol y **misión social de la enfermería**. Busca que el alumnado desarrolle competencias para saber cómo responder y actuar de forma respetuosa y **equitativa** ante la diversidad de personas a las que presta sus cuidados. Para ello se analiza su papel ante situaciones de dependencia, riesgo y vulnerabilidad social, y la influencia de la **diversidad cultural**, las migraciones, el género, la discapacidad o la edad en los cuidados de enfermería. También se aborda su papel en aspectos relacionados con la globalización, el **desarrollo sostenible** y la **justicia social**. Uno de los marcos fundamentales en los que se basa esta asignatura es el de la Agenda 2030 y sus ODS desde la perspectiva de que la enfermería puede contribuir y liderar estrategias que promuevan la justicia social y el desarrollo sostenible tanto local como global.	1. Introducción a materia: salud y cuidado desde una perspectiva sociocultural. Enfoque de salud basado en derechos humanos. Las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud. 2. Equidad en salud, diversidad e inclusión social. 3. Responsabilidad y compromiso social de la enfermería. 4. Cuidados de enfermería en vulnerabilidad social.

Por su parte, en Ourense encontramos que más del 30% de las citas en las guías docentes de sus asignaturas optativas se engloban en la categoría "inclusión social", en este caso se puede deber a la materia *La enfermería en los estilos de vida y en el termalismo*, que presenta un bloque formativo interesante sobre salud comunitaria, siendo en la única materia en la que hemos encontrado las referencias a la participación comunitaria y a los activos en salud en la relación de contenidos.

El resto de las optativas del conjunto de los planes de estudio gallegos se vinculan principalmente con el ámbito clínico de la enfermería. De las 30 materias optativas del global

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[96] La profesora que imparte esta materia es la autora de esta Tesis.

de planes del estudio, solo 4 están orientadas a la inclusión social[97], tal y como podemos observar en negrita en la siguiente tabla (Tabla 74).

Tabla 74 **Materias OP en el Grado de Enfermería de las tres universidades gallegas**
Fuente: elaboración propia

Escuela de Enfermería de A Coruña	Enfermería Laboral Métodos y herramientas avanzadas en investigación cualitativa Farmacoterapia
Facultad de Enfermería de Ferrol	Enfermería Laboral Métodos y herramientas avanzadas en investigación cualitativa Farmacoterapia
Facultad de Enfermería de Santiago de Compostela	Anatomía clínica Enfermería del trabajo Radiología básica Histología humana Prácticas de investigación
Escuela de Enfermería de Lugo	Inglés técnico **Antropología de la Salud** Enfermería del trabajo Radiología básica Prácticas de investigación
Escuela de Enfermería de Pontevedra	Metodología de la investigación Prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario **Salud, dependencia y vulnerabilidad social** Atención de enfermería en emergencias y catástrofes
Escuela de Enfermería de Ourense	Metodología de la investigación **La enfermería en los estilos de vida y en el termalismo** Atención de enfermería en emergencias y catástrofes Metodología de la investigación
Escuela de Enfermería de Meixoeiro	Inglés para profesionales de la salud Prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario Atención de enfermería en emergencias y catástrofes
Escuela de Enfermería de Povisa	Enfermería de urgencias y cuidados críticos Introducción a la enfermería avanzada **Antropología de la salud**

Si entendemos que las materias optativas son las que determina libremente cada universidad para su posible elección por los estudiantes, de acuerdo con sus preferencias e intereses, aseguran un cierto grado de especialización disciplinar y que pueden estar agrupadas en itinerarios formativos[98]; en el caso del Grado de Enfermería de Galicia hemos comprobado que las posibilidades de la orientación opcional de los estudios hacia lo que entendemos por "inclusión social" es muy escasa en la mayoría de las Escuelas/Facultades, e inexistente en algunas de ellas. Es decir, la optatividad en el conjunto del plan de estudios del Grado en Enfermería de Galicia no plantea una línea clara hacia la esfera social de los cuidados de enfermería. Esto contrasta con propuestas identificadas en otras universidades españolas, como por ejemplo en la Universidad de Barcelona, que oferta diversidad de optativas orientadas a la inclusión como: Aprendizaje Servicio, Compromiso y Transformación Social, Interculturalidad y Salud: la Mirada del Otro, Lengua de signos en el entorno sanitario, Medio ambiente y salud o Redes de apoyo en salud. La Facultad de Enfermería de la Universidad de Salamanca que ofrece optativas específicas sobre discapacidad: Atención educativa en la discapacidad y Atención integral de personas con discapacidad. O la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia que ofrece distintas materias optativas interesantes en relación con el objetivo de

[97] Cuando aludimos a inclusión social, nos referimos a lo que entendemos en este trabajo por ello y se ha desarrollado extensamente en el Capítulo 3.
[98] Extraído de la Información general de los planes de estudio de la USC y del "Glosario terminológico de Educación Superior" de la Universidad Complutense se Madrid.

nuestro trabajo: Antropología de los cuidados y culturas de la salud, Cambios demográficos y sociología de la salud, Sociología de la vejez o Cooperación al desarrollo e inmigración[99].

En definitiva, solo hemos identificado en la propuesta curricular de la formación inicial de la enfermería gallega 4 materias relacionadas con la orientación propuesta en la tesis, una de FB y tres OP (Tabla 75).

Tabla 75 **Materias de FB y OP vinculadas a la inclusión social**
Fuente: elaboración propia

Carácter	Materia	Universidad	Centro
FB	Salud, género y retos sociales para enfermería	USC	Santiago de Compostela
			Lugo
OP	Antropología de la salud	USC	Lugo
		UVigo	Povisa
	Salud, dependencia y vulnerabilidad social.	UVigo	Pontevedra
	La enfermería en los estilos de vida y en el termalismo	UVigo	Ourense

En epígrafes sucesivos analizaremos con mayor profundidad materias específicas y sus vínculos con las unidades temáticas propuestas. Principalmente analizaremos asignaturas de carácter obligatorio, por ello no las hemos incluido en este apartado.

5.1.5 Peso específico de la materia valorado en ECTS

La relevancia de analizar la presencia de categorías según el peso específico de la materia medido en ECTS radica en una de las finalidades de estos. Representan una medida estandarizada del trabajo del estudiante y, por ende, indican la importancia y profundidad de cada asignatura: "cantidad de trabajo del estudiante para cumplir los objetivos del programa de estudios […] unidad de medida donde se integran las enseñanzas teóricas y prácticas, así como otras actividades académicas dirigidas, con inclusión de las horas de estudio y de trabajo que el estudiante debe realizar para alcanzar los objetivos formativos propios de cada una de las materias del correspondiente plan de estudios". (*Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.*, 2003).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[99] Extraído de la información pública en sus páginas web para el curso 2023-24.

	< = 6 ECTS 172 655	> 6 < o = 12 ECTS 54 240	> 12 ECTS 22 212	Totales
1. Inclusión Social 220	125 56,82 % 16,25 %	59 26,82 % 21,07 %	36 16,36 % 14,01 %	220 100 % 16,85 %
2. Cuidados 355	208 58,59 % 27,05 %	70 19,72 % 25,00 %	77 21,69 % 29,96 %	355 100 % 27,18 %
3. Accesibilidad 22	17 77,27 % 2,21 %	4 18,18 % 1,43 %	1 4,55 % 0,39 %	22 100 % 1,68 %
4. Derechos 285	142 49,82 % 18,47 %	67 23,51 % 23,93 %	76 26,67 % 29,57 %	285 100 % 21,82 %
5. Diversidad social y cultural 173	113 65,32 % 14,69 %	39 22,54 % 13,93 %	21 12,14 % 8,17 %	173 100 % 13,25 %
6. Equidad en salud 207	126 60,87 % 16,38 %	35 16,91 % 12,50 %	46 22,22 % 17,90 %	207 100 % 15,85 %
7. Sostenibilidad 44	38 86,36 % 4,94 %	6 13,64 % 2,14 %		44 100 % 3,37 %
Totales	769 58,88 % 100 %	280 21,44 % 100 %	257 19,68 % 100 %	1306 100 % 100 %

Tabla de resultados 7 **Presencia de las categorías en función de los ECTS de las materias en frecuencia absoluta y relativa.**

Como podemos observar en la Tabla de resultados 7, son las materias de menos de 6 ECTS las que aglutinan más citas para el conjunto de categorías. Para poder interpretar este hallazgo conviene describir previamente como es la organización de asignaturas según los ECTS en las distintas Escuelas/Facultades de Enfermería de Galicia.

Tal y como se puede consultar en el Anexo I, y se muestra en la Tabla 76, la estructura del plan de estudios de la UDC se organiza en materias de 6 créditos principalmente, seguidas de alguna aislada de 9 y 12 créditos, en el caso de prácticas clínicas, encontramos materias con un número mucho mayor: 18 y 24 ECTS, algo común a todas las Escuelas/Facultades gallegas. Por su parte, en la UVigo, la mayoría de las materias tienen 6 ECTS, seguidas de materias de 9 ECTS, el Trabajo Fin de Grado (TFG) es la única asignatura de 12 ECTS, y de del mismo modo que en la UDC las prácticas clínicas tienen un peso superior a todas las demás oscilando entre los 15 y 18 ECTS. El caso de la USC difiere de los anteriores pues en su plan de estudios encontramos un número bastante mayor de materias con ECTS menores. En su reciente adaptación del plan de estudios para el curso 2023-24, han segmentado muchas asignaturas, por lo que encontramos principalmente materias de 3 y 4,5 ECTS, seguidas de algunas de 6 ECTS. Las prácticas clínicas como en los casos anteriores tienen un peso sustancialmente mayor de créditos que oscilan entre los 24 y 30.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 76 Nº de materias en función de los ECTS en las tres universidades gallegas
Fuente: elaboración propia

ECTS	Universidad	nº de materias*		Observaciones
3	USC	12	Total: 78	
4,5	USC	18		
6	USC	10	(74,3 % del total de los planes de estudio)	
	UDC	23		
	UVigo	15		
9	USC	2	Total: 19	
	UDC	4		
	UVigo	9	(18,1 % del total de los planes de estudio)	
12	UDC	3		Fisiología, Fundamentos de Enfermería, Estancias clínicas IV
	UVigo	1		TFG
15	UVigo	1	Total: 8	Prácticas clínicas III
18	UDC	1		Estancias clínicas III
	UVigo	3	(7,6 % del total de los planes de estudio)	Prácticas clínicas III, IV, V
24	USC	1		Prácticas clínicas VI.
	UDC	1		Prácticum
30	USC	1		Prácticas tuteladas V
*Se han contabilizado el nº de materias por universidad no por centro puesto que las Escuelas/Facultades de Enfermería de cada universidad comparten la estructura del plan de estudios.				

Teniendo presente esta información, de los resultados obtenidos en el análisis de las guías docentes podemos interpretar que, las categorías propuestas se encuentran con una menor intensidad en las asignaturas de Prácticas Clínicas con mayor carga de trabajo por parte del alumnado, pues son las que más ECTS tienen (Figura 7, Tabla 26). Más adelante realizaremos un análisis específico del vínculo de las Prácticas Clínicas con las unidades temáticas propuestas.

Por otro lado, el vínculo entre categorías y ECTS identificado con mayor fuerza en materias con menos de 6 ECTS, podría hacernos pensar que nuestra propuesta temática supone una menor carga de trabajo para el estudiante. No obstante, si observamos la Tabla 27 percibimos que las asignaturas de menos de 6 ECTS conforman la mayor parte de la propuesta curricular de todos los centros, representando más del 70% del currículum. De este modo, concluimos que la aglutinación de las citas en las materias menores de 6 ECTS nos indica que están presentes en un alto porcentaje de materias, y, por lo tanto, sobre el papel, suponen una alta carga de trabajo para el estudiante, pues son las más numerosas, englobando, además, y consecuentemente, temáticas diversas dentro del plan de estudios. La pregunta que nos hacemos es, independientemente del número de ECTS ¿incorporan verdaderamente el enfoque de inclusión social? Lo analizaremos más adelante.

5.1.6 Dimensiones de las guías docentes

El análisis realizado en este apartado es uno de los más esclarecedores sobre la realidad de la propuesta curricular relacionada con la inclusión social que reflejan las guías docentes del Grado en Enfermería de Galicia.

5.1.6.1 Competencias

Como se puede observar en la Tabla de resultados 8 la gran mayoría de las citas, independientemente del centro o la categoría, se han identificado dentro del apartado "competencias" de las guías docentes. Cuantitativamente representa más del 60% del total de las citas en todos los centros (64,21%), en contraste con el 18% que se identificaron en el apartado "contenidos", o entre el 2 y el 4 % del resto de apartados de las guías docentes.

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

	UDC-CORUÑA 31 138		UDC-FERROL 32 136		USC-LUGO 28 104		USC-SANTIAGO 44 85		UVIGO-MEIXOEI... 28 150		UVIGO-OURENSE 28 168		UVIGO-PONTEV... 29 183		UVIGO-POVISA 29 143		Totales	
0. Competencias 698	90 66,67 %	12,89 %	89 65,93 %	12,75 %	50 49,50 %	7,16 %	51 60,71 %	7,31 %	106 74,13 %	15,19 %	122 73,94 %	17,48 %	111 60,99 %	15,90 %	79 55,63 %	11,32 %	698 64,21 %	100 %
0. Contenidos 196	25 18,52 %	12,76 %	28 20,74 %	14,29 %	20 19,80 %	10,20 %	15 17,86 %	7,65 %	19 13,29 %	9,69 %	25 15,15 %	12,76 %	26 14,29 %	13,27 %	38 26,76 %	19,39 %	196 18,03 %	100 %
0. Descripción 22	1 0,74 %	4,55 %	3 2,22 %	13,64 %					3 2,10 %	13,64 %	2 1,21 %	9,09 %	9 4,95 %	40,91 %	4 2,82 %	18,18 %	22 2,02 %	100 %
0. Evaluación 26	8 5,93 %	30,77 %	5 3,70 %	19,23 %	1 0,99 %	3,85 %			1 0,70 %	3,85 %			6 3,30 %	23,08 %	5 3,52 %	19,23 %	26 2,39 %	100 %
0. Objetivos 30					17 16,83 %	56,67 %	13 15,48 %	43,33 %									30 2,76 %	100 %
0. Resultados de aprendizaje 65	6 4,44 %	9,23 %	5 3,70 %	7,69 %					10 6,99 %	15,38 %	11 6,67 %	16,92 %	22 12,09 %	33,85 %	11 7,75 %	16,92 %	65 5,98 %	100 %
0. Bibliografía 50	5 3,70 %	10,00 %	5 3,70 %	10,00 %	13 12,87 %	26,00 %	5 5,95 %	10,00 %	4 2,80 %	8,00 %	5 3,03 %	10,00 %	8 4,40 %	16,00 %	5 3,52 %	10,00 %	50 4,60 %	100 %
Totales	135 100 %	12,42 %	135 100 %	12,42 %	101 100 %	9,29 %	84 100 %	7,73 %	143 100 %	13,16 %	165 100 %	15,18 %	182 100 %	16,74 %	142 100 %	13,06 %	1087 100 %	100 %

Tabla de resultados 8 **Dimensiones de las guías docentes en las que se identifican las categorías desagregadas por centro.**

En todos los centros hemos observado la misma tendencia: referencias desmesuradas en las competencias, sin guardar coherencia con las menciones a las categorías en el resto de las dimensiones de la guía. Como ejemplo -aunque la situación es muy similar en todos los centros- ponemos como ejemplo el caso de Pontevedra. En sus guías identificamos 182 citas para el conjunto de categorías, de estas, 111 se etiquetaron en el apartado "competencias" (lo que supone alrededor del 60% de las citas), frente a 26 (14,29% de las citas) en los "contenidos" asociados, y presencias mucho menores o inexistentes en el resto de los apartados de la guía (evaluación, objetivos de aprendizaje…). Este hallazgo, concuerda con el análisis realizado por Paricio (2020) en 80 titulaciones de ADE, y sobre el que reflexiona en su artículo *Diseño por competencias ¿era esto lo que necesitábamos*[100]. Sus resultados, del mismo modo que los nuestros, sugieren que en las guías docentes se establece en forma de competencia cualquier tipo de objetivo de aprendizaje o incluso cualquier contenido, tema o área de conocimiento. En palabras del autor esta situación advierte que "el diseño por competencias queda reducido a una mera acumulación heterogénea de cosas, con lo que pierde todo su sentido y función […] y ha obviado la naturaleza necesariamente holística e integradora de la idea de competencia" (Paricio, 2020). Volveremos de nuevo a las reflexiones de Paricio un poco más adelante, antes conviene ahondar un poco más en los hallazgos para así poder desarrollar un razonamiento más amplio al respecto.

Como se adelantaba, además de haber identificado esta tendencia en las guías docentes de todas las Escuelas/Facultades, también se ha observado la sobrecitación o aglutinación de las citas en el apartado "competencias" para todas las categorías (Tabla de resultados 9). En todos los casos, excepto en "accesibilidad" y "sostenibilidad", se dio un número muy elevado de citas en "competencias" (697), mucho menor en "contenidos" (197) y, salvo excepciones que en seguida describiremos, las citas fueron casi anecdóticas, en comparación, en el resto de los apartados (entre 20 y 60). Sirva de ejemplo la categoría "Cuidados", la más mencionada en todas las guías docentes. De las 355 citas identificadas, 263 se encuadraron en las competencias (74 %), frente a 56 menciones (15 %) en contenidos, disminuyendo a menos de 7 menciones en el resto de los apartados salvo en resultados de aprendizaje (lo que supone menos del 2% de las citas en el resto de los apartados de las guías docentes).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

100 Tomaremos como referencia este articulo para el análisis de los hallazgos de este apartado.

	1. Inclusión S... 220	2. Cuidados 355	3. Accesibilidad 22	4. Derechos 285	5. Diversidad... 173	6. Equidad en... 207	7. Sostenibilid... 44
0. Compete... 697	148	263	0	190	89	126	2
0. Contenidos 197	34	56	16	29	38	24	20
0. Descripci... 22	6	7	0	5	2	6	9
0. Evaluación 26	2	7	1	5	3	2	7
0. Objetivos 30	10	4	0	4	12	4	0
0. Resultado... 65	5	13	0	44	2	33	1
0. Bibliografía 50	8	3	2	4	23	10	5

Tabla de resultados 9 **Apartados de la guía docente en los que se presentan las categorías.**

Estos hallazgos advierten que, a pesar de que pueda parecer que las referencias a las categorías han sido elevadas en los planes de estudio, estas no parecen integrarse de una forma coherente en el currículum. Es decir, pese a que pueda parecer que las unidades temáticas defendidas en esta tesis tienen una moderada presencia en las guías docentes de la formación inicial de enfermeras de Galicia, ¿esto es verdaderamente así?

Conscientes de las limitaciones que ofrece el análisis documental para poder afirmarlo, de la lectura global de los resultados deriva la sospecha de que en la mayoría de los casos las referencias a las categorías en las competencias atienden más a la obligación legal de realizar un diseño del plan de estudio basado en competencias, que a una verdadera integración de estas en el currículum. Recurriendo a Paricio (2020) parece que, del mismo modo que él observó, "La falta de criterio y coherencia de las competencias declaradas en la mayor parte de los títulos revela un simple ¿qué hay que escribir aquí?".

Clarifiquemos esta idea volviendo a lo observado durante el análisis. Por ejemplo, hemos etiquetado 148 citas bajo la categoría "inclusión social" (Tabla de resultados 9), esto representa alrededor del 15% de todas las citas realizadas en el análisis de las 250 guías docentes. Ante esta cifra podríamos pensar que la presencia de la inclusión social en los planes de estudios es favorable para nuestra hipótesis de partida, sin embargo, si analizamos en detalle, nos percatamos que la gran mayoría de estas citas atienden a la reiteración en las guías docentes de 3 competencias específicas, que no se acompañan de suficientes evidencias en dicha guía que nos hagan pensar que se plantean desde el enfoque que defendemos. Estas competencias son:

- Educar, facilitar y apoyar la salud, el bienestar de los miembros de la comunidad cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, enfermedad, incapacidad o muerte.
- Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y asegurar el bienestar de calidad y seguridad de las personas atendidas[101].
- Saber comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto de sus opiniones, creencias y valores.

Del mismo modo, si analizamos la categoría "cuidados", observamos un hecho similar, de las 355 citas, 263 (74 %) se traducen en la reiteración en las guías de 4 competencias:

- Comportarse con ética y responsabilidad social como ciudadano y como profesional.
- Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española[102].

[101] Algunas competencias que se plantean son las mismas pero expresadas de forma distinta, en este caso por ejemplo encontramos la misma competencia descrita como: "Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad".

[102] Esta competencia también aparece descrita como: "Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo

- Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral a la salud, que supone cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
- Aplicar los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria, y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.

Es decir, de estas observaciones interpretamos que si bien las guías docentes incorporan competencias alineadas con el enfoque de cuidados inclusivos que defendemos en la tesis, no se puede confirmar que estas se integren verdaderamente en el currículo. Volviendo a Paricio (2020), compartimos en estos hallazgos dos observaciones del autor: un alto grado de repetición de competencias entre universidades, y que "la obligación legal de definir unas competencias de salida se ha cumplido, pero el modo en el que se ha hecho imposibilita que tenga ningún impacto sobre el currículo real […] si no existiesen esos listados de declaraciones de competencias específicas, no cambiaría nada".

	UDC-CORUÑA 31 138	UDC-FERROL 32 136	USC-LUGO 28 104	USC-SANTIAGO 44 85	UVIGO-MEIXOEI... 28 150	UVIGO-OURENSE 28 168	UVIGO-PONTEV... 29 183	UVIGO-POVISA 29 143	Totales
0. Competencias 698	1 10,00 % 100 %	1 10,00 % 100 %	3 30,00 % 100 %	4 40,00 % 100 %			1 10,00 % 100 %		10 100 % 100 %
0. Contenidos 196									0 0 % 0 %
0. Descripción 22									0 0 % 0 %
0. Evaluación 26									0 0 % 0 %
0. Objetivos 30									0 0 % 0 %
0. Resultados de aprendizaje 65									0 0 % 0 %
0. Bibliografía 50									0 0 % 0 %
Totales	1 10,00 % 100 %	1 10,00 % 100 %	3 30,00 % 100 %	4 40,00 % 100 %	0 0 % 0 %	0 0 % 0 %	1 10,00 % 100 %	0 0 % 0 %	10 100 % 100 %

Tabla de resultados 10 **Presencia de las categorías en las guías docentes de las materias de Fisiología**

Un ejemplo ilustrativo de lo anterior es el de la materia "Fisiología" en la Escuela de Enfermería de Lugo. Entre las competencias se establece "Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad", sin embargo, los contenidos generales de la asignatura son: sistema respiratorio, digestivo, endocrino y nervioso. Dentro de estos no encontramos ninguna referencia, por ejemplo, a las variaciones fisiológicas según la etnia, lo que se conoce como "diversidad fisiológica de las poblaciones humanas", que podrían apuntar al porqué de esa competencia, ni ninguna otra evidencia en la guía docente, ya sea en la descripción de la materia, los objetivos, en la evaluación o en la bibliografía. Como observamos en la Tabla de resultados 10, esto es algo común a todos los centros, donde en la misma materia solo encontramos referencias a las categorías en las competencias, sin ir acompañadas de ninguna evidencia más. Retomando las reflexiones de Paricio (2020), ¿tendría alguna repercusión académica retirar esa competencia del vasto listado de su guía docente? Probablemente no. Pues como muestra el autor, citando a Le Boterf (2002)[103]:

> Lo que hace competente a una persona es "un combinatorio particular de múltiples ingredientes", no una simple adición de cosas: es la interacción flexible y adaptada al contexto de todos los recursos lo que produce la competencia (Le Boterf, 2002, citado por Paricio ,2020).

de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables".

[103] Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin? Soins. Cadres, 41, 20-22.

De nuevo, cabe señalar, que nuestros hallazgos solo reflejan la información de la guía docente pública, sin acceso al "currículum oculto"[104], en el que probablemente encontraríamos respuestas certeras para estos hallazgos.

Evidentemente, como expondremos en un epígrafe posterior destinado al análisis de cada categoría en particular, en algunos casos sí encontramos evidencias que sugieren coherencia entre las competencias propuestas y otros apartados de la guía, lo que concuerda con el carácter holístico e integrador que deben poseer. Estos son hallazgos que, además, nos ofrecen certidumbre sobre que en algunos casos -aunque verdaderamente minoritarios- sí se plantea el enfoque de cuidados inclusivos que defendemos.

Un ejemplo de esto es la materia "Comunitaria II" de la Facultad de Enfermería de Ferrol. Esta incorpora competencias como: "Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad", "Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte" o "Desarrollarse para el ejercicio de una ciudadanía abierta, culta, crítica, comprometida, democrática y solidaria, capaz de analizar la realidad, diagnosticar problemas, formular e implantar soluciones basadas en el conocimiento y orientadas al bien común". A estas competencias se asocian contenidos coherentes, y además muy alineados con nuestra propuesta, como, por ejemplo: "La orientación salutogénica de la atención primaria: del modelo de los determinantes de la salud al modelo de activos en salud", "Salud comunitaria: de la enfermedad al bienestar", "Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud" o "La comunidad como sujeto de la atención de la enfermera". Y en la guía, en este caso, sí que se han identificado referencias en la evaluación: "Propuesta de trabajo sobre nuevos escenarios sociales y sanitarios que requieran buscar soluciones innovadoras y creativas que permitirán al alumnado exponerse a los desafíos del mundo moderno y acercarse a una atención a la salud digital, tecnológica, robotizada y humanizada, ofreciendo respuestas de cuidados innovadoras que mejoren la salud y la calidad de vida de las personas en la comunidad". En este caso, con las limitaciones reiteradas sobre el análisis documental, sí que podemos afirmar que existe coherencia dentro de la guía docente y nos informa de la orientación integral de la asignatura vinculada además con el enfoque defendido.

Podríamos plantear muchos más ejemplos sobre las competencias observados en el análisis, pero consideramos que estos ilustran la tendencia identificada.

5.1.6.2 Resultados de aprendizaje

Si analizamos los resultados de aprendizaje observamos una situación similar a la de las competencias. Para algunas categorías, como es el caso de "derechos" o "equidad en salud", hemos identificado un número significativamente mayor de citas que para el resto de las categorías. De nuevo, esto se debe principalmente a la reiteración de un resultado de aprendizaje específico etiquetado dentro de las dos categorías: "Identificar y justificar el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad y confidencialidad de las personas con problemas de salud", que se repiten sistemáticamente en gran cantidad de guías docentes, sin estar vinculado a otros elementos.

[104] J. Torres, (1998). El currículum oculto. Morata; Cabrera, F.C. (2016). Currículum oculto: Los mensajes no visibles del conocimiento educativo. REXE- Revista de Estudios y Experiencias en Educación, 1(1), Article 1.

USC DE COMPOSTELA

5.1.6.3 Evaluación

Así mismo, hemos detectado algunas cuestiones reseñables en el apartado evaluación. Partimos del desequilibrio claro entre competencias y la evaluación de la adquisición de estas, algo claro al reparar, por ejemplo, en la categoría "cuidados" con 263 alusiones en competencias, frente a 7 en "evaluación". En el caso de la UDC en muchas materias encontramos la reiteración de un texto idéntico incorporado como "observaciones evaluación", que hace referencia a la sostenibilidad, la igualdad o la inclusión (Ilustración 24), pero del mismo modo que ocurre con las competencias o resultados de aprendizaje se nos muestra descontextualizado con el resto de la guía, es decir, no identificamos, generalmente, ningún elemento más que apunte en esa dirección.

Esta materia tiene en cuenta las recomendaciones sobre **SOSTENIBILIDAD, MEDIO AMBIENTE, PERSONA E IGUALDAD DE GENERO** para ayudar a conseguir un entorno inmediato sostenible, ambiental y social. Además dos de las competencias generales que debe adquirir el alumnado dentro del grado y de la materia son B20 y B24; la primera es la sensibilidad hacia temas medioambientales y la segunda señala la necesidad de fomentar y aplicar los derechos fundamentales y la igualdad entre hombres y mujeres. Por todo esto:

- La entrega de los trabajos documentales que se realicen en esta materia se realizará a través de MOODLE, en formato digital sin necesidad de imprimirlos.

- Se debe hacer un uso sostenible de los recursos y la prevención de impactos negativos sobre el medio natural.

- Se deben tener en cuenta la importancia de los principios éticos relacionados con los valores de la sostenibilidad en los comportamientos personales y profesionales.

- Atendiendo a las distintas normativas de aplicación para la docencia universitaria, en esta materia está incorporada la **perspectiva de género**: se usará lenguaje no sexista, se utilizará bibliografía de autores de ambos sexos, se propiciará la intervención en las distintas actividades de la materia de alumnas y alumnos.

- Se trabajará para identificar y modificar perjuicios y actitudes sexistas, y se influirá en el entorno para modificarlos y fomentar valores de respeto e igualdad.

- Se prestará especial atención en detectar situaciones de discriminación por razón de género y se propondrán acciones y medidas para corregirlas.

- Se facilitará la plena integración del alumnado que por razón física, sensorial, psíquica o sociocultural, experimenten dificultades a un acceso idóneo, igualitario y provechoso a la vida universitaria.

Ilustración 24 "Observaciones evaluación" guía docente Farmacoterapia UDC.
Fuente: Guía docente pública Farmacoterapia UDC

5.1.6.4 Descripción de las materias

Si reparamos en las descripciones de las asignaturas, salvo casos particulares que analizaremos en apartados sucesivos, tampoco hemos observado orientaciones en la dirección propuesta, aun cuando se planteaban competencias, objetivos o resultados de aprendizaje afines. En Pontevedra, por ejemplo, hemos detectado referencias a los ODS en la descripción de algunas materias, y salvo en casos concretos como "Enfermería comunitaria I" o "Salud dependencia y vulnerabilidad social", no se han identificado evidencias de este enfoque en el resto de la guía. Un ejemplo que ilustra esta interpretación es la descripción que encontramos en la materia "Anatomía": *El estudiante de enfermería debe comprender que el conocimiento de la anatomía le es necesario para una buena práctica de la enfermería, ya que será incapaz de examinar a un paciente con eficacia y reconocer sus anormalidades sin un perfecto conocimiento del individuo normal. Son varios los ODS que se pueden trabajar desde la asignatura, concretamente en este curso nos centraremos en el ODS 3, salud y bienestar.* Llama la atención la idea de plantear conocimientos para "un paciente normal", es decir, estándar, y a la vez expresar que se hará desde el enfoque de ODS, que se propone desde la diversidad social

USC DE COMPOSTELA

y la lucha por las desigualdades. Hablar de paciente normal ya sugiere en sí mismo una distancia con la inclusión social. Es decir, evidentemente la materia anatomía se relacionan con la salud (ODS 3), pero ¿desde que enfoque se imparte? ¿Se plantea la anatomía desde una perspectiva biomédica y normativa, o desde el modelo biopsicosocial y medio ambiental que defiende la Agenda 2030? Si analizamos con más en detalle, en la guía sí encontramos competencias como "Sensibilidad medioambiental" o "Ser capaz de comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural", afines a la concepción de la salud del ODS 3 expuesto en la descripción, sin embargo los resultados de aprendizaje previstos en la materia no concuerdan: Ser capaz de comprender la terminología anatómica esencial; Ser capaz de comprender la anatomía descriptiva y topográfica aplicada a los diversos sistemas que integran el ser humano; Ser capaz de utilizar, de forma apropiada, los conceptos básicos adquiridos sobre las estructuras de los diversos órganos y sistemas que componen el cuerpo humano, tampoco en la evaluación o en la bibliografía. De nuevo, del análisis de la guía docente solo podemos ofrecer respuestas descriptivas e interpretativas, que no deben concebirse como afirmaciones rotundas si no como conjeturas que plantean nuevas preguntas.

Para finalizar esta sección, conviene detenerse brevemente en el caso de la "accesibilidad" y la "sostenibilidad", pues en estas categorías sucede lo contrario a lo identificado en las restantes. Aquí observamos como se plantean muchos más contenidos que competencias (15 y 20 contenidos, frente a 0 y 2 competencias respectivamente. Tabla de resultados 9). Esto se puede explicar porque en el listado de competencias de la *Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero* (2008) o el *Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería* (ANECA, 2004), a través de los cuales las tres universidades establecen las competencias del título, no se identifican competencias que podamos categorizar explícitamente en "accesibilidad", de ahí la ausencia. En el caso de la "sostenibilidad" encontramos dos competencias relacionadas con la salud ambiental: "Identificar y analizar los factores determinantes de la salud (biológicos, ambientales, estilos de vida y sistemas sanitarios)" e "identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del medio ambiente, para atender a las personas en situación de salud y enfermedad como miembros de una comunidad".

La conclusión fundamental a la que llegamos es que, a pesar de haber identificado todas las categorías o unidades temáticas en los diferentes apartados de las guías docentes, la tendencia principal es la reiteración de ciertas competencias predefinidas en los listados propios de cada Universidad, sin que se infiera un calado real del enfoque que se defiende en la tesis. Recurriendo de nuevo a Paricio (2020), de nuestro análisis sobrentendemos que:

> […] la noción de competencia que se utiliza equivale en la práctica a casi cualquier objetivo de aprendizaje: conocimientos, capacidades, actitudes, competencias transversales, todo se mezcla habitualmente en larguísimos listados de supuestas competencias […] queda así reducido a una mera acumulación heterogénea de cosas, con lo que pierde todo su sentido y función como eje organizador e integrador del currículo.

5.1.7 Tipo de materia

En este apartado procedemos a analizar la presencia de las categorías según la materia. Comenzaremos disgregando los resultados observados en las asignaturas más clínicas o vinculadas a las ciencias de la vida, para, a continuación, analizar aquellas relacionadas con la formación de carácter más básico o transversal como Fundamentos de la Enfermería, Ética,

USC DE SANTIAGO

Gestión o Investigación. Posteriormente expondremos los resultados identificados en materias que abarcan los cuidados de enfermería más especializados: salud mental, materno-infantil, enfermería comunitaria o enfermería geriátrica. También examinaremos la presencia de las categorías en las prácticas clínicas y en el TFG. Para finalizar, realizaremos un breve análisis de aquellas materias consideradas más afines al objeto de estudio, es decir, aquellas vinculadas al ámbito de la enfermería y la inclusión social.

5.1.7.1 Materias clínicas y vinculadas a ciencias de la vida.

El objetivo de este análisis trata de comprobar si la transversalidad de la inclusión social se puede observar en las guías docentes de materias vinculadas a la orientación biologicista de la salud, enfermedad y el cuidado, o que se consideran menos afines a la misión social de la enfermería. Incluimos aquí: anatomía, bioquímica, farmacología y fisiología, además de todas las materias relacionadas con la enfermería clínica.

	ANATOMIA 9 7	BIOQUÍMICA 10 6	CLINICA 26 70	FARMACOLOGÍA... 14 16	FISIOLOGIA 13 8	Totales
1. Inclusión Social 220	1 4,00 % 12,50 %		20 80,00 % 23,81 %	4 16,00 % 26,67 %		25 100 % 20,66 %
2. Cuidados 355	3 8,57 % 37,50 %	2 5,71 % 33,33 %	18 51,43 % 21,43 %	6 17,14 % 40,00 %	6 17,14 % 75,00 %	35 100 % 28,93 %
3. Accesibilidad 22						0 0 % 0 %
4. Derechos 285		2 6,25 % 33,33 %	30 93,75 % 35,71 %			32 100 % 26,45 %
5. Diversidad social y cultural 173	3 18,75 % 37,50 %		9 56,25 % 10,71 %	2 12,50 % 13,33 %	2 12,50 % 25,00 %	16 100 % 13,22 %
6. Equidad en salud 162			7 87,50 % 8,33 %	1 12,50 % 6,67 %		8 100 % 6,61 %
7. Sostenibilidad 44	1 20,00 % 12,50 %	2 40,00 % 33,33 %		2 40,00 % 13,33 %		5 100 % 4,13 %
Totales	8 6,61 % 100 %	6 4,96 % 100 %	84 69,42 % 100 %	15 12,40 % 100 %	8 6,61 % 100 %	121 100 % 100 %

Tabla de resultados 11 **Presencia de las categorías en las guías docentes de las materias clínicas y de ciencias de la vida en frecuencia absoluta y relativa.**

Como observamos en la Tabla de resultados 11, las categorías propuestas tienen una presencia muy baja en las materias de ciencias de la vida (anatomía, bioquímica, farmacología o fisiología), que parecen ascender en las materias clínicas. La "accesibilidad" está ausente en todos los casos. Y la "sostenibilidad" está representada en 4 citas porque en la materia "Bioquímica" de la Escuela de Enfermería de A Coruña, encontramos un tema relacionado con Ecología (2 de las citas), otra vinculada a un comentario en la evaluación como al que hicimos referencia anteriormente (Ilustración 3) y la última, a la presencia de los ODS en la descripción de la materia Anatomía, a la que también aludimos en el apartado anterior.

El hallazgo de un incremento de las referencias a las categorías en las asignaturas de enfermería clínica en un primer momento resultó alentador, pues quizás nuestro resultado contradecía argumentos como los que expusimos en el capítulo 1 referenciando, entre otros, a Germán-Bes (2015): "la orientación formativa actual responda a la lógica biomédica y biologicista, que concibe el cuidado desde una perspectiva analítica y empírica, distanciándolo de su faceta humana, con la consecuencia de que el cuidado se ha convertido en algo lineal, monótono y dominado por la racionalidad técnica en la que el "enfermo es una enfermedad"(Germán Bes et al., 2015). Sin embargo, al estudiar los resultados de forma más concreta descubrimos que, de la misma forma que venimos argumentando, el aumento de las citas se debe básicamente a la reiteración de unas competencias específicas, sin más evidencias en la guía docente.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Este resultado se puede comprobar en la siguiente figura, que muestran la frecuencia de las categorías desagregadas por apartado de la guía docente (Tabla de resultados 12), para las materias clínicas de todas las Escuelas/Facultades de Galicia.

	CLINICA 26 76	Totales
0. Competencias 697	64 84,21 %	64 84,21 %
0. Contenidos 197	3 3,95 %	3 3,95 %
0. Descripción 22	1 1,32 %	1 1,32 %
0. Evaluación 26		0 0 %
0. Objetivos 30	4 5,26 %	4 5,26 %
0. Resultados de aprendizaje 65	1 1,32 %	1 1,32 %
0. Bibliografía 50	3 3,95 %	3 3,95 %
Totales	76 100 %	76 100 %

Tabla de resultados 12 **Presencia de categorías en las materias Clínicas desagregadas por apartados de la guía docente**

Alrededor del 85 % de las citas para todas categorías en su conjunto se han etiquetado en forma de competencias, sin apenas más referencias en el resto de los apartados de las guías docentes, y ausentes en el apartado evaluación (Tabla de resultados 12).

Si indagamos con más detalle (Tabla de resultados 13), centrándonos por ejemplo en la categoría con más presencia: "derechos", comprobamos que, de las 27 citas identificadas en al apartado "competencias" (90 % del total de las citas para esta categoría), solo la Facultad de Enfermería de Ferrol, incluye contenidos relacionados, y Pontevedra un resultado de aprendizaje (Figura 13). En ningún caso identificamos referencias en descripción, objetivos o evaluación de las materias. Así mismo, estas 27 citas en "competencias", se reducen a la reiteración de las competencias "Fomentar y aplicar los derechos fundamentales y la igualdad entre hombres y mujeres" en los centros de la UDC, y "Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad" en las dependientes de la UVigo.

	UDC-CORUÑA 31 138	UDC-FERROL 32 136	USC-LUGO 28 104	USC-SANTIAGO 44 85	UVIGO-MEIXOEI... 28 150	UVIGO-OURENSE 28 168	UVIGO-PONTEV... 29 183	UVIGO-POVISA 29 143	Totales
0. Competencias 697	3 11,11 % 100 %	3 11,11 % 60,00 %			6 22,22 % 100 %	6 22,22 % 100 %	5 18,52 % 83,33 %	4 14,81 % 100 %	27 100 90,00 %
0. Contenidos 197		2 100 % 40,00 %							2 100 6,67 %
0. Descripción 22									0 0 0 %
0. Evaluación 26									0 0 0 %
0. Objetivos 30									0 0 0 %
0. Resultados de aprendizaje 65							1 100 % 16,67 %		1 100 3,33 %
0. Bibliografía 50									0 0 0 %
Totales	3 10,00 % 100 %	5 16,67 % 100 %	0 0 % 0 %	0 0 % 0 %	6 20,00 % 100 %	6 20,00 % 100 %	6 20,00 % 100 %	4 13,33 % 100 %	30 100 100 %

Tabla de resultados 13 **Presencia de la categoría "Derechos" en las materias clínicas desagregadas por apartado de la guía docente y centro**

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Como también podemos observar en la Figura 14, solo identificamos dos contenidos relacionados, estos se han etiquetado en las materias Enfermería Clínica II y III, y tienen que ver con la subcategoría "Derechos del paciente" (*Tabla de resultados* 14).

	CLINICA 26 76	Totales
4. Derechos: 4.1 Derechos Humanos 5		0 0 %
4. Derechos: 4.2 Derechos Fundamentales 42		0 0 %
4. Derechos: 4.3 Derecho a la salud 9		0 0 %
4. Derechos: 4.4 Derechos del paciente 229	2 100 %	2 100 %
Totales	2 100 %	2 100 %

Tabla de resultados 14 **Presencia de las subcategorías de "derechos" en las guías docentes de las materias clínicas**

Ocurre algo similar si analizamos la categoría "inclusión social" como tal (Tabla de resultados 15). Comprobamos que en este caso simplemente se hace alusión sistemáticamente a dos competencias "Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y seguridad a las personas atendidas" y "Saber comprender, sin prejuicios, a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, cómo individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, además de garantizar el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional". Llamando la atención que los dos objetivos identificados en la USC se corresponden con el mismo enunciado de la competencia que establecen.

	UDC-CORUÑA 31 138	UDC-FERROL 32 136	USC-LUGO 28 104	USC-SANTIAGO 44 85	UVIGO-MEIXOEI... 28 150	UVIGO-OURENSE 28 168	UVIGO-PONTEV... 29 183	UVIGO-POVISA 29 143	Totales
0. Competencias 697			4	4	3	3	2		16
0. Contenidos 197									0
0. Descripción 22									0
0. Evaluación 26									0
0. Objetivos 30			2	2					4
0. Resultados de apre... 65									0
0. Bibliografía 50									0
Totales	0	0	6	6	3	3	2	0	20

Tabla de resultados 15 **Presencia de la categoría "Inclusión social" en las materias Clínicas desagregadas por apartado de la guía docente y centro**

Al analizar las subcategorías de la "inclusión social" presentes en las guías docentes de las materias clínicas, estas concuerdan con las dos competencias identificadas, mencionadas en el apartado anterior. Identificamos "bienestar" vinculado a la primera competencia y "Estigma" vinculado a la segunda. No se menciona ninguna otra (Tabla de resultados 16).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	CLINICA 26 76	Totales
1. Inclusión Social: 1.1 Exclusión social 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.2 Interseccionalidad 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.3 Pobreza 1		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.4 Clase Social 2		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.5 Discriminación 2		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.6. Estigma 26	8 40,00 %	8 40,00 %
1. Inclusión Social: 1.7 Cohesión social 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.8 Política Sanitaria 4		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.9 Discapacidad 28		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.10 Calidad de vida 9		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.11 Desarrollo Humano 1		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.12 Estado de Bienestar 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.13 Bienestar 143	12 60,00 %	12 60,00 %
1. Inclusión Social: 1.14 Participación 12		0 0 %
Totales	20 100 %	20 100 %

Tabla de resultados 16 **Presencia de las subcategorías de "inclusión social" en las guías docentes de las materias clínicas**

Así, del análisis de las guías docentes inferimos que los cuidados inclusivos, tal y como la planteamos en este trabajo, no se encuentran integrados de forma efectiva o auténtica en estas materias, en su mayoría de formación básica. Algo que autores reiterados en capítulos previos como Medina (1999), Frenk et al. (2015), Germán Bes et al. (2015), Alberdi (2016), Domínguez-Alcón (1986, 2016), Lazenby (2013, 2020), Moreno Preciado (2021) o Graells e Insa (2021), entre otros, advierten, pues en todos los casos coinciden en que el modelo formativo de la enfermería prioriza lo biológico y curativo, sobre lo social, y alientan a repensar su formación con una mirada más integradora y global.

En el caso concreto de estas materias se ha observado una pérdida de oportunidad para ello. Por ejemplo, si observamos los contenidos de algunas de las asignaturas clínicas encontramos temas vinculados a alteraciones y trastornos del aparato locomotor, enfermedades crónicas, además de un largo listado de patologías agudas en los distintos sistemas corporales, que requieren cirugía o resultan en procesos de convalecencia más o menos largos. En estos contenidos la "accesibilidad" podría haber estado integrada de forma transversal, pues en todas estas circunstancias los pacientes requerirán de apoyos para sus actividades de la vida diaria y para fomentar su autonomía tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario. De esta observación, también podemos inferir la fragmentación temática dentro del currículum a la que alude Paricio (2020), y que contradice el diseño por competencias:

> Saber actuar de manera competente en una determinada ocupación, implica la movilización de múltiples saberes y recursos (conocimientos, técnicas, procedimientos, actitudes, etc.) de manera integrada y adaptada al contexto. En otras palabras, la competencia exige la integración. Y esto es lo que la hace valiosa -y hasta revolucionaria- como principio organizador del currículo. Frente a la fragmentación y yuxtaposición de temas del currículo tradicional académico, un diseño por competencias exige un proyecto formativo integrado, como defendía Zabalza (2012)[105], en el que todos los componentes del programa

[105] Zabalza, M.A. (2012). Articulación y rediseño curricular: el eterno desafío institucional. *REDU, Revista de Docencia Universitaria*, *10*(3), 17-48. https://doi.org/10.4995/redu.2012.6013

USC DE COMPOSTELA

tienen un sentido definido como partes de un único trayecto del estudiante (Paricio 2020).

5.1.7.2 Materias obligatorias básicas para Ciencias de la Enfermería: Fundamentos, Gestión, Ética e Investigación

En esta sección analizaremos las materias que, sin estar catalogadas dentro de la formación básica, sí constituyen la base disciplinar de la formación inicial de enfermeras: Ética, Fundamentos de la Enfermería, Gestión e Investigación. Las tres primeras son comunes a todos los planes de estudio de las tres universidades gallegas. Las materias relacionadas con investigación varían de unos centros a otros, en algunos casos se engloban dentro de la formación básica, en otros optativa y en algún centro no se ofertan.

	ETICA 6 97	FUNDAMENTOS 12 48	GESTIÓN 6 16	INVESTIGACION 14 31	Totales
1. Inclusión Social 220	6 20,00 % 5,22 %	12 40,00 % 19,67 %	3 10,00 % 18,75 %	9 30,00 % 22,50 %	30 100 % 12,93 %
2. Cuidados 355	33 40,24 % 28,70 %	19 23,17 % 31,15 %	10 12,20 % 62,50 %	20 24,39 % 50,00 %	82 100 % 35,34 %
3. Accesibilidad 22					0 0 % 0 %
4. Derechos 285	52 73,24 % 45,22 %	12 16,90 % 19,67 %		7 9,86 % 17,50 %	71 100 % 30,60 %
5. Diversidad social y cultural 173	7 43,75 % 6,09 %	9 56,25 % 14,75 %			16 100 % 6,90 %
6. Equidad en salud 207	16 53,33 % 13,91 %	8 26,67 % 13,11 %	2 6,67 % 12,50 %	4 13,33 % 10,00 %	30 100 % 12,93 %
7. Sostenibilidad 44	1 33,33 % 0,87 %	1 33,33 % 1,64 %	1 33,33 % 6,25 %		3 100 % 1,29 %
Totales	115 49,57 % 100 %	61 26,29 % 100 %	16 6,90 % 100 %	40 17,24 % 100 %	232 100 % 100 %

Tabla de resultados 17 **Presencia de las subcategorías de "inclusión social" en las guías docentes de las materias obligatorias básicas**

Como se puede observar en la Tabla de resultados 17, de nuevo, la "accesibilidad" es la unidad temática ausente en todas estas materias, y en todas las Escuelas/Facultades de Galicia, seguida de la "sostenibilidad".

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.1.7.2.1 Ética

La mayor presencia de categorías se observa en la materia de **Ética**. En la que principalmente se ha identificado que se abordan los "derechos", "cuidados" y "equidad en salud". Si analizamos de forma más concreta la presencia de estas tres unidades temáticas en las guías docentes, observamos la concentración de las citas en competencias y contenidos (Tabla de resultados 18).

	2. Cuidados 355	4. Derechos 285	6. Equidad en salud 207
0. Competencias 697	16	14	9
0. Contenidos 197	9	25	3
0. Descripción 22	0	4	1
0. Evaluación 26	1	0	0
0. Objetivos 30			
0. Resultados de a... 65	5	5	3
0. Bibliografía 50	2	3	0

Tabla de resultados 18 Categorías con más presencia en los apartados de las guías docentes de la materia Ética

En el caso de "derechos", generalmente, encontramos competencias que están en sintonía con la propuesta temática de la tesis, tales como como "Promover y respetar el derecho a la participación, información, autonomía y consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con cómo viven su proceso de salud-enfermedad", "Prestar cuidados garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia" o "Saber comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, además de garantizar el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional". Los contenidos asociados giran principalmente alrededor de los derechos del paciente, centrándose en la legislación vigente en España, con escasas referencias a los Derechos Humanos o específicamente al Derecho a la Salud (Tabla de resultados 19).

	ETICA 6 97	Totales
4. Derechos: 4.1 Derechos Humanos 5	4 7,69 %	4 7,69 %
4. Derechos: 4.2 Derechos Fundamentales 42	10 19,23 %	10 19,23 %
4. Derechos: 4.3 Derecho a la salud 9	6 11,54 %	6 11,54 %
4. Derechos: 4.4 Derechos del paciente 229	32 61,54 %	32 61,54 %
Totales	52 100 %	52 100 %

Tabla de resultados 19 **Presencia de las subcategorías de "derechos" en los apartados de las guías docentes de la materia Ética**

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Del mismo modo que hemos identificado que la categoría "derechos" se centra en el paciente, al analizar la categoría "cuidados" en la misma materia, observamos como esta se focaliza en los deberes de los profesionales, pues más del 85% de las referencias encontradas se vinculan con el "Código Deontológico", pero, cabe señalar que contrasta con las escasas referencias a la "Humanización" o la "Ética del cuidado" (Tabla de resultados 20).

		ETICA 6 97	Totales
2. Cuidados: 2.1 Sociedad del cuidado	2	1 2,94 %	1 2,94 %
2. Cuidados: 2.2 Humanización	4	1 2,94 %	1 2,94 %
2. Cuidados: 2.3 Competencia Cultural	3		0 0 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico	186	29 85,29 %	29 85,29 %
2. Cuidados: 2.6 Activos en salud	4		0 0 %
2. Cuidados: 2.7 Modelo Salutogénico	4		0 0 %
2. Cuidados: 2.8 Sociosanitario	78	1 2,94 %	1 2,94 %
2. Cuidados: 2.9 Cuidado integral/holístico	32		0 0 %
2. Cuidados: 2.10 Misión Social	44	2 5,88 %	2 5,88 %
2. Cuidados: 2.11. Gestión de casos	3		0 0 %
Totales		34 100 %	34 100 %

Tabla de resultados 20 **Presencia de las subcategorías de "cuidados" en los apartados de las guías docentes de la materia Ética**

Por último, la tercera categoría con más presencia en la asignatura de Ética ha sido "equidad en salud" (representando alrededor del 14 % de las citas). En este caso la presencia se basa en la subcategoría "dignidad", a causa de la reiteración de la competencia "Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia". En ausencia de referencias a la "justicia social", la "vulnerabilidad" o las "desigualdades en salud" (Tabla de resultados 21).

		ETICA 6 97	Totales
6. Equidad en salud: 6.1 Justicia Social	2		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.2 Determinantes Sociales de la Salud	6		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.3 Desigualdades/Inequidades en salud	15		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.4 Vulnerabilidad	7		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.6 Solidaridad	46	2 12,50 %	2 12,50 %
6. Equidad en salud: 6.7. Igualdad	49	2 12,50 %	2 12,50 %
6. Equidad en salud: 6.9 Dignidad	88	12 75,00 %	12 75,00 %
Totales		16 100 %	16 100 %

Tabla de resultados 21 **Presencia de las subcategorías de "equidad en salud" en los apartados de las guías docentes de la materia Ética**

De la información que nos ofrecen las guías docentes inferimos un enfoque en las materias de Ética más bien normativo, centrado en el Código Deontológico de la profesión y la legislación vigente relacionada con los derechos de los pacientes. Sería necesario complementar

nuestra investigación con entrevistas al profesorado y alumnado implicado, que nos permitiesen conocer el currículum implícito, para contrastar la información de la guía con la realidad en las aulas. No obstante, ante los resultados resulta oportuno recordar una cita mencionada en el capítulo 2:

> La profesión de enfermería comporta inevitablemente hablar de valores y, lógicamente, al tratarse de una profesión que se dirige a las personas, hablar de valores quiere decir hablar de valores humanos […] ser enfermera no es solamente tener un diploma que acredita ante la sociedad una licencia para actuar profesionalmente en un ámbito concreto de la sanidad; ser enfermera es, sobre todo, un compromiso ético (Teixidor i Freixa, 2004, p. 14).

5.1.7.2.2 Fundamentos de Enfermería

Analizaremos ahora la materia Fundamentos de la Enfermería. Esta es una asignatura esencial pues representa el primer contacto del alumnado con los principios teóricos, conceptuales y metodológicos que constituyen la base y la orientación del "pensamiento enfermero"[106] para actuar con una perspectiva propia. Antes de comenzar con el análisis conviene mostrar cómo se describe la materia en las guías docentes de los diferentes centros (Tabla 77) para contrastarlo con los hallazgos.

Tabla 77 Descripción de la materia Fundamentos de Enfermería en las guías docentes de las distintas Universidades gallegas
Fuente: elaboración propia

Descripción	Centro
Con el estudio de Fundamentos de Enfermería se pretende introducir el alumnado en las ciencias de la Enfermería y su evolución histórica así como las distintas Teorías y Modelos de Enfermería, con la intención de que sea capaz de comprender la **función principal y diferenciada de la profesión enfermera** y, al continuar los estudios de cursos superiores, integre los conceptos fundamentales y la metodología de trabajo de las/los enfermeras/os para el cuidado del individuo y de los grupos, y relacione los problemas de salud con las necesidades básicas del ser humano.	A Coruña y Ferrol (UDC)
Introducir al alumno en la Ciencia Enfermera marcando y delimitando las **bases de lo que será su profesión futura,** adquiriendo conocimientos básicos de Enfermería, para proporcionar una **atención integral al ser humano** sano o enfermo.	Santiago y Lugo (USC)
Fundamentos de enfermería, es una materia de la rama de conocimiento de ciencias de la enfermería cuyos contenidos se estructuran en cinco unidades modulares que permitan que el estudiante adquiera los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para adquirir las competencias propias de la materia en la disciplina. Dentro del marco conceptual de la enfermería y con el fin de promover y asentar los cimientos de una **profesionalidad cívica** se incorpora transversalmente el marco de los ODS con especial énfasis en el ODS 16 **"Promover sociedades justas, pacificas e inclusivas"**	Pontevedra (UVigo)
Las transformaciones que día a día se producen en la sociedad y los cambios que afectan la profesión de enfermería son múltiples. Los factores de cambio discurren entre los sociales, económicos, culturales, políticos, demográficos, sanitarios, tecnológicos ... La enfermería a lo largo de su extensa historia ha estado y está influida y condicionada por estos factores. En esta materia se pretende conocer nuestra historia como profesión, los diferentes modelos que han ido surgiendo, así como **identificar las necesidades de salud de las/os ciudadanas/os** y sobre todo la utilización del proceso de enfermería como método científico indispensable para "cuidar" la población eficaz y eficientemente.	Ourense (UVigo)
El profesional de enfermería deberá saber identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería. Comprender, desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el	Meixoeiro (UVigo)

[106] Acuñado por Suzanne Kèrouac y sus colabores (1995) para referirse al pensamiento singular de la enfermería fruto de su capacitación, influida por distintas corrientes de pensamiento, modelos teóricos y conceptuales.

proceso de cuidar, desarrollando los planes de cuidados correspondientes. Aplicar el proceso de enfermería para **proporcionar y garantizar bienestar, calidad y seguridad a las personas atendidas**. Iniciar al alumnado en la metodología del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y en las taxonomías enfermeras que en la actualidad se están utilizando. Y fomentar al alumnado un espíritu crítico y de integración para el trabajo en equipo.	
Esta materia plantea al estudiante cuál es la esencia de la profesión, las funciones propias de la enfermería y los métodos e instrumentos derivados de las proposiciones científicas que forman la base de la profesión. Tiene como objetivo principal que él estudiante adquiera conocimientos sobre cuál ha sido y será él entorno profesional, cómo ha ido evolucionando la humanidad y con ella la profesión, cuáles son las bases científicas y conceptuales de la profesión, así como la metodología de trabajo. Así como los cuidados básicos que se prestan ante la alteración de los autocuidados.	Povisa (UVigo)

Deducimos del conjunto de descripciones que el fin principal de esta materia es mostrar al alumnado cual es la esencia de lo que van a estudiar, cual es la función principal y diferenciada de la enfermería, ofrece las bases de lo que será su profesión futura, desde una orientación de cuidado integral del ser humano, proporcionándole y garantizando su bienestar y seguridad. En Ourense se alude además a la necesidad de armonizar estos objetivos con las transformaciones sociales para saber identificar las verdaderas necesidades de los ciudadanos. Pontevedra añade que todo esto se debe asentar en los cimientos de una profesionalidad cívica que promueva sociedades más justas e inclusivas. Veamos si este enfoque, alineado con la idea de enfermería que defendemos en este trabajo, se puede observar en más aspectos de las guías docentes de las materias de Fundamentos de la Enfermería.

	1. Inclusión Social 220	2. Cuidados 355	3. Accesibilidad 22	4. Derechos 285	5. Diversidad... 173	6. Equidad en... 207	7. Sostenibilid... 44
0. Competencias 697	9	15		10	4	6	0
0. Contenidos 197	2	2		0	3	0	0
0. Descripción 22	0	0		0	0	0	1
0. Evaluación 26							
0. Objetivos 30	1	2		2	0	2	0
0. Resultados de aprendizaje 65							
0. Bibliografía 50	0	0		0	2	0	0

Tabla de resultados 22 **Presencia de las categorías en los apartados de las guías docentes de la materia Fundamentos de la Enfermería**

Como viene sucediendo, las citas se concentran en el apartado de la guía "competencias", acompañándose de escasas referencias en los contenidos, y estando totalmente ausentes en la "evaluación" o "resultados de aprendizaje" (Tabla de resultados 22). Del mismo modo, no se han identificado las categorías "accesibilidad" y "sostenibilidad" en ningún caso.

En esta materia, en comparación con Ética, encontramos mayor diversidad de categorías y subcategorías en las guías docentes. No obstante, al analizar en detalle observamos, de nuevo, la misma tendencia, las categorías se engloban en reiteraciones sistemáticas a competencias que dejan fuera muchas unidades temáticas relevantes, es decir, se asocian a unas subcategorías muy restringidas. La Tabla de resultados 23 muestra las subcategorías identificadas en el conjunto de guías docentes de la materia.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	FUNDAMENTOS 12 48	Totales
1. Inclusión Social: 1.13 Bienestar 143	11 23,40 %	11 23,40 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico 186	14 29,79 %	14 29,79 %
4. Derechos: 4.4 Derechos del paciente 229	10 21,28 %	10 21,28 %
5. Diversidad social y cultural: 5.5 Transculturalidad 114	8 17,02 %	8 17,02 %
6. Equidad en salud: 6.9 Dignidad 88	4 8,51 %	4 8,51 %
Totales	47 100 %	47 100 %

Tabla de resultados 23 **Subcategorías más presentes en las guías docentes de las materias de Fundamentos de Enfermería**

	FUNDAMENTOS 12 48	Totales
1. Inclusión Social: 1.1 Exclusión social 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.2 Interseccionalidad 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.3 Pobreza 1		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.4 Clase Social 2		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.5 Discriminación 2		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.6. Estigma 26		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.7 Cohesión social 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.8 Política Sanitaria 4		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.9 Discapacidad 28		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.10 Calidad de vida 9		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.11 Desarrollo Humano 1	1 14,29 %	1 14,29 %
1. Inclusión Social: 1.12 Estado de Bienestar 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.13 Bienestar 143	1 14,29 %	1 14,29 %
1. Inclusión Social: 1.14 Participación 12		0 0 %
2. Cuidados: 2.1 Sociedad del cuidado 2		0 0 %
2. Cuidados: 2.2 Humanización 4		0 0 %
2. Cuidados: 2.3 Competencia Cultural 3	2 28,57 %	2 28,57 %
2. Cuidados: 2.4 Competencia estructural 0		0 0 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico 186		0 0 %
2. Cuidados: 2.6 Activos en salud 4		0 0 %
2. Cuidados: 2.7 Modelo Salutogénico 4		0 0 %
2. Cuidados: 2.8 Sociosanitario 78		0 0 %
2. Cuidados: 2.9 Cuidado integral/holístico 32		0 0 %
2. Cuidados: 2.10 Misión Social 44		0 0 %
2. Cuidados: 2.11. Gestión de casos 3		0 0 %
2. Cuidados: 2.12 Autocuidado/Bienestar de la enfermera 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.1 Accesibilidad Universal 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.2 Accesibilidad a la salud 4		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.3. Accesibilidad cognitiva 1		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.4 Accesibilidad cultural 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.5 Accesibilidad sensorial 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.6 Accesibilidad física 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.7 Cobertura Sanitaria Universal 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.8. Rural/Urbano 1		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.9. Brecha Digital 5		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.10. Atención domiciliaria 10		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.11 Diseño universal/Diseño para todos 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.12. Aislamiento social/soledad 1		0 0 %
4. Derechos: 4.1 Derechos Humanos 5		0 0 %
4. Derechos: 4.2 Derechos Fundamentales 42		0 0 %
4. Derechos: 4.3 Derecho a la salud 9		0 0 %
4. Derechos: 4.4 Derechos del paciente 229		0 0 %
5. Diversidad social y cultural: 5.1 Cultura 50		0 0 %
5. Diversidad social y cultural: 5.2 Etnocentrismo 0		0 0 %
5. Diversidad social y cultural: 5.3 Etnicidad 3		0 0 %
5. Diversidad social y cultural: 5.4 LGBTIQ+ 4		0 0 %
5. Diversidad social y cultural: 5.5 Transculturalidad 114	3 42,86 %	3 42,86 %
5. Diversidad social y cultural: 5.6 Migraciones 5		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.1 Justicia Social 2		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.2 Determinantes Sociales de la Salud 6		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.3 Desigualdades/Inequidades en salud 15		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.4 Vulnerabilidad 7		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.5 Poblaciones desatendidas 0		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.6 Solidaridad 46		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.7 Riesgo social 0		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.7. Igualdad 49		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.9 Dignidad 88		0 0 %
7. Sostenibilidad: 7.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible 11		0 0 %
7. Sostenibilidad: 7.2 Desarrollo Sostenible 9		0 0 %
7. Sostenibilidad: 7.3 Salud Ambiental 23		0 0 %

Tabla de resultados 24 **Subcategorías presentes en el apartado "contenidos" de las guías docentes de las materias Fundamentos de Enfermería**

Del mismo modo, si analizamos de forma aislada los contenidos solo se observan referencias a unas subcategorías específicas dejando fuera multitud de unidades temáticas relevantes para el enfoque curricular que defendemos en la tesis y que suscitaban las descripciones de la materia. Como ocurría en Ética se alude competencias relacionadas con "bienestar", "código deontológico" y "derechos del paciente" sin mencionar todo lo demás: humanización, derechos humanos, cuidado holístico/integral, Sociedad de los cuidados o misión social de la enfermería. La Tabla de resultados 24 ilustra la presencia temática en los contenidos propuestos en las guías docentes de Fundamentos de la Enfermería. Como se puede comprobar, solo se han identificado 4 unidades temáticas de las más de 50 propuestas. Además, la referencia al "desarrollo humano" se identifica en una bibliografía recomendada, a "bienestar" en un contenido que alude a la aplicación del proceso enfermero para garantizar el bienestar de los individuos, y lo relacionado con "competencia cultural" y "transculturalidad" con los contenidos del único bloque temático relacionado con la diversidad social identificado en el conjunto de las guías docentes: "Tema 3. Cuidados básicos en un entorno multicultural" (Escuela de Enfermería de A Coruña. UDC).

Ante la información que nos ofrecen las guías docentes, nos preguntamos ¿cómo se plantea la esencia de la profesión? ¿Cuál es el enfoque desde el qué pivota, desde el modelo biomédico, o desde un modelo biopsicosocial integrador? O tal y como desarrollamos en el capítulo 1, ¿qué orientación de cuidado impera? ¿Una orientación hacia la enfermedad (centrada en la técnica), hacia la persona (centrada en las relaciones interpersonales) o una orientación holística (centrada en el ser humano)?

Los resultados identificados en las guías docentes sugieren que la orientación de las materias de Fundamentos de Enfermería responde a la tendencia mayoritaria a la que aludían Germán-Bes (2015) o Alberdi (2016), vinculada a la dimensión tecnocientífica del cuidado, más que a la dimensión cuidadora, humanista. Y, ante esto conviene recordar las reflexiones de Lanzeby (2013) sobre la esencia de la Enfermería, y es que:

UDC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> Aunque ha habido mucho empeño en demostrar que la naturaleza de la actividad de la enfermería es científica, la naturaleza de esta (tanto de su actividad académica como de su práctica) no se asienta en los pilares de las ciencias clínicas, médicas o de laboratorio. El hogar natural de la enfermería está, más bien, en las humanidades, es decir, en la experiencia humana vivida (Lazenby, 2013, p. 223).

5.1.7.2.3 Gestión e investigación en Enfermería

En las materias vinculadas a la Gestión y a la Investigación encontramos la misma tendencia. En el primer caso se concentran casi la totalidad de las citas en las competencias, dentro de la categoría "cuidados" y específicamente en la subcategoría "Código Deontológico". En Investigación observamos una situación análoga. Obviamos adjuntar figuras que representen estos resultados, pues reproducen en esencia las expuestas previamente para Ética y Fundamentos. En este caso la reflexión que provoca el hallazgo tiene que ver con las opciones de liderazgo que se plantean a las enfermeras en formación y con la orientación que se le da a la formación en investigación. La ausencia de la "accesibilidad", la "sostenibilidad", la "diversidad social y cultural", la "discriminación" o la "equidad en salud" en las guías docentes de estas materias representa las advertencias de diferentes autores, que informan sobre el enfoque positivista y empírico-analítico de la formación en enfermería, en detrimento del humanismo y la investigación social (Medina, 1999, Granero Molina et al, 2010). Promoviendo un liderazgo "políticamente blando" que sigue reproduciendo normas dominantes, sin espíritu crítico, y que no parece acorde con las nuevas sociedades globalizadas y cambiantes (Bell, 2021).

Sin embargo, tal y como advierten Granero Molina et al (2010) la enfermera precisa un conocimiento interpretativo, pues el acercamiento al mundo de la vida no se puede realizar en sus palabras:

> Desde las sobras del positivismo y fuera del valor de los significados, sino desde un diálogo sobre los efectos del progreso humano más allá de las teorías dominantes. Sobre la base de la tolerancia y el respeto a una dignidad humana básica, la enfermera ve y escucha al paciente, entiende su sufrimiento y realiza observaciones cuidadosas (Granero Molina et al., 2010).

5.1.7.3 Materias vinculadas a las especialidades enfermeras: Comunitaria, Salud Mental, Gerontología, y Materno-Infantil.

En este apartado analizaremos las guías docentes de las materias que responden a un ámbito más especializado de la formación de enfermeras, la enfermería familiar y comunitaria, la enfermería materno-infantil, la enfermería geriátrica y la enfermería de salud mental. En este último caso incluimos también la asignatura de formación básica Psicología, común a todos los planes de estudio. Consideramos relevante el análisis de estas materias pues se orientan a grupos sociales más vulnerables, en riesgo de exclusión o más desatendidos en muchas ocasiones, como son las personas con enfermedades crónicas y discapacidades, los ancianos o las personas con patologías psiquiátricas.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	COMUNITARIA 18 116		GERONTOLOGÍA 6 33		MATERNO INFANTIL 6 30		PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL 16 67		Totales	
1. Inclusión Social 220	33 23,57 %	47,83 %	12 31,58 %	17,39 %	8 21,62 %	11,59 %	16 21,33 %	23,19 %	69 23,79 %	100 %
2. Cuidados 355	30 21,43 %	43,48 %	12 31,58 %	17,39 %	7 18,92 %	10,14 %	20 26,67 %	28,99 %	69 23,79 %	100 %
3. Accesibilidad 24	7 5,00 %	63,64 %	3 7,89 %	27,27 %			1 1,33 %	9,09 %	11 3,79 %	100 %
4. Derechos 285	10 7,14 %	22,73 %	6 15,79 %	13,64 %	12 32,43 %	27,27 %	16 21,33 %	36,36 %	44 15,17 %	100 %
5. Diversidad social y cultural 173	15 10,71 %	41,67 %	1 2,63 %	2,78 %	6 16,22 %	16,67 %	14 18,67 %	38,89 %	36 12,41 %	100 %
6. Equidad en salud 207	21 15,00 %	60,00 %	3 7,89 %	8,57 %	3 8,11 %	8,57 %	8 10,67 %	22,86 %	35 12,07 %	100 %
7. Sostenibilidad 44	24 17,14 %	92,31 %	1 2,63 %	3,85 %	1 2,70 %	3,85 %			26 8,97 %	100 %
Totales	140 100 %	48,28 %	38 100 %	13,10 %	37 100 %	12,76 %	75 100 %	25,86 %	290 100 %	100 %

Tabla de resultados 25 **Presencia de las categorías en las guías docentes de las materias relacionadas con las especialidades de enfermería**

Tal y como muestra la Tabla de resultados 25, en este caso sí encontramos referencias a la "sostenibilidad" y a la "accesibilidad" que se engloban principalmente en las materias relacionadas con la Enfermería Comunitaria. Llama la atención que estas categorías, especialmente la "accesibilidad", no se identifiquen en materias del ámbito de la enfermería geriátrica y de la salud mental. Del mismo modo que en las asignaturas analizadas previamente, las categorías se agrupan principalmente en el apartado "competencias" de las guías docentes, seguido de "contenidos" y de forma muy escasa o inexistente en el resto.

5.1.7.3.1 Enfermería Comunitaria

Vamos a detenernos con detalle en las materias sobre Enfermería Comunitaria por la importancia que tienen para el tema de estudio. En el análisis de sus guías docentes observamos por primera vez, que la categoría más presente es "inclusión social" (23,57 % de las citas), seguida de "cuidados" (con el 21,43% de las citas) y al contrario que como hasta ahora, de la "sostenibilidad" (con el 17,14 % de las citas) (Tabla de resultados 26).

	COMUNITARIA 18 116	Totales
1. Inclusión Social 220	33 23,57 %	33 23,57 %
2. Cuidados 355	30 21,43 %	30 21,43 %
3. Accesibilidad 22	7 5,00 %	7 5,00 %
4. Derechos 285	10 7,14 %	10 7,14 %
5. Diversidad social y cultural 173	15 10,71 %	15 10,71 %
6. Equidad en salud 207	21 15,00 %	21 15,00 %
7. Sostenibilidad 44	24 17,14 %	24 17,14 %
Totales	140 100 %	140 100 %

Tabla de resultados 26 **Presencia de las categorías en las guías docentes de las asignaturas vinculadas a la Enfermería Comunitaria**

Dentro de "inclusión social" las citas se concentran en la subcategoría "bienestar", debido a la reiteración de la competencia: "Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo,

sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte"[107]. Esta competencia también la categorizamos dentro de la subcategoría "discapacidad", por lo que, la mayoría de las referencias a esta unidad temática se deben a ello. No obstante, sí hemos identificado algunos contenidos interesantes sobre discapacidad alineados con el propósito de la tesis en los centros dependientes de la USC, y que se vincula además con la accesibilidad: "adaptación del entorno comunitario y domiciliario a las situaciones de discapacidad. Desenvolvimiento de la vida cotidiana: en la vivienda, en los espacios públicos, en el transporte y productos de apoyo" (Facultad de Enfermería de Santiago y Escuela de Enfermería de Lugo, USC). Además de este, solo hemos categorizado un contenido más relacionado con la discapacidad y es: "atención a la dependencia" (Escuela de Enfermería de Povisa. UVigo). Cabe señalar que también se han encontrado referencias a la subcategoría "participación", importante para la inclusión social. En este caso las menciones se vinculan con bibliografía relacionada con la participación comunitaria en la salud, y la competencia "Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad", en ausencia de contenidos relacionados. Más allá de esto, no encontramos menciones para "pobreza", "clase social", "determinantes sociales de la salud", "discriminación", "estigma" o el enfoque de "desarrollo humano" (Tabla de resultados 27).

	COMUNITARIA 18 116	Totales
1. Inclusión Social: 1.1 Exclusión social 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.2 Interseccionalidad 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.3 Pobreza 1		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.4 Clase Social 2		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.5 Discriminación 2		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.6. Estigma 26		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.7 Cohesión social 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.8 Política Sanitaria 4	1 2,56 %	1 2,56 %
1. Inclusión Social: 1.9 Discapacidad 28	11 28,21 %	11 28,21 %
1. Inclusión Social: 1.10 Calidad de vida 9	1 2,56 %	1 2,56 %
1. Inclusión Social: 1.11 Desarrollo Humano 1		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.12 Estado de Bienestar 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.13 Bienestar 143	19 48,72 %	19 48,72 %
1. Inclusión Social: 1.14 Participación 12	7 17,95 %	7 17,95 %
Totales	39 100 %	39 100 %

Tabla de resultados 27 **Presencia de las subcategorías de "inclusión social" en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Comunitaria.**

Al desagregar la categoría "cuidados", comprobamos que el enfoque que se infiere es mucho más amplio que en las materias previas, y que además responde a la orientación que proponemos. Interpretamos esto porque, tal y como muestra la Tabla de resultados 28, se identifican referencias a las subcategorías "modelo salutogénico", "activos en salud", "misión social" o "cuidado holístico/integral".

[107] Esta competencia se enuncia de este modo o de otros dos que consideramos análogos: "Proteger la salud y el bienestar de las familias, o grupos atendidos fomentando su seguridad", "Aplicar el proceso de enfermería para para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y la seguridad de las personas atendidas".

	COMUNITARIA 18 116		Totales	
2. Cuidados: 2.1 Sociedad del cuidado 2			0 0 %	0 %
2. Cuidados: 2.2 Humanización 4	1 3,03 %	100 %	1 3,03 %	100 %
2. Cuidados: 2.3 Competencia Cultural 3			0 0 %	0 %
2. Cuidados: 2.4 Competencia estructural 0			0 0 %	0 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico 186	9 27,27 %	100 %	9 27,27 %	100 %
2. Cuidados: 2.6 Activos en salud 4	3 9,09 %	100 %	3 9,09 %	100 %
2. Cuidados: 2.7 Modelo Salutogénico 4	4 12,12 %	100 %	4 12,12 %	100 %
2. Cuidados: 2.8 Sociosanitario 78	2 6,06 %	100 %	2 6,06 %	100 %
2. Cuidados: 2.9 Cuidado integral/holístico 32	7 21,21 %	100 %	7 21,21 %	100 %
2. Cuidados: 2.10 Misión Social 44	4 12,12 %	100 %	4 12,12 %	100 %
2. Cuidados: 2.11. Gestión de casos 3	3 9,09 %	100 %	3 9,09 %	100 %
2. Cuidados: 2.12 Autocuidado/Bienestar de la... 0			0 0 %	0 %
Totales	33 100 %	100 %	33 100 %	100 %

Tabla de resultados 28 **Presencia de las subcategorías de "cuidados" en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Comunitaria**

Por último, ante el hallazgo de las referencias a la "sostenibilidad", comprobamos que la mayoría se engloban dentro de la subcategoría "salud ambiental" (70,83% de las citas) (Tabla de resultados 29). A su vez, la encontramos principalmente en forma de contenidos como "Ambiente y Salud", "Ecología y salud", "Contaminación atmosférica y salud" o "La salud en relación con el agua, el aire y el clima". También identificamos una cita relacionada con la competencia "Identificar y analizar los factores determinantes de la salud (biológicos, ambientales, estilos de vida y sistemas sanitarios)". Destacamos que las referencias al desarrollo sostenible se integran en comentarios a la evaluación enunciados como "uso sostenible de los recursos y la prevención de impactos negativos sobre el medio natural" que asemejan ser una apostilla en la guía. También la ausencia de referencias a la "Salud Global", lo que contradice las recomendaciones de multitud de fuentes revisadas, como es el caso del informe *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice (Lo esencial de la formación de grado para la práctica profesional de la enfermería)*(American Association of Colleges of Nursing, 2008), el documento reciente *Nurse educators. empowering future (Docentes de enfermería. Potenciando el futuro)* publicado desde la Federación europea de educadores en ciencias de la enfermería (FINE) (Salminen et al., 2023), y el artículo *Rethinking global health topics to advance social justice in undergraduate nursing education* (*Repensar los contenidos de la salud mundial para promover la justicia social en la formación universitaria de enfermería*)(Liao y Dordunoo, 2022) que proponen la "Salud Global" como conocimiento básico en la formación de Grado.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	COMUNITARIA 18 116	Totales
7. Sostenibilidad: 7.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible 11	3 12,50 %	3 12,50 %
7. Sostenibilidad: 7.2 Desarrollo Sostenible 9	4 16,67 %	4 16,67 %
7. Sostenibilidad: 7.3 Salud Ambiental 23	17 70,83 %	17 70,83 %
7. Sostenibilidad: 7.4 Salud Global 3		0 0 %
Totales	24 100 %	24 100 %

Tabla de resultados 29 **Presencia de las subcategorías de "sostenibilidad" en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Comunitaria**

5.1.7.3.2 Enfermería de Salud Mental

Al realizar el análisis para las materias relacionadas con Psicología y Enfermería de Salud Mental encontramos la tendencia inversa, identificando referencias para todas las categorías salvo "sostenibilidad". La "accesibilidad" solo se menciona en una ocasión, como contenido "Soledad y salud" (Materia: Psicología. Escuela Enfermería de Pontevedra). El resto de las categorías mantienen la tendencia general: "cuidados", "derechos" e "inclusión social" (Tabla de resultados 30).

	PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL 16 67		Totales	
1. Inclusión Social 220	16 21,33 %	100 %	16 21,33 %	100 %
2. Cuidados 355	20 26,67 %	100 %	20 26,67 %	100 %
3. Accesibilidad 22	1 1,33 %	100 %	1 1,33 %	100 %
4. Derechos 285	16 21,33 %	100 %	16 21,33 %	100 %
5. Diversidad social y... 173	14 18,67 %	100 %	14 18,67 %	100 %
6. Equidad en salud 207	8 10,67 %	100 %	8 10,67 %	100 %
7. Sostenibilidad 44			0 0 %	0 %
Totales	75 100 %	100 %	75 100 %	100 %

Tabla de resultados 30 **Presencia de las categorías en las guías docentes de las materias de Psicología y Enfermería de Salud Mental**

En "cuidados" hemos identificado algunas particularidades interesantes. Pues, a pesar de que, de forma similar a materias analizadas previamente, el mayor número de menciones lo encontramos en la subcategoría "Código Deontológico". En las guías docentes de esta asignatura también están presentes con una frecuencia similar, subcategorías como "cuidado holístico/integral" y "misión social" (Tabla de resultados 31).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL 16 67	Totales
2. Cuidados: 2.1 Sociedad del cuidado 2		0 0 %
2. Cuidados: 2.2 Humanización 4		0 0 %
2. Cuidados: 2.3 Competencia Cultural 3		0 0 %
2. Cuidados: 2.4 Competencia estructural 0		0 0 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico 186	7 35,00 %	7 35,00 %
2. Cuidados: 2.6 Activos en salud 4		0 0 %
2. Cuidados: 2.7 Modelo Salutogénico 4		0 0 %
2. Cuidados: 2.8 Sociosanitario 78	3 15,00 %	3 15,00 %
2. Cuidados: 2.9 Cuidado integral/holístico 32	6 30,00 %	6 30,00 %
2. Cuidados: 2.10 Misión Social 44	4 20,00 %	4 20,00 %
2. Cuidados: 2.11. Gestión de casos 3		0 0 %
2. Cuidados: 2.12 Autocuidado/Bienestar de la enfermera 0		0 0 %
Totales	20 100 %	20 100 %

Tabla de resultados 31 **Presencia de las subcategorías de "cuidado" en las guías docentes de las materias de Psicología y Enfermería de Salud Mental**

Las 6 citas de "cuidado holístico/integral", paradójicamente las identificamos en las materias de Psicología y no en las de Enfermería de Salud Mental. Se engloban en menciones a la competencia: "Realizar cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial", y en un único contenido como "Perspectiva holística de la salud y cuidados de enfermería" (Materia: Psicología. Escuela de Enfermería de A Coruña. UDC, y Escuela de Enfermería de Meixoeiro. UVigo). Por otro lado, las referencias a la "misión social" las hemos etiquetado en una competencia específica identificada en los centros de la UDC: "Comportarse con ética y responsabilidad social como ciudadano y como profesional", sin más evidencias al respecto en las guías docentes.

Dentro de la categoría "inclusión social", la subcategoría más presente es "estigma" (35% de las citas), cuatro de ellas se corresponden con la reiteración de la competencia "Saber comprender, sin prejuicios, a las personas considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, y asegurando el respeto de sus opiniones, creencias y valores, además de garantizar el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional". Y las dos restantes con contenidos relevantes para nuestra propuesta: "Los sanitarios frente al estigma", y "Principales fenómenos psicosociales que aparecen en la interacción social: percepción de otras personas, actitudes, estereotipos, presión de grupo, ideología, cultura, expectativas, sexismo, xenofobia, racismo, poder", este último también lo etiquetamos dentro de la subcategoría "discriminación" (Materia: Psicología. Escuela de Enfermería de A Coruña. UDC) (Tabla de resultados 32). Como ocurrió con "cuidados", llama la atención que no encontremos ninguna referencia a estas subcategorías en los contenidos de las materias de Enfermería de Salud Mental, estando todas ubicadas en las guías docentes de Psicología. Analizando sus guías docentes interpretamos que esto se explica porque están principalmente orientadas hacia la psicopatología, desde una concepción más biologicista que social de la salud mental y su cuidado.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL 16 67	Totales
1. Inclusión Social: 1.1 Exclusión social 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.2 Interseccionalidad 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.3 Pobreza 1		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.4 Clase Social 2		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.5 Discriminación 2	1 5,88 %	1 5,88 %
1. Inclusión Social: 1.6. Estigma 26	6 35,29 %	6 35,29 %
1. Inclusión Social: 1.7 Cohesión social 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.8 Política Sanitaria 4		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.9 Discapacidad 28	4 23,53 %	4 23,53 %
1. Inclusión Social: 1.10 Calidad de vida 9	1 5,88 %	1 5,88 %
1. Inclusión Social: 1.11 Desarrollo Humano 1		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.12 Estado de Bienestar 0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.13 Bienestar 143	5 29,41 %	5 29,41 %
1. Inclusión Social: 1.14 Participación 12		0 0 %
Totales	17 100 %	17 100 %

Tabla de resultados 32 **Presencia de las subcategorías de "Inclusión social" en las guías docentes de las materias de Psicología y Enfermería de Salud Mental en frecuencia absoluta y relativa.**

5.1.7.3.3 Enfermería geriátrica

A continuación, analizamos las guías docentes de las materias relacionadas con los cuidados en la vejez, Enfermería geriátrica o gerontológica**.** En este caso, hemos identificado citas para todas las categorías. "Cuidados" e "Inclusión social" suman más del 60% de las menciones, seguidas de "Derechos" (15,79%), "Equidad en salud" y "Accesibilidad" (ambas con el 7,89% de las citas) y por último "Diversidad social y cultural" y "Sostenibilidad" (ambas con el 2,63 % de las citas) (Tabla de resultados 33). Sin embargo, si analizamos los "contenidos", solo encontramos referencias en "inclusión social", "cuidados" y "accesibilidad" (Tabla de resultados 34).

	GERONTOLOGÍA 6 33		Totales	
1. Inclusión Social 220	12 31,58 %	100 %	12 31,58 %	100 %
2. Cuidados 355	12 31,58 %	100 %	12 31,58 %	100 %
3. Accesibilidad 24	3 7,89 %	100 %	3 7,89 %	100 %
4. Derechos 285	6 15,79 %	100 %	6 15,79 %	100 %
5. Diversidad social y cultural 173	1 2,63 %	100 %	1 2,63 %	100 %
6. Equidad en salud 207	3 7,89 %	100 %	3 7,89 %	100 %
7. Sostenibilidad 44	1 2,63 %	100 %	1 2,63 %	100 %
Totales	38 100 %	100 %	38 100 %	100 %

Tabla de resultados 33 **Categorías presentes en la totalidad de las guías docentes de las materias sobre Enfermería Geriátrica**

	GERONTOLOGÍA 6 33		Totales	
1. Inclusión Social 220	7 46,67 %	100 %	7 46,67 %	100 %
2. Cuidados 355	5 33,33 %	100 %	5 33,33 %	100 %
3. Accesibilidad 24	3 20,00 %	100 %	3 20,00 %	100 %
4. Derechos 285			0 0 %	0 %
5. Diversidad social y cultural 173			0 0 %	0 %
6. Equidad en salud 207			0 0 %	0 %
7. Sostenibilidad 44			0 0 %	0 %
Totales	15 100 %	100 %	15 100 %	100 %

Tabla de resultados 34 **Categorías presentes en el apartado "contenidos" de las guías docentes de las materias sobre Enfermería Geriátrica**

Si desagregamos "cuidados" e "inclusión social" en las subcategorías asociadas, observamos que las menciones se acumulan en "discapacidad", "calidad de vida", "código deontológico" y "sociosanitario" (Tabla de resultados 35). Al analizar con más detalle la subcategoría "discapacidad", observamos que, en todos los casos las referencias son a la situación de dependencia y a la Ley de Dependencia. En ausencia de subcategorías relevantes como "humanización", "modelo salutogénico", "participación" o "desarrollo humano" que podrían indicar un enfoque más afín a las corrientes de pensamiento más contemporáneas sobre

USC COMPOSTELA

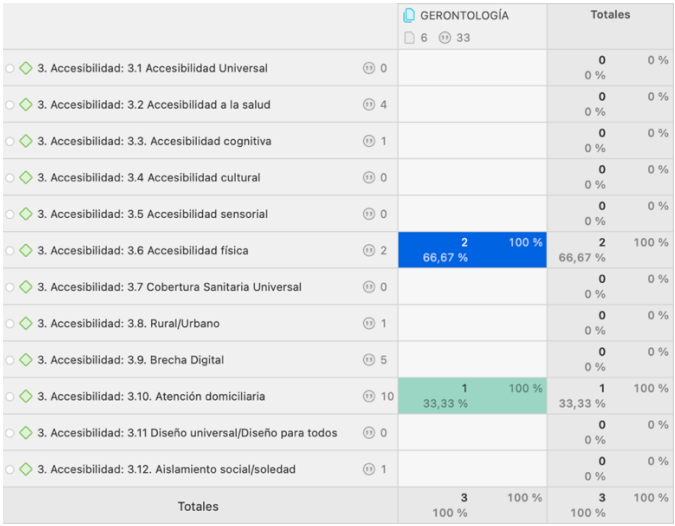
la discapacidad que razonamos en el Capítulo 3. Del mismo modo, no identificamos referencias a "discriminación", y relacionado con esto al edadismo[108], circunstancia que desde hace algunos años la OMS vincula a muchos de los problemas de salud de las personas en este rango de edad y que el documento *The Future of Nursing 2020-2030* expone como uno de los temas relevantes en la actualidad con menor presencia en los planes de formación inicial de la enfermería.

> En las personas mayores, el edadismo comporta una peor salud física y mental, un aumento del aislamiento social y la soledad, una mayor inseguridad económica, una reducción de la calidad de vida y una muerte prematura(OMS, 2021, p. IX).

Es coherente que, ante las referencias a la discapacidad y a la dependencia, identifiquemos citas relacionadas con la "accesibilidad", aunque estas sean menores. Sin embargo, encontramos dos referencias a la subcategoría "accesibilidad física", en forma de contenido "Entorno arquitectónico en la calidad de vida de las personas mayores (A Coruña y Ferrol. UDC), en ausencia de menciones a otros tipos de accesibilidad relevantes para este grupo poblacional, como la "accesibilidad cognitiva" o "accesibilidad sensorial" y algunas de sus soluciones como el "diseño universal". Del mismo modo, no encontramos menciones a la "brecha digital" o a la "soledad y el aislamiento social" (Tabla de resultados 36).

	GERONTOLOGÍA (6 / 33)	Totales
1. Inclusión Social: 1.1 Exclusión social (0)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.2 Interseccionalidad (0)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.3 Pobreza (1)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.4 Clase Social (2)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.5 Discriminación (2)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.6. Estigma (26)	1 / 4,00 %	1 / 4,00 %
1. Inclusión Social: 1.7 Cohesión social (0)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.8 Política Sanitaria (4)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.9 Discapacidad (28)	5 / 20,00 %	5 / 20,00 %
1. Inclusión Social: 1.10 Calidad de vida (9)	4 / 16,00 %	4 / 16,00 %
1. Inclusión Social: 1.11 Desarrollo Humano (1)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.12 Estado de Bienestar (0)		0 / 0 %
1. Inclusión Social: 1.13 Bienestar (143)	3 / 12,00 %	3 / 12,00 %
1. Inclusión Social: 1.14 Participación (12)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.1 Sociedad del cuidado (2)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.2 Humanización (4)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.3 Competencia Cultural (3)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.4 Competencia estructural (0)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico (186)	5 / 20,00 %	5 / 20,00 %
2. Cuidados: 2.6 Activos en salud (4)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.7 Modelo Salutogénico (4)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.8 Sociosanitario (78)	7 / 28,00 %	7 / 28,00 %
2. Cuidados: 2.9 Cuidado integral/holístico (32)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.10 Misión Social (44)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.11. Gestión de casos (3)		0 / 0 %
2. Cuidados: 2.12 Autocuidado/Bienestar de la e... (0)		0 / 0 %
Totales	25 / 100 %	25 / 100 %

Tabla de resultados 35 Presencia de las subcategorías de "inclusión social" y "cuidados" en las guías docentes de la materia Enfermería Geriátrica



	GERONTOLOGÍA (6 / 33)		Totales	
3. Accesibilidad: 3.1 Accesibilidad Universal (0)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.2 Accesibilidad a la salud (4)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.3. Accesibilidad cognitiva (1)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.4 Accesibilidad cultural (0)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.5 Accesibilidad sensorial (0)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.6 Accesibilidad física (2)	2 / 66,67 %	100 %	2 / 66,67 %	100 %
3. Accesibilidad: 3.7 Cobertura Sanitaria Universal (0)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.8. Rural/Urbano (1)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.9. Brecha Digital (5)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.10. Atención domiciliaria (10)	1 / 33,33 %	100 %	1 / 33,33 %	100 %
3. Accesibilidad: 3.11 Diseño universal/Diseño para todos (0)			0 / 0 %	0 %
3. Accesibilidad: 3.12. Aislamiento social/soledad (1)			0 / 0 %	0 %
Totales	3 / 100 %	100 %	3 / 100 %	100 %

Tabla de resultados 36 **Presencia de las subcategorías de "Accesibilidad" en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Geriátrica**

[108] El edadismo es una forma de discriminación social por cuestión de edad que afecta a muchas personas mayores. El informe mundial sobre Edadismo de la Organización Mundial de la Salud (2021) advierte que este se filtra en muchas instituciones y sectores de la sociedad, incluidos los que brindan atención sanitaria y social. Tiene consecuencias graves y amplias para la salud y el bienestar de las personas.

Estos hallazgos nos llevan a reflexionar sobre el enfoque de esta materia, y que advertía (Brown, 2011): ¿se orienta hacia una atención a los déficits, la dependencia y la pasividad, en lugar de a las oportunidades, la autonomía y la autodeterminación de las personas mayores?

5.1.7.3.4 Enfermería Materno-Infantil

Por último, analizaremos las materias relacionadas con la Enfermería Materno-Infantil, lo que incluye los cuidados de enfermería en pediatría y en obstetricia y ginecología. En este caso, encontramos un total de 37 menciones cubriendo todas las categorías salvo "accesibilidad" (Tabla de resultados 37). Sin embargo, si analizamos el apartado "contenidos" de las guías docentes de forma aislada, se reducen a dos contenidos encuadrados en "derechos" y "diversidad social y cultural" (Tabla de resultados 38).

	MATERNO INFANTIL 6 30		Totales	
1. Inclusión Social 220	8 21,62 %	100 %	8 21,62 %	100 %
2. Cuidados 355	7 18,92 %	100 %	7 18,92 %	100 %
3. Accesibilidad 24			0 0 %	0 %
4. Derechos 285	12 32,43 %	100 %	12 32,43 %	100 %
5. Diversidad social y cultural 173	6 16,22 %	100 %	6 16,22 %	100 %
6. Equidad en salud 207	3 8,11 %	100 %	3 8,11 %	100 %
7. Sostenibilidad 44	1 2,70 %	100 %	1 2,70 %	100 %
Totales	37 100 %	100 %	37 100 %	100 %

Tabla de resultados 37 **Categorías presentes en las guías docentes de las materias sobre Enfermería Materno-infantil**

	MATERNO INFANTIL 6 30		Totales	
1. Inclusión Social 220			0 0 %	0 %
2. Cuidados 355			0 0 %	0 %
3. Accesibilidad 24			0 0 %	0 %
4. Derechos 285	1 50,00 %	100 %	1 50,00 %	100 %
5. Diversidad social y cultural 173	1 50,00 %	100 %	1 50,00 %	100 %
6. Equidad en salud 207			0 0 %	0 %
7. Sostenibilidad 44			0 0 %	0 %
Totales	2 100 %	100 %	2 100 %	100 %

Tabla de resultados 38 **Categorías presentes en el apartado "contenidos" de las guías docentes de las materias sobre Enfermería Materno-infantil**

Dado que no identificamos hallazgos relevantes, pues en la mayoría de los casos las menciones se encuadran dentro de "competencias" ya citadas previamente, nos detendremos en la referencia a la "sostenibilidad". En esta ocasión la cita se encuadra en el apartado de la guía "evaluación" y plantea: "sesiones dirigidas a la resolución de casos prácticos que requieren soluciones creativas y novedosas, para hacer frente a los nuevos escenarios sociales propios de esta sociedad global" (Ferrol. UDC). En un contenido categorizado como "cuidados": "analizar críticamente los recursos y dispositivos sociosanitarios que prestan atención a la mujer (Ferrol. UDC). Y, en "derechos": "lactancia, derecho familiar y conciliación laboral". Entre las ausencias, llama la atención no haber encontrado referencias a la subcategoría "igualdad" en una materia que abarca los cuidados integrales a la mujer, o menciones a la "Sociedad de los Cuidados", tampoco a los derechos de la infancia. De nuevo, como ocurría con las materias anteriores, podemos interpretar que prevalece la orientación biomédica, frente a la biopsicosocial de la salud y el cuidado. Más allá de estos hallazgos no hemos identificado más evidencias relevantes para nuestro tema de estudio en esta materia.

5.1.7.4 Prácticas Clínicas

Las prácticas clínicas son materias nucleares en los planes docentes de todos los centros, y son una parte crucial en la formación inicial del Grado de Enfermería. También una oportunidad clave para su capacitación desde el enfoque de inclusión social que planteamos, ya que es el momento de traducir principios abstractos, teóricos, en práctica de enfermería.

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

> Es decir, integra el saber con el hacer, lo que da lugar a un proceso reflexivo y crítico y a la mejora de las habilidades y competencias clínicas que, cuando se lleva a cabo correctamente, culmina en una acción consciente, crítica y creativa por parte del estudiante (Veríssimo et al.2023).

Por todo ello queremos detenernos en analizar con mayor detalle estas materias, y, para hacerlo, conviene comenzar por una breve contextualización de estas.

Las prácticas clínicas tienen lugar en 2º, 3º y 4º curso. Y en las universidades gallegas representan alrededor de 80 ECTS del plan de estudios de cada centro. Tal y como se expuso en el capítulo 2, la formación inicial de la enfermería proviene de una tradición "técnico-procedimental", pues durante mucho tiempo imperó una orientación pedagógica del "saber hacer" frente al "saber pensar", que inevitablemente ha dejado su impronta en la formación inicial de la enfermería actual. Como resume Hernández-Martin (1997): "La enfermería fue antes un hacer que un saber". Benner et al. (2009), en su informe *Educating nurses. A call for radical transformation*, pusieron de manifiesto que este modelo formativo, con elevada carga práctica, ofrece al alumnado experiencias de aprendizaje muy efectivas al trabajar directamente con pacientes, lo que además promueve que vayan adquiriendo responsabilidad y finalicen sus estudios "pensando como una enfermera". Sin embargo, evidenciaron que existe una segregación marcada entre la enseñanza teórica en las aulas y las prácticas en los servicios sanitarios. En cuanto a dónde tienen lugar, la Comisión sobre la Educación de los Profesionales de la Salud para el Siglo XXI, advierte que la formación práctica de los profesionales sanitarios es *hopitalocéntrica* y que esto les limita para una comprensión contextual amplia que responda a las necesidades sociosanitarias de la actualidad (Bhutta et al., 2010; Frenk et al., 2010). Desde la premisa "*Health is all about people"* plantean la necesidad de:

> La transformación de los centros académicos en sistemas académicos, extendiendo el tradicional continuo de educación-atención sanitaria en las escuelas y hospitales, hacia espacios de atención primaria y comunitarios, reforzadas mediante la colaboración externa como parte de sistemas de educación profesional dinámicos (Frenk et al. 2015).

Esta comisión, como otros autores consultados y citados en capítulos previos: Daly y Pauly (2022), Lapum et al. (2022), Liao y Dordunoo (2022) o Parry y Sivertsen (2021), sugieren que la formación práctica en la comunidad también debe replantearse, pues, casi exclusivamente, se limita a los Centros de Atención Primaria, sin contemplar otros espacios sociosanitarios como organizaciones del tercer sector relacionadas con la salud, centros penitenciarios, centros educativos, de menores o para personas sin hogar, entre otros. Afirman que las prácticas curriculares en la comunidad, con poblaciones vulnerables o desatendidas, ayudarían a los estudiantes de enfermería a aplicar teorías psicosociales, así como a mejorar su capacidad de atender a la diversidad de pacientes también en el entorno hospitalario.

La perseveración de las prácticas curriculares casi exclusivamente en hospitales, tampoco concuerdan con los argumentos de autoras como Comas-d'Argemir (2019) que advierten como el cuidado profesional desborda en la actualidad el ámbito sanitario, para pasar a ser además un asunto social. ¿Concuerdan estos argumentos con la situación de las prácticas clínicas en el Grado de Enfermería de Galicia?

Para poder responder a esto, y antes de comenzar con el análisis específico de las guías docentes, conviene detenerse brevemente en la organización de las prácticas en cada centro y especificar en que espacios sociosanitarios tienen lugar (Tabla 78).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 78 Organización de las materias Prácticas Clínicas en las diferentes Universidades
Fuente: elaboración propia

Universidad	Denominación de la materia	ECTS	Espacio sociosanitario
UDC	Estancias clínicas I	6	Prácticas de laboratorio y simulación en la propia Escuela/Facultad.
	Estancias clínicas II	6	Hospital
	Estancias clínicas III	18	Hospital
	Estancias clínicas IV	12	Centros de Atención Primaria
	Estancias clínicas V	6	Hospital
	Estancias clínicas VI	6	Hospital/Atención Primaria
	Estancias clínicas VII	6	Hospital/Atención Primaria
	Practicum	24	Hospital/Atención Primaria
USC	Prácticas clínicas I	6	Hospital
	Prácticas clínicas II	6	Hospital
	Prácticas clínicas III	9	Hospital
	Prácticas clínicas IV	9	Hospital
	Prácticas clínicas V	30	Hospital/Atención Primaria
	Prácticas clínicas VI	24	Hospital/Atención Primaria
UVigo	Prácticas clínicas I	9	Hospital
	Prácticas clínicas II	15	Hospital *Ourense: Centro sociosanitarios de mayores
	Prácticas clínicas III	18	Hospital *Ourense: Centro sociosanitarios de mayores
	Prácticas clínicas IV	18	Centros de Atención Primaria *Ourense: Ofrece rotaciones externas voluntarios en la Base medicalizada del 061, Balnearios, Centros sociosanitarios de mayores y Centro penitenciario.
	Prácticas clínicas V	18	Hospital *Ourense: Ofrece rotatorios voluntarios en la Base medicalizada del 061, Balnearios, Centros sociosanitarios de mayores y Centro penitenciario.

Como se puede comprobar en la Tabla 78, todas las materias se encuadran dentro de la esfera clínica de los cuidados, y el grueso de las prácticas tiene lugar en el hospital, con rotaciones específicas en Centros de Atención Primaria. Salvo la excepción de Ourense, que ofrece rotatorios voluntarios en dispositivos sociosanitarias como balnearios, centros penitenciarios o centros para personas mayores, el resto de los centros limitan las prácticas a espacios hospitalarios. Esto concuerda con los argumentos presentados previamente de Bhutta et al (2010), Frenk et al. (2010) o Daly y Pauly (2022).

Al analizar las guías docentes, encontramos la misma tendencia que hasta ahora, para la "accesibilidad" y la "sostenibilidad" solo hemos identificado una cita, el resto de las categorías están presentes en forma, principalmente, de competencias (Tabla de resultados 39).

	1. Inclusión Social	2. Cuidados	3. Accesibilidad	4. Derechos	5. Diversidad social...	6. Equidad en salud	7. Sostenibilid...
	220	355	24	285	173	207	44
0. Competencias 697	36	73	0	65	34	50	0
0. Contenidos 197	5	23	0	0	0	1	0
0. Descripción 22	0	1	0	1	0	1	0
0. Evaluación 26	1	6	1	5	0	0	1
0. Objetivos 30							
0. Resultados de aprendizaje 65	1	5	0	31	0	25	0
0. Bibliografía 50	1	1	0	0	2	0	0

Tabla de resultados 39 **Apartados de las guías docentes de Prácticas clínicas donde están presentes las categorías**

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En relación con la adquisición de dichas competencias, es pertinente detenerse en la evaluación. Pues generalmente, según informan las guías docentes, la dinámica es la siguiente[109]: el alumnado realiza sus rotaciones prácticas en las diferentes unidades asistenciales, en ellas, los encargados de la supervisión y acompañamiento en su aprendizaje son las enfermeras del turno en el que tengan lugar, estas cambian constantemente, pues habitualmente las enfermeras trabajan en turnos rotativos, especialmente en las plantas de hospitalización. Generalmente, es alguna de estas enfermeras quien evalúa y es la supervisora de la unidad (a través de las informaciones de las enfermeras del equipo) quien emite el informe, en otras ocasiones, las realizan tutores hospitalarios asociados a la universidad, que no tienen por qué ser necesariamente los mismos que han acompañado a los alumnos durante sus rotaciones. Estas evaluaciones del personal del hospital, las recoge el profesorado coordinador de prácticas de las Escuelas/Facultades, y las suma a la evaluación de los dosieres o memorias reflexivas que los alumnos deben realizar al finalizar cada una de las materias y que estos evalúan. Esta dinámica complica, como es obvio, la complejidad de la evaluación de la adquisición de competencias por parte del alumnado (Rodrigues Faria de Carvalho, 2002). ¿Qué saben las enfermeras asistenciales de la formación por competencias? ¿Y de evaluación? ¿Y de inclusión social? Con esta reflexión pretendemos advertir que, si bien identificamos multitud de competencias en las guías docentes afines a nuestra propuesta, tales como "Conocer y apreciar la diversidad y la multiculturalidad" o "Desarrollarse para el ejercicio de una ciudadanía abierta, culta, crítica, comprometida, democrática y solidaria, capaz de analizar la realidad, diagnosticar problemas, formular e implantar soluciones basadas en el conocimiento y orientadas al bien común", se nos plantea la duda, de si estas se adquieren verdaderamente. Pues, ¿en qué momento se prepara y evalúa al alumnado para los cuidados inclusivos que defendemos y que suscitan las competencias planificadas? Por ejemplo ¿En qué momento de las prácticas clínicas, o previamente, se les prepara para interactuar con la diversidad? ¿En qué momento se les prepara para descentrarse de sus prejuicios? Recuperando la cita de Moreno Preciado (2021):

> El problema es que los prejuicios no los dejamos en la taquilla cuando nos cambiamos y nos ponemos el piyama, sino que suben con nosotros a planta: tenemos que evitar que el pre-juicio se convierta en per-juicio (Moreno Preciado, 2021a).

Conscientes de la limitación para responder a todas estas preguntas a través del análisis documental, y la necesidad de estudios futuros que incluyan a los actores implicados, las guías docentes sí nos dan información para interpretarlas.

Como observamos en la Tabla de resultados 40, se han identificado referencias a variedad de subcategorías, pero como hasta ahora, por la reiteración del listado de competencias, sin evidencias claras en el resto de la guía. Pues si desagregamos solo por "contenidos" observamos como la presencia es sustancialmente menor (Tabla de resultados 41), del mismo modo que si lo hacemos por "descripción" de la asignatura, donde solo encontramos 3 referencias (Tabla de resultados 42). Además, entre las subcategorías identificadas no encontramos menciones a la "pobreza", las "desigualdades en salud", la "humanización", la "participación", la "discriminación", las "migraciones", el colectivo "LGBTIQ+", los "derechos humanos", el "etnocentrismo", el "riesgo social" … de este hallazgo surge la inquietud, pues en las materias teóricas analizadas previamente tampoco hemos identificado referencias a ellas. ¿Cuándo se

[109] Planteamos aquí un sistema genérico. Asumimos que cada centro y cada materia posee particularidades.

abordan? ¿Se asume que las competencias en este sentido se adquieren por el mero hecho de realizar muchas horas de prácticas? ¿Cómo y cuándo se evalúan?

En este sentido, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en su declaración de posición sobre el ámbito de la práctica de esta (CIE, 2013) informa:

> El ámbito de la práctica de enfermería no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que es una **combinación de conocimientos, juicios y capacidades** que permiten a la enfermera llevar a cabo la prestación de cuidados directos y de evaluar sus resultados, de defender los pacientes y la salud, de supervisar y delegar en otros, de dirigir, gestionar, enseñar, realizar investigaciones y de desarrollar una política de salud para los sistemas de atención de salud. El ámbito de la práctica es dinámico y responde a las necesidades cambiantes de salud, al desarrollo del conocimiento y a los avances tecnológicos. **El examen periódico de los ámbitos de la práctica es por lo tanto esencial para cerciorarse de que siguen siendo coherentes con las necesidades de salud actuales y favorecen unos mejores resultados de salud. Los ámbitos de la práctica deben ser suficientemente amplios y flexibles de manera que permitan libertad para la innovación, el crecimiento y el cambio** (CIE, 2013).

Para concluir, tomando prestadas palabras de Medina (1999):

> Ciertamente, la formación de enfermeras está orientada a la práctica sanitaria, pero no es menos cierto, que, desde esta perspectiva, debe reconceptualizarse esa noción incluyendo cuestiones morales, sociales y políticas (p.194).

Así mismo, ante la sugerencia de repensar las prácticas recuperamos también la propuesta de Trillo et al. (2020) y es que "también hay que impregnar del sentido del prácticum la evaluación del aprendizaje en las materias de aula" (p.211).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla de resultados 40
Subcategorías presentes en las guías docentes de las materias Prácticas Clínicas

Tabla de resultados 41
Subcategorías presentes en el apartado "contenidos" de las guías docentes de las materias Prácticas Clínicas

Tabla de resultados 42
Subcategorías presentes en el apartado "descripción" de las guías docentes de las Prácticas Clínicas

5.1.7.5 Trabajo Fin de Grado (TFG)

Los resultados que podemos trascender del análisis de las guías docentes del TFG son limitados, pues son asignaturas que engloban todas las competencias del título y no ofrecen información sobre las temáticas de los trabajos realizados por el alumnado, ni de las líneas temáticas que ofrece cada Escuela/Facultad. Realizar un análisis documental sistemático sobre las temáticas de los TFG presentados en los últimos cursos académicos a través de los repositorios institucionales, escapa a nuestra capacidad de análisis, pues sería una línea específica de investigación. No obstante, hemos realizado una revisión de los títulos de los TFG

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

presentados en el último año en los repositorios de las tres universidades, que expondremos junto con la presencia de categorías en las guías docentes de la materia.

Tomando como referencia las descripciones que ofrecen las guías docentes de los TFG de los distintos centros, este consiste "en la realización por parte del alumnado de un trabajo individual tutelado en el que se apliquen y desarrollen los conocimientos y habilidades adquiridos durante el periodo de aprendizaje del Grado en Enfermería" (Escuela de Enfermería A Coruña. UDC). En la Escuela de Enfermería de Pontevedra añaden algunas particularidades: "Materia transversal que le permite al estudiante mostrar de forma integrada la adquisición de las competencias asociadas al título, sin que sean protagonistas aquellas encaminadas a diseñar y llevar a cabo investigaciones, más sin duda tratara de un trabajo con base científica. Cursara en el último semestre del grado. Cada estudiante realiza el TFG de forma autónoma bajo tutoría docente". Es decir, el TFG es una asignatura que consiste en la realización por parte del alumnado de Enfermería de un trabajo de base científica, sobre cualquier temática relacionada con el título, tutelado por un docente.

Como mostramos en la Tabla de resultados 43, todas las categorías, salvo "accesibilidad" están presentes en las guías docentes, y, todas las citas salvo excepciones sin relevancia, las hemos identificado en el apartado "competencias" de estas.

	TRABAJO FIN DE GRADO 6 61		Totales	
1. Inclusión Social 220	15 21,43 %	100 %	15 21,43 %	100 %
2. Cuidados 355	21 30,00 %	100 %	21 30,00 %	100 %
3. Accesibilidad 24			0 0 %	0 %
4. Derechos 285	16 22,86 %	100 %	16 22,86 %	100 %
5. Diversidad social y cultural 173	6 8,57 %	100 %	6 8,57 %	100 %
6. Equidad en salud 207	10 14,29 %	100 %	10 14,29 %	100 %
7. Sostenibilidad 44	2 2,86 %	100 %	2 2,86 %	100 %
Totales	70 100 %	100 %	70 100 %	100 %

Tabla de resultados 43 **Presencia de las categorías en las guías docentes de la materia TFG**

Al revisar los repositorios institucionales de las tres universidades gallegas para los TFG depositados en el curso académico 2021-2022, hemos identificado algunos ejemplos de trabajos alineados con los cuidados y la inclusión social, que, aunque minoritarios si los comparamos con el global, sí evidencian el interés por parte del alumnado o las oportunidades que ofrece el rol de la enfermería en el ámbito de los cuidados y la inclusión social (Tabla 79).

Tabla 79 Ejemplos de TFG relacionados con la inclusión social
Fuente: elaboración propia

UDC	- Percepción de las mujeres marroquíes inmigrantes sobre los cuidados obstétricos. - Percepción de las personas trans sobre la atención enfermera. - Problemas de salud en menores institucionalizados: beneficios del acogimiento familiar e importancia del rol de enfermería: revisión bibliográfica. - Humanización en urgencias. - Eficacia de un programa de formación para personal de enfermería para aumentar el conocimiento en comunicación con niños con trastorno del espectro autista. - Estigma hacia la enfermedad mental en alumnos de enfermería de A Coruña: valoración mediante el cuestionario CAMI. - Calidad de vida de las personas con ELA en Galicia mediante la asociación AGAELA. - Personas mayores, soledad y problemas internalizantes en tiempos de pandemia. Proyecto de investigación.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC	- Diferencias culturales y de género en el afrontamiento de la muerte perinatal. - A figura do/a enfermeiro/a escolar en España e o seu papel no benestar emocional dos infantes. - CHAS-Down, una app interactiva de inteligencia artificial que promueve hábitos saludables para jóvenes con Síndrome de Down. - El impacto de la soledad en la salud de los mayores. El papel de la enfermería. - Desigualdades ambientais en saúde: contaminación do aire, estado de saúde e grupos vulnerables. - Mulleres en situación de prostitución. Saúde mental e a problemática que as envolve. - Plan de intervención de enfermería comunitaria en un barrio marginal: las tres mil viviendas. - Nivel de competencia cultural do estudantado de Enfermaría do Campus de Santiago de Compostela
UVigo	- Diferenzas Sociodemográficas e clínicas entre o ancián do rural e o urbano. - Soidade ralacioal nas persoas maiores España 2020. - Educación sexual en persoas con discapacidade intelectual. - Enfermaría e Educación Sexual Integral no ámbito de Protección de Menores. - Proxecto de atención á poboación coidadora de persoas con enfermidade mental. - Cara á despatoloxización trans. - Coidados integrais do paciente no Ramadán.

5.1.7.6 Materias relacionadas con la enfermería social

Tal y como adelantamos en el análisis desagregado por carácter de las materias, en los planes de estudio hemos identificado cinco afines a nuestra propuesta en las que la inclusión social no tendría por qué ocupar un papel transversal, pues son asignaturas que la abordan desde diferentes perspectivas.

La Escuela de Enfermería de Lugo (USC) y de Povisa (Uvigo) ofertan la asignatura "Antropología de la salud", en la que, tal y como exponen en la descripción, "Se pretende introducir a los estudiantes en la reflexión sobre los elementos constitutivos del ser humano, desde una perspectiva filosófica, permitiendo el análisis de las diferentes concepciones de la persona y de las sociedades existentes". Esta descripción se vincula a la noción de inclusión social descrita en el capítulo 3 pues, como defienden Hutchinson y Lee (2014), se centra en la diversidad y el pluralismo de las sociedades.

		244 4°_ANTROPOLOGIA DE LA SALUD... 17		Totales	
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico	186	1 5,26 %	100 %	1 5,26 %	100 %
4. Derechos: 4.4 Derechos del paciente	229	1 5,26 %	100 %	1 5,26 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.1 Cultura	50	13 68,42 %	100 %	13 68,42 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.5 Transculturalidad	114	3 15,79 %	100 %	3 15,79 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.9 Dignidad	88	1 5,26 %	100 %	1 5,26 %	100 %
Totales		19 100 %	100 %	19 100 %	100 %

Tabla de resultados 44 **Subcategorías presentes en las guías docentes de la materia "Antropología de la salud"**

Como mostramos en la Tabla de resultados 44, identificamos 5 subcategorías, que, en coherencia con la esencia de la materia, se concentran en "cultura", seguida de "transculturalidad". Sin embargo, no se han identificado referencias a unidades temáticas como las "migraciones" o el "etnocentrismo", la "accesibilidad universal" o la "competencia cultural".

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Otra materia interesante que identificamos en el plan de estudios de la Escuela de Enfermería de Ourense es "La enfermería en los estilos de vida y el termalismo". Entre sus contenidos destaca un módulo destinado a la participación comunitaria donde se abordan temas como programas de atención comunitaria en el ámbito escolar y colectivos en riesgo, desarrollo de redes comunitarias en salud, mapeo y activos en salud. Estos son contenidos que también se asemejan afines a la conceptualización de inclusión social que desarrollamos en el capítulo 3, en la que la participación comunitaria se mostraba como uno de los principios fundamentales que los sistemas sanitarios (Graells e Insa, 2021; Miranda Camarero, 2014).

	188 4º_ENFERMERIA ESTILO DE VIDA Y TERMA... 8		Totales	
1. Inclusión Social: 1.13 Bienestar 143	2 22,22 %	100 %	2 22,22 %	100 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico 186	1 11,11 %	100 %	1 11,11 %	100 %
2. Cuidados: 2.6 Activos en salud 4	1 11,11 %	100 %	1 11,11 %	100 %
3. Accesibilidad: 3.8. Rural/Urbano 1	1 11,11 %	100 %	1 11,11 %	100 %
3. Accesibilidad: 3.9. Brecha Digital 5	1 11,11 %	100 %	1 11,11 %	100 %
3. Accesibilidad: 3.10. Atención domiciliaria 10	1 11,11 %	100 %	1 11,11 %	100 %
4. Derechos: 4.4 Derechos del paciente 229	1 11,11 %	100 %	1 11,11 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.9 Dignidad 88	1 11,11 %	100 %	1 11,11 %	100 %
Totales	9 100 %	100 %	9 100 %	100 %

Tabla de resultados 45 **Subcategorías presentes en la guía docente de la materia "La enfermería frente a los estilos de vida y el termalismo"**

En la Tabla de resultados 45 observamos las subcategorías presentes en la guía docente. En congruencia con el hilo conductor de la materia: "el termalismo como opción de promoción de la salud", identificamos la subcategoría "bienestar", etiquetada en la competencia "Formar e informar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte". Así mismo, encontramos una cita vinculada con los "activos en salud", definidos como "los factores o recursos que potencian la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y mejorar la salud y el bienestar, y que ayudan a reducir las desigualdades en salud" (Ministerio de Sanidad, 2022a, p. 7). Esta subcategoría es muy coherente, si pensamos que lo que trasciende de la asignatura es hacer uso de un recurso propio del territorio, las aguas termales, para promover el bienestar de la población a la que se atiende. Además, en la línea de Cofiño et al. (2016), dichos activos en salud se presentan como un modelo revitalizador de las intervenciones de promoción de la salud y de salud comunitaria en términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud, y también como alternativa, en un sector de la salud, de políticas y prácticas que todavía se centran de manera desproporcionada en los enfoques que proponen solucionar problemas (más cercanos a lo patógeno o al déficit), potenciando el consumismo, la medicalización y la dependencia del sistema sanitario y de los servicios sociales.

Al analizar las guías docentes de las dos materias restantes, "Salud, género y retos sociales" (Santiago y Lugo, USC) y "Salud, dependencia y vulnerabilidad social" (Pontevedra, UVigo), identificamos que son las que se vinculan de forma más directa a la idea de cuidados inclusivos que planteamos.

En el primer caso, además, es la única asignatura de los planes de estudio gallegos que se contempla dentro de la formación básica. Al revisar los contenidos en la guía docente observamos que esta materia se vincula a dos ejes fundamentales de vulnerabilidad: la cultura

y el género, lo que se refleja en las subcategorías presentes (Tabla de resultados 46). Entre sus objetivos destacan: desarrollar habilidades para el diseño de estrategias de prevención y promoción de la salud con grupos culturales minoritarios, reconocer el derecho a la salud, aplicar el principio de equidad a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

		90 2°_SALUD GENERO Y RETOS SOCIALES... 22		Totales	
1. Inclusión Social: 1.4 Clase Social	2	1 4,35 %	100 %	1 4,35 %	100 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico	186	1 4,35 %	100 %	1 4,35 %	100 %
2. Cuidados: 2.9 Cuidado integral/holístico	32	1 4,35 %	100 %	1 4,35 %	100 %
4. Derechos: 4.3 Derecho a la salud	9	1 4,35 %	100 %	1 4,35 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.1 Cultura	50	4 17,39 %	100 %	4 17,39 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.3 Etnicidad	3	1 4,35 %	100 %	1 4,35 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.4 LGBTIQ+	4	1 4,35 %	100 %	1 4,35 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.5 Transculturalidad	114	5 21,74 %	100 %	5 21,74 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.3 Desigualdades/Inequidades en salud	15	5 21,74 %	100 %	5 21,74 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.4 Vulnerabilidad	7	1 4,35 %	100 %	1 4,35 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.7. Igualdad	49	2 8,70 %	100 %	2 8,70 %	100 %
Totales		23 100 %	100 %	23 100 %	100 %

Tabla de resultados 46 **Subcategorías presentes en la guía docente de la materia "Salud, género y retos sociales en la enfermería"**

A pesar de las referencias a la "clase social", algo verdaderamente minoritario en la globalidad de las guías docentes, la "vulnerabilidad" o las "inequidades en salud", llaman la atención ausencias como la "salud global", planteándose entre los objetivos los cuidados de enfermería en un contexto mundial en transformación, o la "exclusión social" pues hablan de grupos minoritarios. Así mismo, la denominación de la materia como retos sociales, ofrecía la oportunidad de exponer un enfoque basado en "derechos humanos", "justicia social" o "interseccionalidad". Incluso a referenciar la "competencia estructural", totalmente ausente en las 250 guías, pues se define como la "capacidad del estudiantado para identificar la relación entre las características y las condiciones sociales, culturales y estructurales que afectan a las personas y sus desenlaces de salud, así como demostrar conocimiento y comprensión sobre los mecanismos mediante los cuales estos factores sociales moldean los resultados de salud" (Hansen, Metzler y Petty, 2019[110]). A pesar de las ausencias, esta es una materia relevante para nuestro análisis, ya que, como se mencionó previamente, simboliza una voluntad de cambio en la orientación de los planes de estudio, pues por primera vez se incluye a la enfermería y su misión social dentro de la formación básica.

Por último, la optativa "Salud, dependencia y vulnerabilidad social" de la Escuela de Enfermería de Pontevedra, es la que se muestra más afín a la idea de cuidados inclusivos que planteamos[111]. Lo podemos observar en la descripción de la materia, y también si valoramos que es la guía docente en la que más subcategorías se han identificado (Tabla de resultados 47):

[110] Extraído de Graells e Insa (2021).
[111] Como se advirtió previamente la profesora de esa materia, soy yo misma, la autora de la Tesis.

La asignatura salud, dependencia y vulnerabilidad social ahonda en el rol y misión social de la enfermería. Busca que el alumnado desarrolle competencias para saber cómo responder y actuar de forma respetuosa y equitativa ante la diversidad de personas a las que presta sus cuidados. Para ello se analiza su papel ante situaciones de dependencia, riesgo y vulnerabilidad social, y la influencia de la diversidad cultural, las migraciones, el género, la discapacidad o la edad en los cuidados de enfermería. También se aborda su papel en aspectos relacionados con la globalización, el desarrollo sostenible y la justicia social. Uno de los marcos fundamentales en los que se basa esta asignatura es el de la Agenda 2030 y sus ODS desde la perspectiva de que la enfermería puede contribuir y liderar estrategias que promuevan la justicia social y el desarrollo sostenible tanto local como global.

	220 4º_SALUD DEPEDENCIA Y VULNERABILIDAD... 28		Totales	
1. Inclusión Social: 1.3 Pobreza 1	1 2,27 %	100 %	1 2,27 %	100 %
1. Inclusión Social: 1.6. Estigma 26	1 2,27 %	100 %	1 2,27 %	100 %
1. Inclusión Social: 1.9 Discapacidad 28	6 13,64 %	100 %	6 13,64 %	100 %
1. Inclusión Social: 1.10 Calidad de vida 9	1 2,27 %	100 %	1 2,27 %	100 %
1. Inclusión Social: 1.14 Participación 12	1 2,27 %	100 %	1 2,27 %	100 %
2. Cuidados: 2.1 Sociedad del cuidado 2	1 2,27 %	100 %	1 2,27 %	100 %
2. Cuidados: 2.10 Misión Social 44	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
3. Accesibilidad: 3.3. Accesibilidad cognitiva 1	1 2,27 %	100 %	1 2,27 %	100 %
4. Derechos: 4.1 Derechos Humanos 5	1 2,27 %	100 %	1 2,27 %	100 %
4. Derechos: 4.4 Derechos del paciente 229	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.1 Cultura 50	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.4 LGBTIQ+ 4	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.5 Transculturalidad 114	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
5. Diversidad social y cultural: 5.6 Migraciones 5	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.1 Justicia Social 2	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.2 Determinantes Sociales de la Salud 6	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.3 Desigualdades/Inequidades en salud 15	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.4 Vulnerabilidad 7	5 11,36 %	100 %	5 11,36 %	100 %
6. Equidad en salud: 6.7. Igualdad 49	1 2,27 %	100 %	1 2,27 %	100 %
7. Sostenibilidad: 7.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible 11	3 6,82 %	100 %	3 6,82 %	100 %
7. Sostenibilidad: 7.2 Desarrollo Sostenible 9	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
7. Sostenibilidad: 7.4 Salud Global 3	2 4,55 %	100 %	2 4,55 %	100 %
Totales	44 100 %	100 %	44 100 %	100 %

Tabla de resultados 47 **Subcategorías presentes en la guía docente de la materia "Salud, dependencia y vulnerabilidad social"**

Del mismo modo que en el análisis de guías docentes previas se identifican ausencias, especialmente de subcategorías que engloban conceptos o planteamientos teóricos más novedosos como la “competencia estructural” o las “poblaciones desatendidas”.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

RESUMEN: ANÁLISIS POR UNIDADES DE CONTEXTO Y DIMENSIONES DE LAS GUÍAS DOCENTES.

Antes de proceder a interpretar y razonar los hallazgos para cada una de las unidades temáticas o categorías propuestas, realizaremos un breve resumen del análisis desarrollado hasta ahora que facilite pasar a la siguiente sección con una visión de conjunto.

En general, la presencia de las categorías propuestas es similar en las tres universidades gallegas, que muestran tendencias afines. Las categorías "cuidados" y "derechos" son las que se presentan con mayor fuerza en la globalidad de los planes de estudio, y "accesibilidad" y "sostenibilidad" las más ausentes. El análisis de las guías docentes desagregadas por centros revela diferencias respecto al análisis por universidades. Si bien la categoría "cuidados" se muestra con una fuerza similar en todas las Escuelas/Facultades, los centros de la UVigo muestran vínculos más fuertes en categorías como "inclusión social", y los de la UDC en "equidad en salud". Se han evidenciado también diferencias reseñables entre centros de la misma universidad que sugieren autonomía en la planificación curricular y señalan al desafío para profesorado en abogar por inclusión social en los planes de estudio.

La mayor presencia de categorías la observamos en 2º curso, y la menor en 1º, cuando tienen lugar la mayoría de la Formación Básica. En el resto de los cursos la fuerza con la que se presentan las categorías es similar. En coherencia con lo anterior las asignaturas de Formación Básica son las que menos intensidad de categorías presentan. A excepción de los centros de la USC que ofertan la única materia de este carácter incardinada en la Enfermería y en temáticas afines a la inclusión social: "Salud, género y retos sociales para Enfermería". Las Optativas muestran presencias dispares. Solo en cuatro de los ocho centros se ofertan asignaturas de este carácter vinculadas de forma directa con lo que consideramos "cuidados inclusivos", en ámbitos relacionados con la antropología de la salud, la vulnerabilidad social o la promoción de la salud en la comunidad. En general, hemos observado que las materias optativas, que son las que permiten cierto grado de especialización y son de elección según las preferencias del alumnado, tienen escasa orientación hacia la "inclusión social" en la mayoría de Escuelas/Facultades, incluso ausente en algunas. En contraste con otras universidades españolas, como Barcelona, Salamanca o Murcia, que ofrecen diversos itinerarios optativos enfocados en la inclusión, como Aprendizaje Servicio, Discapacidad y Salud, o Cooperación al Desarrollo.

En cuanto a la presencia de categorías según ECTS de la materia, estas se presentan con menor fuerza en aquellas materias con más de 12 ECTS, lo que sugiere que las ausencias se encuentran principalmente en las guías docentes de las materias vinculadas a Prácticas Clínicas, ya que son las únicas con este número de créditos.

En el análisis de la ubicación de las categorías en los diferentes apartados de las guías docentes hemos identificado resultados reveladores. Destaca que la gran mayoría de las citas, independientemente del centro o la categoría, se encuentran en el apartado de "competencias". Hemos observado referencias excesivas en este apartado, en contraste con el resto, lo que conduce a una acumulación heterogénea de competencias en lugar de una integración coherente en las guías docentes. El análisis documental también revela que ciertas competencias afines a nuestra propuesta se repiten sistemáticamente en múltiples guías docentes, pero no están acompañadas de suficientes evidencias que respalden una integración genuina del enfoque inclusivo. Además, se ha observado desequilibrio entre competencias y su evaluación, así como la falta de coherencia entre las descripciones de las asignaturas y las competencias propuestas. En definitiva, se concluye que las guías docentes no parecen integrar de manera congruente el enfoque de cuidados inclusivos, a pesar de las referencias a categorías relacionadas con la

USC
UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

inclusión social. Aunque hay excepciones en las que se logra cierta coherencia entre competencias y otros elementos de la guía, en su mayoría, la integración de enfoques inclusivos en el currículo parece ser superficial y sugiere que no siempre se traduce en la práctica educativa real.

Al organizar el análisis según el tipo de materia hemos encontrado que aquellas vinculadas a Ciencias de la vida y Enfermería Clínica, presentan vínculos débiles con las unidades temáticas propuestas, por lo que se considera que se pierde la oportunidad de relacionarlas con la inclusión social desde una perspectiva transversal. Al indagar en otras materias relevantes como Fundamentos de la Enfermería, Gestión, Investigación o Ética encontramos un enfoque fragmentado y ausencia de categorías clave en la práctica enfermera tal y como la concebimos, como la "humanización", los "derechos humanos", la "diversidad social y cultural", y la "equidad en salud". Este hallazgo sugiere que la idea de esencia de la profesión de enfermería en las guías docentes podría estar centrada en el modelo biomédico y la dimensión tecnocientífica del cuidado, en lugar de abrazar un modelo biopsicosocial integrador o una orientación más cuidadora y humanista. Esta tendencia se repite en otras materias relacionadas con las distintas áreas de especialización de la enfermería, relevantes para el análisis, pues se orientan hacia el cuidado de grupos poblacionales más vulnerables o desatendidos, como los ancianos, los niños, las mujeres, las personas con enfermedades crónicas o discapacidades y con enfermedades mentales. La intensidad leve y errática en la presencia de categorías en general y la ausencia de contenidos vinculados, sugiere que se mantiene el modelo tradicional en la formación de enfermería al que aludimos en el capítulo 2 (Escuela Universitaria de Enfermería «La Paz», 1991, p. 47), que enfatiza la patología como eje central del tema y contempla al ser humano desde un punto de vista organicista, alejado todavía de un modelo de enfermería sólido, centrado en las necesidades, cuidados y problemas de la persona en toda su diversidad. Esta tendencia también se infiere al observar la propuesta de asignaturas en el global del plan de estudios, pues solo hemos identificado cuatro que consideremos afines de forma directa a los "Cuidados y la inclusión social", la mayoría son materias que podrían incorporar esta orientación como una parte transversal o en suma a contenidos de carácter clínico.

Esta predisposición también se ha observado en las Prácticas Clínicas, con un peso académico muy elevado en la formación inicial de enfermería y cruciales en el plan de estudios. Las prácticas clínicas en la formación de enfermería en Galicia se realizan casi exclusivamente en entornos hospitalarios, que se intercalan con rotaciones de menor duración en atención primaria y en ocasiones excepcionales y de carácter voluntario en otros dispositivos sociosanitarios (centros penitenciarios, balnearios, centros de mayores…). Aunque las guías docentes mencionan competencias vinculadas con la inclusión social y conceptos relacionados, como interactuar con la diversidad y abordar prejuicios, no está claro cuándo y cómo se abordan estos aspectos en la formación. Tampoco cuando se evalúan. La evaluación de estas competencias es compleja y se basa, principalmente, en la retroalimentación de enfermeras asistenciales en los entornos de práctica. Se plantea la pregunta sobre si estas competencias se adquieren de manera efectiva durante las prácticas clínicas. Además, para asegurar una formación de enfermería más inclusiva y centrada en el paciente, podría ser necesario ampliar las prácticas a otros entornos sociosanitarios. Por último, hemos observado que, aunque sea de forma minoritaria, sí que se desarrollan TFG relacionados íntimamente con el cuidado y la inclusión social, lo que confirma la pertinencia del rol de la enfermería en este ámbito y el interés por parte de algunos alumnos en desarrollar conocimiento científico al respecto.

Para finalizar, en todas las guías docentes independientemente de la universidad, centro, curso, créditos, carácter o tipo, hemos identificado la ausencia indudable de dos categorías: la "accesibilidad" y la "sostenibilidad". Del mismo modo que no hemos identificado menciones,

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

o estas han sido anecdóticas, a la "exclusión social", la "pobreza", la "discapacidad", los "derechos humanos", la "justicia social", el "riesgo social", el "etnocentrismo", las "migraciones", al "colectivo LGBTIQ+", la "discriminación", la "ética del cuidado" o el autocuidado de los propios profesionales de enfermería.

Esta carencia contrasta con la idea de profesión que exponía el Libro blanco del título del Grado de Enfermería (ANECA, 2004), y que sirvió de guía para la adaptación de los planes de estudio de Diplomatura a Grado:

> La enfermería como profesión de servicio está influenciada y condicionada por los cambios que crean nuevos escenarios de salud y sociales, que deben afrontar las profesiones sanitarias. La profesión enfermera no puede plantearse solamente como adaptarse a ellos, sino que debe entender cuáles son los valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad y formarse para poder proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad. Así mismo, son importantes, el movimiento mundial referente al concepto de "desarrollo sostenible", la diversidad cultural en la que estamos inmersos, así como el desarrollo de la cultura por la paz, entendida como "conjunto de valores, actitudes y comportamientos que reflejan el respeto a la vida, al ser humano y a su dignidad y que pone en primer plano los derechos humanos, el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como la comprensión entre los pueblos, los colectivos y las personas"(p.13).

Del mismo modo, los hallazgos identificados en esta primera parte del análisis no concuerdan con las recomendaciones del reciente *Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad:*

> Los planes de estudios deberán tener como referente los principios y valores democráticos y los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** y, en particular:
>
> a) el respeto a los **derechos humanos y derechos fundamentales**; los valores democráticos –la libertad de pensamiento y de cátedra, la tolerancia y el reconocimiento y **respeto a la diversidad, la equidad** de todas las ciudadanas y de todos los ciudadanos, la eliminación de todo contenido o práctica discriminatoria, la cultura de la paz y de la **participación**, entre otros.
>
> b) el respeto a la **igualdad de género** atendiendo a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y de hombres, y al principio **de igualdad de trato y no discriminación** por razón de **nacimiento, origen nacional o étnico, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad o expresión de género, características sexuales, enfermedad, situación socioeconómica o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.**
>
> c) el respeto a los principios de **accesibilidad universal y diseño para todas las personas**, de conformidad con lo dispuesto en la disposición final segunda del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.
>
> d) el tratamiento de la **sostenibilidad y del cambio climático**, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 35.2 de la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de Cambio Climático y Transición Energética.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Estos hallazgos apuntan a la necesidad de revisar y mejorar la incorporación de enfoques actualizados y socialmente relevantes en la formación de enfermería.

5.2 ANÁLISIS POR UNIDADES DE REGISTRO

Una vez analizada la presencia, ausencia y frecuencia de las categorías en las diferentes unidades de contexto y secciones de las guías docentes, a continuación, profundizamos en el análisis focalizándolo en cada una de las unidades de registro[112], o lo que es lo mismo, en las categorías y subcategorías propuestas.

Antes de comenzar conviene recordar que en el apartado "Sistema de categorías para el análisis de contenido" del Capítulo 1 precisamos que realizaríamos la categorización de forma deductiva, es decir, según las categorías previamente establecidas, pero que no nos negábamos, si la exploración del material así lo exigiera, a adoptar una metodología mixta, es decir, que cabía la posibilidad de ampliar la categorización según lo que surgiera del análisis de la información. Siendo así, cabe añadir que durante el proceso de análisis identificamos dos nuevas subcategorías: "participación" dentro de la categoría "inclusión social", y "derechos fundamentales", dentro de la categoría "derechos", de ambas daremos cuenta en el apartado correspondiente.

5.2.1 Inclusión social

Resultado del análisis, para esta categoría añadimos una nueva subcategoría: "Participación"; y es que, en efecto, pudimos comprobar que se hacía referencia a ella en algunas guías docentes con apelaciones al marco de la participación comunitaria en la salud y a la participación del paciente en su propio proceso de salud o enfermedad. Tras reflexionar al respecto, entendimos que realmente es algo esencial en la inclusión, tal y como se ha planteado en el marco teórico:

> La inclusión social se centra en la diversidad y el pluralismo de las sociedades y en el desarrollo de estrategias económicas, políticas y sociales que ayuden a mover a individuos, comunidades o grupos sociales de los márgenes de la sociedad a la participación en esta […] Se ha ido vinculando cada vez más a las ideas de acceso, equidad y participación en la sociedad a través de distintos intereses sociales y económicos, como la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria, el empleo y la protección social (Hutchinson y Lee, 2014, p. 120-121).

Como muestra la Tabla de resultados 48 de las 1107 citas analizadas en la globalidad de las 250 guías docentes, 228 se corresponden con "inclusión social". Que definimos como el:

> *Proceso que trata de garantizar que todas las personas tengan las mismas oportunidades, derechos y acceso a recursos y servicios, independientemente de su origen, género, edad, raza, religión, discapacidad o cualquier otra condición o característica. Es fundamental para la calidad de vida y bienestar de las personas y comunidades, ya que promueve el acceso a los servicios y recursos esenciales, entre los que se encuentran los sanitarios. Es relevante en la enfermería, pues esta, al trabajar*

[112] Desarrollamos qué y cuáles son las unidades de contexto y registro del análisis de contenido en el Capítulo 1-Etapa 1-Definición de las unidades de análisis.

USC DE COMPOSTELA

con personas puede identificar y abordar barreras para la inclusión y promover enfoques asistenciales equitativos, respetuosos y sensibles a la diversidad (Anexo 2).

De las 14 subcategorías propuestas englobadas dentro de esta hemos encontrado que la "exclusión social", la "interseccionalidad", la "cohesión social" y el "Estado de Bienestar" no se mencionan en ninguna ocasión. La mayoría de las citas se han categorizado dentro de la subcategoría "bienestar" (62,72% de las citas).

		GLOBAL GUÍAS DOCENTES 250 1107	Totales
1. Inclusión Social: 1.1 Exclusión social	0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.2 Interseccionalidad	0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.3 Pobreza	1	1 0,44 %	1 0,44 %
1. Inclusión Social: 1.4 Clase Social	2	2 0,88 %	2 0,88 %
1. Inclusión Social: 1.5 Discriminación	2	2 0,88 %	2 0,88 %
1. Inclusión Social: 1.6. Estigma	26	26 11,40 %	26 11,40 %
1. Inclusión Social: 1.7 Cohesión social	0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.8 Política Sanitaria	4	4 1,75 %	4 1,75 %
1. Inclusión Social: 1.9 Discapacidad	28	28 12,28 %	28 12,28 %
1. Inclusión Social: 1.10 Calidad de vida	9	9 3,95 %	9 3,95 %
1. Inclusión Social: 1.11 Desarrollo Humano	1	1 0,44 %	1 0,44 %
1. Inclusión Social: 1.12 Estado de Bienestar	0		0 0 %
1. Inclusión Social: 1.13 Bienestar	143	143 62,72 %	143 62,72 %
1. Inclusión Social: 1.14 Participación	12	12 5,26 %	12 5,26 %
Totales		228 100 %	228 100 %

Tabla de resultados 48 **Subcategorías de "inclusión social" presentes en la globalidad de las guías docentes**

Es llamativo que el término "inclusión social" como tal, solo se ha identificado en una ocasión del total de las guías docentes. Ha sido entre los contenidos de la optativa "Salud, dependencia y vulnerabilidad social" de la Escuela de Enfermería de Pontevedra, que plantea un bloque temático denominado "Equidad en salud, diversidad e inclusión social". Una explicación para este hallazgo podría ser que, dentro de la formación de enfermería, lo que entendemos por inclusión social se denomine de otro modo, como por ejemplo "cuidado integral". Sin embargo, como expondremos más adelante, esa categoría, también se ha presentado de forma limitada en las guías docentes, y al analizar la co-ocurrencia de las categorías "inclusión social" y "cuidado integral" observamos que solo coinciden en la reiteración de una competencia:

> Capacidad para describir los fundamentos a nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con el entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad.

La **subcategoría "bienestar"**, la más frecuente dentro de esta categoría, se ha identificado principalmente en forma de una competencia específica: Proteger la salud y el bienestar de las

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

personas familias o grupos, garantizando su seguridad. Si bien, en ella podemos observar que diferencia entre salud (orientada hacia la patología) y bienestar (orientado hacia la percepción subjetiva de la persona), no hemos observado en las guías docentes que este concepto se contextualice en el enfoque de cuidados propuesto en la tesis salvo en una ocasión. En la materia Enfermería Comunitaria II de la Facultad de Enfermería de Ferrol se plantea el contenido "Salud comunitaria: de la enfermedad al bienestar" lo que refleja una orientación coherente con la propuesta de autoras como Graells e Insa (2021). Estas subrayan la importancia de la vivencia personal en temas de salud, enfermedad y sufrimiento, destacando que los modelos explicativos y significados individuales son fundamentales. Sugieren que la tradición biomédica, centrada en el déficit y la enfermedad, ha dejado de lado el bienestar, resultando en un enfoque rígido y poco adaptado a la diversidad social, lo que lleva a minimizar, desconocer o negar lo que no encaja en el discurso dominante.

Cabe detenerse en la **subcategoría "discapacidad".** Aunque hemos encontrado algunas menciones, estas se contextualizan generalmente en el marco de la dependencia y las personas mayores, desde un enfoque orientado al déficit y la enfermedad, contrario a los argumentos propuestos. Entre ellos, contradice las sugerencias del CIE (2006) mostradas en el capítulo 3: "la discapacidad puede ser física, mental, sensorial, psicológica o social y afecta a una proporción importante de la población del mundo, de todos los grupos de edades y de todos los países y regiones". Otra evidencia que señala a una orientación distinta de la propuesta se ilustra con la ausencia total del término "diversidad funcional" propuesto por Romañach y Lobato (2007), que formuló una mirada diferente, positiva, de la discapacidad. Esta ausencia, junto con la reiteración de la dependencia sugiere que los contenidos de las guías no son congruentes con las tendencias actuales, que se centran en la accesibilidad y el diseño universal (también ausentes en las guías docentes), la autonomía personal y la participación social en la discapacidad. Buscan trasladar la causa de la discapacidad de aspectos corporales a factores ambientales, donde la autonomía surge de la combinación de ambos (Conde Melguizo, 2014). También contradice las propuestas de la ONU (2018), que en el documento *Los derechos de las personas con discapacidad* advertía:

> Las facultades de medicina y de la salud deben revisar sus planes de estudio para garantizar que la educación que reflejen adecuadamente las necesidades y los derechos sanitarios de las personas con discapacidad (Artículo 67).

La ausencia total o presencia anecdótica de la "exclusión social", "pobreza", "clase social" o "discriminación" en las guías docentes también es muy reveladora sobre la orientación de los planes de estudio gallegos. Confirma la vigencia de los argumentos de Medina (1999) que razonaba hace más de dos décadas que la Enfermería no se ha mostrado interesada en analizar los contextos sociales, económicos y políticos en los que se producen situaciones de exclusión social, como la vejez, la marginación o el estigma, así como su papel en estos, y es coherente también con la ausencia de referencias a los "determinantes sociales de la salud" como veremos más adelante. El caso concreto de "pobreza" concuerda además con los hallazgos de De Magalhães et al., (2022), que señalaban a que la enseñanza de la pobreza es limitada en la formación de los estudiantes de enfermería, o que cuando se ofrece este contenido, ocurre de forma poco sistemática y esporádica en las clases, no como parte del componente curricular.

No debemos obviar que la exclusión en el ámbito sanitario se debe, entre otros, a la discriminación, es decir, a un trato desigual e injusto basado en la identidad de las personas, y que los agentes de la discriminación pueden ser, además de las personas, el Estado y sus instituciones. Esta discriminación puede ser sobre la base de la raza, etnicidad, origen nacional,

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

indigeneidad, género, sexualidad, ingresos, clase social, formación, edad, aptitudes físicas, creencias espirituales o religiosas, y creencias políticas y es la interseccionalidad de estas identidades la que crea sistemas complejos de discriminación superpuestos e interdependientes. Desde esta concepción, la ausencia de la subcategoría "interseccionalidad"(Crenshaw, 2005; Delevan, 2022; Frías, 2022; Sensoy et al., 2017) también nos revela que el enfoque de inclusión social defendido no se deduce de la información aportada por las guías docentes. Solo en una cita se deja entrever esta orientación: "principales fenómenos psicosociales que aparecen en la interacción social: percepción de otras personas, actitudes, estereotipos, presión de grupo, ideología, cultura, expectativas, sexismo, xenofobia, racismo y poder" (Materia: Psicología. Povisa. UVigo). Del mismo modo que la "interseccionalidad", la ausencia de referencias al "desarrollo humano" también apunta a esta dirección, pues tal y como expone Martha Nussbaum (2012) este enfoque no propone simplemente que las personas logren el bienestar, tan mencionado en las guías docentes, sino que pone el foco en las oportunidades disponibles para poder alcanzarlo. La información que aportan las guías docentes no es congruente con esta concepción de la asistencia sanitaria porque: ¿cómo se abordan las competencias para reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social o ser capaces de imaginar la situación de otra persona, si no se trata la influencia de la pobreza, la clase social, el estigma, la exclusión social o la discriminación en el acceso y cuidado de la salud?

5.2.2 Cuidados

Como muestra la Tabla de resultados 49 de las 1107 citas analizadas en la globalidad de las 250 guías docentes, 360 citas se corresponden con "cuidados". Que definimos como:

> *Todas las referencias en el plan de estudios al rol de la enfermería, actuaciones o cuidados dentro del ámbito de sus competencias, o modelos teóricos/marcos conceptuales que se incardinen en la intersección entre la enfermería y la inclusión social.*

De las 12 subcategorías englobadas dentro de esta hemos encontrado que la "competencia estructural" y el "autocuidado/bienestar de la enfermera" no se mencionan en ninguna ocasión. La mayoría de las citas se han etiquetado dentro de la subcategoría "Código Deontológico".

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	GLOBAL GUÍAS DOCENTES 250 1107	Totales
2. Cuidados: 2.1 Sociedad del cuidado 2	2 0,56 %	2 0,56 %
2. Cuidados: 2.2 Humanización 4	4 1,11 %	4 1,11 %
2. Cuidados: 2.3 Competencia Cultural 3	3 0,83 %	3 0,83 %
2. Cuidados: 2.4 Competencia estructural 0		0 0 %
2. Cuidados: 2.5 Código Deontológico 186	186 51,67 %	186 51,67 %
2. Cuidados: 2.6 Activos en salud 4	4 1,11 %	4 1,11 %
2. Cuidados: 2.7 Modelo Salutogénico 4	4 1,11 %	4 1,11 %
2. Cuidados: 2.8 Sociosanitario 78	78 21,67 %	78 21,67 %
2. Cuidados: 2.9 Cuidado integral/holístico 32	32 8,89 %	32 8,89 %
2. Cuidados: 2.10 Misión Social 44	44 12,22 %	44 12,22 %
2. Cuidados: 2.11. Gestión de casos 3	3 0,83 %	3 0,83 %
2. Cuidados: 2.12 Autocuidado/Bienestar de la enfermera 0		0 0 %
Totales	360 100 %	360 100 %

Tabla de resultados 49 **Subcategorías de "cuidados" presentes en la globalidad de las guías docentes**

Parece coherente que la categoría más presente en la globalidad de las guías docentes sea "cuidados", pues tal y como desarrollamos ampliamente en el capítulo 2 es la razón de ser de la Enfermería como profesión. La pregunta a la que hemos intentado responder basándonos en nuestros argumentos de capítulos previos es qué tipo de cuidado es el que predomina en la formación inicial de la enfermería. ¿Un cuidado orientado a la enfermedad centrado en las técnicas y procedimientos de enfermería? O, ¿un cuidado holístico e integral centrado, en la línea de Watson (2011), en crear relaciones auténticas, respetuosas, igualitarias y de humano a humano?

En este sentido, la subcategoría "cuidado integral" acumula 32 citas, de las cuales 18 se corresponden con la competencia: Realizar cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial. Sin más referencias a contenidos u otros aspectos que nos indiquen una integración de este enfoque en el plan formativo.

Además, como venimos reiterando, el análisis documental limita la posibilidad de responder a estas preguntas de forma definitiva, pero de nuestros hallazgos sí podemos mostrar lo que subyace de la información pública de los planes de estudio. Como observamos en la Tabla de resultados 49, la mayoría de las citas se engloban en la **subcategoría "Código Deontológico"** lo que sugiere que de una forma u otra durante la formación se transmiten los deberes profesionales. Sin embargo, la ausencia de algunas subcategorías en este y otros apartados, nos evoca algunas dudas sobre cómo se contextualizan dichos deberes profesionales que han de inspirar la conducta de las enfermeras. Recordemos que el "Código Deontológico de la Enfermería Española" comienza informando que la salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que incluye la totalidad del ser humano, se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive. A lo que añade que el papel de los enfermeros en la sociedad engloba, entre otros, la "integración social del enfermo" (p.4). Estas afirmaciones no se encuentran en nuestros hallazgos, pues, como mencionábamos en el apartado anterior, no hemos identificado a penas referencias al "desarrollo humano", y como vemos en la Figura 49 tampoco a la "competencia cultural" o a la "humanización". ¿Cómo se relacionan los deberes profesionales

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

transmitidos durante la formación, especialmente los vinculados al "Código Deontológico", ¿con la preparación ética de las enfermeras?

Del mismo modo, cuando en el contexto del Código Deontológico se alude al "papel de la enfermería en la sociedad", no parece que este se incardine en la promoción de una "Sociedad de los Cuidados" a la que hacíamos referencia en el capítulo 3 como una idea potente que da cobijo y alienta a la investigación de esta tesis. Desde la perspectiva que defendemos entendemos, en la línea de Domínguez Alcón et al. (2018), Martínez Buján (2019) y Tronto (2017), que la sociedad que debe promocionarse desde la formación es una en la que la atención y el cuidado se consideran valores fundamentales, y en la que se aprecie y reconozca el trabajo de cuidados (tanto remunerado, como no remunerado). Sin embargo, las guías docentes analizadas no concuerdan con estas ideas, pues, como observamos en la Figura 48, no hemos encontrado referencias a la subcategoría "cuidado/autocuidado de las propias enfermeras", que definimos como: "Las acciones o voluntad de las instituciones y estructuras del sistema sanitario para fomentar y garantizar la salud (en sentido amplio) y el valor de los cuidados de las enfermeras que trabajan en ellos" (Anexo 2). Lo que se aleja también de las propuestas de Bárbara Carper (1978) que concluyó que entre los cuatro patrones de conocimiento necesarios en la enfermería se encuentra el enseñar a la enfermera a cuidarse y conocerse, lo cual le permitirá realizar un cuidado de excelencia (Carper, 1978).

Tampoco encontramos referencias a la "competencia estructural" (Hansen, Metzler y Petty, 2017, 2019) que alude a la capacidad del estudiantado para identificar la relación entre las características y las condiciones sociales, culturales y estructurales que afectan a las personas y sus desenlaces de salud, así como demostrar conocimiento y comprensión sobre los mecanismos mediante los cuales estos factores sociales moldean los resultados de salud. A estas ausencias sumamos las de "Modelo Salutogénico" y "Activos en salud", lo que informa que de forma explícita no se aborda el sistema sanitario desde esta concepción que cuestiona la tendencia tradicional centrada en la enfermedad y su tratamiento, reorientándose hacia un enfoque positivo de la salud y el cuidado, centrado en la promoción de estos, el bienestar general de la ciudadanía y la reducción de las desigualdades (Ministerio de Sanidad 2021, 2022).

Esta tendencia se ilustra también en la subcategoría "misión social", cuyas 44 citas (que representan el 12% de las citas para la categoría "cuidados") las hemos etiquetado en una única competencia que se reitera en las guías docentes "Comportarse con ética y responsabilidad social como ciudadano y como profesional", sin embargo, en ningún caso se incluyen contenidos, descripción u objetivos relacionados con la misión, compromiso o responsabilidad social, tal y como se entiende en el trabajo: "la enseñanza y el compromiso con la comunidad, la promoción de la diversidad, la reducción de las desigualdades sanitarias y el acceso responsable a la sanidad […] hacer que la sanidad no sólo sea mejor, sino más justa, fiable y universal" (Mullan, 2017).

Para finalizar, a pesar de la presencia moderada de la subcategoría "sociosanitario", esta no se presenta en el contexto de una atención integral, pues se relaciona exclusivamente con la geriatría, y no incluye otros dispositivos o modelos para la atención sanitaria y social, como organizaciones comunitarias dedicadas a la discapacidad o colectivos en riesgo de exclusión social. En nuestro caso incorporábamos dentro de esta subcategoría referencias al ámbito penitenciario, personas sin hogar o la protección de menores a los que no se hace referencia en ninguna ocasión.

Como remedio a estas inclinaciones del plan de estudios podemos recuperar los argumentos de Waldow (2009), que sugiere la necesidad de nuevas configuraciones del conocimiento, proponiendo, paradójicamente para el caso de la enfermería, una enseñanza centrada en el cuidado (o educación para el cuidado), pero no impartida sobre los parámetros tradicionales de

USC DE COMPOSTELA

enseñanza, caracterizados por componer una serie de listas o manuales de procedimientos que detallan los pasos y las maneras que se consideran correctas para cuidar, sino la enseñanza del cuidado desde una orientación humanista "que percibe el cuidar en todas sus dimensiones, como un fenómeno que forma parte de todas las actividades y tiene una meta común: el crecimiento y el bienestar del ser, sea un paciente, un alumno, un vecino, un animal, una planta, la comunidad o el planeta". Como sugiere Escudero (2006) sobre la mejora de la educación y la ética del cuidado: "La mejora no puede ser, entonces, un asunto de gestión fría ni de profesionales que pongan en primer lugar su condición de funcionarios, olvidándose de la faceta más humana, personal y moral de sus actuaciones".

5.2.3 Accesibilidad

Como muestra la Tabla de resultados 50, de las 1107 citas analizadas en la globalidad de las 250 guías docentes analizadas, 24 citas se corresponden con "accesibilidad", que definimos como:

> *La obligación de garantizar que los bienes y servicios sanitarios estén al alcance de todo el mundo, sin discriminación alguna.*

De las 12 subcategorías englobadas dentro de esta hemos encontrado que la "accesibilidad universal", la "accesibilidad cultural", la "accesibilidad sensorial", la "cobertura sanitaria universal" o el "diseño universal/para todos" no se mencionan en ninguna ocasión en los 250 documentos. La mayor frecuencia de citas se ha categorizado dentro de la subcategoría "Atención domiciliaria".

	GLOBAL GUÍAS DOCENTES 250 1107	Totales
3. Accesibilidad: 3.1 Accesibilidad Universal 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.2 Accesibilidad a la salud 4	4 16,67 %	4 16,67 %
3. Accesibilidad: 3.3. Accesibilidad cognitiva 1	1 4,17 %	1 4,17 %
3. Accesibilidad: 3.4 Accesibilidad cultural 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.5 Accesibilidad sensorial 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.6 Accesibilidad física 2	2 8,33 %	2 8,33 %
3. Accesibilidad: 3.7 Cobertura Sanitaria Universal 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.8. Rural/Urbano 1	1 4,17 %	1 4,17 %
3. Accesibilidad: 3.9. Brecha Digital 5	5 20,83 %	5 20,83 %
3. Accesibilidad: 3.10. Atención domiciliaria 10	10 41,67 %	10 41,67 %
3. Accesibilidad: 3.11 Diseño universal/Diseño para todos 0		0 0 %
3. Accesibilidad: 3.12. Aislamiento social/soledad 1	1 4,17 %	1 4,17 %
Totales	24 100 %	24 100 %

Tabla de resultados 50 **Subcategorías de "accesibilidad" presentes en la globalidad de las guías docentes**

La "accesibilidad" es una categoría en la que detenerse, pues es clave en la orientación que defendemos y en contrapartida es la más ausente en la globalidad de las guías docentes.

Comenzaremos interpretando la subcategoría más mencionada: "Atención Domiciliaria", con 10 citas, de las cuales 9 se corresponden con el mismo contenido: "visita domiciliaria" en

el contexto de la materia Enfermería Comunitaria. Este resultado es coherente con la cartera de servicios de la enfermera de atención primaria del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) que incluye la visita domiciliaria tanto para aquellos pacientes que por diversos motivos no pueden desplazarse al centro de salud, como para aquellos que se encuentran en fase terminal. La atención domiciliaria es una función consolidada en la enfermería que ha venido desarrollando a lo largo de la historia. Sin ir más lejos, las "enfermeras visitadoras", referenciadas en el capítulo 2, son las predecesoras de las actuales enfermeras comunitarias, por lo que no es de extrañar que esta subcategoría se mencione en las guías docentes de todos los centros de Galicia al menos en una ocasión. Sin embargo, como razonaremos a continuación, parece que esta presencia no se acompaña de otros elementos fundamentales para la accesibilidad y que puede que se transmita que el mero de hecho de acudir a un domicilio promueve la accesibilidad desde una visión reduccionista de lo que esto significa.

La ausencia total de referencias a la "accesibilidad universal" o a la "cobertura sanitaria universal", así como las menciones anecdóticas o inexistentes a los diferentes tipos de accesibilidad, apuntan en esta dirección. Pues, como plantea Sánchez-Torres (2017) ofrecer un servicio no es sinónimo de que la persona realmente pueda hacer uso de él. A través de la información que aportan las guías docentes interpretamos que el alumnado conocerá que la enfermería incorpora entre sus funciones profesionales acudir a los domicilios de los pacientes para su cuidado, pero, esto se acompaña de una reflexión crítica sobre el contexto en el que tiene lugar. ¿Tienen las mismas posibilidades de visita domiciliaria las personas que viven en zonas rurales que urbanas? ¿El sistema aporta los medios necesarios para realizar la visita con eficiencia, funcionalidad y sin discriminación? ¿A qué se limita una enfermera al visitar a un paciente, a la demanda de atención, o desde una perspectiva integral valora, por ejemplo, el acceso a agua y saneamiento, lo que hay en su nevera o si su edificio tiene ascensor? Retomando a Medina (1999) es evidente que las enfermeras en su ejercicio de cuidado observan de primera mano los resultados, en términos de salud-enfermedad o de bienestar-padecimiento, del desempleo, la precariedad, los problemas con la vivienda, la exclusión por motivos de sexo, raza, etnia, clase social o enfermedad, es decir, constatan, al relacionarse con los pacientes que cuidan, el impacto de las políticas de salud y de la ideología social hegemónica en las vidas de las personas. Pero estas, paradójicamente, no consideran el foco de su responsabilidad profesional la modificación o transformación de las estructuras sociales que influyen en los problemas de los que se ocupan. Esta idea se refuerza al observar que solo hemos identificado una mención en el global de las guías docentes a la "soledad". La accesibilidad en el ámbito de la salud está muy ligada a la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, pues no es lo mismo el acceso a los recursos y servicios, que el acceso a una atención comprometida, de calidad y equitativa en dichos recursos (Sánchez-Torres, 2017).

Como subrayamos en el capítulo 3 diversas fuentes cuestionan la verdadera universalidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, pues siguen existiendo muchas barreras para el acceso efectivo tanto a los recursos sanitarios como al mantenimiento de la salud, lo que suma a las carencias estructurales, que no se prepara a los profesionales sanitarios para promover la accesibilidad universal. Datos procedentes de la *Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales* (EINSFOESSA 2018), así como autores como Urbanos-Garrido (2016) señalan que la utilización de los servicios sanitarios, o lo que es lo mismo, el acceso efectivo a ellos, difiere según la clase socioeconómica, según el país de procedencia o la etnia, según el género, según el lugar de residencia o según las capacidades de la persona. La existencia de diferentes tipos de barreras exige pensar en distintas dimensiones de la accesibilidad (cultural, sensorial, física, cognitiva…) sin embargo, en las guías docentes no encontramos referencias a ninguna de ellas. Tampoco a estrategias para promoverlas, tales como el "diseño para todos".

USC DE COMPOSTELA

La accesibilidad universal va más allá de la disponibilidad de recursos, para la enfermería implica que todos los aspectos de los cuidados y servicios que se ofrecen sean diseñados y proporcionados de manera que cualquier persona, independientemente de sus capacidades o discapacidades, pueda acceder y utilizarlos plenamente. Esto incluye desde el diseño de instalaciones físicas accesibles hasta la comunicación efectiva con pacientes de diversas necesidades. Los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad compartida de garantizar que los entornos y servicios sean accesibles, identificando y trabajando por eliminar barreras físicas y comunicativas, y adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente para brindar atención de calidad y respeto a todas las personas. ¿Es posible transmitir esta concepción de la asistencia sanitaria sin hablar de las barreras para la accesibilidad, o sin hacer referencia al diseño para todos, a la lengua de signos, o a la instrospección para abordar el estigma y los prejuicios personales que pueden actuar como barrera en su ejercicio profesional?

5.2.4 Derechos

Para esta categoría, resultado del análisis, añadimos una nueva subcategoría: "Derechos Fundamentales". La incluimos al identificar que se mencionaba con frecuencia en algunas guías docentes. Se diferencia de la subcategoría "derechos humanos" por el ámbito de aplicación y su reconocimiento. Los derechos fundamentales están incluidos en la Constitución o carta de derechos de cada país, por su parte, los derechos humanos no tienen limitación territorial se consideran inherentes a todo ser humano. Por otro lado, el enfoque de los derechos fundamentales puede estar más influenciado por la cultura, la historia y las circunstancias específicas de un país, por lo que pueden reflejar los valores y prioridades de la sociedad en cuestión. Además, existe un enfoque de salud basado en "derechos humanos", pero no un enfoque de salud basado en derechos fundamentales. Por su parte, la subcategoría "derecho a la salud" se ha mantenido como independiente, pues, aunque obviamente es un derecho fundamental, que también se recoge dentro de los derechos humanos, se ha querido categorizar aparte, ya que se considera, por lo argumentado en el marco teórico que es un derecho que merece ofrecerse de forma específica.

Como muestra la Tabla de resultados 51, de las 1107 citas analizadas en la globalidad de las 250 guías docentes, 285 se corresponden con "derechos". Que definimos como:

> *Todo aquello que una persona puede hacer o exigir ya que la Ley u autoridad lo establece a su favor, así como todas aquellas facultades y obligaciones que derivan del estado de una persona o de sus relaciones con respecto a otras. En este caso nos referimos a las obligaciones y derechos de pacientes y profesionales de enfermería.*

Hemos identificado menciones para las 4 subcategorías propuestas, siendo "derechos del paciente" la que más aglutina con diferencia (229 citas, 80,35% del total para la categoría), en contraste con "derechos humanos" (5 menciones, 1,75%) o "derecho a la salud" (9 menciones, 3,16%).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

		GLOBAL GUÍAS DOCENTES 250 1107	Totales
4. Derechos: 4.1 Derechos Humanos	5	5 1,75 %	5 1,75 %
4. Derechos: 4.2 Derechos Fundamentales	42	42 14,74 %	42 14,74 %
4. Derechos: 4.3 Derecho a la salud	9	9 3,16 %	9 3,16 %
4. Derechos: 4.4 Derechos del paciente	229	229 80,35 %	229 80,35 %
Totales		285 100 %	285 100 %

Tabla de resultados 51 **Subcategorías de "derechos" presentes en la globalidad de las guías docentes**

Como ha sido habitual durante el análisis, las citas se han identificado en su mayoría en forma de competencias. Han sido numerosas las citas relacionadas con "derechos del paciente" tal y como se puede observar en la Figura 50. Se reiteran competencias que aluden al derecho a la autonomía, la información, la confidencialidad… tales como:

- Promover y respetar el derecho a la participación, información, autonomía, consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en la que viven su proceso de salud-enfermedad.
- Saber comprender sin prejuicios a las personas considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, además de garantizar el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
- Prestar cuidados garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia.

Como se puede comprobar estas competencias están en consonancia con todo lo que hemos argumentado en capítulos previos, sin embargo, esto contrasta con la ausencia de citas relacionadas en forma de contenidos u en otros apartados de las guías docentes. La sensación que provoca es que se abusa de la competencia, porque es lo correcto, pero no se concreta como se adquiere. De las 229 citas para esta subcategoría, solo 16 son contenidos, de los cuales 13 referencian la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica,* y las cuatro restantes mencionan: derecho a la información, derecho a una muerte digna y derecho familiar y conciliación.

Llama la atención la ausencia de referencias a los "Derechos Humanos", con solo 5 menciones en la globalidad de las guías docentes. Esta circunstancia contradice multitud de sugerencias especializadas. Sin ir más lejos, el reciente Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad que establece que los planes de estudios deberán tener como referente el respeto a los derechos humanos. En el ámbito concreto de la enfermería, el Código Deontológico Internacional expone que son inherentes a la profesión enfermera el respeto por los derechos humanos (CIE, 2021), y en el Código Deontológico de la Enfermería española que las/os enfermeros/as han de enfatizar de manera prioritaria dentro de sus programas la adopción de un profundo respeto por los derechos humanos. Por otro lado, el CIE en su declaración de posición *La Enfermería y los derechos humanos* (2011) manifiesta que con el fin de que las enfermeras estén preparadas para tratar adecuadamente los derechos humanos, en todos los niveles de la formación de enfermería deben incluirse las cuestiones de derechos humanos y la necesidad de la función de las enfermeras (CIE, 2011). En esta dirección,

USC DE COMPOSTELA

el documento *Competencias básicas del educador de enfermería* que publicó la OMS (2016), también establece entre las competencias básicas para el profesorado: promover la justicia social y la protección de los derechos humanos en los procesos de enseñanza y aprendizaje y en el entorno sanitario, demostrando conocimientos profundos sobre estos, y sus vínculos con la justicia social y la salud (competencia 6.1). Sin embargo, la tendencia identificada en las guías docentes analizadas es que el enfoque se dirige más hacia una atención sanitaria basada en leyes, que a un enfoque de salud basado en derechos humanos. Aunque no son orientaciones excluyentes, nosotros enfatizamos en la segunda, más afín a valores humanos y principios morales internos que guían la conducta y la toma de decisiones de las enfermeras, que a normativas externas establecidas por instituciones o autoridades para dirigir y controlar su comportamiento. El desequilibrio identificado entre una orientación y la otra también contradice la lógica de la Ética del Cuidado, pues como argumentábamos en el capítulo 2 tomando como referencia a Carol Guilligan (2013), en el cuidado existen distintas respuestas morales, igual de relevantes y complementarias: respuestas fruto de la lógica, traducidas en normas y leyes, donde los derechos y las responsabilidades en torno al cuidado están definidas por otros; o en forma particular, a través de la comunicación basada en la relación interpersonal, donde se asume la responsabilidad por uno mismo en la relación con los demás (Busquets, 2019; Guilligan, 2013, p. 21). Por supuesto, conocer la legislación es indispensable, pero como razona Camps (2021) si reconocemos el derecho universal a ser cuidados y el deber universal de cuidar, entendemos que es algo colectivo, para todas las personas sin distinción donde "el derecho puede mostrarse insuficiente al no poder integrar en una norma todas las situaciones existentes de cuidados o posibles" (p. 85).

Entendemos pues que la salud es mucho más que la ausencia de la enfermedad o el acceso a la atención sanitaria, por ello el derecho a la salud desde la concepción que defendemos debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una serie de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, y, de este modo, la enfermería basada en derechos humanos buscará integrar los principios de equidad, no discriminación y justicia en la atención y promoción de la salud. ¿Cómo garantizar una formación de enfermeras más equilibrada, que integre adecuadamente tanto los aspectos legales como los enfoques basados en derechos humanos en la atención y promoción de la salud?

5.2.5 Diversidad social y cultural

Como muestra la Tabla de resultados 52 de las 1107 citas analizadas en la globalidad de las 250 guías docentes, 176 se corresponden con "diversidad social y cultural", que definimos como:

> *La variedad de características individuales, poblacionales y sociales, que incluyen, pero no se limitan a la edad, el sexo, la raza, la etnia, la orientación sexual, la identidad de género, las estructuras familiares, las ubicaciones geográficas, el origen nacional, la cultura, el idioma, las capacidades físicas, funcionales y de aprendizaje, las creencias religiosas y morales y el estatus socioeconómico. Las diferencias culturales y sociales pueden influir en cómo las personas entienden y experimentan la salud y la enfermedad, y pueden afectar la forma en que acceden y utilizan los servicios sanitarios.*

De las 6 subcategorías englobadas dentro de esta hemos encontrado que el "etnocentrismo" no se menciona en ninguna ocasión. La mayoría de las citas se han categorizado dentro de la subcategoría "transculturalidad" (114 citas, 64,77%), seguido de "cultura" (50 citas, 28,41%).

		GLOBAL GUÍAS DOCENTES 250 1107	Totales
5. Diversidad social y cultural: 5.1 Cultura	50	50 28,41 %	50 28,41 %
5. Diversidad social y cultural: 5.2 Etnocentrismo	0		0 0 %
5. Diversidad social y cultural: 5.3 Etnicidad	3	3 1,70 %	3 1,70 %
5. Diversidad social y cultural: 5.4 LGBTIQ+	4	4 2,27 %	4 2,27 %
5. Diversidad social y cultural: 5.5 Transculturalidad	114	114 64,77 %	114 64,77 %
5. Diversidad social y cultural: 5.6 Migraciones	5	5 2,84 %	5 2,84 %
Totales		176 100 %	176 100 %

Tabla de resultados 52 **Subcategorías de "diversidad social y cultural" presentes en la globalidad de las guías docentes**

Para la subcategoría "transculturalidad", de las 114 citas identificadas, 90 se corresponden principalmente con la reiteración de la competencia: "Conocer y apreciar la diversidad y la multiculturalidad" y algunas menciones a la competencia "Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural". En contraste, solo identificamos 9 citas en forma de contenidos relacionados con la asistencia sanitaria en contextos interculturales, mediación intercultural en el cuidado de la salud o referencias a la enfermería transcultural y los modelos teóricos de Madeleine Leininger[113]. Estos resultados contrastan con la ausencia de subcategorías como "migraciones", "etnicidad" (lo que incluye la raza) y "etnocentrismo". A lo que se suman ausencias a subcategorías incluidas en otras unidades temáticas como "discriminación" (donde incluíamos el racismo), "interseccionalidad" (que aborda la opresión y el privilegio y su relación con la salud), "justicia social" o "salud global". Ante estos hallazgos el primer interrogante que surge es cómo se aborda la transculturalidad, definida en el libro de categorías como: *la capacidad de las personas y sociedades para trascender a las barreras culturales y desarrollar sentido de la comprensión y respeto hacia las diferencias culturales, lo que implica necesariamente el reconocimiento y valoración de la diversidad cultural* (Anexo 2), sin referencias a todo lo anterior. Esto concuerda con las investigaciones de Parry y Sivertsen (2021), que muestran como la formación de enfermería es generalmente etnocéntrica[114].

A esto sumamos que, al revisar la subcategoría "cultura" observamos que la gran mayoría de las citas se corresponden con bibliografía o el contenido específico sobre antropología de los cuidados o de la salud, donde quizás puedan tratarse los prejuicios, estereotipos, el racismo o el etnocentrismo. De nuevo, nuestra investigación limita respuestas definitivas al respecto. No obstante, nuestra impresión es que se exponen los conceptos de forma aislada, y que no enfatizan en la necesidad de relacionarlos con el contexto, en este caso los hechos sociales y culturales que rodean la problemática a estudiar. Esta impresión concuerda con las de otros investigadores, como por ejemplo Moreno Preciado, que, en su libro *Transculturalidad, género y salud. Manual de enfermería cultural* (2021b) plantea que el "cuidado cultural", aquel que incorpora, además de los aspectos físicos y psicológicos, la valoración, planificación, ejecución y evaluación de factores socioculturales, es frecuente en el discurso de la enfermería, sin embargo no se sabe a ciencia cierta a qué hace referencia exactamente, pues al profundizar nos percatamos que el centro real de la atención sigue siendo el orden biológico, y lo sociocultural

[113] Enfermera y antropóloga social, teórica clásica en la enfermería que desarrolló e introdujo la transculturalidad en el campo de la enfermería y la asistencia sanitaria en general. Se alude a ella en el capítulo 1.

[114] Tendencia emocional que hace de la cultura propia el criterio exclusivo para interpretar los comportamientos de otros grupos, razas o sociedades (RAE).

"parece más bien la "guinda del pastel", algo que queda bonito porque se ha puesto de moda […] lo importante, por tanto, no es hablar de factores socioculturales de forma exclusivamente teórica o más bien retórica, sino integrarlos en procesos específicos de cuidados" (p.74).

También nos parece llamativo que el término "migraciones" (o en formas afines como, inmigrantes, migrantes, extranjeros, refugiados…) se mencione solo en 5 ocasiones en el total de los 1107 fragmentos de texto analizados. Este es un tema relevante que está influyendo notablemente en la asistencia sanitaria, pues deriva en un contexto social en el que nos encaminamos inevitablemente a un mestizaje poblacional sin precedentes, y, por lo tanto, a una diversidad muy amplia del perfil de pacientes que la enfermera cuida. Sobre este particular, y en referencia al sistema sanitario, el *Plan de acción sobre la integración e inclusión 2021-2027* desarrollado por la Comisión Europea en 2020, y centrado en la población migrante, establece que es prioritario impartir formación al personal sanitario sobre gestión de la diversidad y las necesidades de grupos específicos (inmigrantes con trauma, víctimas de trata de seres humanos y violencia de género, Menores no acompañados, personas mayores de otras culturas, personas con discapacidad de otras culturas, etc.…)(Comisión Europea, 2020, p. 14).

Según Leininger (citado por Marriner Tomey y Alligood, 2011) "no es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura son válidos para los demás, pues cada persona, cada grupo y subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones". La ausencia de menciones en las guías docentes a las migraciones sumada a otras como "competencia cultural"[115] o el ya citado "etnocentrismo", no sugiere esta orientación en la formación inicial de la enfermería gallega.

Por último, las referencias al colectivo LGBTIQ+ han sido mínimas. El término como tal solo se menciona en la materia "Salud, dependencia y vulnerabilidad social" de la Escuela de Enfermería de Pontevedra, y en forma de "diversidad sexual y de género" en la asignatura "Salud, género y retos sociales" de los centros de la USC. Khuntia et al., (2022) o Graells e Insa (2021) informan a través de sus investigaciones la infrarrepresentación del colectivo (junto con otras minorías) entre el profesorado y alumnado de enfermería, lo que se traduce en equipos asistenciales poco diversos y en planes de formación que reproducen discursos únicos, donde todo lo que se escapa de la norma es minimizado, no reconocido o negado resultando en que las personas que no encajan en ese modelo deban iniciar largos itinerarios terapéuticos dentro y fuera del sistema.

¿De qué manera influye las escasas referencias a las migraciones, la etnicidad o el etnocentrismo en la formación de enfermeras para abordar la diversidad cultural y social en la atención sanitaria? ¿Cómo se puede superar la aparente contradicción entre la importancia de la competencia cultural y la falta de menciones a cuestiones clave como discriminación, interseccionalidad y justicia social en la formación inicial de enfermeras? ¿Cómo se puede transformar la enseñanza del cuidado transcultural en enfermería para que vaya más allá de la retórica y se integre de manera efectiva en los procesos específicos de cuidado, considerando la complejidad de las prácticas y creencias culturales?

5.2.6 Equidad en salud

Como muestra la Tabla de resultados 53 de las 1107 citas analizadas en la globalidad de las 250 guías docentes, 213 se corresponden con "equidad en salud", que definimos como:

[115] Habilidad de los profesionales de las enfermeras, para entender y respetar las diferencias culturales de los pacientes, y adaptar sus prácticas y estrategias de atención a las necesidades, valores y creencias de cada individuo y comunidad, con el fin de brindar una atención más efectiva y de calidad. En definitiva, tener la capacidad de actuar con sensibilidad y respeto en un mundo diverso, con respeto por la historia, el contexto, los valores y la cultura de las comunidades. Incluye también comunicarse eficazmente entre culturas (Anexo 2).

La ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. Es decir, que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados en función de las necesidades de las personas.

De las 9 subcategorías englobadas dentro de esta hemos encontrado que las "poblaciones desatendidas" y el "riesgo social" no se mencionan en ninguna ocasión. La mayoría de las citas se han categorizado dentro de la subcategoría "Dignidad" (41,31 %).

	GLOBAL GUÍAS DOCENTES 250 1107	Totales
6. Equidad en salud: 6.1 Justicia Social 2	2 0,94 %	2 0,94 %
6. Equidad en salud: 6.2 Determinantes Sociales de la Salud 6	6 2,82 %	6 2,82 %
6. Equidad en salud: 6.3 Desigualdades/Inequidades en salud 15	15 7,04 %	15 7,04 %
6. Equidad en salud: 6.4 Vulnerabilidad 7	7 3,29 %	7 3,29 %
6. Equidad en salud: 6.5 Poblaciones desatendidas 0		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.6 Solidaridad 46	46 21,60 %	46 21,60 %
6. Equidad en salud: 6.7 Riesgo social 0		0 0 %
6. Equidad en salud: 6.7. Igualdad 49	49 23,00 %	49 23,00 %
6. Equidad en salud: 6.9 Dignidad 88	88 41,31 %	88 41,31 %
Totales	213 100 %	213 100 %

Tabla de resultados 53 **Subcategorías de "equidad en salud" presentes en la globalidad de las guías docentes**

Las referencias a la "dignidad" han sido frecuentes en las guías docentes. Más de la mitad de las citas etiquetadas bajo esta subcategoría (46 citas) se corresponden con la competencia: Prestar cuidados garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y la familia. Casi la otra mitad (31 citas) se identificaron como "resultados de aprendizaje", generalmente expuestos como: ser capaz de participar en los cuidados que tengan como finalidad garantizar el mayor grado de independencia de las personas en sus necesidades más básicas fomentando una óptima relación interpersonal que garantice la dignidad y la confidencialidad. Sin embargo, solo 4 referencias se vincularon con contenidos, dos relacionadas con la dignidad de la persona en el acompañamiento en el final de la vida, y otras dos como temas de Ética y Legislación: Dignidad Humana I: Introducción y libertad, la verdad ante el enfermo la atención humanitaria, y la atención espiritual. Dignidad Humana II: Persona, Dignidad, paradigma bioético diferencias y similitudes entre códigos normativos y éticos (Escuela de Enfermería de Povisa). Este resultado concuerda con las posiciones de autores como Macklin (2003) o Valdecilla Sevilla, (2007) que defienden que, a pesar de que la dignidad es un término relevante para todos los involucrados en el cuidado de las personas, este se plantea como un fenómeno excesivamente vago en la mayoría de los textos, que no se refieren a otra cosa que al respeto a la autonomía de las personas, la protección de la confidencialidad, la necesidad de la obtención del consentimiento informado y la protección sobre prácticas abusivas y discriminatorias. O autoras como Simões y Sapeta (2019), que tras

USC DE SANTIAGO

su exhaustiva revisión del concepto y de la literatura especializada al respecto, concluyeron que el estudio y la promoción de la dignidad por parte de la enfermería debe reformularse. Pues, señalan que, a pesar de que la dignidad es frecuente en el discurso de la enfermería, esta se concibe y transmite de forma plana, ajena a su complejidad, y evidencian que el concepto ha sido descuidado en la investigación empírica, careciendo de una base sólida para la práctica de los enfermeros en el día a día.

No nos detendremos en la presencia de subcategorías como "solidaridad" o "igualdad", pues, a pesar de que su frecuencia pudiese resultar alentadora, del mismo modo que ocurre con la dignidad y otras muchas unidades temáticas propuestas, las citas se corresponden con un par de competencias reiteradas[116], que, si bien, están en armonía con nuestra propuesta, no aportan información relevante sobre si verdaderamente trascienden más allá del papel. En cambio, nos parece más interesante detenernos en las ausencias, pues consideramos que proporcionan más información.

La reciente declaración de posición del CIE *Inequidad en la salud, discriminación y el rol del personal de enfermería* (CIE, 2023) comienza haciendo referencia a que la base de la salud son los conceptos de equidad en salud, justicia social y determinantes sociales de la salud (DSS). En sentido contrario la carencia más destacada para la categoría "equidad en salud" han sido los "Determinantes Sociales de la Salud (DSS)" (2,82% de las citas) y la "justicia social" (0,92% de las citas). Unida a la escasez de otras subcategorías como "desigualdades en salud" (7,04%) o "vulnerabilidad" (3,29%). Y también con ausencias en categorías previas como "clase social", "pobreza", "política sanitaria", "etnia"… concebidas como determinantes estructurales de las desigualdades sanitarias dentro de los modelos de DSS como el del Ministerio de Sanidad (2021), la Organización Mundial de la Salud (2011) o el de Whitehead y Dahlgren (2010). Todas las cuales se relacionan con las de la "inclusión social" y con la de los "ODS".

El vínculo entre todas ellas se explica en que los cuidados de enfermería y la inclusión social comparten la aspiración de mejorar las condiciones en la sociedad de las personas vulnerables ya sea por enfermedad, sexo, edad, discapacidad, etnia, origen, religión o situación económica, mediante la mejora de su salud, oportunidades, el acceso a los recursos, la participación y el respeto de sus derechos (Yanicki et al., 2015, CIE, 2017). O lo que es lo mismo, la mejora de los DSS entendidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (OMS, 2008). Estos DSS emanan a su vez de todos y cada uno de los ODS dado que la pobreza, la educación o el acceso al agua y saneamiento (ODS 1,2,4 y 6), el bienestar económico (ODS 8), y la capacidad de las ciudades y asentamientos humanos para ser inclusivos y resilientes (ODS 11) afectan directamente a la capacidad de la sociedad para crear, experimentar y mantener la salud. La salud a su vez influye en la capacidad de trabajar, participar y vivir con dignidad (Clark et al.,2016). Sin embargo, de nuevo, de la información contenida en las guías docentes no podemos inferir que se plantee esta relación, sino, más bien, lo que observamos son listas o formas de proceder lineales y sistemáticas que detallan los pasos y las maneras que se consideran correctas para cuidar, sin un control del contexto, algo contrario a las recomendaciones de Waldow (2009) o Medina (1999). De este modo, en la línea de Richardson et al. (2014) a pesar de que encontremos algunos contenidos en los planes de estudio que puedan sugerir en que la carencia curricular al

[116] El 100% de las citas se corresponden con la competencia "Fomentar y aplicar los derechos fundamentales y la igualdad entre hombres y mujeres", en el caso de la igualdad. Y a "Desarrollarse para el ejercicio de una ciudadanía abierta, culta, crítica, comprometida y solidaria capaz de analizar la realidad, diagnosticar problemas, formular e implantar soluciones basadas en el conocimiento y orientadas al bien común" para el caso de la solidaridad.

respecto no es absoluta, el problema subyace en que no se prepare a los estudiantes de enfermería para comprender los vínculos entre los contenidos, la equidad y la salud. Recordemos que en el documento *Educar enfermeras para el futuro* (Committee on the Future of Nursing 2020–2030 et al., 2021) se recomendaba a las Escuelas de Enfermería que asegurasen que las enfermeras estén preparadas para **comprender e identificar** los DSS, tengan experiencias de aprendizaje más amplias y en la comunidad, para que puedan trabajar con personas diferentes con experiencias vitales y valores culturales variados, tengan las competencias necesarias para atender a una población cada vez más envejecida y diversa, y puedan desempeñar nuevas funciones profesionales (p.189).

Por último, la presencia, aunque menor, de la "vulnerabilidad", frente a la de "poblaciones desatendidas", totalmente ausente en las guías docentes, sugiere, en la línea de Piggott (2015), que se sitúan los problemas en los individuos, sin llamar la atención sobre problemas estructurales y sistemáticos que no satisfacen sus necesidades. Lo que concuerda además con las reflexiones de Chooporian (1986) (citado por Medina, 1999, p.153) de hace ya décadas, sobre que las ideas de las enfermeras carecen de una arqueología de los mundos sociales, económicos y políticos que influyen tanto en la salud de las personas como en la percepción que las enfermeras tienen de su propio papel. De este modo, se pierde la oportunidad de reformular el planteamiento curricular, pues ubicar los problemas fuera de un individuo o grupo puede llamar la atención de forma más eficaz sobre factores externos y crear oportunidades para desarrollar estrategias que mitiguen los efectos de las causas profundas de las desigualdades sociales o de salud. Encuadre más afín al compromiso social multidimensional que según nuestra tesis significan los "cuidados inclusivos".

Visto lo visto, cobra sentido preguntarse: ¿podemos afirmar que se forma a las enfermeras gallegas para promover la equidad en salud si no se habla de justicia social? ¿Qué concepción de salud trasciende de las guías docentes sin la presencia de los DSS? ¿Serán los alumnos conscientes de las desigualdades en salud si no se abordan los cuidados en el contexto social? En consecuencia ¿Se contribuye a perpetuar diferencias en salud injustas, sistemáticas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente?

5.2.7 Desarrollo Sostenible

Como muestra la Tabla de resultados 54, de las 1107 citas identificadas en la globalidad de las 250 guías docentes analizadas, 46 citas se corresponden con la categoría "sostenibilidad", que definimos como:

> *El equilibrio entre el crecimiento económico, el cuidado del entorno y el bienestar social. En el ámbito sanitario se contextualiza en la garantía a los ciudadanos de la protección de su salud mediante sistemas públicos de calidad que tengan en cuenta lo anterior.*

Dentro de esta, hemos identificado menciones para las 4 subcategorías propuestas, siendo "salud ambiental" la que más aglutina con diferencia (23 citas, 50%), en contraste con "salud global" (3 menciones, 6,52%).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	GLOBAL GUÍAS DOCENTES 250 1107	Totales
7. Sostenibilidad: 7.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible 11	11 23,91 %	11 23,91 %
7. Sostenibilidad: 7.2 Desarrollo Sostenible 9	9 19,57 %	9 19,57 %
7. Sostenibilidad: 7.3 Salud Ambiental 23	23 50,00 %	23 50,00 %
7. Sostenibilidad: 7.4 Salud Global 3	3 6,52 %	3 6,52 %
Totales	46 100 %	46 100 %

Tabla de resultados 54 **Subcategorías de "desarrollo sostenible" presentes en la globalidad de las guías docentes**

La categoría "sostenibilidad" es una de las menos presentes en la globalidad de las guías docentes. Como expusimos en epígrafes previos, salvo excepciones, generalmente no ha sido un término al que se haya hecho referencia. Entre las subcategorías asociadas, la más presente ha sido "salud ambiental", no obstante, solo hemos identificado 23 citas en los 250 documentos analizados, la mayoría de ellas en forma de contenidos como "ecología y salud" y "contaminación ambiental y salud", en materias vinculadas a la Salud Pública y la Enfermería Comunitaria. Las referencias a los "ODS" se han identificado en su totalidad en la Escuela de Enfermería de Pontevedra, pues, como se mencionó previamente, en la descripción de las asignaturas se destina una parte a vincular la materia con alguno de ellos. Esta iniciativa, aunque favorable para el tema que nos ocupa, nos lleva a reflexionar sobre su trascendencia, ya que, hacer referencia a ellos por imposición institucional, sin que el profesorado esté formado y concienciado, lo convertiría en un adorno que no responde a lo verdaderamente necesario, como sugiere Torres (2021) y, también, la *Encuesta mundial sobre la Educación Superior y la investigación para el Desarrollo sostenible* (Mallow et al., 2019) , respecto a que los enfoques pedagógicos y el impacto de las competencias sobre sostenibilidad aún es muy escasa, pues faltan sistematizaciones y rediseño curricular.

Del mismo modo, la subcategoría "desarrollo sostenible" no se presenta ni en forma de competencia ni de contenido, sino que las 9 citas se etiquetaron en un apartado denominado "recomendaciones para la evaluación" en las guías de la Escuela de Enfermería de A Coruña tales como: se deben tener en cuenta la importancia de los principios éticos relacionados con los valores de la sostenibilidad en los comportamientos personales y profesionales, o se debe hacer un uso sostenible de los recursos y la prevención de impactos negativos sobre el medio natural. Cabe anotar que estas recomendaciones tienen sentido y estarían muy relacionadas con una competencia reiterada en algunas guías docentes: "Desarrollarse para el ejercicio de una ciudadanía abierta, culta, crítica, comprometida, democrática y solidaria, capaz de analizar la realidad, diagnosticar problemas, formular e implantar soluciones basadas en el conocimiento y orientadas al bien común". Pero, no queda claro cuando se abordan y tampoco si se vinculan con la salud y el cuidado, que es lo que defendemos. Por último, llama la atención las escasas referencias a la "salud global", y más después de una pandemia mundial con tanta repercusión como el Covid-19. Hacer salud global, según afirman Salvage y White (2020) significa pensar globalmente y actuar localmente, adoptar una mentalidad que busque comprender las condiciones estructurales y políticas que sostienen los conflictos armados, la pobreza, la desigualdad, la inacción ante la contaminación ambiental y el deterioro de la salud y el bienestar de las poblaciones vulnerables. Esta orientación no está presente en las guías docentes, pues además de la presencia menor de la "salud global", tampoco hemos identificado referencias a la "pobreza", la "desigualdad", las "poblaciones desatendidas" o la "competencia estructural".

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Aunque es cierto que del análisis de las guías docentes sólo podemos obtener información indirecta sobre la presencia y relevancia de la sostenibilidad en el Grado de Enfermería en Galicia, tras su lectura exhaustiva sí evidenciamos una clara ausencia de los ODS, el desarrollo sostenible y la salud global en la formación inicial de las futuras enfermeras gallegas. También la distancia de las guías docentes con la propuesta de Waldow (2009) sobre la enseñanza curricular centrada en el cuidado, donde enfatiza en la necesidad de "Capacitar al alumnado de enfermería para sensibilizarse con las necesidades sociales, y de forma más amplia, planetarias". Esto ilustra que existen brechas importantes entre la oferta académica y la sostenibilidad. Una realidad que contrasta poderosamente con la herencia teórica holística de la disciplina de la Enfermería, pero que no asombra si consideramos, tal y como sostienen Bhutta et al. (2010) la hegemonía del modelo biomédico en la formación de los profesionales de la salud y en los sistemas sanitarios.

Considerando a autores como Benton y Shaffer (2016), Juergensen et al. (2020) y Wilson et al. (2016), la potencialidad de incluir el enfoque de sostenibilidad a través de los ODS en los currículos de enfermería radica en que son un marco aceptado internacionalmente para articular estas estrategias específicas hacia la misión social y la capacidad profesional de la enfermería para contribuir, no solo a la mejora de los problemas sanitarios, sino también a diversidad de cuestiones sociales, políticas y territoriales que repercuten en la salud y el bienestar individual y comunitario. Así mismo, ofrecen a los docentes de enfermería un marco para promover la esencia de lo que representa la enfermería global, lo que significa usar el proceso de enfermería basado en la evidencia para promover la salud planetaria sostenible y la equidad para todas las personas, tener en cuenta los DSS, comprometerse con la práctica ética y el respeto por la dignidad humana, los derechos humanos y la diversidad cultural.

RESUMEN: ANÁLISIS POR UNIDADES DE REGISTRO

Para finalizar este capítulo presentamos ahora un resumen de esta segunda parte de la interpretación de los resultados.

Las unidades temáticas más citadas en la globalidad de las guías docentes han sido "cuidados" y "derechos", seguidos de "inclusión social", "equidad en salud" y "diversidad social y cultural". Las menos citadas con diferencia han sido "sostenibilidad" y "accesibilidad".

La unidad temática **"cuidados"** ha sido la que más citas ha recibido, acreditando la centralidad de tal concepto en la profesión. Para esta categoría, la mayoría de las citas se han centrado en la subcategoría "Código Deontológico", lo cual sugiere una relevancia de los deberes profesionales durante la formación de enfermería. No obstante, la escasa referencia a otras subcategorías, importantes para nuestra propuesta, como "cuidado integral", "humanización", "sociedad de los cuidados", "competencia cultural", "modelo salutogénico", "activos en salud", "competencia estructural" o "autocuidado/bienestar de la enfermera", suscita dudas sobre cómo se contextualizan estos deberes profesionales en la preparación ética de las enfermeras en la universidad para abordar las complejidades de la atención sanitaria desde un enfoque humanista del cuidado, que abarque además, todas sus dimensiones y promueva el crecimiento y bienestar tanto de los pacientes como de la comunidad en su conjunto.

En la categoría **"derechos"**, se observa un contraste significativo en la cantidad de citas entre las subcategorías. Mientras que "derechos del paciente" es la más frecuente, con una notable cantidad de menciones, destaca la escasa presencia de "derechos humanos", con apenas 5 menciones en total de las guías docentes analizadas. Esta inclinación hacia una formación inicial centrada en legislación, en lugar de adoptar un enfoque de salud fundamentado en derechos humanos, plantea la necesidad de considerar ambos enfoques como complementarios.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Aunque no son orientaciones excluyentes, nosotros enfatizamos la segunda, más afín a valores humanos y principios morales internos que guían la conducta y la toma de decisiones de las enfermeras, que a normativas externas establecidas por instituciones o autoridades para dirigir y controlar su comportamiento.

Centrando ahora el análisis en la unidad temática "**inclusión social**" observamos que el término como tal, solo se ha identificado en una cita dentro de los 250 documentos examinados. De las 14 subcategorías englobadas en esta unidad temática, encontramos que "exclusión social", "interseccionalidad", "cohesión social" o "Estado de Bienestar" no se mencionan en ninguna ocasión. La mayoría de las citas se han agrupado alrededor de la subcategoría "bienestar". Sin embargo, no hemos observado que este concepto se contextualice en el enfoque de cuidados propuesto en la tesis, que resalta la relevancia de las experiencias personales en la salud y sufrimiento, frente a la perspectiva biomédica tradicional más inclinada hacia el déficit y la enfermedad. En el otro extremo, destaca la ausencia del término "diversidad funcional", lo cual evidencia que las escasas menciones a la subcategoría "discapacidad" se integren en el marco de la dependencia orientada al déficit y la enfermedad antes referidos, contrario al que se configura en los modelos explicativos actuales, que inducen a una mirada diferente, positiva, concentrándose en la autonomía personal y la participación social de las personas con discapacidad. Y, por último, hemos encontrado referencias anecdóticas a "política sanitaria", "discriminación", "pobreza", "clase social", "calidad de vida" y "desarrollo humano". De modo que podemos inferir una falta de atención dentro del plan de estudios analizado hacia los contextos sociales, económicos y políticos generadores de exclusión social, que refleja una brecha entre la comprensión de la discriminación y sus múltiples dimensiones dentro de la asistencia sanitaria.

Para la categoría **"equidad en salud",** destacamos que, de las 9 subcategorías propuestas, la mayoría de las citas se han etiquetado alrededor de la subcategoría "dignidad". Sin embargo, casi todas ellas se engloban dentro de la reiteración de una competencia específica, en ausencia de contenidos o referencias en otras secciones de las guías docentes. Una nueva limitación en la comprensión y aplicación del concepto que coincide con los juicios de algunos expertos sobre la superficialidad con la que se aborda la dignidad en la formación del Grado de enfermería. En contraste, por su parte "poblaciones desatendidas" y "riesgo social", no se mencionan en ninguna ocasión. Asimismo, otras carencias destacadas son las escasas referencias a los "DSS", la "justicia social" y la "vulnerabilidad", sumando entre las tres 15 citas de las 1107 registradas. Ante esto, y si consideramos que la conexión entre los cuidados de enfermería y la inclusión social parte de mejorar las condiciones de vida de las personas vulnerables, comprendemos que las enfermeras formadas en Galicia pueden tener limitaciones para abordar los desafíos de salud de estas personas bajo los necesarios principios de justicia y equidad, poniendo el acento en las barreras estructurales y sistémicas que dificultan la satisfacción plena de su asistencia.

Para la unidad temática **"diversidad social y cultural"** de las 6 subcategorías propuestas, es alrededor de "transculturalidad" donde se concentran la mayoría de las citas. Principalmente la encontramos etiquetada en competencias genéricas sobre diversidad y multiculturalidad, con escasa atención a temas específicos como la asistencia sanitaria en contextos interculturales o la enfermería transcultural. Esta tendencia se ve reflejada en la escasa frecuencia de citas para otras subcategorías relevantes como "migraciones", "etnicidad" y "etnocentrismo". Del mismo modo, las referencias a la subcategoría LGBTIQ+ han sido mínimas, solo encontramos una mención al término como tal en la globalidad de las guías docentes. Estos hallazgos apuntan a una falta de integración efectiva de la competencia cultural, que considere lo complejo de las prácticas y creencias culturales, y que fomente la diversidad en los planes de formación.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La categoría **"sostenibilidad"** es una de las menos citadas en el conjunto de las guías docentes. Y si bien la subcategoría "salud ambiental" es la más frecuente de las 4 propuestas para esta unidad temática, la atención a aspectos clave como los "ODS", el "desarrollo sostenible" y la" salud global" es mínima. La falta de integración de estos temas en la formación de enfermería denota un desequilibrio entre la oferta académica y las necesidades sanitarias vinculadas a la globalización.

Por último, el análisis de las guías docentes revela una carencia significativa en relación con la **"accesibilidad",** que se ha evidenciado por la falta de referencias a las subcategorías propuestas como "Accesibilidad Universal" o "Cobertura sanitaria universal", determinantes para la orientación de los cuidados inclusivos que aquí defendemos. Y aunque otras subcategorías como "atención domiciliaria", se mencionan con una frecuencia moderada, esta presencia no se acompaña de otros elementos que nos indiquen una reflexión en el contexto de equidad en salud que describimos. Así mismo, el hecho de no encontrar alusiones a la "soledad" y la escasa consideración advertida acerca de las barreras de cualquier tipo (físicas y comunicativas) para la accesibilidad, fomentan las interrogantes sobre la preparación adecuada de los profesionales sanitarios en esta materia. Resulta obvio que identificar estas barreras, promover la accesibilidad y, en su caso, aprender a neutralizar los prejuicios personales, deberían ser premisas fundamentales de la formación en enfermería si se aspira a conseguir una auténtica atención sanitaria equitativa.

Para finalizar, ha de subrayarse que los resultados que acabamos de resumir no están en sintonía plena con las últimas declaraciones del Consejo Internacional de Enfermerías (CIE, 2023) en relación con la inclusión social, la discriminación en el ámbito sanitario y las crecientes inequidades en salud. Esto se evidencia en los cuatro ítems que siguen, donde confrontamos lo que recomienda el CIE (p.5-7) y lo que hemos encontrado al respecto en nuestro análisis:

- "El personal de enfermería reconoce la transcendencia de los DSS y contribuye a políticas y programas para abordarlos, además de abogar por ellos". Solo hemos identificado 6 menciones a los DSS y 4 a la Política sanitaria en los 250 documentos analizados.
- "La profesión de enfermería tiene la responsabilidad compartida de poner en marcha y apoyar actuaciones para satisfacer las necesidades sociales y de salud de los ciudadanos, en particular las de las poblaciones vulnerables". Solo hemos identificado 7 menciones a la vulnerabilidad social en los 250 documentos analizados.
- "El personal de enfermería colabora con otras profesiones de la salud y sociales, así como con los ciudadanos, para defender principios de justicia promoviendo la responsabilidad en materia de derechos humanos, equidad e imparcialidad". Solo hemos identificado 2 menciones a la justicia social y 5 a los derechos humanos en los 250 documentos analizados.
- "Se debe trabajar para garantizar que todo el personal de enfermería tenga competencias básicas y formación sobre la prestación de cuidados culturalmente competentes. Los principios de equidad de salud, justicia sanitaria, estructuras históricas y actuales de poder, feminismo y antirracismo deben incorporarse a los programas educativos de enfermería a todos los niveles, junto con el conocimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y otros marcos internacionales pertinentes". Solo hemos encontrado 3 menciones a la competencia cultural, 1 al racismo y al feminismo, y 11 a los ODS.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES

> Aprender a ser enfermera implica el descubrimiento de lo que significa "el cuidar", reconocer que cuidar, y todo cuanto comporta, implica tener una fuerte voluntad para comprender al ser humano enfrentado a situaciones de sufrimiento, de dificultad, discapacidad, fragilidad… Esto nos sitúa ante la complejidad, porque cada persona es única, diferente y centrarse en cada persona supone aceptar e integrar el reto de la diversidad, como un rasgo consustancial a la especie humana, constitutivo de la realidad social presente y futura. La diversidad se expresa en todos los órdenes, también en la forma de vivir un proceso de salud o de enfermedad, de la manera de manifestar y formular las demandas y en la de recibir y acoger el tratamiento y los cuidados. […]Todos estos retos se empiezan a afrontar en el momento en el que concebimos un currículum para la formación de enfermeras (Teixidor, 2004, p.14).

> Consiste en hacer que la sanidad no sólo sea mejor, sino más justa, fiable y universal […] centrarse en la finalidad de la educación en las profesiones sanitarias, la dimensión ética de lo que significa ser una institución docente y ante quién debe rendir cuentas la institución. ¿Qué aprenderán los graduados de las escuelas sobre las desigualdades sanitarias en su comunidad y su papel potencial para reducirlas? ¿Comprenderán los retos que plantea la diversidad en las profesiones sanitarias?[…]¿La educación que reciben les preparará para ejercer y liderar un sistema sanitario en transformación?(Mullan, 2017).

Comenzamos este capítulo recuperando las citas de Montserrat Teixidor y Fitzhugh Mullan[117], pues consideramos que expresan con encomiable concisión los objetivos de esta Tesis. En esa dirección, organizaremos nuestras conclusiones en tres grandes apartados:

- Consecución de los objetivos propuestos.
- Necesidades formativas detectadas y propuestas de mejora para los planes de formación.
- Limitaciones y prospectiva de la investigación.

6.1 CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

En este apartado valoraremos el grado de consecución de los cuatro objetivos específicos que nos propusimos satisfacer para alcanzar el objetivo general de la Tesis: *Identificar, analizar e interpretar las necesidades formativas sobre la inclusión social en los estudios iniciales de Enfermería y elaborar una propuesta de innovación curricular que contribuya a su satisfacción.*

Al objetivo de ***Conocer y analizar la investigación disponible para fundamentar propuestas que fomenten la inclusión social en los cuidados de enfermería*** dedicamos los

[117] Enfermera, antropóloga social y cultural y docente universitaria, directora durante dos décadas de la Escuela de Enfermería Santa Madrona (Universidad de Barcelona) una de las primeras (fundada en 1917) y más reconocidas en España hasta su cierre en 2010. Médico, escritor, y activista reconocido en el campo de la Salud Pública y la equidad en los sistemas sanitarios, docente en la Universidad George Washington (EE. UU.), fallecido en 2019.

capítulos 2, 3 y 4. En ellos mostramos los resultados de la revisión bibliográfica crítica que llevamos a cabo. A lo largo de su desarrollo presentamos la evidencia disponible sobre el sustrato sociohistórico de los cuidados de enfermería, la evolución de su enseñanza y los itinerarios epistemológicos a través de los que se ha construido como disciplina académica. Todo ello se configuró como el marco teórico de referencia para nuestro campo de conocimiento en el que pudimos establecer los vínculos conceptuales entre la inclusión social y los cuidados de enfermería.

Cabe destacar que, así como la investigación alrededor de la historia de los cuidados de enfermería, su profesionalización y evolución de la enseñanza, hemos encontrado un corpus amplio de conocimiento bien fundamentado, su vinculación con la inclusión social es muy escasa, salvo en la literatura norteamericana.

Tal es así, que cabe decir que estamos ante un campo de estudio en ciernes, al que hemos contribuido mediante la indagación de un número extenso de fuentes que arrojan luz sobre los lazos entre la inclusión social y el conocimiento enfermero. Lo cual nos ha permitido delimitar lo que hemos entendido como "cuidado inclusivo", concepto específico no hallado en la literatura especializada objeto de análisis. A saber:

> Aquel que va más allá del simple hecho de reconocer la diversidad social y las necesidades únicas de cada persona. Que requiere un compromiso multidimensional por parte de la enfermería en todas sus vertientes, donde las habilidades, valores y actitudes como la tolerancia, la apertura, la responsabilidad, el respeto a la diversidad, la perspectiva intercultural, la participación democrática, el respeto al medio ambiente y el sentido de pertenencia sean fundamentales. Este enfoque no se limita a considerar a la persona como un ser bio-psico-social, sino que insta a las enfermeras a comprender y abordar, en el marco de sus competencias, las problemáticas sociales y las vulnerabilidades de sus pacientes. Implica una atención genuinamente justa, no solo hacia el paciente, sino también hacia la búsqueda de soluciones para los problemas estructurales que se identifican en la práctica de cuidado. Desde esta concepción, las enfermeras, además de un rol asistencial, cumplen otro como profesionales capaces de denunciar, abordar, y en la medida de sus posibilidades resolver (o como mínimo paliar) las inequidades sistémicas que afectan a sus pacientes.

Para satisfacer el objetivo de ***Revisar y analizar la propuesta curricular relacionada con la inclusión social en el Grado en Enfermería de todas las Facultades/Escuelas de Galicia,*** nos apoyamos en el programa de análisis de datos *Atlas.ti*, utilizando un sistema de unidades temáticas o categorías de elaboración propia, resultado de un exhaustivo análisis conceptual. La definición exigente de estos conceptos y el estudio de sus significados en profundidad, como paso previo al análisis con el *software,* nos permitió identificar los temas relevantes sobre inclusión social y cuidado que debíamos buscar en la revisión de los programas de formación, y sobre todo nos posibilitó realizar un análisis más complejo y crítico de los hallazgos. Todo ello, al fin, se constituyó en un marco de referencia contextual para comprender el contenido de los programas de modo más completo y fiable.

Es cierto que, aunque en buena medida fiamos los resultados de esta investigación a *Atlas.ti,* no es posible ignorar que este programa por potente que resulte presenta limitaciones. El programa, sin duda, ha sido fundamental para organizar de manera sistemática el extenso

USC DE COMPOSTELA

volumen de datos presentes en los programas formativos, permitiéndonos identificar patrones y facilitar la exploración y comprensión de la información. Sin embargo, este método no está exento de sesgos, tanto relacionados con nuestra interpretación subjetiva como investigadores, como con la calidad y consistencia de los datos de entrada. En este sentido, no debemos olvidar que algunas guías docentes carecen de información completa y actualizada, lo que podría haber afectado nuestro análisis.

Siendo así, consideramos que lo más relevante de nuestra aportación a este nivel ha sido nuestra decisión de elaborar un marco teórico conceptual propio que nos permitió aunar inclusión social y cuidados de enfermería. Esperando no pecar de inmodestos, diríamos que esa es nuestra contribución más innovadora, por cuanto ahora disponemos de un modelo conceptual sobre el cuidado inclusivo que, una vez contrastado con la evidencia empírica, puede servir de referencia para futuras investigaciones o la replicación del estudio en otras localizaciones.

Esa evidencia empírica de carácter documental está configurada por las 250 guías que estaban disponibles de las 266 guías docentes que conforman los planes de estudio de las 8 Escuelas/Facultades de Enfermería de Galicia para el curso 2023/24. Esto representa el 94% de las guías. Por tanto, aunque inicialmente nos propusimos analizar la totalidad, consideramos que, a este respecto, hemos alcanzado el objetivo propuesto de revisar y analizar la propuesta curricular de todos los centros que imparten el Grado de Enfermería en Galicia.

El objetivo de ***Contrastar las propuestas formativas en el Grado en Enfermería de Galicia con la investigación/evidencia científica disponible en el campo del cuidado y la inclusión social identificando concordancias y discordancias,*** se sustancia principalmente en el capítulo 4. Aquí hemos recogido las referencias que exponen carencias, necesidades, reflexiones, advertencias y propuestas de cambio para una formación inicial de la enfermería, o de los profesionales sanitarios en general, más afín a la inclusión social, o a cualquiera de los fenómenos relacionados (equidad en salud, justicia social, salud global, diversidad social…). En esa dirección, identificamos y utilizamos diversos estudios que nos permitieron contrastar, junto con el análisis realizado mediante el programa *Atlas.ti*, las concordancias y discordancias entre las aportaciones de los investigadores sobre inclusión y enfermería con las propuestas curriculares en Galicia.

Al respecto, es importante anotar que en nuestra revisión hemos aspirado a la exhaustividad, pero ese es un objetivo difícilmente alcanzable, pues siempre hay alguna referencia que se escapa. Aun así, con la obligada cautela que eso nos impone, consideramos que es importante advertir que, en realidad, las referencias de investigación que hemos podido utilizar para el contraste con los programas no son muchas. Como se ha visto a lo largo del trabajo encontramos algunas referencias relevantes para nuestro análisis en España, pero que no tenían como principal contenido nuestro objeto de estudio, de modo que tuvimos que rastrearlo entre sus páginas. Es así que, con carácter específico, apenas destacamos el trabajo de Graells e Insa (2021) sobre las perspectivas de futuro ante las desigualdades sociales en salud; y las actas de las XVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente*: Ante los problemas de la marginación: Las enfermeras responden* que datan del año 1995. Siendo así, lo cierto es que la mayoría de los estudios que encontramos y, por lo tanto, con los que contrastamos los programas formativos, se circunscriben al contexto universitario y social norteamericano, o a organismos internacionales que engloban a España como el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) o la Federación Europea de Educadores en Ciencias de la Enfermería (FINE).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En consecuencia -si se nos permite decirlo-, cabe destacar el carácter precursor de esta investigación en Galicia, que proporciona una revisión contrastada y actualizada sobre la inclusión social y los cuidados en los programas de formación de enfermería.

Por último, sobre el objetivo específico de ***Elaborar un informe final que aporte un diagnóstico de las necesidades formativas y propuestas de mejora del plan curricular*** corresponde decir que se ha logrado sólo en parte.

Horadamente, pensamos que la amplia revisión de la literatura especializada que hemos llevado a cabo, que nos ha aportado una visión sociohistórica sobre la evolución de la enseñanza de la enfermería, y que nos ha permitido construir un marco conceptual específico acerca de la inclusión social y los cuidados, permite extraer de nuestro análisis de los planes de formación, con rigor suficiente, qué necesidades hemos detectado sobre el papel y qué propuestas de mejora se pueden investigar en un futuro.

Sin embargo, somos conscientes de que una investigación que busca reformular los programas de formación conlleva desafíos más amplios e integrales, que requiere contar con la cooperación de todos los actores implicados, incluyendo a profesorado, alumnado, profesionales egresados e incluso pacientes. Ante esta premisa, queremos ser transparentes, y no obviar que, inicialmente, pretendíamos completar el análisis documental realizado, con la aplicación de cuestionarios y la realización de entrevistas y grupos de discusión con los sujetos directamente implicados, de cuya triangulación esperábamos lograr los objetivos señalados. Empero, diferentes avatares condicionaron el desarrollo del trabajo llevándonos a decidir que este se restringiera al análisis documental.

Naturalmente, puede interpretarse esta decisión como una limitación significativa. No obstante -y no sólo por aquello de hacer de la necesidad virtud- defendemos que la investigación documental en un campo de estudio emergente, como el que estamos abordando, también tiene el valor de proporcionar una sólida base de conocimiento. Base que nos capacita para llevar a cabo en el futuro investigaciones contextualizadas, que recojan el parecer de las audiencias más directamente concernidas e implicadas en nuestro objeto de estudio.

Basándonos en todo lo expuesto hasta ahora, consideramos que estamos en condiciones de afirmar que hemos podido satisfacer el objetivo general de esta Tesis consistente en: *Identificar, analizar e interpretar las necesidades formativas sobre la inclusión social en los estudios iniciales de Enfermería y elaborar una propuesta de innovación curricular que contribuya a su satisfacción.* Así, lo que sigue a continuación da cuenta de ello.

6.2 NECESIDADES FORMATIVAS DETECTADAS Y PROPUESTAS DE MEJORA.

Seguidamente presentamos nuestras principales conclusiones sobre las necesidades formativas a las que añadimos también algunas propuestas de mejora. Para ello, las hemos articulado en nueve subapartados.

6.2.1 Enfoque curricular hacia una enseñanza centrada en el cuidado desde la perspectiva del humanismo ético.

> Aunque ha habido mucho empeño en demostrar que la naturaleza de la actividad de la enfermería es científica, la naturaleza de esta (tanto de su actividad académica como de su práctica) no se asienta en los pilares de las ciencias clínicas, médicas o de laboratorio. El hogar natural de la enfermería está, más bien, en las humanidades, es decir, en la experiencia humana vivida (Lazenby, 2013, p. 223).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La necesidad más general que hemos identificado es la de transformar, o cuando menos completar, el enfoque curricular del cuidado desde una perspectiva del humanismo ético. Nuestro análisis revela que la formación actual del Grado de Enfermería en Galicia tiene una arraigada adhesión al modelo biomédico y tecnocientífico, en el que se enfatiza la patología como eje central del tema y se contempla al ser humano desde un punto de vista organicista. Se orienta más hacia los procedimientos técnicos específicos que se dan con relación al cuidado, mientras parece relegar la importante dimensión humana a un lugar secundario. A nuestro juicio, falta en los actuales programas formativos, una mayor atención a la comprensión del paciente desde una concepción integradora de los valores humanos, que lo reconozca y sitúe como principal centro de atención y preserve siempre, como venimos diciendo, la dignidad, la autonomía y la libertad del individuo, atendiendo, si fuera preciso, a las necesidades específicas que se derivan de su situación sociocultural de origen.

Nuestra propuesta para abordar esta cuestión se basa en las aportaciones de Waldow (2009, 2014), que sugiere la necesidad de nuevas configuraciones del conocimiento, proponiendo, paradójicamente para el caso de la enfermería, una enseñanza centrada en el cuidado (o educación para el cuidado). Esta no se imparte solo sobre los parámetros tradicionales, caracterizados por componer una serie de listas o manuales de procedimientos que detallan los pasos y las maneras que se consideran correctas para cuidar; sino la enseñanza del cuidado desde una orientación humanista que lo reconozca en todas sus dimensiones. Como un fenómeno que forma parte de todas las actividades y tiene un propósito fundamental: el crecimiento y el bienestar del ser, sea un paciente, un alumno, un vecino, un animal, una planta, la comunidad o el planeta. La autora sugiere que para alcanzarlo es necesario capacitar al alumnado de enfermería para sensibilizarse con las necesidades sociales, y de forma más amplia, planetarias, problematizar de forma crítica las cuestiones de salud, proveer de acciones de cuidado que humanicen un entorno sanitario altamente tecnologizado, o favorecer medios que faciliten el discernimiento sobre temas morales y éticos.

Para un currículo verdaderamente comprometido con la equidad y la inclusión, y el bienestar integral de individuos y comunidades añadimos al marco de la enseñanza centrada en el cuidado, la relevancia de considerar las dimensiones éticas, sociopolíticas y emancipadoras de este (White, 1995, Jacobs-Kramer y Chinn, 1988). Tanto más, si cabe, al haber identificado unos programas formativos que podrían considerarse "políticamente blandos" (Lapum et al., 2022, Bell, 2021) en la formación inicial de las enfermeras en Galicia. Cuestiones presentadas a lo largo de la tesis, y especialmente en los puntos *2.4.4 Orientación holística: cuidado humano* (Capítulo 2) y *4.2.3 Cómo se enseña* (Capítulo 4).

6.2.2 Proyecto formativo integrado para un cuidado integral del ser humano.

> [...]Los planes de estudio, consisten muchas veces en proporcionar a los alumnos las piezas de un puzle que nadie o casi nadie conoce [...]los alumnos no aprenden a buscar la relación entre esos saberes, relación que, por otra parte, sus propios profesores tendrían dificultad de establecer [...]ya que ignoran en buena medida lo que otros profesores enseñan. De esta forma los currículos se acaban reduciendo a una acumulación de saberes yuxtapuestos y generalmente desconectados entre sí. […] (Paricio et al., 2019, p.33). Frente a la fragmentación y yuxtaposición de temas del currículo tradicional académico, un diseño por competencias exige un proyecto formativo integrado, en el que todos los componentes del programa tienen un sentido definido como partes de un único trayecto del estudiante (Paricio 2020).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La necesidad de transitar hacia un proyecto formativo integrado surge como respuesta a la fragmentación temática observada en los programas de formación analizados. Un plan de estudios integrado conlleva una reconfiguración curricular que trascienda a las divisiones tradicionales entre áreas de conocimiento. Un currículo en el que los diferentes ámbitos de estudio no se impartan de forma aislada, y se establezcan conexiones significativas entre diferentes materias para promover un aprendizaje holístico y contextualizado, necesario para el cuidado integral del ser humano que reclama la inclusión social.

La fragmentación también se ha observado entre los distintos apartados de las guías docentes. Pues hemos identificado referencias desmesuradas a competencias que no guardan coherencia con los contenidos, y otros aspectos como la evaluación, la bibliografía o la descripción de las asignaturas. Estas inconsistencias se plantean como un obstáculo para un proyecto formativo integrado. Al no exponer de forma precisa la información no se propicia la necesaria interdisciplinariedad entre materias. Además, aunque las guías docentes incorporan competencias alineadas con el enfoque de cuidados inclusivos que defendemos en la Tesis, tales incongruencias no permiten confirmar que estas se integren verdaderamente en el currículo. Una práctica que podemos interpretar en el fondo como una evidencia de la lógica burocrática y de rendición de cuentas que impera en la confección de las guías docentes.

Cualquier propuesta de cambio en esta dirección necesita de una nueva mirada, y una revisión y reconstrucción profunda del currículum, desde una óptica de interdisciplinariedad, colaboración docente e institucional. Las propuestas específicas escapan a las posibilidades de esta Tesis, serían más opiniones que asertos. Si bien, con una visión prospectiva, sí podemos mencionar tres fuentes que desvelan cuál es nuestra orientación en esa dirección de innovación educativa, por cuanto, además, han marcado la dirección argumental de esta Tesis: *Cartografía de una buena docencia universitaria* (Paricio et al. 2019), *Repensando la educación superior. Miradas expertas para promover el debate* (Trillo et al., 2020) y *Coreografías didácticas en educación superior. Una metáfora del mundo de la danza* (Zabalza, 2022).

6.2.3 Contenidos sobre inclusión social en los planes de formación.

> Trabajar para garantizar que todas las enfermeras tengan competencias básicas y formación sobre la prestación de cuidados culturalmente competentes. Los principios de equidad sanitaria, justicia sanitaria, estructuras históricas y actuales de poder, feminismo y antirracismo deben incorporarse a los programas educativos de enfermería a todos los niveles, junto con el conocimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y otros marcos internacionales pertinentes (CIE, 2023).

Una de las necesidades más evidentes que hemos detectado es la de incorporar una mayor relación de contenidos que aborden la inclusión social en los planes de formación. Temas fundamentales como la accesibilidad universal, la discapacidad, los Derechos Humanos, la equidad en salud, los determinantes sociales en salud, la discriminación, la pobreza, el riesgo social, la interseccionalidad, la salud global o las migraciones, entre otros, son verdaderamente minoritarios, o inexistentes en muchos casos. Sin ir más lejos, solo hemos encontrado un tema específico sobre inclusión social y cuidados en las 250 guías consultadas. Estos hallazgos contrastan con lo encontrado en la literatura científica revisada, que coincide en reclamar que estos contenidos estén presentes en los planes de estudio para promover que los graduados estén cualificados para llevar a cabo la inclusión social en su ámbito de intervención profesional.

Naturalmente, somos conscientes de que la simple incorporación de contenidos no será suficiente, y que, tal y como advierten Richardson et al. (2014), se debe preparar a los

estudiantes de enfermería para comprender los vínculos entre los contenidos de las asignaturas, las problemáticas sociales y los cuidados. En esa dirección, sugerimos, de acuerdo con diferentes autores consultados como Dury (2019), Sensoy et al (2017), Valderrama-Wallace (2017) y Tomm-Bonde (2012), que la incorporación de estas temáticas debería ser algo transversal, y no solo específico de una asignatura destinada exclusivamente a ello. Así, en nuestro análisis detectamos que, en materias del ámbito de la enfermería clínica, o en otras como fisiología, anatomía, gestión de enfermería o investigación, se pierde la oportunidad de tratar elementos vinculados a la inclusión social. Pero, además, lo que nos resulta especialmente notable es que esta tendencia también se haya observado en asignaturas que se ocupan de grupos sociales más vulnerables, en riesgo de exclusión o frecuentemente desatendidos, como enfermería geriátrica, de salud mental y materno-infantil. A la vista de estos hallazgos y basándonos en las fuentes contrastadas, algunas propuestas de mejora serían integrar estudios de casos que traten situaciones de pacientes pertenecientes a grupos minoritarios, abordar la diversidad anatómica y la variabilidad entre diferentes grupos étnicos, culturales y de género; incorporar temas sobre políticas de equidad en salud y estrategias para encarar las desigualdades sociales en la gestión de enfermería; y contar con contenidos para promover la investigación inclusiva, prestando más atención a la metodología cualitativa (por ejemplo en los TFG).

6.2.4 Prácticas clínicas en dispositivos sociosanitarios y en la comunidad.

> […] La transformación de los centros académicos en sistemas académicos, extendiendo el tradicional continuo de educación-atención sanitaria en las Facultades-hospitales, hacia espacios de atención primaria y comunitarios, reforzadas mediante la colaboración externa como parte de sistemas de educación profesional dinámicos (Frenk et al. 2015).

Las prácticas clínicas son materias nucleares en los planes docentes de todos los centros analizados. Son una parte crucial en la formación de Grado de Enfermería en general. También una oportunidad clave para la capacitación del alumnado desde el enfoque de inclusión social que defendemos, pues es el momento de traducir principios teóricos, en acciones prácticas de enfermería. En este sentido, en nuestro análisis hemos observado, en concordancia con lo que denuncia la literatura científica, que las prácticas clínicas en todos los centros de Galicia se llevan a cabo en un hospital, siendo la Atención Primaria el otro, y generalmente único dispositivo, con el que los alumnos tienen contacto. Otros espacios sociosanitarios son minoritarios o inexistentes, según la información que ofrecen las guías docentes[118]. Una de las excepciones que hemos encontrado en las guías docentes es la de Escuela de Enfermería de Ourense, que ofrece rotatorios voluntarios en balnearios o centros penitenciarios.

Obviamente, para implementar el enfoque de cuidado inclusivo que proponemos, es necesario que los estudiantes de enfermería de Galicia participen también en experiencias de aprendizaje en la comunidad, porque les permitirá interactuar en el contexto de referencia de numerosas personas que tienen diversas experiencias de vida, valores culturales y posiciones sociales. Naturalmente, esto no significa excluir el ámbito hospitalario, donde también pueden tener esas experiencias, aunque defendemos que aquí es donde se debe ajustar el enfoque, promoviendo una visión más humanista y menos centrada en la vertiente biotecnológica del cuidado, en consonancia con las necesidades y propuestas planteadas anteriormente. En esa dirección, consideramos crucial ampliar las experiencias clínicas a entornos comunitarios más

[118] No podemos confirmarlo, pues las guías docentes no siempre aportan información detallada de las unidades o dispositivos asistenciales donde tienen lugar las rotaciones.

allá de la atención primaria, pues, si estas experiencias se limitan al ámbito hospitalario o a consultas ambulatorias con visitas domiciliarias esporádicas, las oportunidades para observar de cerca las consecuencias de la exclusión social, las adversidades y desigualdades en la salud, serán más limitadas.

Por supuesto, somos conscientes de los diferentes obstáculos que existen para ejecutar esta propuesta. Especialmente, que el modelo de enseñanza de prácticas clínicas centradas en el hospital atiende a razones sociohistóricas que dificultan mucho un desarraigo. Nos enfrentamos también a posibles limitaciones organizativas relacionadas con el alto número de estudiantes que ingresan cada año en las Escuelas/Facultades de Enfermería. Por otra parte, existe la posibilidad de que el profesorado no esté completamente receptivo a la idea, y puede haber escasez de tutores disponibles en organizaciones comunitarias. Las dificultades logísticas para coordinar prácticas fuera del ámbito hospitalario y el temor de los estudiantes a no adquirir las habilidades clínicas necesarias son preocupaciones adicionales.

Sin embargo, hemos encontrado en la bibliografía algunas propuestas interesantes que merecen atención para investigaciones futuras. Se relacionan con el aprendizaje-servicio, programas de intercambio de corta duración nacionales o internacionales obligatorios al menos una vez durante la formación, programas de verano de voluntariado y cooperación internacional como parte opcional de las prácticas clínicas, prácticas curriculares en organizaciones del tercer sector obligatorias u optativas… Todos esos son espacios donde, a pesar de no haber siempre enfermeros, los estudiantes pueden adquirir perspectiva y competencias transversales valiosas para promover la inclusión social en el ámbito de su ejercicio profesional, como, por ejemplo, la coordinación interinstitucional, la mediación intercultural, la gestión de conflictos o la comunicación asistencial.

6.2.5 Formación básica y optativa relacionada con el cuidado inclusivo.

> No es que las materias de carácter social y humanístico no existan, sino que están relegadas a un papel gregario, cuando no de simple adorno (Moreno Preciado, 2021a).

En nuestro análisis hemos identificado dos necesidades fundamentales en relación con las materias de formación básica (FB) y optativa: en primer lugar, que apenas hay oferta que incluya la orientación que se propone en la tesis; y en segundo lugar, que eso evidencia que en la actualidad los currículos no se ajustan a las disposiciones legislativas vigentes.

En efecto, la única materia de FB con la orientación que se propone en la tesis es *Salud, género y retos sociales para enfermería*, que se ha comenzado a impartir en el curso 2023-2024 en las Facultades de Santiago y Lugo (USC). El resto de las materias de FB del conjunto se incardinan en las ciencias de la vida desde un enfoque biocientífico, con disciplinas como: fisiología, anatomía, farmacología, estadística…

Del mismo modo, de las 32 materias optativas que se incluyen en el conjunto de los programas de formación inicial de Enfermería en Galicia, tan solo 4 se relacionan con cuestiones sociosanitarias. Encontramos *Antropología Social y Cultural* en las Escuelas de Povisa y Lugo, *La enfermería en los estilos de vida y el termalismo* en la Escuela de Ourense, y *Salud, dependencia y vulnerabilidad social* en la Escuela de Pontevedra. El resto del conjunto de optativas de los planes de estudio gallegos se vinculan principalmente con el ámbito clínico de la enfermería.

Hay pues, como venimos diciendo, una oferta muy exigua para la perspectiva formativa que defendemos.

USC DE COMPOSTELA

Lo sorprendente es que esta situación, con independencia de estar más o menos en sintonía con lo defendido en nuestra tesis, contraviene el reciente *Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad*, que viene a establecer que los planes de estudios de 240 créditos, como es el caso del Grado en Enfermería, incluirán un mínimo de 60 créditos de FB, de los que al menos la mitad estarán vinculados al mismo ámbito de conocimiento en el que se inscribe el título, y el resto estarán relacionados con otros ámbitos del conocimiento diferentes al que ese título se ha adscrito. Adviértase, que lo más relevante para nuestro estudio es que este RD ha modificado los ámbitos de conocimiento, creando uno propio de Enfermería, pues, previamente, el Grado se adscribía a Ciencias de la Salud por lo que las materias de FB giraban en torno a ellas. Ahora al adscribirse a Enfermería, las ocho Escuelas/Facultades del Grado de Enfermería de Galicia, deberán reconsiderar el planteamiento de su FB, donde encontramos una oportunidad propicia para incorporar en estos cambios cuestiones relacionadas con la inclusión social. De hecho, los centros dependientes de la USC ya han dado un paso en esa dirección transformadora incorporando entre su FB una materia específica de Enfermería, en línea con la propuesta que se defiende en esta Tesis y con las directrices especializadas de la disciplina sobre la necesidad de promover enfoques más sociales y humanísticos.

En cuanto a las materias optativas, consideramos que es necesario diversificarlas, por más que a estas no les afecte el Real Decreto que hemos mencionado. Sin embargo, si entendemos que las materias optativas son las que determina libremente cada universidad para su posible elección por los estudiantes, de acuerdo con sus preferencias e intereses y que aseguran un cierto grado de especialización disciplinar, en el caso del Grado de Enfermería de Galicia hemos comprobado que las posibilidades de optar en los estudios hacia lo que entendemos por inclusión social es muy escasa en la mayoría de las Escuelas/Facultades, e inexistente en algunas de ellas. Es decir, la optatividad en el conjunto del plan de estudios del Grado en Enfermería de Galicia no oferta una línea clara hacia la esfera social de los cuidados de enfermería. Esta situación contrasta con lo observado en otras facultades y escuelas de Enfermería en España que apuestan por un mayor peso de la enfermería social en sus líneas de optatividad.

6.2.6 Revisión de la materia Fundamentos de Enfermería.

> ¿Qué tal un modelo que inspire? Que nos muestre lo que nos gustaría llegar a ser y nos infunda las ideas y la fuerza necesarias para aproximarnos a ello (Smith, 1982, extraído de Hills y Watson, 2011, p3).

Fundamentos de Enfermería, es una materia esencial que representa el primer contacto del alumnado con los principios teóricos, conceptuales y metodológicos que constituyen la base y la orientación del "pensamiento enfermero" (Kérouac et al.,1994) para actuar con una perspectiva propia. El análisis de las guías docentes realizado deja entrever que ese pensamiento se orienta hacia la "dimensión tecnocientífica del cuidado" (Alberdi, 2016), donde la historia y los modelos teóricos de Enfermería tienen un peso menor. En este hallazgo identificamos dos necesidades, que son a la vez dos propuestas.

La primera se relaciona con una revisión y aumento de la relevancia en el currículum de la Historia de Enfermería. Creemos que se puede trabajar la toma de conciencia de los estudiantes respecto a las desigualdades sociales y las situaciones de exclusión, a través del conocimiento de la propia historia como colectivo profesional, cuyo progreso ha discurrido bajo un manto de

USC DE COMPOSTELA

inequidades. Plantear la historia del colectivo y los problemas de la profesión desde una perspectiva crítica y contemporánea puede ser eficaz para que los estudiantes se identifiquen también como afectados por las desigualdades, y esto sirva de punto de partida para la comprensión de las desigualdades sociales y las necesidades compartidas para el bien común.

La segunda se refiere a las enfermeras influyentes en el desarrollo de la profesión y que se asumen como referentes teóricos de la disciplina dentro de la materia. Aunque en la mayoría de los programas no se especifica qué modelos teóricos se imparten, intuimos de los que sí lo hacen y de la bibliografía de las guías docentes analizadas, que generalmente se centran en los marcos más tradicionales desarrollados por enfermeras anglosajonas clásicas como Nightingale, Henderson, Orem, Peplau o Leininger. En cambio, se obvian a otras enfermeras reconocidas por su labor social, humanitaria y de lucha contra las desigualdades como Mary Seacole, Jessie Sleet Scales, Dorothea Dix, Elisabeth Fry, Lillian Wald…, o sin ir muy lejos, a las gallegas Isabel Zendal y a Concepción Arenal, pues, aunque esta última no era enfermera influyó en el progreso de la profesión (Siles, 2009). A través de sus trayectorias y logros, se puede despertar el interés y vocación de servicio de los estudiantes, motivándolos a adoptar una perspectiva más amplia, inclusiva, solidaria y comprometida con las necesidades de las personas más vulnerables y desatendidas.

6.2.7 TFG en el marco de la enfermería social.

> […] mirar la complejidad de los fenómenos de salud de cerca y de lejos al mismo tiempo, como si de una lente de cámara fotográfica se tratara, actuando en los diferentes niveles de intervención: intrapersonal, interpersonal, clínica, comunitaria, investigación y política (Graells e Insa, 2021).

Los hallazgos que podemos trascender del análisis de las guías docentes del TFG han sido limitados, pues se trata de una asignatura que engloba todas las competencias del título y las guías no ofrecen información sobre las temáticas de los trabajos realizados por el alumnado, ni de las líneas temáticas que ofrece cada Escuela/Facultad. No obstante, realizamos una revisión de los títulos de los TFG presentados, en los repositorios de las tres universidades gallegas, e identificamos algunos ejemplos de trabajos alineados con los cuidados y la inclusión social, que, aunque minoritarios si los comparamos con el global, sí reflejan el interés por parte del alumnado en estos temas. Tales trabajos también son ejemplos de las oportunidades que ofrece el rol de la enfermería en el ámbito de los cuidados inclusivos. De esta exploración elemental, se infiere la necesidad de un estudio más profundo y sistemático de las líneas temáticas para los TFG que ofrecen las Escuelas/Facultades a fin de valorar cómo se integran los aspectos sociales e inclusivos, e indagar sobre el origen del interés de estos alumnos que deciden realizar sus trabajos sobre estos temas. En coherencia también se hace necesario el investigar sobre las metodologías utilizadas, comprobando en qué grado los trabajos se plantean desde una óptica de investigación inclusiva y participativa (Parrilla, 2009).

Evidentemente, consideramos relevante promover trabajos alineados con los temas que nos (pre)ocupan, pero también abogamos porque los fundamentos del "cuidado inclusivo" que defendemos, se entrelacen en los trabajos más clínicos. Para ello, y como primer paso, entendemos imprescindible que las Escuelas/Facultades de Galicia cuenten con un número adecuado de profesores expertos al objeto de actuar como mentores y tutores, y con el propósito de centrar más la atención en los determinantes sociales de la salud, la equidad, la justicia social o los derechos humanos en los TFG.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

6.2.8 Experiencias de simulación clínica vinculadas a la inclusión social.

> La educación para la misión social puede realizarse en simulación, incluido el uso de pacientes estandarizados. Las herramientas utilizadas para evaluar los determinantes sociales de la salud pueden incorporarse a la simulación, preparando así a los estudiantes para abordar las necesidades de las poblaciones vulnerables. La entrevista motivacional y las habilidades de indagación empática, empleadas para implicar a pacientes con problemas complejos o asociados a aspectos sociales pueden enseñarse o perfeccionarse en simulación (Goldfarb, 2020).

La simulación clínica como estrategia docente y de dinamización del aprendizaje situado está muy extendida dentro de la enseñanza de enfermería. Generalmente todas las Escuelas/Facultades cuentan con espacios para desarrollar estas simulaciones, en forma de aulas que recrean habitaciones de hospital, controles de enfermería o consultas. Asimismo, el uso de maniquíes de simulación en las aulas es muy común. No obstante, todo lo anterior se utiliza generalmente para la docencia y evaluación de aspectos procedimentales, y en escenarios que no integran los aspectos sociales. Por tanto, aunque de nuestro análisis de las guías docentes no hemos podido trascender si se está haciendo esto último o no, consideramos relevante señalar al menos, la necesidad de abordar mediante estrategias educativas como la simulación clínica escenarios que integren, en el necesario entrenamiento clínico, cuestiones de inclusión social y equidad. Estamos convencidos de que esto ayudará a los estudiantes de enfermería a preocuparse por la misión social en su trabajo con pacientes. Estas prácticas, tal y como sugiere la bibliografía consultada (Gravens y Goldfarb, 2020, Osingada y Porta, 2020, Shahzad et al., 2022), ayudan a desarrollar la empatía, sensibilidad y habilidades interpersonales de los estudiantes para tratar con estas poblaciones desatendidas, promoviendo la justicia social en su práctica diaria.

En esta dirección, sería importante, investigar para el diseño de escenarios clínicos que expongan a los estudiantes a los retos sanitarios comunitarios y globales, y a sus soluciones, al tiempo que se fomenta la comprensión de la equidad, las desigualdades y los determinantes sociales de la salud, así como el compromiso personal que su atención reclama. Ante ello surge un elemento más que le añade complejidad: el encontrar las herramientas, no solo para entrenar la adquisición de estas competencias, sino para poder evaluarlas en coherencia con una finalidad formativa. En vista de que la Evaluación es la especialidad del director de esta tesis, somos plenamente conscientes de que esta es una cuestión relevante que nos ha quedado pendiente en este trabajo, lo que nos motiva a profundizar sobre ello en investigaciones futuras.

6.2.9 Relevancia de los sentimientos, el autoconocimiento y el bienestar de las enfermeras dentro del currículum.

> Para poder cuidar a los demás, es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias (Collière, 1993). Quienes afirman estar a favor de la justicia social deben hacer una autorreflexión sobre su propia socialización en estos grupos (su "posición") y deben actuar estratégicamente a partir de esa conciencia para hacer frente a la injusticia social (Sensoy et al, 2017).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

Dentro del alcance de nuestra investigación no hemos identificado que los sentimientos y el bienestar de los estudiantes, como futuras enfermeras, tengan un espacio dentro del currículum de su formación inicial en Galicia. Sin embargo, reparar en qué sienten las

enfermeras mientras cuidan es ineludible, más si cabe al ser nuestro ámbito de estudio la inclusión.

El "cuidado inclusivo" pasa necesariamente por la mirada hacia nosotros mismos, pues, tal y como nos recuerda Moreno Preciado (2021a), "el problema es que los prejuicios no los dejamos en la taquilla cuando nos cambiamos y nos ponemos el piyama, sino que suben con nosotros a planta: tenemos que evitar que el pre-juicio se convierta en per-juicio". Además. la atención a las personas va más allá de la simple relación interpersonal, implica responsabilidades sociales y morales, lo que puede generar ansiedad, frustración y culpa, especialmente cuando las enfermeras se enfrentan a dilemas éticos y limitaciones estructurales que escapan a su campo de acción. Las implicaciones de lo mencionado para los estudiantes que están en camino de convertirse en profesionales de enfermería pueden ser significativas. Existe el riesgo de que experimenten niveles elevados de malestar que afecten tanto a la calidad de la atención brindada durante las prácticas con pacientes, como a la capacidad para manejar el estrés y la motivación durante la carrera. También que adopten posturas cínicas o distantes en el ejercicio de cuidados. Además, estos estudiantes podrían concluir su formación sin la preparación necesaria para afrontar los desafíos emocionales que surgen al enfrentarse a las adversidades inherentes al ejercicio de la enfermería, particularmente intensificadas al trabajar con poblaciones vulnerables. Esta falta de preparación los llevaría, a su vez, a una situación de vulnerabilidad, haciéndoles especialmente proclives a desarrollar problemas de salud mental a lo largo de su carrera profesional.

De manera específica, para el tema de la inclusión social, es determinante el darse cuenta de las propias reacciones defensivas e intentar utilizarlas como puntos de partida con el fin de obtener un autoconocimiento más profundo y reconocer cómo nuestra propia posición social (raza, clase social, género, sexualidad, capacidad, etc.) influye en nuestro comportamiento, perspectivas y reacciones hacia los demás.

A este respecto nos cuestionamos, planteándolo como otra línea de investigación futura relevante, cómo preparar adecuadamente a las enfermeras en la universidad para alcanzar el necesario equilibrio emocional frente a la eventualidad de experimentar culpabilidad depresiva o angustia moral ante lo que implica el cuidado inclusivo. Y, asimismo, el investigar para encontrar espacios dentro del desarrollo del currículum y tiempos de enseñanza (en el aula, y mediante tutorías individuales y grupales) para abordar el autocuidado y el autoconocimiento específicamente, y desde un punto de vista preventivo (preparatorio), no solo paliativo. Soluciones simples, aunque a nuestro juicio, insuficientes, serían incluir una parte sobre el particular en asignaturas como Psicología, Fundamentos de la Enfermería o Gestión de Enfermería. O trabajar sobre esto en los Planes de Acción Tutorial, o en seminarios específicos dentro de la materia de Prácticas Clínicas. En todo caso, las propuestas deben ir en la dirección de un modelo de formación integral (e integrado) que prepare a los estudiantes no solo para el ejercicio profesional más equilibrado, sino también para su desarrollo personal y social.

6.3 LIMITACIONES Y PROSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN.

> El equipo investigador no es nunca objetivo ni neutral. Acepta que la posición teórica desde la que se investiga, las creencias, valores, experiencias e intereses de los investigadores influyen en la elección y en los resultados de la investigación (Taylor y Bogdan, 1987).

USC DE COMPOSTELA

Esta investigación, del mismo modo que cualquier estudio académico, presenta limitaciones. Algunas de ellas ya las hemos adelantado a lo largo del capítulo. Reconocerlas y comprenderlas

es esencial para ponderar adecuadamente los hallazgos y conclusiones presentados. A continuación, recogemos las que hemos apreciado durante el proceso.

En cuanto a la **revisión bibliográfica crítica** elegida para la primera fase de la investigación, asumimos la limitación de no demostrar tan bien como deseábamos la sistematicidad de la búsqueda llevada a cabo. Sirva en nuestro descargo que, en este tipo de revisiones, no existe un requisito formal de presentar explícitamente los métodos de búsqueda, síntesis y análisis (aunque nosotros lo hicimos en el capítulo 1 en gran medida).

En relación con el **análisis de contenido** de los programas de formación, hemos tenido dificultades para validar la precisión de la información recopilada, ya que hemos dependido de la disponibilidad y calidad del contenido de los datos de entrada (las guías docentes). Además, aunque el programa de análisis de datos *Atlas.ti*, nos ha dado soporte, la investigación ha dependido en gran medida de nuestra interpretación, por lo que existe el riesgo de errores en ese sentido. También, la dependencia exclusiva del contenido textual ha podido mermar la comprensión completa de los contextos y las dinámicas educativas. Además, hemos podido pasar por alto elementos implícitos o no explícitos en los documentos. Por último, no haber recurrido a las audiencias, nos ha privado del acceso a las percepciones y experiencias de los actores involucrados en la implementación de los programas, no hemos conocido el currículum oculto. Esta circunstancia ha resultado en que solo hayamos podido referirnos al "qué" de las necesidades detectadas y a las propuestas correlativas, y no al "cómo" implementarlas.

En cualquier caso, consideramos que ha sido una investigación documental rigurosa y exhaustiva que supone una aportación valiosa al progreso del conocimiento en el área. Hemos contribuido desde el punto de vista teórico y conceptual al desarrollo de un campo de estudio en ciernes. Hemos delimitado un concepto que aglutina la idea esencial de la Tesis, el "cuidado inclusivo", no hallado en la extensa bibliografía consultada. Hemos desarrollado un marco conceptual basado en la literatura científica alrededor de ese concepto, que puede servir de referencia para futuras investigaciones o a la replicación del estudio en otras localizaciones. Hemos aportado una base de conocimiento del plan curricular del Grado de Enfermería en Galicia, que podemos considerar precursor, ya que no encontramos ningún estudio previo que analice las guías docentes en su conjunto, ni desde este enfoque ni con esta profundidad.

Por último, el nivel de conocimiento generado sobre los planes de estudio nos permite afrontar futuras investigaciones con un alto grado de confianza y perspectiva, ya sea recurriendo a las audiencias, mejorando los programas académicos, en la innovación educativa o para el desarrollo profesional docente.

Queda, sin duda, mucho por hacer; tanto que puede dar sentido a una vida profesional en este campo que, además, puede y debe ser compartida. Siendo así, tenemos claro que todos nuestros argumentos, advertencias y sugerencias son simplemente un punto de partida. Este informe de investigación es, en definitiva, una invitación a pensar (e investigar en el futuro inmediato) sobre un plan de acción que contribuya a la innovación educativa en el campo de la formación de enfermería.

Finalizamos así esta tesis, como es habitual, con más preguntas de las que teníamos cuando la iniciamos hace cuatro años: ¿Cómo producir el bien común a través de cambios individuales en las personas que se forman en las escuelas de enfermería? ¿Cómo se abordan las competencias para reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social o ser capaces de imaginar la situación de otra persona, si no se trata la influencia de la pobreza, la clase social, el estigma, la exclusión social o la discriminación en el acceso y cuidado de la salud?

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Las anteriores son sólo algunas de las múltiples preguntas que nos han surgido durante el proceso y a las que no hemos podido dar respuesta todavía; huelga decir que intentaremos hacerlo en un futuro mediante estudios como los que mencionamos a continuación:

- Hay que contrastar los datos de nuestra investigación con las voces de los más directamente concernidos e implicados en el tema que nos ocupa, de manera que se desvele el currículo implícito y las condiciones y dinámicas organizativas institucionales a través del recurso a cuestionarios, entrevistas y grupos de discusión.
- Hay que revisar y redefinir nuestro objetivo de estudio desde una perspectiva más amplia y orientada a la práctica profesional, mediante la consulta con expertos destacados en el ámbito de la enfermería, la educación y la inclusión social mediante el recurso a una metodología Delphi.
- Hay que ilustrar (en el sentido de llenar de vida) la problemática objeto de estudio accediendo a personas susceptibles de ser identificadas como sujetos con necesidades de inclusión mediante el recurso a una metodología de Estudio de Caso.
- Hay que proyectar nuestro objeto de estudio al ámbito de la innovación educativa, mediante trabajos relacionados con las Prácticas clínicas, la simulación clínica, los TFG y principalmente la evaluación de competencias relacionadas con el cuidado inclusivo.

***

A modo de breve epílogo de esta investigación, permítasenos decir que terminamos con la sensación del deber cumplido. Por supuesto, siempre cabe hacerlo mejor, y eso es un aliciente para seguir en la tarea. Pero hemos aportado evidencias que demuestran, que entre las necesidades de atención sanitaria en relación con la inclusión social y los planes de estudio en los que se forman las enfermeras en Galicia, existe una brecha importante, que es preciso superar. Junto a eso, hemos aportado argumentos derivados de una sólida literatura científica sobre una concepción de la enfermería en la que el cuidado enfermero no puede limitarse a "tratar", sino que se hace inexcusable y urgente una formación en los valores de justicia y equidad.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

BIBLIOGRAFÍA

Abu, V. K., & Moorley, C. R. (2023). Social justice in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education Today, 126*, 105825. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105825

Ahuvia, A. (2001). Traditional, Interpretive, and Reception Based Content Analyses: Improving the Ability of Content Analysis to Address Issues of Pragmatic and Theoretical Concern. *Social Indicators Research, 54*(2), 139-172. https://doi.org/10.1023/A:1011087813505

Álamo Vera, F. R., & García Soto, M. G. (2007). El proceso estratégico en el sector público: Análisis en el contexto de las universidades españolas. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa, 13*(2), 113-129.

Alarcón Alfonso, C. M. (2022). La salutogénesis y su aplicación en la educación. *Enfermería Docente, 09-14*.

Alba Martín, R. (2015). El concepto de cuidado a lo largo de la historia. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 41*. https://doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12

Alberdi Castell, R.M. (2016). Retrospectiva. Una reflexión sobre la profesión enfermera y el trabajo comunitario en España, desde los inicios hasta 1994. *Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental*.

Alberdi Castell, R. M., & Cuxart Ainaud, N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia, 1*(2). https://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php

Allport, G. W. (1971). *La naturaleza del prejuicio* (4ª ed.). Editorial Universitaria de Buenos Aires.

American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. https://www.aacnnursing.org/portals/42/publications/baccessentials08.pdf

American Association of Colleges of Nursing. (2017). *Diversity, Equity, and Inclusion in Academic Nursing*. American Association of Colleges of Nursing.

American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/Publications/Essentials-2021.pdf

Amezcua, M. (2015). La integración de la Enfermería en la Universidad: Una historia inacabada. *Temperamentvm. Revista internacional de historia y pensamiento enfermero, 11*(22), 3.

Amezcua, M. (2018). ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? *Index de Enfermería, 27*(4), 188-190.

Amezcua, M., & González Iglesias, M. E. (2015). La creación del título de Enfermera en España: ¿cien años de una incoherencia histórica? *Index de Enfermería, 24*(1-2), 7-9. https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000100002

Amnistía Internacional (2006). *El cuidado de los derechos humanos. Oportunidades y desafíos para el personal de enfermería y partería*. https://www.amnesty.org/es/documents/act75/003/2006/es/

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Andina Díaz, E., Gutiérrez García, A. I., Siles González, J., & Solano Ruiz, C. (2023). Antiguos retos y nuevas perspectivas frente al cuidado no carentes de riesgos. En *La poesía del cuidado. Humanizando la estética del aprendizaje*. Aula Magna.

Andreu Abela, J. (2002). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. *Fundación Centro de Estudios Andaluces*.

ANECA (2004). *Libro Blanco Título de Grado de Enfermería*.

Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2022).

Antúnez López, M., Martínez, A. G., & Villamandos de laTorre, F. (2017). Sostenibilidad y currículum: Problemática y posibles soluciones en el contexto universitario español. *Profesorado: Revista de curriculum y formación del profesorado, 21*(4), 197-214.

Aparicio Agreda, M. L. (2009). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. En *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009, Vol. 1* (págs. 129-138).

Aranguren, L. (2022). La ética del cuidado como clave de relación educativa. *International Catholic Journal of Education, 8*, 51-64.

Arbeláez Gómez, M. C., & Onrubia Goñi, J. (2014). Análisis bibliométrico y de contenido: Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana educación y cultura. *Revista de investigaciones UCM, 23*, 14-31.

Arenal, C. (2003). La beneficencia, la filantropía y la caridad. *Biblioteca virtual universal*.

Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE) & Real Academia Española (RAE). (s. f.). Diversidad | Diccionario de la lengua española. En *Diccionario de la lengua española—Edición del Tricentenario*. https://dle.rae.es/diversidad

Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE) & Real Academia Española (RAE). (2020). Discapacidad. En *Diccionario de la lengua española—Edición del Tricentenario*.

Asociación Española de Enfermería Docente (AEED). (1995). Ante los problemas de marginación: Las enfermeras responden. XVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente.

Bach, M. (2002). Social inclusion and solidarity. *Laidlaw Foundation*.

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF). (2013). Inclusión social: Clave de la prosperidad para todos.

Bardin, L. (1996). El análisis de contenido (2a ed.). *Akal*.

Bell Adell, C. (2002). Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos. Exclusión social: origen y características, Murcia. https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2353&IDTIPO=246&RASTRO=c2709$m4331,4330

Bell, B. (2021). White dominance in nursing education: A target for anti-racist efforts. *Nursing Inquiry, 28*(1). https://doi.org/10.1111/nin.12379

Benbow, S., Forchuk, C., Gorlick, C., Berman, H., & Ward-Griffin, C. (2015). Social Exclusion and Health: The Development of Nursing Knowledge. *Canadian Journal of Nursing Research, 47*(3), 56-72. https://doi.org/10.1177/084456211504700305

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). Book Highlights from Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. *Carnegie Foundation*.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Benton, D., & Shaffer, F. (2016). How the nursing profession can contribute to sustainable development goals. *Nursing Management, 23*(7), 29-34. https://doi.org/10.7748/nm.2016.e1534

Berelson, B. (1952). Content Analysis in Communication Research. *The Free Press*.

Berenguera Ossó, A., Fernández de Sanmamed Santos, M. J., Pons Vigués, M., Pujol Ribera, E., Rodríguez Arjona, D., & Saura Sanjaume, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa (1a ed.). *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol*.

Berwick, D. M. (2023). Salve Lucrum: The Existential Threat of Greed in US Health Care. *JAMA, 329*(8), 629-630. https://doi.org/10.1001/jama.2023.0846

Bhugra, D., Tribe, R., & Poulter, D. (2022). Social justice, health equity, and mental health. *South African Journal of Psychology, 52*(1), 3-10. https://doi.org/10.1177/00812463211070921

Bhutta, Z. A., Chen, L., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Frenk, J., Garcia, P., Horton, R., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Education of health professionals for the 21st century: A global independent Commission. *The Lancet, 375*(9721), 1137-1138. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60450-3

Bircher, A. U. (1975). On the Development and Classification of Diagnoses. *Nursing Forum, 14*(1), 10-29. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1975.tb00083.x

Bleich, M. R., MacWilliams, B. R., & Schmidt, B. J. (2015). Advancing Diversity Through Inclusive Excellence in Nursing Education. *Journal of Professional Nursing, 31*(2), 89-94. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.09.003

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine, 12*(6), 573-576. https://doi.org/10.1370/afm.1713

Boff, L. (2002). El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la tierra. *Trotta*.

Braveman, P. (2014). What are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. *Public Health Reports, 129*(1_suppl2), 5-8. https://doi.org/10.1177/00333549141291S203

Braveman, P. (2022). Defining Health Equity. *Journal of the National Medical Association, 114*(6), 593-600. https://doi.org/10.1016/j.jnma.2022.08.004

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*(4), 254-258. https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254

Brown, K. (2011). 'Vulnerability': Handle with Care. *Ethics and Social Welfare, 5*(3), 313-321. https://doi.org/10.1080/17496535.2011.597165

Bucknor-Ferron, P., & Zagaja, L. (2017). Cinco estrategias para combatir la discriminación inconsciente. *Nursing (Ed. española), 34*(4), 52-53. https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.07.015

Buettner-Schmidt, K., & Lobo, M. L. (2012). Social justice: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 68*(4), 948-958. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05856.x

Busquets, M. (2019). Descubriendo la importancia de la ética del cuidado. *Folia Humanística, 12*, 20-39. https://doi.org/10.30860/0053

Busquets Surribas, M., Cuxart Ainaud, N., Domínguez-Alcón, C., & Ramió Jofre, A. (2019). Nuevas políticas del cuidar Alianzas y redes en la ética del cuidado. *Col-legi Oficial Infirmeres e infirmiers Barcelona*.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Busquets Surribas, M., Delgado Hito, P., Jimenez Herrera, M., Santos Ruíz, S., & Vila Vendrell, Á. (2018). Invisibilidad del cuidado. En El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. *San Juan de Dios*.

Caballero, F. (2006). La Teoría de la Justicia de John Rawls. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, I*(II), 1-22.

Cabrera, F. C. (2016). Currículum oculto: Los mensajes no visibles del conocimiento educativo. *REXE- Revista de Estudios y Experiencias en Educación, 1*(1), Article 1.

Cáceres, P. (2008). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, 2*(1), 53-82. https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol2-Issue1-fulltext-3

Camps, V. (2021). Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo. *Arpa*.

Canadian Council for Refugees. (s. f.). Anti-oppression. https://ccrweb.ca/en/anti-oppression

Cantero González, M., Hernández Conesa, J., & Beneit Montesinos, J. (2010). Formación e identidad enfermera en el franquismo (Vol. 9). *Arte y Ciencia de la Sanación. Historia de la Educación*.

Carbonell i París, F. (1995). Inmigración: Diversidad cultural, desigualdad social y educación. *Ministerio de Educación y Ciencia*.

Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *ANS Adv Nurs Sci*, 1(1), 13-24

Casado, D. (1994). Sectores y factores de la pobreza reconceptualizada en España. En *La pobreza en España hoy*. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*.

Centeno Brime, J., & Arandojo Morales, M. I. (2018). La enfermería en España desde el siglo XVI hasta XIX a través de las fuentes documentales. *Paraninfo Digital*, *XII*(28).

Centro de Investigaciones Sociológicas. (2023). Encuesta sobre tendencias sociales (III). Estudio No. 3424. https://www.cis.es/documents/d/cis/es3424marmt_a

Chapman, A. R. (2011). Human Dignity, Bioethics, and Human Rights. *Amsterdam Law Forum, 3*(1), 3.

Chopoorian, T. J. (1986). Reconceptualizing the environment. *NLN Publications, 15-1992*, 39-54.

Clark, B., & Preto, N. (2018). Exploring the concept of vulnerability in health care. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 190(11), 308-309. https://doi.org/10.1503/cmaj.180242

Clark, M., Raffray, M., Hendricks, K., & Gagnon, A. J. (2016). Global and public health core competencies for nursing education: A systematic review of essential competencies. *Nurse Education Today*, 40, 173-180. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.026

Clausó García, A. (1993). Análisis documental: El análisis formal. *Revista general de información y documentación*, 3(1), 11-20.

Codina, L. (2020). Cómo hacer revisiones bibliográficas tradicionales o sistemáticas utilizando bases de datos académicas. *Revista ORL*, 11(2), 139. https://doi.org/10.14201/orl.22977

Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J., & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30, 93-98. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004

Colle, R. (2011). El análisis de contenido de las comunicaciones. Cuaderno 12: Técnicas de análisis. *Sociedad Latina de Comunicación Social*.

Collière, M. F. (1993). *Promover la vida* (2a). Mc Graw-Hill.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Comas-d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de antropología social*, 0(49). https://doi.org/10.34096/cas.i49.6190

Comisión de las Comunidades Europeas. (1993). Libro Verde de la Política Social Europea.

Committee on the Future of Nursing 2020–2030, National Academy of Medicine, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity* (M. K. Wakefield, D. R. Williams, S. L. Menestrel, & J. L. Flaubert, Eds.). National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25982

Conde Melguizo, R. (2014). Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: De cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. *Praxis sociológica*, 18, 155-175.

Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE). (2012). Directrices para la introducción de la Sostenibilidad en el Currículum. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata.

Consejo de Europa. (1996). Carta Social Europea.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2003). Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2006). Declaración de Posición del CIE sobre Prevención de las Discapacidades y Cuidado de las Personas Discapacitadas.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2011). Las enfermeras y los derechos humanos.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2013). Declaración de posición del CIE sobre el ámbito de la práctica de la enfermería.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2017). El papel de los enfermeros para el logro de los ODS.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2023). Health inequities, discrimination and the nurse's role.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2021). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería.

Constitución Española. (1978). Pub. L. No. Constitución, BOE-A-1978-31229 29313. https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)

Cook, C. (2003). *Overview: The Many Faces of Diversity*. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 8 (1).

Crenshaw, K. (2005). *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. En *Violence against women: Classic papers* (pp. 282-313). Pearson Education New Zealand.

Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing, 17*(1), 38-43. https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059

CRUE, Fundación ONCE, & IMSERSO. (2016). Formación curricular en diseño para todas las personas. Enfermería.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población—Parte 2. *Organización Mundial de la Salud*.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health, 199*, 20-24. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Daly, K., & Pauly, B. (2022). Nurse Navigation to Address Health Equity: Teaching Nursing Students to Take Action on Social Determinants of Health. *Nurse Educator, 47*(1), E5-E6. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001084

Darcy-Mahoney, A., Carter, B., Green, K., Mullan, F., & Beard, K. V. (2020). Looking backwards to move forward: Using a social mission lens in nursing education. *Journal of Professional Nursing, 36*(5), 412-416. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.03.005

Dawson, A., & Verweij, M. (2012). Solidarity: A Moral Concept in Need of Clarification. *Public Health Ethics, 5*(1), 1-5. https://doi.org/10.1093/phe/phs007

Decreto 2293/1973, 17 de agosto, por el que se regulan las Escuelas Universitarias. Ministerio de Educación y Ciencia (1973). *Boletín Oficial del Estado*, 200, 19558-19559.

De Lorenzo, R. (2015). La Convención, un desafío inaplazable. En La convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. De los derechos a los hechos. *Tirant lo blanch*.

De Magalhães, I. T., Da Silva, K. L., & Guimarães, R. A. (2022). Tools used in nursing education to assess attitudes about poverty: An integrative review. *Public Health Nursing, 39*(5), 1089-1097. https://doi.org/10.1111/phn.13062

De Souza, M. de L., Arzuága Salazar, M. A., & González Ortega, Y. (2013). Metodología del análisis de contenido en investigación de enfermería. En Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. *Organización Panamericana de Salud.*

Delevan, K. (2022). Research Guides: Intersectionality. *Syracuse University*. https://researchguides.library.syr.edu/fys101/intersectionality

Delgado Rojas, J. I. (2018). Dignidad humana = Human dignity. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad,* 176-197. https://doi.org/10.20318/eunomia.2018.4347

Diario Oficial de las Comunidades Europeas. (2010). Carta de los Derechos Fundamentales de la UE. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf

Domínguez Alcón, C., Kohlen, H., & Tronto, J. (2018). El futuro del cuidado: Comprensión de la ética del cuidado y la práctica enfermera. *Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent*. https://ediciones.santjoandedeu.edu.es/profesionalidad/29-el-futuro-del-cuidado-comprension-de-la-etica-del-cuidado-y-la-practica-enfermera.html

Domínguez-Alcón, C. (2014). Prácticas de cuidado y conocimiento en la disciplina enfermera. *Temperamentvm*. http://www.index-f.com/temperamentum/tn20/t2314.php

Domínguez-Alcón, C. (2016). Evolución del cuidado y profesión enfermera. San Juan de Dios.

Domínguez-Alcón, C. (2018). Lo esencial del cuidar: Qué debería preocuparnos hacia el año 2050. *Index de Enfermería*, 27(4), 185-187.

Domínguez-Alcón, C., Rodríguez, J. A., & de Miguel, J. M. (1983). Sociología y Enfermería. *Pirámide*.

Donahue, M. P. (1985). Historia de la enfermería. *Doyma*.

Duffy, T. P. (2011). The Flexner Report .100 Years Later. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 84(3), 269.

Dury, C. (2019). EU minimum harmonised training for general are nurses. Time for an update? *Pedagogical innovation in nursing education*, Madrid

Elsevier. (2022). NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. *Elsevier Connect*. https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica

Errasti Ibarrondo, B., Martínez García, M., Carvajal Valcárcel, A., & Arantzamendi Solabarrieta, M. (2014). Modelos de dignidad en el cuidado: Contribuciones para el final de la vida. *Cuadernos de bioética, 25*(84), 243-256.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Escudero, J., & Martínez, B. (2020). Innovación educativa y Espacio Europeo de Educación Superior. En *Repensando la educación superior. Miradas expertas para promover el debate*. Narcea.

Escudero Muñoz, J. M. (2006). Compartir propósitos y responsabilidades para una mejora democrática de la educación. *Revista de educación, 339*, 19-42.

Escudero Muñoz, J. M. (2011). Dilemas éticos de la profesión docente. *Participación educativa, 16*, 93-102.

Escuela Universitaria de Enfermería «La Paz». (1991). Metodología de la Enseñanza de Enfermería. Instituto Nacional de Salud (INSALUD). https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Metodologia1.pdf

Esquivel, V. (2011). La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). http://www.gemlac.org/attachments/article/325/Atando_Cabos.pdf

Estivill, J. (2003). Panorama de lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias. Organización Internacional del Trabajo.

Estrada-Masllorens, J. M., Galimany-Masclans, J., & Constantí-Balasch, M. (2016). Enseñanza universitaria de enfermería: De la diplomatura al grado. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, 19*(2), 71-76.

European Commission. (2020). Action plan on Integration and Inclusion 2021-2027. https://home-affairs.ec.europa.eu/system/files_en?file=2020-11/action_plan_on_integration_and_inclusion_2021-2027.pdf

European Anti-Poverty Network (EAPN). (2012). Participación para la inclusión y transformación social. European Anti-Poverty Network. https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/Forodedebate2.pdf

European Anti-Poverty Network (EAPN). (2021). El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España. 2008-2020 (11).

European Anti-Poverty Network (EAPN). (2022). 12o Informe anual sobre el estado de la pobreza. El estado de la pobreza. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030, 2015-2022. https://www.eapn.es/estadodepobreza/

European Anti-Poverty Network (EAPN Madrid). (2018). La pobreza hace aún más vulnerables a las víctimas de tráfico con fines de explotación sexual. European Anti-Poverty Network Madrid. http://www.eapnmadrid.org/noticia.asp?id_not=186#.Yf0XUd_MKUl

European Commission. (2020). Action plan on Integration and Inclusion 2021-2027. https://home-affairs.ec.europa.eu/system/files_en?file=2020-11/action_plan_on_integration_and_inclusion_2021-2027.pdf

European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affaires and Equal Opportunities. (2010). Joint report on social protection and social inclusion 2010. Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2767/32954

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: the Journal of Nursing Scholarship, 16*(3), 84-89. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x

Feito, L. (2000). Ética Profesional de la Enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. *Promoción Popular Cristiana.*

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra.* https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600002&script=sci_abstract

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Feito, L. (2020). Vulnerabilidad y deliberación en tiempos de epidemia. *Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason.*

Ferreira, M. A. V. (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: Un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad, 47*(1), Article 1.

Fine Europe. (s. f.). Misiones y valores. https://fine-europe.eu/?page_id=816&lang=en

Flaubert, J. L., Menestrel, S. L., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (2021). The Role of Nurses in Improving Health Equity. En *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity.* National Academies Press (US). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573898/

Foro I+E sobre Investigación y Educación Superior en Enfermería, Fundación Index y Red Internacional de Centros Colaboradores RICO. (2012). *Un conocimiento para la humanidad. DEGRA Declaración de Granada sobre el Conocimiento Enfermero.*

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., García, P. J., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Méndez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepúlveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2015). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica, 16*(1), 9-16. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.011

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, *376*(9756), 1923-1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

Frías, M. (2022). La interseccionalidad de la discriminación por razones de raza, etnia y género. *Proyecto "Convivir sin discriminación: un enfoque basado en los derechos humanos y la perspectiva de género".* https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/R_Interseccionalidad_ES.pdf

Fundación Foessa. (2019a). La evolución de la exclusión social en España ¿Cuáles están siendo las consecuencias? En *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España.*

Fundación Foessa. (2019b). La gran desvinculación ¿Cómo se está produciendo la transición del modelo social? En *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España.*

Fundación Foessa. (2019c). La sociedad desordenada e insegura. En *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España.*

Fundación Foessa. (2019d). *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España.*

Fundación La Caixa. (2022). Radiografía de medio siglo de desigualdad en España. Características y factores que explican que España sea uno de los países más desiguales de Europa.

Galiana-Sánchez, M. E., García-Paramio, M. P., & Bernabeu-Mestre, J. (2008). Luchando por la supervivencia: Primera Asamblea Nacional de Enfermeras (Madrid, 1959). *Temperamentvm.* http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t6786r.php

Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales, 26,* 161-175.

Germán-Bes, C. (2004). Género y Enfermería. Index de Enfermería, 13(46), 07-08.

Germán-Bes, C. (2004). Tuning. Sintonía Enfermera para el Espacio Europeo de Educación Superior. Revista ROL de enfermería, 27(10), 49-56.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Germán-Bes, C. (2013). *La revolución de las batas blancas: La enfermería española de 1976 a 1978* (1ª Ed.). Prensas Universidad de Zaragoza.

Germán-Bes, C. (2014). Los cuidados enfermeros en la década de los setenta en España. Análisis conceptual. En Medicina y poder político. XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (pp. 77-81). Recuperado de http://sehm.es/wp-content/uploads/2020/06/LIBRO_Congreso_SEHM2014_final.pdf

Germán-Bes, C., Orkaizagirre Gómara, A., Huércanos Esparza, I., & Hueso Navarro, F. (2015). ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?: A propósito del caso de María. Index de Enfermería, 24(3), 139-143. https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000200005

Germán-Bes, C. (2006). *Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género*. [Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza. https://zaguan.unizar.es/record/4470/files/TESIS-2009-090.pdf

Germán-Bes, C. (2011). Una mirada actual del modelo ecológico de Florence Nightingale. Revista Científica de Enfermería.

Germán-Bes, C. (2020). Autocuidados EcoHolísticos. V Reunión Internacional de investigación en Salud Comunitaria. Recuperado de http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/einves02t

Germán-Bes, C., Hueso Navarro, F., & Huércanos Esparza, I. (2014). La relación entre globalización y salud, y el reto de cuidar. En Cuidado de enfermería. Reflexiones entre dos orillas. Fundación Index.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6.a ed.). *Atlas*.

Gilmore, J. P., Halligan, P., & Browne, F. (2022). Pedagogy as social justice. Universal Design of Learning in nurse education. *Nurse Education Today, 118*, 105498. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105498

Giménez Andreu, M. del R. (2018). *La formación enfermera universitaria en España (1977-2012): Un estudio del modelo educativo* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/57301

Gimeno Sacristán, J. (2007). *El curriculum. Una reflexión sobre la práctica* (9 Ed.). Morata.

Gobierno Vasco-Fundación ONCE. (2013). *Libro blanco sobre la discapacidad en Euskadi*. http://www.edeka.es/wp-content/uploads/2017/11/Libro-Blanco-de-la-Discapacidad-1.pdf

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada* (10a ed.). Amorrortu ediciones.

Gómez Cantarino, S., Gutiérrez de la Cruz, S., Espina Jerez, B., Dios Aguado, M. de las M. de, Pina Queirós, P. J., & Alves Rodrigues, M. (2018). Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: Desde los albores del s. XX hasta la actualidad. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 52*. https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.05

González Domínguez, S. (2019). Estigma y salud mental: Estigma internalizado [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. https://eprints.ucm.es/id/eprint/59687/

González García, A. (2013). Los manuales de formación de la Cruz Roja durante la epidemia de gripe de 1918-1919. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 17*(36), 19-28. https://doi.org/10.7184/cuid.2013.36.03

González Iglesias, M. E., Amezcua, M., & Siles, J. (2010). El título de enfermera en España a través del análisis documental: El caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. *Temperamentvm, 12*. http://www.index-f.com/temperamentum/tn12/t1210r.php

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Gracia, D. (1992). Desarrollo, aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico. *I a Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería: «La enfermería en el siglo XX. De oficio a profesión, los momentos del cambio»*, Madrid.

Gracia, D. (1996). Prólogo. En *Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días. Síntesis.*

Gracia, D. (2010). Prólogo. En *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería española contemporánea*. FUDEN.

Graells Sans, A., & Insa Calderon, E. (2021). Una mirada polièdrica a les desigualtats socials en salut. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa, Núm. 77*, 57-80. https://doi.org/10.34810/EDUCACIOSOCIALN77ID382500

Granero Molina, J., Fernández Sola, C., & Aguilera Manrique, G. (2010). Evaluación frente a calificación en el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), una reflexión ético-crítica. *Index de Enfermería, 19*(1), 37-41.

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies: A typology of reviews. *Health Information & Libraries Journal, 26*(2), 91-108. https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

Gravens, K., & Goldfarb, S. (2020). Social mission in nursing: Reaffirming our roots. *Teaching and Learning in Nursing, 15*. https://doi.org/10.1016/j.teln.2020.05.007

Green, M. (1967). The Professional Significance of History of Education. *History of Educational Quartely, 3*, 182-190.

Grupo Parlamentario de todos los partidos sobre Salud Global (APPG). (2016). Triple Impacto Cómo el desarrollo de la enfermería mejorará la salud, promoverá la igualdad de género y apoyará el crecimiento económico. http://wp.ameenfermeria.com/wp-content/uploads/2019/08/Triple-Impacto_esp.pdf

Guilligan, C. (2013). La ética del cuidado (Vol. 30). *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*. https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/30-the-ethic-of-care

Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene, 9*(2), 0-0. https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002

Guix Oliver, J. (2008). El análisis de contenidos: ¿qué nos están diciendo? *Revista de Calidad Asistencial, 23*(1), 26-30. https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)70464-0

Gullón, P., & Padilla, J. (2020). *Epidemiocracia: Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo.* Capitán Swing.

Gustafsson, B. (2006). The Philosophy of Science from a Nursing-Scientific Perspective. *Journal of Nursing Theory, 15*(4).

Hargreaves, A. (1996). Culpabilidad. Estudio de las emociones en la enseñanza. En *Profesorado, cultura y postmodernidad*. Morata.

Heidegger, M. (1951). El ser y el tiempo. *Fondo de cultura económica.*

Hernández Martín, F., Gallego Lastra, R. del, Alcaraz González, S., & González Ruiz, J. M. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 2*, 21-35. https://doi.org/10.14198/cuid.1997.2.05

Hernández Martín, F., & Morente Parra, M. (2008). Definir la Enfermería desde la Historia: Humberto de Romans y el oficio enfermero. *Híades. Revista de Historia de Enfermería, 10*, 271-281.

Hernández Pedreño, M. (2008). Pobreza y exclusión social en las sociedades el conocimiento. En *Exclusión social y desigualdad*. *Ediciones Universidad de Murcia.*

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación (5ª ed.). *Mc Graw-Hill.*

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Hernández-Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Mc Graw-Hill.
Herrera Rodríguez, F. (1995). El manual de Enfermería de Manuel Usandizaga (1938). *Qalat Chábir. Revista de Humanidades, 3*.
Hesbeen, W. (2004). Formación y práctica de la enfermería: De la apertura a la existencia de una clínica del cuidar. En *La formación enfermera: Estado de la cuestión y perspectiva internacional*. *Fundación La Caixa.*
Hills, M., & Watson, J. (2011). Creating a Caring Science curriculum. A Relational Emancipatory Pedagogy for Nursing (1ª ed.). *Springer.*
Honneth, A. (2006). El reconocimiento como ideología. *ISEGORÍA*. https://www.acuedi.org/ddata/10962.pdf
Huércanos Esparza, I. (2013). Cuidado Invisible: Donde los medicamentos no llegan. *Index de Enfermería, 22*(1-2), 5-6. https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001
Huntsman, R., Bruin, M., & Holttum, D. (2002). Twixt Candle and Lamp:The Contribution of Elizabeth Fry and the Institution of Nursing Sisters to Nursing Reform. *Medical History, 46*(3), 351-380. https://doi.org/10.1017/S0025727300069398
Hupcey, J. E., & Penrod, J. (2005). Concept analysis: Examining the state of the science. *Research and Theory for Nursing Practice, 19*(2), 197-208.
Hurtado, J. (2000). *Metodología de la investigación holística* (3ª ed.). Fundación Sypal.
Hutchinson, A., & Lee, B. (2014). Exploring social inclusion in practice: Perspectives from the fields. *Canadian Social Work Review*, *21*(2), 119-136.
Ibáñez, J. G. (2022). Derecho al cuidado: Un abordaje desde los derechos (humanos). Oñati Socio-Legal Series, 12(1), Article 1.
Iglesias, J., Rua, A., & Ares, A. (2020). La integración social de la población de origen inmigrante en España. *Fundación Foessa.*
Ikäheimo, H. (2009). A Vital Human Need: Recognition as Inclusion in Personhood. *European Journal of Political Theory*, 8(1), 31-45. https://doi.org/10.1177/1474885108096958
Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). Cifras de Población (CP) a 1 de julio de 2022 Estadística de Migraciones (EM). Primer semestre de 2022. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/cp_j2022_p.pdf
Instituto Nacional de Estadística. (s. f.-a). Glosario de términos INE: Umbral de pobreza. Recuperado 1 de diciembre de 2022, de https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=5039&tm=19&txt=&p=4&n=20
Instituto Nacional de Estadística. (s. f.-b). La pobreza y su medición. Presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza. Recuperado de https://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf
Iturmendi, J. M. (2017). La proyección en la teoría del derecho, la legislación y la jurisprudencia de la dignidad de la persona como valor, fundamento y principio constitucional. *Universidad Complutense de Madrid*.
Jacobs-Kramer, M. K., & Chinn, P. L. (1988). Perspectives on knowing: A model of nursing knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 2*(2), 129-144.
Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing, 4*(4), 542-551.
Jansen, E. (2022). Ponencia: Erik Jansen. *HAN University of Applied Sciences, Nijmegen, Holanda*. Congreso HEQUED-Equidad en salud en la educación superior para una sociedad sostenible.
Jara, P. (2011). La investigación y la educación en Enfermería en Iberoamérica: Tendencias y proyecciones. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería.*

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Jefatura del Estado. (2008). Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE, núm. 96, páginas 20648-20659. https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/(1)

Jiménez-García, W. G., Manzano-Chávez, L., & Mohor Bellalta, A. (2020). Medición de la vulnerabilidad social: Propuesta de un índice para el estudio de barrios vulnerables a la violencia en América Latina. *Papers Revista de Sociología*. https://ddd.uab.cat/pub/papers/papers_a2021v106n3/papers_a2021v106n3p381.pdf

Juergensen, L., Premji, S., Wright, B., Holmes, D., & Bouma, G. (2020). "A time to lead" efforts to promote social justice: The promise and challenges of the United Nations 2030 agenda and sustainable development goals for nurses. *International Journal of Nursing Studies, 104*, 103533. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103533

Juguera Rodríguez, L., Díaz Agea, J. L., Pérez Lapuente, M. L., Leal Costa, C., Rojo Rojo, A., & Echevarría Pérez, P. (2014). La simulación clínica como herramienta pedagógica: Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Enfermería Global, 13*(33), 175-190.

Karakachian, A., & Colbert, A. (2018). Angustia moral: Un caso práctico. *Nursing (Ed. española), 35*(3), 7-9. https://doi.org/10.1016/j.nursi.2018.05.002

Kelley, M. A., Connor, A., Kun, K. E., & Salmon, M. E. (2008). Social Responsibility: Conceptualization and Embodiment in a School of Nursing. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 5*(1), 1-16. https://doi.org/10.2202/1548-923X.1607

Kemmis, S. (1986). *El currículum: Más allá de la teoría de la reproducción*. Morata.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). El pensamiento enfermero. *Masson*.

Khuntia, J., Ning, X., Cascio, W., & Stacey, R. (2022). Valuing Diversity and Inclusion in Health Care to Equip the Workforce: Survey Study and Pathway Analysis. *JMIR Formative Research, 6*(5), e34808. https://doi.org/10.2196/34808

Kottow, M. H. (2003). The Vulnerable and the Susceptible. *Bioethics, 17*(5-6), 460-471. https://doi.org/10.1111/1467-8519.00361

Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health, 55*(10), 693-700. https://doi.org/10.1136/jech.55.10.693

Krippendorff, K. (1997). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Paidós.

Laaser, U., Bjegovic-Mikanovic, V., Seifman, R., Senkubuge, F., & Stamenkovic, Z. (2022). Editorial: One health, environmental health, global health, and inclusive governance: What can we do? *Frontiers in Public Health, 10*, 932922. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.932922

Labonte, R. (2004). Social inclusion/exclusion: Dancing the dialectic. *Health Promotion International, 19*(1), 115-121. https://doi.org/10.1093/heapro/dah112

Labonte, R. (2015). Globalization and Health. En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 198-205). *Elsevier.* https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14022-X

Labora, J. J., & Fernández, E. (2022). Vulnerabilidad, riesgo y salud: Aproximación socioantropológica al diagnóstico como proceso. *En-claves del pensamiento, 31*. https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i31.496

Lafortune, G., Fuller, G., Bermont-Diaz, L., Kloke-Lesch, A., Koundouri, P., & Riccaboni, A. (2022). Achieving the SDGs: Europe's Compass in a Multipolar World. *Europe Sustainable Development Report*. SDSN. Sustainable Development Solutions Network. A global initiative for the United Nations. https://reds-sdsn.es/el-informe-sobre-el-desarrollo-sostenible-en-europa-senala-un-estancamiento-en-el-avance-de-los-ods/

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada. https://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps_media/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf

Laparra, M., Obradors, A., Eransus, B., Pérez-Yruela, M., Renes Ayala, V., Sarasa Urdiola, S., Subirats, J., & Trujillo Carmona, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión: Implicaciones metodológicas. *Revista española del tercer sector, 5*, 15-58.

Lapum, J., Bailey, A., St-Amant, O., Garmaise-Yee, J., Hughes, M., & Mistry, S. (2022). Equity, diversity, and inclusion in open educational resources: An interpretive description of students' perspectives. *Nurse Education Today, 116*, 105459. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105459

Lazenby, M. (2013). On the humanities of nursing. *Nursing Outlook, 61*(1), e9-e14. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.06.018

Lazenby, M. (2020). *Toward a Better World: The Social Significance of Nursing*. Oxford.

Leddy, S., & Pepper, J. M. (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional (1ª ed.). *Organización Panamericana de la Salud.*

Lee, M. S., Diaz, M., Bassford, T., Armin, J., & Williamson, H. J. (2021). Providing Equitable Access to Health Care for Individuals with Disabilities: An Important Challenge for Medical Education. *Harvard Public Health Review (Cambridge, Mass.), 44*, 10.54111/0001/RR2. https://doi.org/10.54111/0001/RR2

Leff, E. (2004). *Racionalidad ambiental. La reapropiación social de la naturaleza*. Siglo Veintiuno.

Leininger, M. (1991). Transcultural care principles, human rights, and ethical considerations. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society, 3*(1), 21-23. https://doi.org/10.1177/104365969100300105

Leininger, M. (2008). Overview of Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. *Journal of transcultural nursing*, 8(2).

Lema Añón, C. (2020). La revolución de los determinantes sociales de la salud: Derecho a la salud y desigualdad. *Anuario de Filosofía del Derecho, 36,* 289-317.

Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Monticelli, M., Cometto, M. C., & Gómez, P. F. (2013). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Organización Panamericana de Salud.

Lenise do Prado, M., Morillas, A., & Morán, L. (2013). Metodología de la revisión de literatura en investigación de enfermería. En *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica.* Organización Panamericana de Salud.

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., & Patsios, D. (2007). *The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion*. Department of Sociology and School for Social Policy Townsend Centre for the International Study of Poverty and Bristol Institute for Public Affairs University of Bristol.

Ley de Instrucción Pública. (1857). BOE-A-1857-9551.

Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. (1970). BOE-A-1970-852

Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. (1983). BOE-A-1983-23432

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (1986). BOE-A-1986-10499

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (2003). BOE-A-2003-10715

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2006). BOE-A-2006-21990

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. (2007). Pub. L. No. Ley Orgánica 4/2007, BOE-A-2007-7786 16241.

Ley 10/2013, de 27 de noviembre, de inclusión social de Galicia. (2013). BOE-A-2014-884

Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación, BOE-A-2022-5140 43626.

Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. (2022). BOE-A-2022-11589 98071.

Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario. (2023). BOE-A-2023-7500

Liao, C., & Dordunoo, D. (2022). Rethinking global health topics to advance social justice in undergraduate nursing education. *Nurse Education Today*, *118*, 105521. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105521

Lidón, L. (2015). La otra mirada, presupuesto para la toma de conciencia sobre la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad-Artículo 8 de la Convención. En *La convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. De los derechos a los hechos*. Tirant lo blanc.

López Montesinos, M. J. (2004). Revisión cronológica de la enseñanza de enfermería en España. *Enfermería Global*, *3*(2). https://doi.org/10.6018/eglobal.3.2.568

López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI. Revista de educación*, 167-179.

López-Aranguren, E. (2016). El análisis de contenido. En *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (4ª ed.). Alianza.

Luis Rodrigo, M. T. (1995). La marginación en el trabajo cotidiano:análisis de una realidad. En *XVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente: «Ante los problemas de la marginación: Las enfermeras responden»*. Asociación Española de Enfermería Docente.

Luna, F. (2009). Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers Not Labels. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, *2*(1), 121-139.

Macklin, R. (2003). Dignity is a useless concept. *BMJ: British Medical Journal*, *327*(7429), 1419-1420.

Maclachlan, M., Khasnabis, C., & Mannan, H. (2012). Inclusive health. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, *17*(1), 139-141. https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02876.x

Mallow, S., Toman, I., & Van't Land, H. (2019). *IAU 2nd Global Survey Report on Higher Education and Research for Sustainable Development. Higher Education and the 2030 Agenda: Moving into the 'Decade of Action and Delivery for the SDGs'.* International Association of Universities (IAU). https://www.iau-aiu.net/IAU-HESD-global-survey-2019

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, *365*(9464), 1099-1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6

Marriner Tomey, & Alligood, M. R. (2011). *Modelos y teoría en enfermería* (7a ed.). Elsevier.

Martín Ferreres, M. L. (2017). La presencia de los valores en la práctica enfermera [Tesis doctoral, Universitat Internacional de Catalunya]. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456048/Tesis%20M%C2%AA%20Luisa%20Mart%C3%ADn%20Ferreres.pdf?sequence=5

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Martín Llorente, M. J. (2018). Interpretación doctrinal comparativa de la obra de M. Usandizaga para la formación de enfermeras: Un estudio gadameriano [Tesis doctoral, Universidad de Alcalá de Henares]. https://escuela-doctorado.uah.es/tesis/tesis.asp?CdPlan=D420&expe=87&proy=1

Martínez Buján, R. (2019). La sociedad desordenada e insegura. *Fundación FOESSA*. https://www.foessa.es/capitulos/capitulo2/

Martínez Bullé-Goyri, V. M. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 46(136), 39-67. https://doi.org/10.1016/S0041-8633(13)71121-9

Martínez Santos, Y. (2017). Las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios en España 1953-1980. Historia de las escuelas del distrito universitario de Zaragoza [Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza]. https://zaguan.unizar.es/record/61293/files/TESIS-2017-033.pdf

Matesanz Santiago, M. Á. (2009). Pasado, presente y futuro de la Enfermería: Una aptitud constante. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7(2), 243-260.

Mayeroff, M. (1971). *On caring*. Harper & Row.

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(2). https://doi.org/10.17169/FQS-1.2.1089

McMichael, A. J. (2013). Globalization, Climate Change, and Human Health. *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1335-1343. https://doi.org/10.1056/NEJMra1109341

Médicos del Mundo. (2022). Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas. https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/informe_barreras_web.pdf

Medina, A. (2020). Criterios para el diseño y mejoras curriculares de los planes de estudio universitarios. Análisis EEES. En *Repensando la educación superior. Miradas expertas para promover el debate*. Narcea.

Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Laertes Psicopedagogía.

Meseguer Gancedo, P. (2017). *Cuidar profesionalmente. Una aproximación a la profesión enfermera en España* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. https://eprints.ucm.es/id/eprint/49547/

Ministerio de Educación Cultura y Deporte. (2003). La integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Documento-Marco. http://www.fce.udl.cat/EEES/eees/Documento_Marco.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estudio comparado sobre Estrategias de inclusión activa en los países de la Unión Europea. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/contenido-actual-web/estrategias-inclusion-activa.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Estrategia Nacional de Equidad en Salud.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2019). Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/contenido-actual-web/estrategia_es.pdf

Ministerio de Sanidad. (2020). Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

Ministerio de Presidencia. (2021). España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo. Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia de Gobierno de España. https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf

Ministerio de Sanidad. (2021). Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf

Ministerio de Sanidad. (2022a). Estrategia de Salud Pública 2022. Mejorando la salud y el bienestar de la población. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf

Ministerio de Sanidad. (2022b). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/discapacidad/docs/estrategia-espanola-discapacidad-2022-2030-def.pdf

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2023). Resolución de 20 de enero de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo Marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para dar solución al sinhogarismo impulsado por la Estrategia nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030. BOE-A-2023-3092Final del formulario

Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. (2019). Estrategia Nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/contenido-actual-web/estrategia_es.pdf

Miranda Camarero, M. V. (2014). Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. *Enfermería Nefrológica, 17*(2), 85-91. https://doi.org/10.4321/S2254-28842014000200001

Miró Bonet, M. (2008). ¿Por qué somos como somos? 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 de les Illes Balears]. http://www.tdx.cat/handle/10803/9440

Molero, F., Navas, M., & Morales, J. F. (2001). Inmigración, prejuicio y exclusión social: Reflexiones en torno a algunos datos de la realidad española. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica, 1*, 11-32.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Moreno Preciado, M. (2012). Crisis, salud y bienestar ¿del Estado Social al Estado de Beneficencia? *9*(2). http://www.index-f.com/memoria/9/9200.php

Moreno Preciado, M. (2021a). *Nuestro modelo sanitario es reduccionista. Prioriza lo biológico y curativo, frente a lo social y lo preventivo* [Elsevier]. https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/manuel-moreno-Transculturalidad-genero-salud-manual-enfermeria-comunitaria

Moreno Preciado, M (2021b), Transculturalidad, género y salud. Manual de Enfermería Cultural. *Elsevier*.

Mullan, F. (2017). Social Mission in Health Professions Education: Beyond Flexner. *JAMA, 318*(2), 122. https://doi.org/10.1001/jama.2017.7286

Naciones Unidas. (1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/

Naciones Unidas. (1989). No discriminación. Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Observación General 18. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404.pdf

Naciones Unidas. (1992). Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo. https://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0506079.pdf

Naciones Unidas. (1995). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/116/54/PDF/N9511654.pdf?OpenElement

Naciones Unidas. (2009). Vision for an Inclusive Society. https://www.un.org/esa/socdev/documents/compilation-brochure.pdf

Naciones Unidas. (2010). Analysing and Measuring Social Inclusion in a Global Context. https://www.un.org/esa/socdev/publications/measuring-social-inclusion.pdf

Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (p. 40). Asamblea General de Naciones Unidas. Recuperado de https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

Naciones Unidas. (2016). Identificación de la inclusión y exclusión social. En No dejar a nadie atrás: El imperativo del desarrollo inclusivo. Informe de la Situación Social Mundial 2016. https://www.un.org/esa/socdev/rwss/2016/chapter1.pdf

Naciones Unidas. (2018). Rights of persons with disabilities. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/A_73_161_EN.pdf

Naciones Unidas. (2020). Década de Acción para el Desarrollo Sostenible. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/decade-of-action/

National Advisory Council on Nurse Education and Practice (NACNEP) (2019). *Integration of Social Determinants of Health in Nursing Education, Practice, and Research*.

National League of Nursing. (2016). Achieving Diversity and Meaningful Inclusion in Nursing Education. A Living Document from the National League for Nursing.

National League of Nursing. (2019). NLN Releases A Vision for Integration of the Social Determinants of Health Into Nursing Education Curricula. Nursing Education Perspectives, 40(6), 390. https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000597

Navarro, V., & Benach, J. (1996). Desigualdades Sociales de Salud en España. Informe de la Comisión Científica e estudios de las desigualdades sociales de salud en España (pp. 505-636). *Revista Española de Salud Pública.*

Newman, M., Sime, M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science.*

Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Elsevier Masson.

USC DE COMPOSTELA

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2021). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023*. (11ª ed.). Elsevier.

Nursology. (2018). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. Nursology. https://nursology.net/nurse-theories/fundamental-patterns-of-knowing-in-nursing/

Nussbaum, M. C. (2012). *Crear capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.

Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2023). Casi el 30 por 100 de la población con discapacidad de la UE está en riesgo de pobreza o exclusión social. https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/casi-el-30-por-100-de-la-poblacion-con-discapacidad-de-la-ue-esta-en-riesgo-de-pobreza-o-exclusion-social/

Orden 4 julio 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios. (1955). *Boletín Oficial del Estado*, 176, 11040.

Orden de 31 de octubre de 1977. (1977). Por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, 270, 28232.

Orden de 15 de julio de 1980. (1980). Por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, 177, 15953.

Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio. (2008). Por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. *Boletín Oficial del Estado*, 174, 31680-31684.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). Declaración de Yakarta para adaptar la promoción de la salud al siglo XXI.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf?sfvrsn=95d8b803_1&download=true

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health. https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-IER-CSDH-08.1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009a). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009b). Global standars for the initial education of professional nurses and midwives. https://iris.who.int/handle/10665/44100

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011a). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011b). Determinantes sociales de la salud: Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Nurse Educator Core Competencies. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258713/9789241549622-eng.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Informe mundial sobre edadismo. https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Osingada, C. P., & Porta, C. M. (2020). Nursing and Sustainable Development Goals (SDGs) in a COVID-19 world: The state of the science and a call for nursing to lead. *Public Health Nursing*, 37(5), 799-805. https://doi.org/10.1111/phn.12776

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. En *The stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 99-128). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10887-004

Øyen, E. (1997). The contradictory concepts of social exclusion and social inclusion. En A. B. Social exclusion and anti-poverty policy: A debate. International Institute for Labour Studies.

Palomino Moral, P. A., Frías Osuna, A., Grande Gascón, M. L., Hernández Padilla, M. L., & Del Pino Casado, R. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 50-53.

Paricio, J. (2020). «Diseño por competencias» ¿era esto lo que necesitábamos? *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 18(1), 47. https://doi.org/10.4995/redu.2020.13205

Paricio, J., Fernández, A., & Fernández, I. (2019). *Cartografía de la buena docencia universitaria*. Narcea.

Parrilla, Á. (2009). ¿Y si la investigación sobre inclusión no fuera inclusiva?.Reflexiones desde una investigación biográfico-narrativa. *Revista de educación*, *349*, 101-117.

Parrilla, A. (2002). Acerca del origen y sentido de la educación inclusiva. *Revista de Educación*, *327*, 11-29.

Parry, Y., & Sivertsen, N. (2021). Social Inclusion and The Role of Nurses. En *Handbook of Social Inclusion.* Springer

Peña Vera, T., & Pirela Morillo, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Información, cultura y sociedad*, 16, 55-81.

Pereyra, M. A., & Popkewitz, T. (2021). La historia de la educación más pertinente para la formación de los docentes: La historia del currículum. Nuevas perspectivas, nuevos enfoques, nuevos contenidos. *Historia de la Educación. Revista interuniversitaria*, 40, 35-60. https://doi.org/10.14201/hedu2021403560

Pérez Dalmeda, M. E., & Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: Un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 7(1), 7-27.

Pérez Gómez, Á. I. (2008). ¿Competencias o pensamiento práctico? La construcción de los significados de representación y acción. En *Educar por competencias, ¿qué hay de nuevo?* Morata.

Peya Gascóns, M. P. (2007). La formación enfermera en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Nursing (Ed. española)*, 25(3), 58-66. https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70887-7

Piggott, T. (2015). Pursuing Health: Underserved Populations in Canada. Canadian Public Health Association Conference.

Piñuel Raigada, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 1-42.

Plata, D., Colmenares, Z., & Herrera, I. (2020). Desde la enfermería basada en evidencia: Patrones de conocimiento: mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 58, 196. https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.17

Popay, J. (2010). Understanding and tackling social exclusion. *Journal of Research in Nursing*, 15, 295-297. https://doi.org/10.1177/1744987110370529

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Prosalus & Cruz Roja Española. (2014). Comprendiendo el derecho humano a la salud. Prosalus,Cruz Roja Española.
Puyol, À. (2017). La idea de solidaridad en la ética de la salud pública. *Revista de Bioética y Derecho*, 40, 33-47.
Quintero Laverde, M. C. (2001). Enfermería en el mundo cristiano. *Aquichan*, *1*(1), 42-45.
Real Academia Española (RAE). (s. f.-a). Definición de Cuidado. En *Diccionario de la lengua española*—Edición del Tricentenario. https://dle.rae.es/cuidado
Real Academia Española (RAE). (s. f.-b). Definición de discriminación positiva. En *Diccionario panhispánico del español jurídico.* http://dpej.rae.es/lema/discriminaci%C3%B3n-positiva
Real Academia Española (RAE). (s. f.-c). Vulnerable. En *Diccionario de la lengua española*—Edición del Tricentenario. https://dle.rae.es/vulnerable
Real Academia Española (RAE). (s. f.-d). Definición de ciudadanía. En *Diccionario panhispánico del español jurídico*. http://dpej.rae.es/lema/ciudadan%C3%ADa
Rafii, F., Nikbakht Nasrabadi, A., & Javaheri Tehrani, F. (2021). Factors involved in praxis in nursing practice: A qualitative study. *Journal of Caring Sciences, 11*(2), 83-93. https://doi.org/10.34172/jcs.2021.020
Ramos Pozón, S. (2022). El principio de vulnerabilidad: Definición y alcance en el ámbito de la investigación con personas. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 26*(64), Article 64. https://doi.org/10.14198/cuid.2022
Rawls, J. (1995). *Teoría de la justicia* (2a ed.). The Belknap Press of Harvard University Press.
Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. (1977). BOE-A-1977-20006
Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. (1987). BOE-A-1987-27707
Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. (1990). BOE-A-1990-27919
Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. (2001). BOE-A-2001-20934
Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. BOE-A-2003-17643
Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. (2018). BOE-A-2018-10752
Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. (2021). BOE-A-2021-15781
Real Orden de aprobación del programa para la carrera de practicante (1902). Ministerio de Instrucción Pública. https://www.codem.es/estatutaria/1902-real-orden-de-13-de-mayo-practicantes
Real Orden de aprobación del Programa de conocimientos para habilitar enfermeras (1915). Ministerio de instrucción pública y bellas artes. Index de Enfermería, 24(1-2), 104.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Reforma del artículo 49 de la Constitución Española. (2024). https://www.senado.es/legis15/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_15_51_844.PDF

Richardson, J., Grose, J., Doman, M., & Kelsey, J. (2014). The use of evidence-informed sustainability scenarios in the nursing curriculum: Development and evaluation of teaching methods. *Nurse Education Today, 34*(4), 490-493. Enlace

Rimmerman, A. (2012). *Social Inclusion of People with Disabilities: National and International Perspectives*. Cambridge University Press.

Ríos-Cázares, G., & López-Moreno, S. (2017). Actas Congreso Asociación Latina para el análisis de los Sistemas de Salud 2017. Asociación Latina para el análisis de los Sistemas de Salud ALASS. El "Derecho al Cuidado" como derecho complementario del Derecho a la Salud.

Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública, 85*(2), 129-139.

Robert Wood Johnson Foundation. (s. f.). *About the Robert Wood Johnson Foundation*. dalyhttps://www.rwjf.org/content/rwjf-web/us/en/about-rwjf.html

Robert Wood Johnson Foundation, & University of California. (2017). What Is Health Equity? And What Difference Does a Definition Make?

Rodrigo Pedrosa, O. (2017). Evolución de la enfermería española como profesión a partir de su integración en la universidad. [Tesis doctoral. Universitat Internacional de Catalunya].

Rodrigues Faria de Carvalho, L. (2002). Avaliaçao da aprendizagem em emsino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Realidade e alternativas. [Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela].

Rodríguez Díaz, S., & Ferreira, M. Á. V. (2010). Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional: Un ejercicio de Dis-Normalización. Revista internacional de sociología, 68(2), 289-309.

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A. L., & Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria, 11(4), 145-153. https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)70927-3

Romañach Cabrero, J., & Lobato, M. (2007). Diversidad funcional. Comunicación y discapacidades: actas do Foro Internacional, 2007, ISBN 978-84-690-4140-6, págs. 321-330.

Ruiz Álvarez, M., Aginagalde Llorente, A. H., & Llano Señarís, J. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021). *Revista Española de Salud Pública, 58*.

Ruiz-Huerta, J., & Martínez, R. (1994). La pobreza en España: ¿Qué nos muestran las encuestas de presupuestos familiares? En La pobreza en España hoy. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*.

Sabariego Puig, M., Vilà Baños, R., & Sandín Esteban, M. P. (2014). El análisis cualitativo de datos con ATLAS.ti. *REIRE: revista d'innovació i recerca en educació, 7*(2), 119-133.

Salminen, L., Elonen, I., Koskinen, S., Virtanen, H., Leino-Kilpi, H., Haycock-Stuart, E., Kean, S., Saaranen, T., Vauhkonen, A., Pajari, J., Fuster-Linares, P., Martín-Delgado, L., Wennberg-Capellades, L., Solgajová, A., Sollár, T., Pavelová, Ľ., Zrubcová, D., Cassar, M., & Camilleri, M. (2023). *Nurse educators, empowering future*. European Federation of educators in nursing science.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Salvage, J., & White, J. (2020). Our future is global: Nursing leadership and global health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 28*, e3339. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4542.3339

Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.

Sandoval, B. (2016). ¿Inclusión en qué? Conceptualizando la inclusión social. *Ehquidad Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social, 5*, 71-108. https://doi.org/10.15257/ehquidad.2016.0003

Sanjuán Quiles, Á. (2007). Enfermería en la sociedad: Relación teoría/práctica. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 21*, 33-39. https://doi.org/10.14198/cuid.2007.21.06

Sarabia, A., & Egea, C. (2001). Clasificación de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, 50,* 15-30.

Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista española sobre discapacidad intelectual, 38*(4).

Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo.* Paidós.

Segalàs Coral, J., & Sánchez Carracedo, F. (2019). El proyecto EDINSOST. Formación en las Universidades españolas de profesionales como agentes de cambio para afrontar los retos de la sociedad. *Revista de Educación Ambiental y Sostenibilidad, 1*(1), 1-16. https://doi.org/10.25267/Rev_educ_ambient_sostenibilidad.2019.v1.i1.1204

Sellán Soto, C. (2010). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería española contemporánea* (2ª ed.). Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad.* Planeta.

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana Salud Pública, 11*(5).

Sen, A. (2003). Development as Capability Expansion. En *Readings in Human Development.* Oxford University Press.

Sen, A. (2008). Why and how is health a human right? *The Lancet, 372*(9655), 2010. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61784-5

Sensoy, Ö., DiAngelo, R., & Banks, J. A. (2017). *Is Everyone Really Equal?: An Introduction to Key Concepts in Social Justice Education* (2ª ed.). Teachers College Press.

Serrate, S., Lucas, J. M., Franco, D. C., & Rodríguez, J. M. M. (2019). Responsabilidad universitaria en la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology, 7*(2), 183-196.

Shahzad, S., Younas, A., & Ali, P. (2022). Social justice education in nursing: An integrative review of teaching and learning approaches and students' and educators' experiences. *Nurse Education Today, 110*, 105272. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105272

Shotton, L., & Seedhouse, D. (1998). Practical Dignity in Caring. *Nursing Ethics, 5*(3), 246-255. https://doi.org/10.1177/096973309800500308

Shpigelman, C.-N., Zlotnick, C., & Brand, R. (2016). Attitudes Toward Nursing Students With Disabilities: Promoting Social Inclusion. *Journal of Nursing Education, 55*(8), 441-449. https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-04

Siles González, J. (1999a). Epistemología y enfermería: Por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, 7, 38-44.

Siles González, J. (1999b). *Historia de la Enfermería*. Aguaclara.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Siles González, J. (1999c). Historia de la enfermería comunitaria en España. *Index de Enfermería*, 3, 25-31.

Siles González, J. (2009). La influencia de Concepción Arenal en la enfermería española: Un estudio desde la perspectiva de la historia cultural y el modelo de estructura dialéctico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 154-169.

Siles González, J., & Solano Ruiz, M. del C. (2012). El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 21, 19-27. https://doi.org/10.14198/cuid.2007.21.04

Silva, R., & Ferreira, M. (2021). Nursing and society: Evolution of Nursing and of capitalism in the 200 years of Florence Nightingale. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3425. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4482.3425

Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: Análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2), 244-252. https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306

Skochelak, S., Lomis, K., Andrews, J., Hammoud, M., Mejicano, G., & Byerley, J. (2021). Realizing the vision of the Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century: Transforming medical education through the Accelerating Change in Medical Education Consortium. *Medical Teacher*, 43, S1-S6. https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1935833

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241500852

Solórzano, M. (2008). Ética Profesional de la Enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado, de Lydia Feito Grande [comentario de texto]. *Ética de los cuidados*, 1(1). http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et1104.php

Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 15. https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15

Subirats, J., Alfama, E., & Pineda, A. O. i. (2009). Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. La significación del empleo. Documentos de Trabajo. *Fundación Carolina*, 32, 133-142.

Subirats, J., Gomá, R., & Brugué, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. Fundación BBVA.

Sustainable Development Solutions Network (SDSN). (2022). Europe Sustainable Development Report. Achieving the SDG´s: Europe´s Compass in a multipolar world.

Sustainable Development Solutions Network (SDSN) Australia/Pacific (2017). Cómo empezar con los ODS en las universidades. Una guía para las universidades, los centros de educación superior y el sector académico. Ed. Español. https://reds-sdsn.es/wp-content/uploads/2017/02/Guia-ODS-Universidades-1800301-WEB.pdf

Tancara, C. (1993). La investigación documental. *Temas Sociales*, 17, 91-106.

Taylor, K. (2023). Bridging the Gap to Health Care Access: The Role of the Nurse Practitioner. *International Archives of Public Health and Community Medicine*, 7(1), 091. https://doi.org/10.23937/2643-4512/1710091

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.

Teixidor i Freixa, M. (Ed.). (2004). *La formación enfermera: Estado de la cuestión y perspectiva internacional*. Fundación La Caixa.

Tezanos, J. F. (1999). Tendencias en desigualdad y exclusión social: Tercer Foro sobre Tendencias Sociales. *Fundación Sistema*.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Thorne, S. (2020). Rethinking Carper's personal knowing for 21st century nursing. *Nursing Philosophy*, 21(4), e12307. https://doi.org/10.1111/nup.12307

Tiase, V., Crookston, C. D., Schoenbaum, A., & Valu, M. (2022). Nurses' role in addressing social determinants of health. Nursing, 52(4), 32-37. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000823284.16666.96

Tomm-Bonde, L. (2012). The Naïve nurse: Revisiting vulnerability for nursing. *BMC Nursing*, 11(1), 5. https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-5

Torralba i Roselló, F. (2005a). Hacia un concepto inclusivo de persona. En *¿Qué es la dignidad humana?* Herder.

Torralba i Roselló, F. (2005b). *¿Qué es la dignidad humana?* Herder.

Torres, D. R. (2021). Contribución de la educación superior a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la docencia. *Revista española de educación comparada*, 37, 89-110.

Torres, J. (1998). *El currículum oculto* (6ª ed.). Morata.

Trillo, J. F. (2008). El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES): Planteando preguntas para establecer coordenadas. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, *40*, 13-29.

Trillo, J.F. (2019). *Recuperando el centro de la atención universitaria para la formación de los estudiantes*. Congreso Latinoamericano: prácticas, problemáticas y desafíos contemporáneos de la Universidad y del Nivel Superior, Mar del Plata.

Trillo, F., Porto Currás, M., & Méndez García, R. M. (2020). Los estudiantes y la evaluación para la emancipación. En *Repensando la educación superior. Miradas expertas para promover el debate*. Narcea.

Tronto, J. (2017a). La democracia del cuidado como antídoto frente al neoliberalismo. En *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. San Juan de Dios.

Tronto, J. (2017b). There is an alternative: Homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27-43. https://doi.org/10.1332/239788217X14866281687583

Tronto, J., & Kohlen, H. (2018). ¿Puede ser codificada la ética del cuidado? En *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. San Juan de Dios.

UNESCO. (1971). UNISIST: informe del estudio sobre la posibilidad de establecer un sistema mundial de información científica. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000135597

UNESCO. (2021). Reimaginar juntos nuestros futuros: Un nuevo contrato social para la educación. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379381_spa

Unión Europea. (2019). Discrimination in the European Union. Eurobarometer 493.

Universidad de Deusto. (2006). Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al Proceso de Bolonia. http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/tuning/tuning12.pdf

Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria, 30*, 25-30. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012

Utzet, M. (2019). Discriminación y salud. *OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud*. https://oseki.eus/wp-content/uploads/2020/01/5.-Discriminacion-y-Salud.pdf

Valdecilla Sevilla, M. T. de J. (2007). La dignidad en los cuidados de salud. *Ética de los cuidados, 1*.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Valderama-Wallace, C. P. (2017). Critical discourse analysis of social justice in nursing's foundational documents. *Public Health Nursing, 34*(4), 363-369. https://doi.org/10.1111/phn.12327

Valdés Gázquez, M. (2021). Vulnerabilidad social, genealogía del concepto. *Gazeta de Antropología, 37*(1).

Veríssimo da Silva, A. O., Carvalho, A. L. R. F. de, Vieira, R. M., & Pinto, C. M. C. B. (2023). Clinical supervision strategies, learning, and critical thinking of nursing students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *76*, e20220691. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0691

Waldow, V. R. (2014). El cuidado integral del ser humano. En *Cuidado de enfermería. Reflexiones entre dos orillas*. Fundación Index.

Waldow, V. R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*, *9*(3), 246-256.

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2014). *Strategies for theory construction in nursing* (5ª ed.). Pearson.

Walter, R. R. (2017). Emancipatory Nursing Praxis: A Theory of Social Justice in Nursing. *Advances in Nursing Science, 40*(3), 225-243. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000157

Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1ª ed.). University Press of Colorado.

Watson, J. (2011). *Human Caring Science. A Theory of Nursing*. Jones & Bartlett Learning.

White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *ANS. Advances in Nursing Science, 17*(4), 73-86. https://doi.org/10.1097/00012272-199506000-00007

Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services, 22*(3), 429-445. https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Organización Mundial de la Salud.

Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Minges, K. E., & Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart & Lung, 43*(5), 453-461. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2006). Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos probados. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Wilson, L., Mendes, I. A. C., Klopper, H., Catrambone, C., Al-Maaitah, R., Norton, M. E., & Hill, M. (2016). 'Global health' and 'global nursing': Proposed definitions from The Global Advisory Panel on the Future of Nursing. *Journal of Advanced Nursing, 72*(7), 1529-1540. https://doi.org/10.1111/jan.12973

Xunta de Galicia. (2016). *Estrategia de inclusión social de Galicia 2014-2020*. https://politicasocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/programas/estratexia_inclusion_social_galicia_2014-2020_version_2016_cas.pdf

Xunta de Galicia. (2021). *Censo de personas con discapacidad*. Política Social. https://politicasocial.xunta.gal/es/areas/discapacidad/censo-de-personas-con-discapacidad

Xunta de Galicia. (2022). *Plan Estratéxico de Galicia 2022-2030*.

Yanicki, S. M., Kushner, K. E., & Reutter, L. (2015). Social inclusion/exclusion as matters of social (in)justice: A call for nursing action. *Nursing Inquiry*, *22*(2), 121-133. https://doi.org/10.1111/nin.12076

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Zabalza, M. Á. (2022). *Coreografías didácticas en educación superior. Una metáfora del mundo de la danza.* Narcea.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ANEXOS

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ANEXO 1 ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LAS 8 ESCUELAS/FACULTADES DE ENFERMERÍA DE GALICIA PARA EL CURSO 2023-2024
ELABORACIÓN PROPIA

Universidad	Centro	Organización de las materias			
		Curso	Denominación	Carácter	ECTS
UCD[119]	Escuela Universitaria de Enfermería de A Coruña	1º	Anatomía	FB[120]	9
			Biología	FB	6
			Psicología	FB	9
			Sistemas de información y comunicación en Ciencias de la Salud	FB	6
			Bases para la interpretación del conocimiento científico	FB	6
			Fisiología	FB	12
			Fundamentos de Enfermería	OB	12
		2º	Nutrición	FB	6
			Farmacología	FB	6
			Situaciones de riesgo para la salud y radiología	FB	6
			Enfermería Comunitaria I	OB	6
			Enfermería de la Salud Mental	OB	6
			Ética profesional, marco legal y filosofía del cuidado	OB	6
			Estancias Clínicas I	OB	6
			Estancias Clínicas II	OB	6
			Enfermería Clínica I	OB	6
			Enfermería Clínica II	OB	6
		3º	Enfermería Clínica III	OB	9
			Enfermería Materno-infantil	OB	9
			Enfermería Comunitaria II	OB	6
			Enfermería Gerontológica	OB	6
			Gestión de los servicios de enfermería	OB	6
			Enfermería Laboral	OP	6
			Métodos y herramientas avanzadas en investigación cualitativa	OP	6
			Farmacoterapia	OP	6
			Estancias Clínicas III	OB	18
		4º	Estancias Clínicas IV	OB	12
			Estancias Clínicas V	OB	6
			Estancias Clínicas VI	OB	6
			Estancias Clínicas VII	OB	6
			Prácticum	OB	24
			Trabajo Fin de Grado	OB	6
	Facultad de Enfermería de Ferrol	1º	Anatomía	FB	9
			Biología	FB	6
			Psicología	FB	9
			Sistemas de información y comunicación en Ciencias de la Salud	FB	6
			Bases para la interpretación del conocimiento científico	FB	6
			Fisiología	FB	12
			Fundamentos de Enfermería	OB	12

[119] **UDC:** Universidad de A Coruña
[120] **FB:** Formación Básica **OB:** Obligatoria **OP:** Optativa

		2º	Nutrición	FB	6
			Farmacología	FB	6
			Situaciones de riesgo para la salud y radiología	FB	6
			Enfermería Comunitaria I	OB	6
			Enfermería de la Salud Mental	OB	6
			Ética profesional, marco legal y filosofía del cuidado	OB	6
			Estancias Clínicas I	OB	6
			Estancias Clínicas II	OB	6
			Enfermería Clínica I	OB	6
			Enfermería Clínica II	OB	6
		3º	Enfermería Clínica III	OB	9
			Enfermería Materno-infantil	OB	9
			Enfermería Comunitaria II	OB	6
			Enfermería Gerontológica	OB	6
			Gestión de los servicios de enfermería	OB	6
			Enfermería Laboral	OP	6
			Métodos y herramientas avanzadas en investigación cualitativa	OP	6
			Farmacoterapia	OP	6
			Estancias Clínicas III	OB	18
		4º	Estancias Clínicas IV	OB	12
			Estancias Clínicas V	OB	6
			Estancias Clínicas VI	OB	6
			Estancias Clínicas VII	OB	6
			Prácticum	OB	24
			Proyecto Fin de Grado	OB	6
USC[121]	Facultad de Enfermería de Santiago de Compostela	1º	Anatomía Humana	FB	6
			Biología Humana	FB	4,5
			Estadística	FB	4,5
			Metodología de la investigación	FB	3
			Fisiología Humana I	FB	4,5
			Fisiología Humana II	FB	4,5
			Microbiología	FB	3
			Bioquímica	FB	4,5
			Fundamentos históricos y teóricos de la Enfermería	OB	4,5
			Metodología de los cuidados de Enfermería	OB	6
			Procedimientos básicos en Enfermería	OB	3
			Competencias digitales en enfermería	FB	6
			Ciencias psicosociales aplicadas	FB	6
		2º	Salud, género y retos sociales en Enfermería	FB	3
			Farmacología	FB	6
			Nutrición clínica	FB	4,5
			Epidemiología	OB	3
			Enfermería Familiar y comunitaria	OB	4,5
			Salud Pública	OB	4,5
			Prácticas clínicas I	OB	6
			Enfermería Clínica I	OB	6

[121] **USC:** Universidad de Santiago de Compostela

			Prácticas clínicas II	OB	6
			Anatomía clínica	OP	3
			Enfermería del trabajo	OP	3
			Radiología básica	OP	3
			Histología humana	OP	3
			Enfermería Clínica II	OB	6
			Enfermería de Salud Mental	OB	4,5
			Atención de Enfermería en Cuidados Paliativos	OB	3
		3º	Aspectos éticos y legales de la profesión	OB	4,5
			Enfermería Obstétrico-ginecológica	OB	4,5
			Cuidados de Enfermería en atención Psiquiátrica	OB	3
			Prácticas clínicas III	OB	9
			Enfermería Clínica III	OB	4,5
			Enfermería Clínica IV	OB	4,5
			Gestión sanitaria	OB	4,5
			Enfermería geriátrica	OB	4,5
			Prácticas clínicas IV	OB	9
			Enfermería en cuidados críticos y urgencias	OB	4,5
			Enfermería pediátrica	OB	4,5
			Prácticas de investigación	OP	3
		4º	Prácticas clínicas V	OB	30
			Prácticas clínicas VI	OB	24
			Trabajo Fin de Grado	OB	6
	Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo	1º	Anatomía Humana	FB	6
			Biología Humana	FB	4,5
			Estadística	FB	4,5
			Metodología de la investigación	FB	3
			Fisiología Humana I	FB	4,5
			Fisiología Humana II	FB	4,5
			Ciencias psicosociales aplicadas	FB	6
			Bioquímica	FB	4,5
			Competencias digitales en enfermería	FB	6
			Microbiología	FB	3
			Fundamentos históricos y teóricos de la Enfermería	OB	4,5
			Metodología de los cuidados de Enfermería	OB	6
			Procedimientos básicos en Enfermería	OB	3
		2º	Inglés técnico	OP	3
			Antropología de la Salud	OP	3
			Salud, género y retos sociales en Enfermería	FB	4,5
			Farmacología	FB	6
			Nutrición clínica	FB	6
			Epidemiología	OB	4,5
			Enfermería Familiar y comunitaria	OB	6
			Salud Pública	OB	4,5
			Prácticas clínicas I	OB	6
			Enfermería Clínica I	OB	6
			Prácticas clínicas II	OB	6
			Enfermería del trabajo	OP	3
			Radiología básica	OP	3

			Enfermería Clínica II	OB	6
			Enfermería de Salud Mental	OB	4,5
			Atención de Enfermería en Cuidados Paliativos	OB	3
		3º	Aspectos éticos y legales de la profesión	OB	4,5
			Enfermería Obstétrico-ginecológica	OB	4,5
			Cuidados de Enfermería en atención Psiquiátrica	OB	3
			Prácticas clínicas III	OB	9
			Enfermería Clínica III	OB	4,5
			Enfermería Clínica IV	OB	4,5
			Gestión sanitaria	OB	4,5
			Enfermería geriátrica	OB	4,5
			Prácticas clínicas IV	OB	9
			Enfermería en cuidados críticos y urgencias	OB	4,5
			Enfermería pediátrica	OB	4,5
		4º	Prácticas de investigación	OP	3
			Prácticas Tuteladas V	OB	30
			Prácticas Tuteladas VI	OB	24
			Trabajo Fin de Grado	OB	6
UVigo[122]	Escuela Universitaria de Enfermería de Pontevedra	1º	Anatomía humana	FB	9
			Psicología	FB	9
			Bioquímica	FB	6
			Enfermería comunitaria I	OB	6
			Fisiología	FB	9
			Estadística	FB	6
			Fundamentos de Enfermería	OB	9
			Inglés técnico	FB	6
		2º	Introducción a enfermería clínica	FB	6
			Ética y legislación	OB	6
			Farmacología y dietética	FB	9
			Enfermería Clínica I	OB	9
			Enfermería Clínica II	OB	6
			Enfermería Comunitaria II	OB	9
			Gestión de enfermería	OB	6
			Prácticas clínicas I	OB	9
		3º	Enfermería clínica III	OB	6
			Enfermería materno-infantil	OB	9
			Prácticas clínicas II	OB	15
			Enfermería geriátrica y cuidados paliativos	OB	6
			Enfermería de Salud Mental	OB	6
			Prácticas clínicas III	OB	18
		4º	Metodología de la investigación	OP	6
			Prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario	OP	6
			Prácticas Clínicas IV	OB	18
			Salud, dependencia y vulnerabilidad social	OP	6
			Atención de enfermería en emergencias y catástrofes	OP	6
			Prácticas Clínicas V	OB	18

[122] **UVigo:** Universidad de Vigo

			Trabajo Fin de Grado	OB	12
	Escuela Universitaria de Enfermería de Ourense	1º	Anatomía Humana	FB	9
			Psicología	FB	9
			Bioquímica	FB	6
			Enfermería Comunitaria	OB	6
			Fisiología	FB	9
			Estadística	OB	6
			Fundamentos de Enfermería	FB	9
			Inglés técnico	FB	6
		2º	Introducción a enfermería clínica	FB	6
			Ética y legislación	OB	6
			Farmacología y dietética	FB	9
			Enfermería Clínica I	OB	9
			Enfermería Clínica II	OB	6
			Enfermería Comunitaria II	OB	6
			Gestión de enfermería	OB	6
			Prácticas clínicas I	OB	9
		3º	Enfermería clínica III	OB	6
			Enfermería materno-infantil	OB	9
			Prácticas clínicas II	OB	15
			Enfermería geriátrica y cuidados paliativos	OB	6
			Enfermería de Salud Mental	OB	6
			Prácticas clínicas III	OB	18
		4º	Prácticas clínicas IV	OB	18
			Prácticas clínicas V	OB	18
			Trabajo Fin de Grado	OB	12
			Metodología de la investigación	OP	6
			La enfermería en los estilos de vida y en el termalismo	OP	6
			Atención de enfermería en emergencias y catástrofes	OP	6
	Escuela Universitaria de Enfermería de Meixoeiro	1º	Anatomía Humana	FB	9
			Psicología	FB	9
			Bioquímica	FB	6
			Enfermería Comunitaria I	OB	6
			Fisiología	FB	9
			Estadística	FB	6
			Fundamentos de Enfermería	OB	9
			Idioma moderno: inglés	FB	6
		2º	Introducción a enfermería clínica	FB	6
			Ética y legislación	OB	6
			Farmacología y dietética	FB	9
			Enfermería Clínica I	OB	9
			Enfermería Clínica II	OB	6
			Enfermería Comunitaria II	OB	9
			Gestión de enfermería	OB	6
			Prácticas clínicas I	OB	9
		3º	Enfermería clínica III	OB	6
			Enfermería materno-infantil	OB	9
			Prácticas clínicas II	OB	15
			Enfermería geriátrica y cuidados paliativos	OB	6

			Enfermería de Salud Mental	OB	6
			Prácticas clínicas III	OB	18
		4º	Metodología de la investigación	OP	6
			Inglés para profesionales de la salud	OP	6
			Prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario	OP	6
			Prácticas clínicas IV	OB	18
			Prácticas clínicas V	OB	18
			Trabajo Fin de Grado	OB	12
	Escuela Universitaria de Enfermería Povisa	1º	Anatomía Humana	FB	9
			Psicología	FB	9
			Bioquímica	FB	6
			Enfermería Comunitaria I	OB	6
			Fisiología	FB	9
			Estadística	FB	6
			Fundamentos de Enfermería	OB	9
			Idioma moderno: inglés	FB	6
		2º	Introducción a enfermería clínica	FB	6
			Ética y legislación	OB	6
			Farmacología y dietética	FB	9
			Enfermería Clínica I	OB	9
			Enfermería Clínica II	OB	6
			Enfermería Comunitaria II	OB	9
			Gestión de enfermería	OB	6
			Prácticas clínicas I	OB	9
		3º	Enfermería clínica III	OB	6
			Enfermería materno-infantil	OB	9
			Prácticas clínicas II	OB	15
			Enfermería geriátrica y cuidados paliativos	OB	6
			Enfermería de Salud Mental	OB	6
			Prácticas clínicas III	OB	18
		4º	Prácticas clínicas IV	OB	18
			Atención de enfermería en emergencias y catástrofes	OP	6
			Enfermería de urgencias y cuidados críticos	OP	6
			Introducción a la enfermería avanzada	OP	6
			Antropología de la salud	OP	6
			Prácticas clínicas V	OB	18
			Trabajo Fin de Grado	OB	12

ANEXO 2 LIBRO DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

CATEOGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN	SINÓNIMOS	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
1.Inclusión Social	Proceso que trata de garantizar que todas las personas tengan las mismas oportunidades, derechos y acceso a recursos y servicios, independientemente de su origen, género, edad, raza, religión, discapacidad o cualquier otra condición o característica. Es fundamental para la calidad de vida y bienestar de las personas y comunidades, ya que promueve el acceso a los servicios y recursos esenciales, entre los que se encuentran los sanitarios. Es relevante en la enfermería, pues esta, al trabajar con personas puede identificar y abordar barreras para la inclusión y promover enfoques asistenciales equitativos, respetuosos y sensibles a la diversidad.	**1.1 Exclusión social**	La exclusión social es un proceso complejo y multidimensional. Implica la falta o la negación de recursos, derechos, bienes y servicios, y la incapacidad de participar en las relaciones y actividades normales, disponibles para la mayoría de las personas de una sociedad, ya sea en el ámbito económico, social, cultural o político. Afecta tanto a la calidad de vida de los individuos como a la equidad y la cohesión de la sociedad en su conjunto. Tiene un impacto negativo en la salud, como mayor incidencia de enfermedades crónicas y mentales, menores expectativas y esperanza de vida, mayor mortalidad. También limita el acceso al sistema sanitario, lo que puede empeorar estos problemas de salud y contribuir a perpetuar las desigualdades en salud. Incluimos aquí referencias a "marginación", "minorías".	Marginación. Minorías.	- Estivill (2003). - Subirats, J., Gomá, R., & Brugué, J. (2005). - Hernández Pedreño (2008). - Popay (2010). - Yanicki et al. (2015). - VIII Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España Foessa (2019). - Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023 (Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social, 2019). - Bell (2021).
		1.2 Interseccionalidad	Fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales. Las identidades sociales se superponen o se cruzan y en consecuencia los sistemas de opresión, dominación o discriminación vinculados. Su teoría sugiere que las personas suelen verse perjudicadas por múltiples fuentes de opresión: su raza, clase, identidad de género, orientación sexual, religión y otros marcadores de identidad. Incluimos referencias a la "opresión" y al "privilegio".	Opresión. Privilegio.	- Crenshaw (2005). - Delevan (2022). - Frías (2022).
		1.3 Pobreza	Situación en la que una persona o comunidad no tiene acceso a recursos básicos y necesario para satisfacer sus necesidades humanas básicas, como alimentos, vivienda, atención sanitaria, educación y empleo. La pobreza puede ser causada por una combinación de factores, como la falta de acceso a los recursos, la discriminación o la desigualdad económica. Las personas en riesgo o situación de pobreza se enfrentan a mayores riesgos de enfermedades, discapacidades y muerte prematura, por causas como la nutrición inadecuada, la falta de acceso a atención sanitaria, la exposición a entornos insalubres y el estrés crónico. Incluimos aquí referencias a términos como "Aporofobia", "carencias materiales", "recursos materiales".	Aporofobia. Carencias materiales. Recursos materiales.	- Casado (1994). - Sen (2000, p. 118). - Boff (2002, p. 17). - Estivill (2003). - Wilkinson & Marmot (2006, pp. 16-17). - Subirats et al. (2009, p. 134). - Whitehead & Dahlgren (2010, p. 20). - Comprendiendo del derecho humano a la salud (Prosalus & Cruz Roja, 2014, p. 6). - Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015, p. 2). - Yanicki et al. (2015). - VIII Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2019d). - Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023 (Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social, 2019). - Informe sobre el estado de la pobreza y exclusión social en España 2018-2020 (EAPN, 2021). - 12º Informe anual sobre el estado de la pobreza. El estado de la pobreza. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030 (EAPN, 2022). - Radiografía de medio siglo de desigualdad en España" (La Caixa, 2022, p. 5). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 4.2.2). - De Magalhães et al. (2022). - Daly & Pauly (2022). - Braveman (2022).
		1.4 Clase Social	Concepto sociológico que se utiliza para describir y categorizar a las personas y grupos en función de su posición económica y social. Se fundamenta en factores como la riqueza, los ingresos, la educación, el trabajo y el estatus social, entre otros. Las diferentes clases sociales pueden experimentar distintas oportunidades y desafíos en la vida, lo que puede afectar su calidad de vida y su acceso a recursos y servicios, lo que incluye la atención sanitaria. La clase social puede ser también un factor importante que considerar en la salud pública y en la formulación de políticas para abordar las desigualdades en salud.		- Kérouac et al. (1994, p. 5). - Medina (1999, p. 153). - Yanicki et al. (2015). - Sensoy et al. (2017, p. 31). - El papel de los enfermeros para el logro de los ODS (CIE, 2017). - Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023 (Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social, 2019, p. 56) - VIII Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2019d, p. 254) - Equidad en salud y covid-19 (Ministerio de Sanidad, 2020, p. 22). - Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud (Ministerio de Sanidad, 2021, pp. 14-15). - Ruiz Álvarez et al. (2022).
		1.5 Discriminación	Todos aquellos comportamientos de rechazo, crítica, trato injusto o sobreprotección -en su otra cara- que ponen a las personas en situación de desventaja. La discriminación puede tomar muchas formas, como la discriminación por raza, género, orientación sexual, religión, discapacidad, edad, estatus socioeconómico, entre otros. Tiene riesgos para la salud, pues las personas que la sufren pueden sufrir estrés, ansiedad, problemas de autoestima o salud mental, lo que se traduce también en mayor incidencia de algunas enfermedades cardiovasculares, diabetes... También provoca desigualdades en salud, pues muchas personas que se sienten discriminadas pueden evitar usar los recursos sanitarios por miedo al trato. Incluimos aquí referencias a "Edadismo", "Racismo" o a la "Ley 15/2022, integral para la igualdad de trato y la no discriminación", "segregación".	Edadismo. Racismo. Igualdad de trato. Segregación.	- Constitución Española (1978, artículo 14). - Carta social europea (1996, artículo E). - No discriminación. Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1989). - Krieger (2001). - Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010, artículo 21). - Utzet (2019). - Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación (2022, p. 14).

		1.6 Estigma	Poderosa fuente de exclusión que implica etiquetado, descrédito, estereotipos, discriminación, pérdida de estatus y desigualdad de poder, se basa en el rechazo hacia personas o grupos que son percibidos como diferentes o desviados de las normas sociales. Los profesionales sanitarios no están exentos de esta conducta. Tiene un impacto directo sobre la calidad de vida de las personas, que pueden evitar utilizar los servicios sanitarios o que los servicios o trato ofrecido sea excluyente, influyendo esto negativamente en su salud. Incluimos aquí las referencias a los "estereotipos" y a los "prejuicios".	Estereotipos. Prejuicios.	- Medina (1999, p. 152). - Bach (2002, p. ix). - Ottati et al. (2005). - Goffman (2006, p. 12). - Wilkinson y Marmot (2006). - Moreno Preciado (2008). - La enfermería y los derechos humanos (CIE, 2011). - Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2013). - Yanicki et al. (2015). - Shpigelman et al. (2016). - González Domínguez (2019.p-19). - National League of Nursing (2019). - Equidad en salud y covid-19 (Ministerio de sanidad, 2020, p. 22). - North American Nursing Diagnosis Association (2021, 00174). - Estrategia Nacional para la igualdad, inclusión y participación del pueblo gitano 2021-2030 (Ministerio de derechos sociales y agenda 2021, p. 85). - Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030, 2022, p. 30). - Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 70-71). - Daly & Pauly (2022).
		1.7 Cohesión social	La ausencia de fracturas o divisiones dentro de la sociedad y la capacidad de gestionar dichas divisiones. Una sociedad cohesionada crea sentimiento de pertenencia, fomenta la confianza y la lucha contra la exclusión y la marginación. Una mayor cohesión social se ha relacionado con una mejor salud, ya que las personas que se sienten parte de una comunidad unida tienen más probabilidades de cuidarse mutuamente, apoyarse y participar en actividades saludables juntas. Incluimos aquí referencias a la "integración" entendida como el proceso de incluir a las personas en la sociedad manteniendo cierta estructura social y cultural existente. Esto puede implicar la aceptación de las personas en la sociedad, pero puede no garantizar la eliminación de las barreras sociales y culturales que dificultan su plena participación.	Integración.	- Sevilla (2006, p. 53). - Subirats et al. (2009). - Ikäheimo (2009). - Rimmerman (2012, p. 1). - Yanicki et al. (2015). - Leaving no one behind: The imperative of inclusive development. Report of the World Social Situation 2016 (Naciones Unidas (2016, p. 21).
		1.8 Política Sanitaria	Conjunto de decisiones, acciones y estrategias, que toma un gobierno o una institución para garantizan la salud y el bienestar de la población. Esta política incluye medidas relacionadas con la prevención, diagnóstico, y tratamiento de enfermedades, así como la promoción de estilos de vida saludables y la mejora de la calidad de vida de la población. También puede incluir aspectos relacionados con la organización y financiación del sistema de salud, como la gestión de recursos, y la regulación de la industria farmacéutica y de la atención sanitaria. Su objetivo último debería ser garantizar que la población tenga acceso a servicios de salud de calidad y asequibles, y que aborden las necesidades de salud de toda la población, especialmente la más vulnerable. Incluimos aquí referencias a la "formación política" o "competencia política".	Formación política. Competencia política.	- Orden 4 julio 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios (1955). - Medina (1999, p. 153-154). - Boff (2002, p. 18). - Marco de competencias para la enfermera generalista (CIE, 2003). - Libro blanco del título de grado en enfermería (ANECA, 2004, p.86). - Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la (OMS, 2007). - Peya Gascóns (2007). - Lourdes Aparicio (2009). - Vision for an Inclusive Society (Naciones Unidas, 2009, p.8-10). - Yanicki et al. (2015). - Clark et al. (2016). - Competencias básicas del educador de enfermería (OMS, 2016). - Valderama-Wallace (2017). - El papel de los enfermeros para el logro de los ODS (CIE, 2017). - Domínguez Alcón et al. (2018, p. 41). - Busquets Surribas (2018). - Busquets (2019). - Juergensen et al. (2020). - Bell (2021). - Camps (2021, p. 140). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021). - Graells & Insa (2021, p. 74). - Ruiz Álvarez et al. (2022). - Lapum et al. (2022). - Daly & Pauly (2022).
		1.9 Discapacidad	La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características de las personas (físicas, cognitivas, sensoriales…) y las características de la sociedad en la que vive. Esta condición puede tener un impacto significativo en la vida de la persona y puede requerir ajustes y apoyo para ayudarla a participar plenamente en la sociedad. La tendencia actual plantea que la discapacidad no debe ser vista como una característica negativa, sino como una diversidad humana que debe ser valorada y respetada. Por ello aquí incluimos otro término "Diversidad funcional". Sin embargo, las personas con discapacidad continúan encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social, lo que incluye los servicios sanitarios. Por ello en sentido opuesto incluimos el término "dependencia". Incluimos también referencias a la "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia", y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)	Dependencia.	- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001). - Teixidor i Freixa (2004). - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006) - Prevención de las Discapacidades y Cuidado de las Personas con discapacidad"(CIE, 2006). . - Romañach Cabrero & Lobato (2007). - Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2008). - Vision for an Inclusive Society (Naciones Unidas, 2009, p. 20). - Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010, artículo 21-26). - Formación curricular en diseño para todas las personas. Enfermería (CRUE, Fundación ONCE, & IMSERSO, 2016). - Estrategia nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021 (Ministerio de sanidad, 2017).

					- Los derechos de las personas con discapacidad"(ONU, 2018, p. 67). - Simões & Sapeta (2019). - Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2021, p. 1). - Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y DSS" (Ministerio de Sanidad, 2021, p. 28). - Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación (2022, artículo 2). - Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030, 2022, p. 47-48-58-68). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 4.2.4).
			1.10 Calidad de vida	Estado deseado de bienestar personal que: es multidimensional, tiene propiedades éticas (universales) y émicas (1igadas a la cultura), tiene componentes objetivos y subjetivos y esta influenciada por factores personales y ambientales. En otras palabras, se refiere a la percepción general de bienestar y satisfacción con la vida de una persona. Se mide en términos de la salud física, mental y social, así como del nivel de confort, seguridad y felicidad experimentado en la vida diaria. La calidad de vida es un concepto subjetivo y puede variar según las experiencias y circunstancias individuales.	- Hernández Martín et al. (1997). - Sen (2000, p. 118, 2003). - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006, artículo 13). - Prevención de las Discapacidades y Cuidado de las Personas con discapacidad" (CIE, 2006). - Levitas et al. (2007). - Schalock & Verdugo (2007). - Aparicio (2009). - Martha Nussbaum (2012). - Gavidia & Talavera (2012ª). - Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud (Ministerio de Sanidad, 2021, p. 18). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 4.2.4). - Ruiz Álvarez et al. (2022).
			1.11 Desarrollo Humano	Sen entiende desarrollo humano como aquel que no solo implica el acceso a bienes materiales como la educación, la salud o la vivienda, sino también la capacidad de desarrollar habilidades y capacidades que permitan a las personas participar plenamente en la sociedad y tener control sobre sus vidas. Esto incluye la capacidad de tener relaciones interpersonales significativas, la capacidad de razonar críticamente y de comprender el mundo, la capacidad de tener control sobre el propio entorno y cuerpo, y la capacidad de participar en la vida política y social. La salud es un componente clave del desarrollo humano, ya que es un requisito fundamental para que las personas puedan vivir una vida plena y satisfactoria.	- Martha Nussbaum (2012). - Hutchinson & Lee (2014, p. 131). - Yanicki et al. (2015). - Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud (Ministerio de Sanidad, 2021, p.10).
			1.12 Estado de Bienestar	Aquel en el que los ciudadanos puedan disfrutar de bienes colectivos como pensiones, sanidad, educación, desempleo, etc. El Estado se considera garante de estos derechos y cuando un ciudadano, colectivo o grupo social no pueda acceder a esos bienes pondrá en marcha las medidas correctoras necesarias.	- Subirats et al. (2005, p. 15). - Moreno Preciado (2012). - Hutchinson & Lee (2014, p. 121). - VIII Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2019, p.63). - España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de largo plazo" (Ministerio de la Presidencia, 2021, p. 18). - Ruiz Álvarez et al. (2022).
			1.13 Bienestar	Estado de satisfacción y/o armonía que experimenta una persona en su vida cotidiana y que se deriva de un equilibrio positivo entre los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales de su vida. Se diferencia de la salud, en que esta se fundamenta en la ausencia de afecciones o enfermedades, y el bienestar se refiere al estado de la persona a pesar de ello. Podríamos decir que los entendemos como fenómenos complementarios.	- Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948, artículo 25). - Declaración Alma-Ata (1978, artículo 1). - Kérouac et al. (1994, p16). - Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Naciones Unidas, 1995, p.10). - Schalock & Verdugo (2007). - Levitas et al. (2007). - Peya Gascóns (2007). - Waldow (2009). - Moreno Preciado (2012). - Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015, p. 2). - Yanicki et al. (2015). - Cómo empezar con los ODS en las universidades (CRUE, 2017). - Estrategia nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021 (Ministerio de sanidad, 2017, p. 67). - El papel de los enfermeros para el logro de los ODS (CIE, 2017). - Domínguez-Alcón (2018). - B. Clark & Preto (2018). - Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2019, p. 8). - Graells & Insa (2021). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021, p. 189). - Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026 (Ministerio de sanidad, 2022, p. 76). - Estrategia de Salud Pública (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 7). - Liao y Dordunoo (2022).
			1.14 Participación	Proceso mediante el cual todas las personas, independientemente de su origen, género, capacidad o cualquier otra característica, tienen la oportunidad y el derecho de involucrarse activamente en la toma de decisiones, actividades y recursos de la sociedad. En relación con la salud y la asistencia sanitaria, entendemos participación como la integración activa y significativa de las personas en todas las etapas y aspectos relacionados con la atención sanitaria, la toma de decisiones en salud, la planificación de políticas y la gestión de los servicios de salud. Esta participación busca empoderar a los individuos y comunidades para que tomen un papel activo en su propia salud, así como en la mejora y diseño de los sistemas de atención sanitaria. Incluye la toma de decisiones informadas, la participación del plan de atención, participación en la investigación, construcción de sistemas de salud centrados en las personas, fomento de la educación para la	- Hutchinson & Lee (2014). - Yanicki et al. (2015). - Identifying social inclusion and exclusion (Naciones Unidas 2016).

			salud de poblaciones vulnerables. La participación en este contexto busca garantizar que las personas que utilizan los servicios de salud tengan voz en cómo se diseñan y prestan esos servicios, y que sus necesidades y perspectivas sean tenidas en cuenta.		
2.Cuidados de enfermería	En esta categoría englobamos todas las referencias en el plan de estudios al rol de la enfermería, actuaciones o cuidados dentro del ámbito de sus competencias, o modelos teóricos/marcos conceptuales que se incardinen en la intersección entre la enfermería y la inclusión social.	**2.1Sociedad del cuidado**	Una sociedad en la que la atención y el cuidado se consideran valores fundamentales, y en la que se aprecia y reconoce el trabajo de cuidados (tanto remunerado, como no remunerado). Una sociedad que se preocupa por el bienestar de todos sus miembros y promueve la inclusión, la equidad y la justicia social, en todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez, fomenta políticas públicas que permitan la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, y además se preocupa por el acceso a servicios públicos como la salud, la educación y la vivienda, de calidad y "para todos". En definitiva, una sociedad que considera las relaciones entre la organización social y las prácticas de cuidado e intenta responder a las necesidades diversas de todas las personas, incluyendo al medio ambiente. Incluimos aquí referencias a la "Ética del cuidado", "Enseñanza centrada en el cuidado" "Derecho al cuidado".	Ética del cuidado. Enseñanza centrada en el cuidado. Derecho al cuidado.	- Solórzano, M. (2008). - Waldow (2009). - Guilligan, C. (2013). - Ríos-Cázares, G., & López-Moreno, S. (2017). - Tronto (2017). - Domínguez Alcón et al. (2018, p. 17). - Comas-d'Argemir (2019). - Busquets Surribas et al. (2019, p. 25).
		2.2 Humanización	Con humanización nos referimos a la atención de la salud centrada en la persona, que reconoce y valora la dignidad, las necesidades y las preferencias individuales de cada paciente. Busca mejorar la calidad de vida y su experiencia en el sistema de salud, promoviendo una atención más empática, respetuosa y compasiva. Incluimos aquí las referencias a la "Humanización de los cuidados", "Humanidades", o "Atención centrada en la persona", "Cuidados invisibles".	Humanidades. Atención centrada en la persona. Cuidados invisibles.	- Carper (1978). - Walter Hesbeen (2004). - Peya Gascóns (2007, competencia 21). - Aparicio (2009). - Benner et al. (2009). - Matesanz Santiago (2009, p. 245). - Watson (2011). - Hills & Watson, (2011, p. 11). - Lazenby (2013). - Moreno Preciado (2021). - Rafii et al. (2021). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021).
		2.3 Competencia cultural	Habilidad de los profesionales de las enfermeras, para entender y respetar las diferencias culturales de los pacientes, y adaptar sus prácticas y estrategias de atención a las necesidades, valores y creencias de cada individuo y comunidad, con el fin de brindar una atención más efectiva y de calidad. En definitiva, tener la capacidad de actuar con sensibilidad y respeto en un mundo diverso, con respeto por la historia, el contexto, los valores y la cultura de las comunidades. Incluye también comunicarse eficazmente entre culturas. Incluimos aquí referencias a la "humildad cultural".	Humildad cultural.	- Global Standards for initial education of professional nurses and midwifes (OMS, 2009, p. 21). - Competencias básicas del educador de enfermería (OMS, 2016). - Clark et al. (2016). - Shpigelman et al. (2016). - Valderama-Wallace (2017). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021). - Liao y Dordunoo (2022). - Daly & Pauly (2022).
		2.4 Competencia estructural	Capacidad de la enfermería para identificar la relación entre las características y las condiciones sociales, culturales y estructurales que afectan a las personas y sus desenlaces de salud, así como demostrar conocimiento y comprensión sobre los mecanismos mediante los cuales estos factores sociales moldean los resultados de salud. Esta competencia, por tanto, va más allá de la mera identificación de causas probables de mala salud y vela por la comprensión de los mecanismos complejos de producción de salud y enfermedad.		- Graells & Insa (2021, p. 72).
		2.5 Código Deontológico	Recoge las reglas generales de la moral que todo profesional de este ámbito debe seguir. La conducta de cualquier enfermera o enfermero tiene que inspirarse en el conjunto de deberes y derechos que figuran en dicho documento. Incluimos aquí referencias al "Código Deontológico de la Enfermería Española" o al "Código de ética internacional de la Enfermería"		- Código deontológico de la enfermería española (1988). - Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero (competencia general 1). . - Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2021)
		2.6Activos en Salud	Factores o recursos que potencian la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y mejorar la salud y el bienestar, y que ayudan a reducir las desigualdades en salud.		- Rivera de los Santos et al. (2011). - Cofiño et al. (2016). - Estrategia de Salud Pública (Ministerio de Sanidad, 2022).
		2.7 Modelo Salutogénico	El modelo salutogénico se orienta hacia la promoción de la salud y el bienestar, en lugar de la enfermedad y la patología. Se centra en los recursos y capacidades que las personas tienen para enfrentar los desafíos de la vida y mantener la salud, en lugar de los factores de riesgo y las debilidades. Se fundamenta en la idea de que la salud es un estado dinámico y positivo, que se construye a lo largo de la vida a través de la interacción entre el individuo y su entorno.		- Antonovky (1970). - Alarcón Alfonso (2022). - Estrategia de Salud Pública (Ministerio de Sanidad, 2022).
		2.8 Sociosanitario	Conjunto de servicios, recursos y profesionales que trabajan en la atención integral de las personas, teniendo en cuenta tanto los aspectos sanitarios como los sociales. Incluye los servicios de atención sanitaria, servicios sociales, servicios de apoyo a la autonomía personal, servicios de atención domiciliaria, servicios de atención a la dependencia, servicios de atención a la discapacidad, protección de menores. El objetivo principal es proporcionar una atención integral y coordinada que satisfaga las necesidades de salud y bienestar de las personas. Incluimos aquí, además de las referencias a todo lo anterior, términos referidos "Centros penitenciarios", "reclusos", "presos", "Personas sin hogar", "sin techo".	Centros penitenciarios. Reclusos. Presos. Personas sin hogar. Sin techo. Vagabundos.	- Siles (1999). - Peya Gascóns (2007, competencia 34). - Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero (competencia 13). - Alberdi (2016, p. 59).
		2.9 Cuidado integral/holístico	Forma de contemplar la salud y el cuidado mediante la transformación de la visión reduccionista a una otra integral, global y multidimensional. Hace referencia a una propuesta humanizadora que considera al ser humano en su globalidad, contemplando a las personas realmente interrelacionadas con su entorno. Se busca por lo tanto una atención y cuidado integral de todos los aspectos de la persona: biológico, psicológico, espiritual, social, cultural y de interrelación con el entorno.		- Ley general de sanidad (1986, artículo 46). - Metodología de la enseñanza de la enfermería (Escuela Universitaria de Enfermería «La Paz», 1991, p. 47). - Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. (2001). - Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003, artículo 2). - Peya Gascóns (2007, competencia 2). - Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero (competencia general 17). - Watson (2011). - Plata et al. (2020). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 1.4 .1).
		2.10 Misión social	La misión social consiste en hacer que la sanidad no sólo sea mejor, sino más justa, fiable y universal. Se centra en la finalidad de la educación en las profesiones sanitarias, y su contribución, a través de su misión y liderazgo, programas, profesorado, alumnado, para mejorar la equidad y hacer frente a las desigualdades sanitarias de la sociedad en la que está inmersa. Incluimos aquí referencias al "compromiso social", o "responsabilidad social".	Compromiso social. Responsabilidad social.	- Kelley et al. (2008). - Mullan (2017). - Darcy-Mahoney et al. (2020). - Gravens & Goldfarb (2020).

		2.11 Gestión de casos	Referencias a la coordinación y a la colaboración multi e interprofesional, entre diferentes profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos entre otros, para brindar una atención integral y efectiva a los pacientes. Esta coordinación se basa en la comunicación, la cooperación, el respeto mutuo y la comprensión de los roles y responsabilidades de cada profesional. Es esencial para garantizar una atención de calidad, evitar la duplicidad de servicios, reducir los errores y mejorar la eficiencia del sistema de salud en su conjunto. Incluimos aquí referencias a la "Continuidad de cuidados" y "Gestión de casos".	Continuidad de cuidados. Gestión de casos.	- Clark et al. (2016). - Equidad en salud y covid-19 (Ministerio de sanidad, 2020, p.32).
		2.12Autocuidado/Bienestar de la enfermería	Aspecto fundamental para asegurar una práctica de enfermería efectiva y de calidad. El autocuidado se refiere a las actividades y prácticas que las enfermeras llevan a cabo para mantener y mejorar su propia salud física, mental y emocional, lo que incluye también la introspección y la autorreflexión. También a las acciones o la voluntad de las instituciones y estructuras del sistema sanitario para fomentar y garantizar la salud (en sentido amplio), y valor de los cuidados, de las enfermeras que en trabajan en ellos.	- Culpabilidad depresiva. - Angustia moral	- The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021).
3.Accesibilidad	Obligación de garantizar que los bienes y servicios sanitarios estén al alcance de todo el mundo, sin discriminación alguna.	**3.1Accesibilidad Universal**	Condición que tienen que cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.		- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006, artículo 3, b). - Libro Blanco sobre la Accesibilidad en Euskadi (Gobierno Vasco-Fundación ONCE, 2013) - Estrategia nacional integral para personas sin hogar 2015-2020 (Ministerio de sanidad, 2016, p. 47). - Estrategia nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021 (Ministerio de sanidad, 2017, p 75, 82). - Derechos de las personas con discapacidad (ONU, 2018). - Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030, 2022, p. 47, 50, 58, 73). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 1.4 - 4.2.4).
		3.2 Accesibilidad a la Salud	La capacidad del paciente en obtener, cuando necesario, cuidado de salud, de manera conveniente. Lo que implica que los servicios estén disponibles, sean accesibles, aceptables, asequibles y de calidad. Incluimos aquí referencias a las barreras para la accesibilidad (culturales, cognitivas, físicas, relacionales o de comunicación). Incluimos también referencias a la "accesibilidad al sistema sanitario".	Accesibilidad al sistema sanitario.	- Ley de cohesión y calidad del SNS (2003, artículo 23). - Miranda Camarero (2014). - Urbanos-Garrido (2016). - Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-202 (Ministerio de Sanidad, 2022b). - Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (Médicos del Mundo, 2022, p 9-25).
		3.3 Accesibilidad cognitiva	Hacer que los entornos, edificios, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, herramientas, dispositivos, información general, sean más fáciles de entender. Un entorno es accesible de forma cognitiva cuando todas las personas pueden comprenderlo de forma sencilla. Nos beneficia a todas las personas, especialmente a aquellas con problemas de comprensión: discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, ancianos, niños, personas que no dominan la lengua…		- Shpigelman et al. (2016). - Formación curricular en diseño para todas las personas. Enfermería (CRUE, Fundación ONCE, & IMSERSO, 2016). - Ley 6/2022, de 31 de marzo, de los derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2022).
		3.4 Accesibilidad cultural	Se focaliza en los hábitos, costumbres y creencias de la población, y en sus diferencias con la cultura de los profesionales y con la organización de los servicios de salud. Enfatiza en barreras lingüísticas y culturales.		- Vision for an Inclusive Society (Naciones Unidas, 2009, p-8-10). - Dahlgren & Whitehead (2006, p. 28, 2010, p.20). - Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España (Ministerio de Sanidad, 2015, p.86). - Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021" (Ministerio de Sanidad, 2022b). - Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (Médicos del Mundo, 2022, p 25). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021).
		3.5 Accesibilidad Sensorial	Hace referencia a que los entornos y/u otros elementos sean accesibles de forma sensorial. Esto permite que las personas con diferentes necesidades de visión o audición puedan utilizarlos.		- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006). - Prevención de las Discapacidades y Cuidado de las Personas con discapacidad (CIE, 2006).
		3.6 Accesibilidad física	Cualidad del entorno o espacio para que se puede usar con facilidad o de un espacio al que se puede acceder fácilmente independientemente de las limitaciones físicas o de movilidad.		- Shpigelman et al. (2016). - Los derechos de las personas con discapacidad (ONU, 2018). - Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030, 2022, p. 48).
		3.7 Cobertura Sanitaria Universal	Implica que todas las personas puedan acceder a toda la oferta de servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas. Abarca los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.		- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. (2001, artículo 54). - Triple Impacto: Cómo el desarrollo de la enfermería mejorará la salud, promoverá la igualdad de género y apoyará el crecimiento económico (2016, p. 3). - VIII Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2019, p. 257).
		3.8 Rural/Urbano	Diferencias en la accesibilidad universal y a la salud entre la población que vive en zonas rural y en núcleos urbanos. Incluimos referencias como "salud rural" "medicina rural".	Salud rural. Medicina rural.	- Equidad en salud y covid-19 (Ministerio de sanidad, 2020, p. 22). - España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de largo plazo (Ministerio de la Presidencia, 2021, p. 20). - Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030, 2022, p. 49).

		3.9 Brecha digital	En el contexto de la aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones para la atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitaria, así como en la investigación en materia de salud, la brecha digital tiene lugar cuando personas sin habilidades digitales o acceso a tecnología, están en riesgo de exclusión en el ámbito sanitario o presentan dificultades para la accesibilidad a los recursos. Incluimos otros términos como "cibersalud", "cibermedicina", "*e-health*","Teleasistencia". O referencias a aplicaciones específicas en el campo de la enfermería o sus propias competencias digitales.	Cibersalud. E-health. Teleasistencia.	- Equidad en salud y COVID-19 (Ministerio de sanidad, p. 23, 2020). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021, p. 190). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 1.4.1). -
		3.10 Atención domiciliaria	Asistencia o cuidados que se presta en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de salud. Incluimos referencias a "Hospitalización a domicilio" u "Hospitalización domiciliaria".	Hospitalización a domicilio.	- La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional (EUE Santa Madrona, 2004, p. 206). - Vision for an Inclusive Society (Naciones Unidas, 2009, p. 12). - Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 88). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 1.4.1).
		3.11 Diseño Universal /Diseño para todos	Forma de diseñar los espacios, productos y servicios de manera que sean de fácil acceso (de todos los tipos) para el mayor número de personas. Se concibe este tipo de diseño si se ha planteado en la planificación del espacio, producto o servicio, si es posterior se considera adaptación. Es decir, ocurre cuando todos los espacios, servicios, recursos, objetos…, están diseñados y pensados para que todas las personas puedan usarlos sin necesidad de adaptarlos.		- Conde Melguizo, R. (2014) - Formación curricular en diseño para todas las personas. Enfermería (CRUE, Fundación ONCE, & IMSERSO, 2016). - Estrategia nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021 (Ministerio de sanidad, 2017, p. 75-82). - Gilmore et al., (2022).
		3.12 Aislamiento social /Soledad	Se entiende soledad como el riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás, contemplándolo tanto desde una visión objetiva como subjetiva. El matiz con el aislamiento social se encuentra en que en este último el individuo experimenta una sensación de soledad impuesta por los demás y que la percibe como un estado negativo o amenazador. Incluimos en este caso referencias y acciones de enfermería encaminadas a paliarlo como "potenciación de la socialización".	Socialización	- Wilkinson & Marmot (2006, pp. 16-17). - Hutchinson & Lee (2014). - Estrategia nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021 (Ministerio de sanidad, 2017, p. 67). - Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud (Ministerio de Sanidad, 2021, p. 14-15).
4. Derechos	Todo aquello que una persona puede hacer o exigir ya que la Ley u autoridad lo establece a su favor, así como todas aquellas facultades y obligaciones que derivan del estado de una persona o de sus relaciones con respecto a otras. En este caso nos referimos a las obligaciones y derechos de pacientes y profesionales de enfermería.	**4.1 Derechos Humanos**	30 derechos universales, inherentes a la especie humana, inalienables, indivisibles, interdependientes, equitativos y no discriminatorios, promulgados por Naciones Unidas en 1948. Incluimos referencias al Artículo 25 derecho "a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios", o a cualquiera de ellos de forma independiente (educación, cultura, ocio, vivienda, intimidad...) Incluimos referencias explícitas a la "Declaración Universal de los Derechos Humanos".		- Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948). - Código deontológico de la enfermería española (1988, artículo 4). - Libro blanco del título de grado en enfermería (ANECA, 2004, p.13). - El cuidado de los derechos humanos. Oportunidades y desafíos para el personal de enfermería y partería (Amnistía Internacional, 2006, p.23). - Whitehead & Dahlgren (2010, p. 15). - La enfermería y los derechos humanos (CIE, 2011). - Comprendiendo del derecho humano a la salud (Prosalus & Cruz Roja, 2014, pp. 12-13). - Competencias básicas del educador de enfermería (OMS, 2016). - Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2021, p.1,2,3).
		4.2 Derechos Fundamentales	Son aquellos que están consagrados en las constituciones o leyes fundamentales de un país en particular. Pueden variar según la legislación y cultura de cada país y están sujetos a leyes y regulaciones de aplicación específica en esos territorios. El enfoque en los derechos fundamentales puede estar más influenciado por la cultura, la historia y las circunstancias específicas de un país, por lo que pueden reflejar los valores y prioridades de la sociedad en cuestión.		- Constitución española (1978, Capítulo 2º). - Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010).
		4.3 Derecho a la Salud	Derecho fundamental en toda la vida del ser humano que debe ser garantizado por el Estado de manera gratuita, integral y profesional, mediante el acceso a los servicios de seguridad social que permitan conservar el más alto grado de bienestar físico, psicológico y, en consecuencia, social, sin importar el sexo, situación socioeconómica, orientación política, sexual, raza, etnia, o cualquier otro motivo que pudiera ser discriminatorio. Incluimos cualquier referencia al derecho a la salud, fuera del contexto de los derechos humanos, como por ejemplo referencias al derecho a la protección de la salud en la Constitución Española.		- Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948, artículo 25). - Constitución española (1978, artículo 43). - Ley general de sanidad (1986, artículo 1 y 3). - Constitución europea (2003, artículo III). - Ley de cohesión y calidad del SNS (2003, artículo 2). - Comprendiendo del derecho humano a la salud (Prosalus & Cruz Roja, 2014, pp. 12-13). - Lema Añón (2020). - Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (Médicos del mundo, 2022).
		4.4 Derechos del paciente	Cualquier referencia a normas españolas sobre derechos del paciente, como la Constitución Española, Ley general de Sanidad, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002), Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (16/2003), o el Real Decreto-Ley 7/2018 que regula el acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad de todos los residentes en España. Incluimos referencias también a derecho a la información sanitaria, derecho a decidir sobre su salud, derecho a la intimidad y privacidad, derecho a que se respete su voluntad y derecho a reclamar. Incluimos cualquier referencia a la libertad y capacidad de decisión del paciente sobre los temas relativos a su salud.		- Ley General de Sanidad (1986). - Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (2002). - Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003). - Real Decreto-Ley 7/2018 que regula el acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad de todos los residentes en España (2018).
5. Diversidad social y cultural	Variedad de características individuales, poblacionales y sociales, que incluyen, pero no se limitan a la edad, el sexo, la raza, la etnia, la orientación sexual, la identidad de género, las estructuras familiares, las	**5.1 Cultura**	Conjunto de valores, creencias, costumbres, tradiciones y otros aspectos que definen la identidad y formas de vida de una sociedad o grupo humano. La cultura es una construcción social y se transmite de generación en generación, influyendo en la forma en que las personas se relacionan entre sí y con el entorno. La cultura influye en la forma en que las personas perciben la salud y la enfermedad, y en sus prácticas y comportamientos relacionados con la salud. Incluimos referencias a la "Antropología de la salud", "identidad cultural", "valores culturales".	Antropología de la salud. Identidad cultural. Valores culturales.	- Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Naciones Unidas, 1995, p. 21). - Dahlgren & Whitehead (2010, p. 20). - Moreno Preciado (2021b). - Hernández Pedreño (2008, p. 25). - Vision for an Inclusive Society (Naciones Unidas, 2009, p. 8-10). - Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010, artículo 22). - Nussbaum (2012). - Valderama-Wallace (2017).

	ubicaciones geográficas, el origen nacional, la cultura, el idioma, las capacidades físicas, funcionales y de aprendizaje, las creencias religiosas y morales y el estatus socioeconómico. Las diferencias culturales y sociales pueden influir en cómo las personas entienden y experimentan la salud y la enfermedad, y pueden afectar la forma en que acceden y utilizan los servicios sanitarios.				- Diversity, Equity, and Inclusion in Academic Nursing (AACEN, 2017). - Dury (2019). - Lazenby (2020). - Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021" (Ministerio de Sanidad, 2022b, p. 147). - Código de Ética del CIE para las enfermeras (CIE, 2021, p. 2-3). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021, p. 189). - Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (Médicos del mundo, 2022, p. 6-25). - Liao y Dordunoo (2022). - Jansen (2022). - Lapum et al. (2022).
		5.2 Etnocentrismo	Tendencia emocional que hace de la cultura propia el criterio exclusivo para interpretar los comportamientos de otros grupos, razas o sociedades, y que Puede manifestarse en la forma de discriminación, prejuicios, estereotipos o exclusión hacia otras culturas. Incluimos referencias a su antónimo el "relativismo cultural" que sostiene que los valores, creencias y prácticas culturales deben ser evaluados desde la perspectiva de la propia cultura en la que se desarrollan, y que no existe un estándar universal de valores o prácticas culturales que pueda ser aplicado a todas las sociedades.		- Parry & Sivertsen (2021).
		5.3 Etnicidad	Identidad compartida de un grupo de personas que se basa en factores culturales, históricos, lingüísticos y/o geográficos. Estos factores pueden incluir la lengua, la religión, las costumbres, la historia, la vestimenta, la alimentación, entre otros aspectos culturales. La etnicidad también puede estar relacionada con el poder y la desigualdad social, ya que algunos grupos étnicos pueden tener acceso privilegiado a recursos y oportunidades (lo que incluye la sanidad), mientras que otros pueden enfrentar barreras y discriminación. Incluimos aquí referencias a la "raza" aunque debe distinguirse, pues la primera es una construcción social y esta última hace referencia a la biología y a las características físicas. No obstante, incluimos aquí referencias a la "raza".	Raza.	- Constitución Española (1978, artículo 14). - Carta Social Europea (1996, articulo e) - Código deontológico de la enfermería española (1988, artículo 4). - Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Naciones Unidas, 1995, p.21). - Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010, artículo 21). - Nussbaum (2012). - Comprendiendo del derecho humano a la salud. (Prosalus & Cruz Roja, 2014, p. 6). - Naciones Unidas (2016, p. 20). - Sensoy el al. (2017). - Diversity, Equity, and Inclusion in Academic Nursing (AACEN , 2017) - Equidad en salud y covid-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales (Ministerio de sanidad, 2020, p. 22). - Código de Ética del CIE para las enfermeras (CIE, 2021, p. 2-3). - Liao y Dordunoo (2022).
		5.4 LGBTIQ+	El colectivo LGTBIQ+ se refiere a un grupo diverso de personas que comparten identidades y experiencias relacionadas con su orientación sexual, identidad de género o expresión de género. La sigla LGTBIQ+ incluye a lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales, queer, y otras identidades y orientaciones sexuales y de género diversas. Es un colectivo que puede enfrentar desafíos específicos en el ámbito de la salud, incluyendo la discriminación, la falta de acceso a servicios de atención sanitaria adecuados, el estigma y la falta de comprensión por parte de los profesionales sanitarios. Las personas LGTBIQ+ también pueden experimentar desigualdades en salud, como mayores tasas de enfermedades mentales, adicciones, infecciones de transmisión sexual y cáncer, en comparación con la población general.		- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010, artículo 21). - Participación para la inclusión y transformación social (EAPN, 2012, p. 24). - Nussbaum (2012). - Comprendiendo del derecho humano a la salud. (Prosalus & Cruz Roja, 2014, pp. 12-13). - Leaving no one behind: The imperative of inclusive development. (Naciones Unidas, 2016, p. 18). - Diversity, Equity, and Inclusion in Academic Nursing (AACEN, 2017). - National League of Nursing (2019). - Equidad en salud y covid-19 (Ministerio de sanidad, 2020, p. 22). - Código de Ética del CIE para las enfermeras (CIE, 2021, p. 2-3). - Delevan (2022).
		5.5 Transculturalidad	Proceso mediante el cual diferentes culturas interactúan y se influyen mutuamente, y la capacidad de las personas y sociedades para adaptarse y adoptar aspectos de otras culturas. Es decir, es la capacidad de las personas y sociedades para trascender a las barreras culturales y desarrollar un sentido de comprensión y respecto hacia las diferencias culturales. Implica necesariamente el reconocimiento y valoración de la diversidad cultural. Incluimos aquí referencias a la "interculturalidad", "multiculturalidad", "Pluriculturalidad" o "Aculturación".	Interculturalidad. Multiculturalidad. Pluriculturalidad. Aculturación.	- Leininger, M. (2008) - Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero (competencia general 4). - Moreno Preciado (2021). - Competencias básicas del educador de enfermería (OMS, 2016).
		5.6 Migraciones	Movimiento de personas de u n lugar a otro, ya sea dentro de un mismo país o entre ello, debido a diversas causas, de forma voluntaria o involuntaria. Las migraciones tienen consecuencias para la salud tanto en las propias personas como en las sociedades de destino. Generalmente se encuentran con barreras de accesibilidad al sistema sanitario lingüísticas, culturales u económicas. Incluimos aquí referencias a términos como "inmigrantes", "emigrantes", "Menores Extranjeros no acompañados (MENAS)", "Extranjeros", "Refugiados", "Asilo", "Trata de seres humanos", "Síndrome de Ulises".	MENAS. Extranjeros. Refugiados. Asilo. Trata de seres humanos. Síndrome de Ulises.	- Moreno Preciado (2008). - Subirats et al. (2009). - Whitehead & Dahlgren (2010, p. 20). - La enfermería y los derechos humanos (CIE, 2011). - Ley 10/2013, de 27 de noviembre, de inclusión social de Galicia (2013, p. 11). - Clark et al. (2016). - VIII Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2019, p. 71-198). - La integración social de la población de origen inmigrante en España (Foessa, 2020, p. 216). - Plan de acción sobre la integración e inclusión 2021-2027(Comisión europea, 2020, p. 14). - Comas-d'Argemir (2019). - Gullón & Padilla (2020). - Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023 (Ministerio de Sanidad, 2019, p.86-87). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, p.27, eje 4-4.2).

					- Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030,2022, p. 30). - Liao y Dordunoo (2022).
6. Equidad en salud	Ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. Es decir, que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados en función de las necesidades de las personas.	**6.1 Justicia Social**	Contextualizamos la justicia social en la igualdad de oportunidades y en los derechos humanos, va más allá del concepto tradicional de justicia legal. Se basa en la equidad y es imprescindible para que cada persona pueda desarrollar su máximo potencial en salud y cuidados. Dicho de otro modo, se refiere a los principios, valores y la creencia de que todo individuo y grupo tiene derecho a un trato justo y equitativo, lo cual es necesario para lograr una sociedad en la que todas las personas tengan el mismo acceso a los derechos, no sólo ante la ley, sino en todos los aspectos de la vida, y todas las personas obtengan una parte ecuánime de los beneficios y asuman una parte equitativa de las responsabilidades de la sociedad.		- Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Naciones Unidas, 1995). - Braveman & Gruskin (2003). - Labonte (2004). - Vision for an Inclusive Society (Naciones Unidas, 2009, p. 7). - Dahlgren & Whitehead (2006, p. 19). - Braveman (2014, 2022). - Yanicki et al. (2015). - Clark et al. (2016). - Competencias básicas del educador de enfermería (OMS, 2016, 6.1). - Sensoy et al. (2017, p. 19). - Valderama-Wallace (2017). - Walter (2017). - Upvall & Luzincourt (2019). - Rafii et al. (2021). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021). - Bhugra et al. (2022). - Liao & Dordunoo (2022). - Lapum et al. (2022). - Gilmore et al. (2022). - Shahzad et al. (2022). - Abu & Moorley (2023).
		6.2 Determinantes Sociales de la Salud	Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.		- Wilkinson & Marmot (2006). - Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2011). - Benbow (2015). - Estrategia Nacional de Equidad en Salud (Ministerio de Sanidad, 2015). - Valderama-Wallace (2017). - Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023 (Ministerio de Sanidad, 2019, p. 86). - Lema Añón (2020). - Darcy-Mahoney et al. (2020). - Gravens & Goldfarb (2020). - Osingada & Porta (2020). - España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de largo plazo" (Ministerio de la Presidencia, 2021, p. 20-239). - Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud"(Ministerio de Sanidad, 2021, p. 18-19). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021, p. 189-232). - Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (Médicos del mundo, 2022, p. 6). - Ruiz Àlvarez et al. (2022). - Daly & Pauly (2022).
		6.3 Desigualdades /Inequidades en Salud	Diferencias en salud que son innecesarias, evitables, injustas y sistemáticas. Incluimos aquí las "desigualdades sociales en salud" o referencias a las desigualdades sociales en general.	-Desigualdades sociales.	- Whitehead (1992, p. 436). - Navarro & Benach (1996). - Medina (1999, p. 153). - Moreno Preciado (2021b). - Popay (2010). - Avanzando hacia la equidad. Propuestas políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). - Benbow et al. (2015). - Yanicki et al. (2015). - Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España (Naciones Unidas, 2015, p. 2). - Valderama-Wallace (2017). - Mullan (2017). - Dury (2019). - VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2019d, p. 254). - Prosalus & Cruz Roja (2014, p. 6). - Estrategia Nacional para la igualdad, inclusión y participación del pueblo gitano 2021-2030 (Ministerio de derechos sociales y agenda 2021, p. 16). - Plan estratégico de igualdad efectiva entre hombres y mujeres 2022-2025(Ministerio de igualdad, 2022, p. 80-167-168). - Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023 (Ministerio de Sanidad, 2019, p. 85-87- 106). - National League of Nursing (2019). - Lema Añón (2020, p. 316). - The future of nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (2021, p. 189).

					- Equidad en salud y covid-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. (Ministerio de sanidad, 2020, p. 12). - Gullón & Padilla (2020). - Gravens & Goldfarb (2020). - Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de la equidad y determinantes sociales de la salud"(Ministerio de Sanidad, 2021, p. 18). - Graells & Insa (2021). - Khuntia et al. (2022). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 1.4). - Estrategia de Salud Pública (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 7). - Ibáñez (2022). - Ruiz Alvarez et al. (2022). - Liao & Dordunoo (2022). - Lapum et al. (2022). - Daly & Pauly (2022).
		6.4 Vulnerabilidad	Se refiere a la condición de ciertos grupos o individuos que tienen un mayor riesgo de sufrir desventajas económicas, políticas o culturales, y que pueden ser más propensos a experimentar exclusión social, marginación o discriminación en la sociedad. Esto puede deberse a factores como la pobreza, la falta de acceso a la sanidad y educación, o la discriminación por razones de género, raza, orientación sexual, entre otros.		- Kottow (2003). - Feito (2007, 2020). - Luna (2009). - Tomm-Bonde (2012). - Piggott (2015). - Triple Impacto: Cómo el desarrollo de la enfermería mejorará la salud, promoverá la igualdad de género y apoyará el crecimiento económico (2016, p. 3). - Alberdi (2016, p. 59). - Domínguez-Alcón (2018). - Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (SNS). - Martínez Buján (2019). - Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023 (Ministerio de Sanidad, 2019, p. 86). - Jiménez-García et al. (2020). - Equidad en salud y covid-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. (Ministerio de sanidad, 2020, p. 34). - Informe sobre el estado de la pobreza y exclusión social en España 2018-2020 (EAPN, 2021, p. 7). - Plan estratégico de igualdad efectiva entre hombres y mujeres 2022-2025(Ministerio de igualdad, 2022, p.142). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 4.2).
		6.5 Poblaciones desatendidas	Se refieren a grupos o comunidades que no tienen acceso a los recursos necesarios debido a barreras externas, como la falta de servicios o la discriminación. Llama la atención sobre problemas estructurales y sistemáticos que no satisfacen sus necesidades. Se diferencia de las poblaciones vulnerables en que estas pueden estar expuestas a riesgos debido a factores internos o externos, como la edad avanzada, la discapacidad, la enfermedad. Incluimos aquí referencias a "personas desfavorecidas".	-Personas desfavorecidas.	- Piggott (2015).
		6.6 Solidaridad	El reconocimiento práctico de la obligación natural que tienen los individuos y los grupos humanos de contribuir al bienestar de los que tienen que ver con ellos, especialmente de los que tienen mayor necesidad. Es un valor social y humano que se refiere a la disposición de una persona o grupo de personas a ayudar, apoyar y colaborar con otros en situaciones difíciles o necesidades. Se trata de un sentimiento de unión y compromiso con los demás que se basa en la empatía, la compasión y el respeto por los derechos y la dignidad de las personas. El Sistema Nacional de Salud, se reconoce como como instrumento de solidaridad y cohesión social.		- Boff (2002, p. 17). - Bach (2002, p. viii). - Sevilla (2006, p. 53). - Libro blanco del título de grado en enfermería (ANECA, 2004, p.13). - Feito (2007). - Puyol (2007). - Dawson & Verweij (2012). - Moreno Preciado (2012). - Yanicki et al. (2015). - VIII Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2019, p. 40).
		6.7 Igualdad	Se entiende igualdad como un valor y un principio fundamental que se basa en la idea de que todas las personas tienen el mismo valor y los mismos derechos, sin importar su género, raza, orientación sexual, identidad de género, religión, origen social o cualquier otra característica personal. Es decir, se fundamenta en que todas las personas deben tener los mismos derechos, oportunidades y trato justo. No se debe confundir con la equidad, pues la igualdad busca tratar a todas las personas de la misma manera, mientras que la equidad busca tratar a las personas de manera justa y adecuada a sus necesidades y circunstancias individuales. No obstante, la equidad en salud alude a la "igualdad de derechos y oportunidades de una persona para ser saludable". Incluimos referencias a "igualdad de oportunidades" o "igualdad de género".	- Igualdad de oportunidades. - Igualdad de género.	- Constitución española (1978, artículo 14). - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (1986, Título I, Cap, I, Artículo 3). - Código Deontológico de la enfermería española (1988, artículo 4). - Braveman y Gruskin (2003). - Labonte (2004). - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006, artículo 3-b y 3-e, 13). - Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2008, principios generales e y g). - Vision for an Inclusive Society (Naciones Unidas, 2009, p-8-12). - Whitehead & Dahlgren (2010, p. 20). - Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015, p. 2). - Yanicki et al. (2015) - Rodrigo Pedrosa (2017, p. 41). - Sensoy et al. (2017, p. 19). - Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación (2022, artículo 2).

					- Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022, p. 54). - Plan estratéxico de Galicia 2022-2030 (Xunta de Galicia, 2022, punto 4.2.2).
		6.8 Riesgo Social	Posibilidad de que una determinada situación o circunstancia genere consecuencias negativas para la sociedad o para un grupo de personas en particular. Este término se utiliza para referirse a situaciones en las que existe un riesgo de que se produzcan daños a nivel social, como la exclusión, la marginación, la pobreza, la violencia o la discriminación, lo que tiene consecuencias en la salud o acceso a los recursos sanitarios de algunas personas o comunidades. Incluimos referencias a "desprotección social" "precariedad".	- Desprotección social. - Precariedad.	- Feito (2007). - Subirats et al. (2009, p. 134).
		6.9 Dignidad	Valor inherente e inalienable de cada ser humano, que debe ser respetado y protegido. Es la base fundamental de los derechos humanos y reconoce la igualdad y el valor de todas las personas, sin importar su origen, género, raza, religión o cualquier otra condición. También se puede entender como la capacidad de autogobierno de las personas, o desde una obligación ética y moral que se debe a la persona.		- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948, artículo 1). - Constitución española (1978, artículo 10). - Código Deontológico de la enfermería española (1988, artículo 4-5). - Shotton & Seedhouse (1998, p. 249). - Constitución europea (2003, artículo II-I). - Macklin (2003). - Valdecilla Sevilla (2007). - Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2008, principio general a). - Ley 10/2013, de 27 de noviembre, de inclusión social de Galicia (2013, p. 13). - Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015, p. 2). - Yanicki et al. (2015). - Lidón, L. (2015). - Clark et al. (2016). - Competencias básicas del educador de enfermería (OMS, 2016). - Iturmendi, J. M. (2017). - VIII Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2019, p. 40). - Simões & Sapeta (2019). - North American Nursing Diagnosis Association (2021, 00174). - Código de Ética del CIE para las enfermeras (CIE, 2021, p. 2-3) -
7. Sostenibilidad	Equilibrio entre el crecimiento económico, el cuidado del entorno y el bienestar social. En el ámbito sanitario se contextualiza en la garantía a los ciudadanos de la protección de su salud mediante sistemas públicos de calidad que tengan en cuenta lo anterior.	**7.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible/Agenda 2030**	17 objetivos globales interconectados que fueron diseñados en 2015 para lograr un futuro mejor y más sostenible para todas las personas. Incluimos aquí referencias a la cada uno de ellos en individual, a los anteriores "Objetivos de desarrollo del milenio" y referencias a la Agenda 2030.		- Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015, p. 40). - Clark et al. (2016). - Upvall & Luzincourt (2019). - Juergensen et al (2020).
		7.2 Desarrollo Sostenible	El desarrollo que satisface las necesidades actuales de las personas sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas.		- Libro blanco del título de grado en enfermería (ANECA, 2004, p.13). - Directrices para la introducción de la Sostenibilidad en el Curriculum (CRUE, 2012, p.1). - Serrate et. al (2019).
		7.3 Salud Ambiental	Toda referencia a la calidad del entorno y su relación con la salud y el desarrollo de las personas. Engloba todos aquellos factores del ambiente (químicos, físicos y biológicos) externos a la persona. Incluimos aquí referencias a "cuidado ambiental", "contaminación", "medio ambiente" y también al movimiento "One Health" o "Una sola salud" "ecología".	Cuidado ambiental. Contaminación. Medio Ambiente One Health/Una sola salud. Ecología.	- Wilkinson & Marmot (2006). - Peya Gascóns (2007). - Domínguez- Alcón (2018). - Laser et al. (2022). - Estrategia de Salud Pública (Ministerio de Sanidad, 2022).
		7.4 Salud Global	Se refiere a aquellos temas de salud que trascienden los límites nacionales y los gobiernos y que precisan de una acción internacional a base de esfuerzos globales para determinar la salud de poblaciones. Incluimos referencias a términos como "pandemia", "Glocal", o al proceso de "globalización". También términos como "Salud internacional", "Cooperación internacional o al desarrollo" o "Ayuda humanitaria".	Pandemia. Glocal. Globalización. Salud internacional. Cooperación internacional. Ayuda humanitaria.	- Declaración de Alma Ata (OMS, 1978). - Clark et al. (2016). - Dury (2019). - Liao y Dordunoo (2022)

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Esta tesis doctoral se sitúa en el ámbito de la educación universitaria y aspira a contribuir a la innovación de la propuesta formativa en los estudios iniciales de Enfermería de Galicia desde la perspectiva de la inclusión social. Se desarrolló una investigación documental en dos etapas, que consistió en una revisión crítica de la literatura especializada y un análisis conceptual que derivó en un libro de categorías utilizado para el análisis de contenido de 250 guías docentes. Se identificó que el enfoque de "cuidado inclusivo" planteado es minoritario, especialmente en términos de accesibilidad y sostenibilidad. Se propone un currículum para el Grado en Enfermería más amplio, que combine las habilidades clínicas con la comprensión ética y sociopolítica del cuidado.