



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DA SAUDE

**CUANDO LA ENFERMERA ES LA EMIGRANTE:
Experiencias de profesionales de la Enfermería españoles en
el Reino Unido**

Memoria presentada para optar al grado de Doctora por:

M^a Pilar Darriba Rodríguez.

Área de adscripción: **Ciencias da Saude**

Director de tesis: **Dr. Diego Bellido Guerrero**

Ferrol, 2010



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DA SAUDE

D. Diego Bellido Guerrero, Profesor Asociado de la Universidad de A Coruña, como Director,

CERTIFICA:

Que el trabajo titulado **“Cuando la enfermera es la emigrante: Experiencias de profesionales de la Enfermería españoles en el Reino Unido”** realizado por Dña. M^a del Pilar Darriba Rodríguez, ha sido llevado a cabo bajo mi dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal correspondiente en la Universidad de A Coruña, lo que firmo para los efectos oportunos

A Coruña, abril de 2010

D. Diego Bellido Guerrero

Agradecimientos

Para comenzar me gustaría agradecer su inestimable ayuda y sus aportaciones, a las personas que figuran a continuación, sin su colaboración no hubiera sido posible realizar ésta investigación, y comprender los misterios que entraña la emigración de las/los enfermeras/os españoles hacia el Reino Unido y todas sus experiencias:

- En primer lugar, al director de la tesis, al Dr. Diego Bellido, por su inestimable ayuda y por las facilidades que me ofreció para ayudarme a salir del atasco
- A los bibliotecarios, José Folgar de la Escuela de Peritos y Uxía Gutiérrez, del Hospital A. Marcide, por su ayuda para encontrar lo inencontrable y desentrañar los misterios de la bibliografía
- A Rosa Pita y especialmente a Isabel Yáñez, profesoras de la Universidad de A Coruña, por su inestimable ayuda, y por el gran apoyo y ánimo que me dieron
- A María Ruzafa, profesora de la Universidad de Murcia, por su generosidad al mostrarme sus estudios
- Y sobre todo a las personas que participaron de algún modo en el estudio, sin su ayuda no lo hubiera conseguido, especialmente a Lala, a Carlos, a Mónica, ... entre otros
- No puedo olvidar a mis compañeros, médicos, enfermeras y auxiliares del Servicio de Oftalmología del Área Sanitaria de Ferrol, por su gran apoyo y por aguantar todas mis angustias
- Y a mis amigos, por su ánimo y por su apoyo incondicional

Para finalizar quiero dedicar ésta investigación a mi madre, a la que le resté mucho tiempo de atención, durante el tiempo que dediqué a escribir ésta tesis

Advertencias

- Se ha utilizado indistintamente el término enfermera o enfermero, a lo largo de todo el estudio, sin implicar diferencias de género ni nada similar
- Se han utilizado claves en lugar de los nombres reales de los informantes y participantes en el estudio, por motivos éticos de salvaguarda de su identidad
- Se han utilizado palabras en el idioma inglés, que utilizaron los participantes en el estudio, a lo largo del texto, explicando su significado

Siglas

PRE:	Programa de Reclutamiento de Enfermeras para trabajar en el Reino Unido, organizado por la Embajada Británica en España
DNI:	Documento Nacional de Identidad
NHS:	National Health Service (Servicio nacional de Salud Británico)
UNESCO:	Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura
CIE:	Consejo Internacional de Enfermería
ADEX:	Asociación Española de Enfermería en el extranjero
NMC:	Nursing Midwifery Council (Consejo de Enfermería británico, antes UKCC)
UK:	United Kingdom (Reino Unido)
UKCC:	United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

*“Todo lo que tiene éxito no es producto de un esquema,
de reglas y normativas establecidas previamente,
sino de una mente que observa y se adapta
a los deseos y necesidades”*

Florence Nightingale'

<u>ÍNDICE</u>	<u>PÁGINAS</u>
Agradecimientos	3
Advertencias y siglas	4
1 - Introducción	9
1.1 - Situación de comienzo	10
1.2 - Globalidad, multiculturalidad y emigración	16
1.3 - Escasez y reclutamiento de enfermeras	20
1.4 - La experiencia de emigrar	25
1.5 - Cuidados transculturales	30
2 - Hipótesis de partida y Objetivos	32
2.1 - Hipótesis de partida	33
2.2 - Objetivos: general y específicos	35
3 – Metodología	36
3.1 - Justificación metodológica	37
3.2 - Diseño del estudio	42
3.2.1 - Ubicación y escenarios	43
3.2.2 - Informantes y tamaño muestral	47
3.2.3 - Variables a estudio	49
3.3 - Recogida de datos	51
3.3.1 - Técnicas de recogida de datos	51
3.3.2 - Registros de datos	54
3.4 - Análisis de datos	58
3.5 - Control de calidad y validación	62
3.6 - Normas éticas	64
3.7 - Desarrollo de la investigación	65
3.8 – Resumen Metodología	69

4 – Resultados	70
4.1 - Análisis comparativo de situación (entre Reino Unido y España):	
¿qué encuentran las enfermeras españolas emigrantes?	71
4.1.1 - Contexto educativo, normativo y organizativo de la Enfermería:	72
4.1.1.1 - Estudios pregrado en Reino Unido	72
4.1.1.2 - Estudios pregrado en España	77
4.1.1.3 - Estudios postgrado	79
4.1.1.3.1 – Especialidades	79
4.1.1.3.2 - Formación continuada	83
4.1.1.4 - Categorías Profesionales en Enfermería en el Reino Unido y en España: Grados, Niveles, Bandas	90
4.1.1.5 - Promoción profesional	95
4.1.1.5.1 - En Reino Unido	95
4.1.1.5.2 - En España	98
4.1.1.5.3 - Carrera profesional en España	101
4.1.2 - Opciones de trabajo de enfermería en Reino Unido y en España	103
4.1.2.1 - Programas de Reclutamiento de Enfermeras en España hacia el NHS (Nacional Health Service) de la Embajada Británica en España (PRE) Años 2000 – 2007	106
4.1.2.2 - Trabajo por Agencia, en Reino Unido	124
4.1.2.3 - Sin mediadores	129
4.2 - Emigración Enfermera	131
4.2.1 - Emigración española a Reino Unido	132
4.2.2 - Emigración enfermera hacia el Reino Unido	138
4.2.3 - Emigración enfermera hacia otros países	142
4.3 - ¿Experiencia o aventura?	150
4.3.1 - El trabajo enfermero en Reino Unido y en España	151
4.3.2 - Relaciones sociales	163
4.3.3 - Motivos para emigrar, integración, adaptación, expectativas,...	173
4.3.4 - El retorno	179
4.4 - Lenguaje, idioma, comunicación,...	182
4.4.1 - Problemas con el idioma	183
4.4.2 - Un idioma especial: spanglhis	188
4.4.3 – Me comunico, nos comunicamos: red de redes, revistas,...	190

4.5 - Una mirada al pasado	193
4.5.1 - Enfermeros españoles emigrantes al Reino Unido, en el siglo XX	194
5 - Discusión	199
5.1 – Contexto formativo y contexto laboral: cuando son diferentes	201
5.1.1 - La formación pregrado ¿prepara para trabajar en el extranjero?	202
5.1.2 - ¿Es necesaria la formación continuada?	208
5.1.3 - El trabajo enfermero	213
5.1.4 - Categorías profesionales y promoción laboral	217
5.2 – Extranjeros cualificados y fronteras	220
5.3 - Escasez de enfermeras y movilidad profesional	224
5.4 – Etnicidad, Identidad y barreras	230
5.4.1 - Relaciones interétnicas	231
5.4.2 - Xenofobia e identidad	235
5.5 – Emigración enfermera: choque cultural, adaptación, relaciones sociolaborales	242
5.5.1 - La experiencia migratoria	243
5.5.2 - Choque cultural, adaptación y relaciones	249
5.5.3 - Idioma, lenguaje,...	235
5.6 - Cuidados transculturales: cuando la emigrante es la enfermera	256
6 – Conclusiones	261
7 - Bibliografía	265
8 – Anexos	CD adjunto
Anexo 1 - Artículos periodísticos españoles	
Anexo 2 - Programa de Reclutamiento de Enfermeras de la Embajada Española en Londres	
Anexo 3 - Folletos NHS (Sistema Sanitario Británico)	
Anexo 4 - Revista La Noria (Dirigida a españoles en el Reino Unido)	
Anexo 5 - Fotos	

1 - INTRODUCCIÓN

1.1 - Situación de comienzo

“Valoremos nuestra preparación, no porque nos haga más listos o superiores ante los demás, sino porque nos capacita para ser más útiles a nuestros iguales, los enfermos, que son quienes desean más nuestra ayuda”

Florence Nightingale¹

Las fronteras, oficialmente suprimidas para la apertura del espacio europeo unificado, siguen existiendo en la práctica sociocultural: no es necesario el pasaporte, solamente el DNI (Documento Nacional de Identidad español) u otro documento identificativo, pero en la mente de sus habitantes, las fronteras simbólicas aún están presentes, lo que se refleja en aspectos como el poder adquisitivo, la admisión, la integración en espacios de cotidianidad, la promoción, la oferta laboral,...

Este entorno paradójico, es al que enfrentan los emigrantes españoles (concretamente en el caso de este estudio, los enfermeros) cuando van al Reino Unido y, para algunos de ellos, uno de los grandes problemas que emerge es el desconocimiento del mismo: algunos acuden con unos someros conocimientos del país, de su cultura, de su forma de trabajar, con estereotipos acerca de sus habitantes,... lo cual puede generar en sí mismo, rechazo y marginalidad; aunque también puede ocurrir lo contrario. Un ejemplo se puede apreciar en la conversación mantenida con un enfermero español que se fue con su novia a Ipswich, a través del PRE (Programa de Reclutamiento de enfermeras organizado por la Embajada Británica en España), en el Aeropuerto de Madrid, antes de salir hacia Londres:

E7 - “¿Conoces Ipswich? ¿Cómo es? ¿Dónde está? ¿Tiene playa? ¿Qué hay cerca?...”

Autora - Es una ciudad industrial, tiene puerto, está en el este de Inglaterra, tiene pueblos pequeños cerca, de los típicamente ingleses, hay playas cerca...

E7 - “Pero ¿Cómo son los ingleses? Es que mira, a nosotros nos vinieron a contar algo de la vida inglesa, durante media hora, y me parece todo tan idílico, que no me lo creo”

Autora - ¿Te informaste acerca de la ciudad, el Hospital, su gente,....?

E7 - “Algo..., muy poco”

Estos enfermeros regresaron antes de finalizar el segundo mes de estancia, según comentarios de un compañero que aún sigue en el Reino Unido, no consiguieron adaptarse. Un caso contrario, se puede apreciar en otra enfermera (E1), que tenía claro a dónde iba, además, la segunda vez que fue a Londres, ya conocía el país y sus costumbres:

“Yo ya estuve allí estudiando, conocía aquello y, como en España no encontraba trabajo, bueno, no como yo lo quería, me vine para Londres, solicité en tres hospitales que me gustaban y, aquí estoy, no sé hasta cuando aguantaré”

A través del marco político-legal actual de la Comunidad Europea², la libre circulación de trabajadores comunitarios facilita el ejercicio de un empleo en un país miembro diferente al de origen, con los mismos derechos y oportunidades que los trabajadores nativos del país elegido, y por lo tanto posibilita la entrada de trabajadores cualificados, en los países de su ámbito. Este hecho, unido a un cambio en las estrategias de búsqueda de empleo, hace que el espacio laboral se amplíe y muchas personas decidan buscar trabajo en un país extranjero³.

Los motivos para buscar empleo en un país comunitario diferente del propio, pueden ir desde la escasez de contratos de trabajo hasta la nueva concepción del mundo como “aldea global”, un espacio dónde personas e informaciones, se desplazan con una rapidez sorprendente. Lo que implica que cada vez sea más frecuente, desarrollar un empleo en un país miembro diferente al de origen⁴.

Además, los medios de información y de comunicación actuales, permiten conocer las realidades de otros países, lo que ayuda a perder el miedo a abandonar lo conocido. Se puede observar en Internet, en correos electrónicos enviados a Foros, como Enfermería21⁵:

M...: Hola! Me voy en noviembre a Londres y agradecería mucho si alguien me pudiese dar alguna información a cerca de como está el trabajo por allí para la enfermería. Gracias. Cualquier cosa que sepáis!!!!

H...: Últimamente no esta tan bien la enfermería en ese país. Han pasado demasiadas cosas no muy buenas por decirlo suave. Si quieres trabajar en el extranjero vete a EEUU o a Australia, ahora son los sitios más decentes. Las ofertas europeas (Francia, Italia, Reino Unido...) ya no son lo que eran. Empiezan a estar bastante mal. Eso si, si eres joven y quieres conocer gente nueva y experiencias entonces si es recomendable pero para ganarte la vida y mirar al futuro... no lo recomiendo

p...: Wenas Ocean!! Oye pues cuenta, cuenta, acerca de Sydney q toda la información es poca...tengo un montón de ideas pensadas para hacer pero bueno... Yo voy a llevar todos los papeles del título y esas cosas y llevo tb las direcciones de los sitios donde hay q apuntarse y esas cosas para pasarme x allí a ver q me cuentan...la verdad es q si me pudiera quedar...creo q lo haría. Aquello tiene q ser espectacular...

Este hecho puede provocar un importante choque cultural ya que, desde el país de origen y por una preconcepción irreal del país al que se emigra, puede parecer similar, solamente por el hecho de estar situado en un entorno cercano y, porque su cultura, sus costumbres, sus actividades,... se pueden

considerar parecidas. Una enfermera de Navarra (E5) lo describe, comentando su llegada a Ipswich, a través del PRE:

“La verdad es que no estamos contentos aquí, todo es bastante diferente a lo que nos dijeron, el primer palo es que vivíamos muy lejos... en cuanto a ayudarnos a encontrar casa: nos dieron un papel con las agencias de aquí... la ciudad horrible, nada que ver con lo que nos vendieron en la entrevista,... hasta los cuidados son diferentes... ya ves que un poco negativa estoy”

La circunstancia de pertenecer al espacio europeo no impide que los trabajadores, procedentes de países europeos diferentes, sean considerados socialmente como emigrantes y extranjeros fuera de su país de origen, implicando siempre cierto grado de discriminación. Cada persona vive esta segregación de forma diferente, dependiendo en gran medida, del grado de aceptación o de rechazo, así como de sus propias necesidades personales. Aunque se dan, por supuesto, experiencias comunes, como la que comenta E13 desde su experiencia en Bristol, como enfermera y como Matrona:

“Soy la única extranjera entre las matronas, tengo amigos de muchos países: Ghana, Rumania, Nueva Zelanda, también ingleses, españoles o hispanoamericanos. Pero al trabajar, muchos pacientes me rechazaban en un principio, por ser extranjera igual que a compañeras filipinas, pero al conocerme y saber que era española, considero que me tratan bien”

En el mundo multicultural en el que nos encontramos inmersos, la globalización⁶ entendida por Marc Auge, como “la extensión del mercado liberal y el desarrollo de los medios de circulación y de comunicación”, afecta a todos los dominios socioculturales, incluidos la economía, el trabajo, y las relaciones informales. Lacomba⁷ va más lejos y amplía el concepto hacia una visión más amplia:

“El concepto de globalización o mundialización a nivel internacional nos remite a una visión mucho más amplia, más allá del ámbito macro y macroeconómico: la interdependencia entre países unifica mercados, sociedades y culturas mediante transformaciones sociales, económicas y políticas que le dan un carácter global”

Uno de los países representativos de la multiculturalidad y de la globalización es el Reino Unido, y especialmente su capital: Londres, dónde es posible encontrar interactuando y aislados, al mismo tiempo, multiplicidad de trasfondos culturales. El Reino Unido se muestra ante el mundo como un país⁸ que brinda múltiples ventajas para los emigrantes, aunque al mismo tiempo también presenta problemas de masificación de los mismos, lo que conduce a expresar aspectos etnocéntricos e incluso xenófobos, que frecuentemente pueden pasar desapercibidos, si no se profundiza en ellos.

En Londres, personas y grupos con procedencias culturales heterogéneas⁹, al mismo tiempo que acogen, generan acciones de rechazo y discriminación, hacia personas ajenas a su colectivo, activando diferentes discursos y prácticas de etnicidad.

Al mismo tiempo que precisa extranjeros cualificados (y también, no cualificados) como mano de obra, que ocupen puestos de trabajo desechados por los autóctonos, ofrece grandes ventajas socio-laborales y, para ciertas personas, incluso retributivas (sobre todo, personas procedentes de países del llamado “sur” ó “tercer mundo”). Pero, a la vez, ese extranjero puede ser rechazado socialmente en diversos ámbitos, tanto laborales como sociales.

La atracción que puede despertar la sociedad londinense, desde el punto de vista antropológico¹⁰ comienza desde el momento de llegar al país: en pequeños espacios coexisten gentes de diferentes culturas (que hasta hace poco tiempo era difícil imaginar conviviendo), se puede observar en el tren suburbano (“metro” o “tube”), en un solo vagón puede viajar desde un judío ortodoxo, un indio “sij”, un “rasta” jamaicano o un nigeriano⁶. Todos se encuentran en un pequeño habitáculo, y aunque pueda parecer que juntos, al examinarlos detenidamente es posible percibir en muchas ocasiones que cada uno permanece enclaustrado en su mundo y si se relacionan es por pura cortesía: cada uno tiene su propio ámbito convivencial.

Reino Unido, y Londres como ciudad referente, es considerado por personas de diferentes partes del mundo, como un país de acogida de emigrantes¹¹. Personas procedentes de distintos países con diferentes expectativas, dificultades y metas económicas, sociales o de otro tipo, lo adoptan como país referente de inmigración, por los beneficios sociales que es posible obtener.

No solamente personas de países, que podríamos denominar subdesarrollados, ex - colonias o “del Sur”, son los interesados en emigrar al Reino Unido. También personas de países europeos, como España, lo consideran a la hora de buscar trabajo. Además, si nos remontamos tiempo atrás, a los años del franquismo en España, se puede comprobar que era un referente de libertad y de empleo bien remunerado, tal como comenta EJ1:

“Yo admiraba a los ingleses cuando me vine para Inglaterra, en España mandaba Franco y no había libertades, y en Inglaterra las encontré y también toda clase de facilidades para trabajar, así como educación y respeto, eliminando los amiguismos típicos españoles”

Con posterioridad a dicha etapa, los referentes simbólicos y territoriales, y también las necesidades personales, han ido cambiando, y actualmente los españoles que acuden al Reino Unido en busca de trabajo poseen características y orientaciones diferentes, aunque en algunos aspectos sean similares a los de quienes les precedieron:

E9: “Como no encontraba trabajo en España, me vine para Londres”

E11: “Quiero tener experiencia como enfermera y aprender mi profesión, en España trabajé muy poco (solo unos meses) y ¡ya hace dos años que terminé de estudiar!”

E12: “Trabajaba en el Hospital Modelo de Coruña y, no veía futuro, primero pensé en irme a Italia, incluso estudié dos años de italiano, además fui allí a conocer un Hospital, pero después, y sin otro motivo que conocer mundo, decidí irme a Londres con el Programa de la Embajada Británica”

Traspasar una frontera, puede significar introducirse en un mundo desconocido, que implica a su vez ser inscrito conceptual, emotiva y prácticamente, en la categoría de extranjero, con todo lo que conlleva, tanto de acogida como de rechazo.

Londres, como frontera, puede resultar una ciudad atrayente¹⁰, tanto desde el punto de vista turístico como comercial, social o antropológico¹². Pero, llegar aeropuerto de Heathrow (uno de los principales aeropuertos de Londres) significa traspasar una frontera, que no es única, porque además del control policial de entrada al país, es decir, la frontera física actuada, se encuentran otras fronteras simbólicas, que ya se observan sin salir del recinto: personas diversas, de múltiples procedencias, habitantes de diferentes culturas,... dentro de un paisaje urbano globalizado, es decir, también, fronteras sociales y étnicas¹³. Son fronteras que se encuentran operando en éste momento, y que muchas otras personas ya las han experimentado anteriormente, y otras, las experimentaran en el futuro.

Un viaje a Londres fue el motivo para comenzar éste trabajo: por un lado, la llegada a un gran aeropuerto como el de Heathrow, con una gran cantidad de personas circulando a través de uno de los llamados “no lugares”, que Augé⁶ define como:

“Espacios propiamente contemporáneos de confluencia anónimos, dónde personas en tránsito deben instalarse durante algún tiempo de espera, sea a la salida del avión, del tren o del metro que ha de llegar”.

Más tarde fue el encuentro con la ciudad y continuar comprobando que, aunque Londres sea una de las ciudades de mayor diversidad cultural del mundo¹⁰, encierra muchos pequeños lugares, que poseen su propia intimidad y continuidad identitario-cultural.

Otros estímulos fueron el interés por conocer la situación en la que se encontraban enfermeras y enfermeros españoles desplazados para trabajar en el Reino Unido, y el estudio del fenómeno de las migraciones de enfermeras/os, desde la perspectiva de emigrantes cualificados, así como los procesos de construcción de la identidad laboral y los cuidados transculturales.

1.2 - Globalidad, multiculturalidad y emigración

“De multiculturalidad, solo hablan aquellos que viven en la globalidad”

Turner T.¹⁴

La globalización no es un fenómeno nuevo y actual, sino que tal como explica J. Friedman¹⁵ (1994) “ha estado con nosotros desde hace, como poco, cinco milenios”. Este fenómeno provoca una movilidad de personas, generalmente en una dirección: de países pobres hacia países ricos, y a su vez otro movimiento de deslocalización: de empresas de países ricos hacia países con una economía en desarrollo y con unos costes inferiores a los países de origen. Se habla de países ricos al referirse a Europa, Norteamérica y Japón, fundamentalmente, países que precisan una importante cantidad de mano de obra para mantener su producción y por tanto, su economía y su nivel de vida. Nivel de vida que, por otro lado, es el atrayente principal de las personas que se movilizan para mejorar su status social y personal. Turner¹⁴ especifica que hubo diferentes periodos en la historia de la globalización y que es fundamental diferenciarlos:

“En la etapa previa de globalización el Estado - nación era la unidad económica fundamental, mientras que en la fase actual, el capital, en forma de corporaciones y mercados transnacionales, se ha escapado de los límites de los controles fiscales y políticos estatales... se ha sustituido por acuerdos financieros, comerciales y corporativos que operan en su mayoría en un espacio globalizado que no está bajo el dominio de ningún estado”

Este hecho ha llevado hacia la internacionalización de la economía y al flujo y movimiento de personas entre países, tanto afines como cultural o económicamente diferentes, incrementando los controles de las fronteras y con ello, controlando la movilidad transnacional. Lo comenta Turner¹⁴:

“El modo en el que los estados intentan promover, regular u obstruir los flujos de trabajadores, capital y mercancías a través de sus fronteras está directamente relacionado con sus políticas sociales, explícitas o implícitas, relativas a mitigar o acrecentar las divisiones de clase internas”

Al introducirse en un mercado globalizado, la identidad de los individuos emigrantes, su lengua, su cultura,... pierde su importancia y pasa a ser irrelevante, convirtiéndose en la mano de obra que un país necesita¹⁵:

“Los criterios culturalmente específicos por los cuales identifican su individualidad no son relevantes, solamente importa el hecho de que sus diferencias les identifiquen como individuos distintos y, como tales, eventuales jugadores en el juego del mercado universal”

El concepto de globalización entronca con el de multiculturalidad¹⁶, ya que aunque la globalización considera a todos por igual, la convivencia hace brotar las diferencias culturales entre los individuos que realizan un trabajo, y que por lo tanto, participan en una sociedad concreta. La multiculturalidad es un fenómeno que afecta a todas las sociedades contemporáneas, puede entenderse como una dimensión consustancial a la sociedad global y del llamado mundo globalizado⁷.

Este fenómeno se reproduce a lo largo de la historia, ciudades como Constantinopla (actual Estambul), Venecia, Samarcanda, Petra ó Córdoba (en España), entre otras, son ejemplos de complejos sociales multiculturales. Eran o son, ciudades de tránsito, al mismo tiempo están habitadas por personas portadoras de tradiciones culturales diferentes, que conviven entre ellas, preservando sus costumbres propias y a la vez, creando otras nuevas. Es decir, a la vez que existe una sociedad se encuentra inmersa en un mundo multicultural.

Todas las personas recurren a referentes, clichés y lugares comunes, que vienen dados convencionalmente por la sociedad en la que se ha socializado el individuo y también a través del proceso mismo de interacción con la sociedad receptora y de su propia imagen del otro. Cada individuo tiende a agruparse según afinidades: laborales, por una lengua y un lenguaje común, por aficiones, por edades, por clases sociales,... desplegando diferentes procesos culturales, con los que actuar en cada ámbito relacional, pudiendo pertenecer a diferentes grupos a la vez¹⁷, percibiendo así, la multiculturalidad. Todos participamos de elementos culturales cruzados entre sí: las sociedades actuales son potencial y prácticamente multiculturales. Barth¹⁸ lo explicaba refiriéndose a los límites:

“El hecho de que un grupo conserve su identidad, aunque sus miembros interactúen con otros, nos ofrece normas para determinar la pertenencia al grupo y los medios empleados para indicar afiliación o exclusión”

Al mismo tiempo que la diversidad cultural enriquece a los individuos, lo mismo sucede con cada cultura, pero es preciso el reconocimiento mutuo para evitar las compartimentaciones y los separatismos: identidad y alteridad deberían ser inseparables y de hecho lo son: no es posible imaginar ni activar la identidad si a la par no se imagina y activa la alteridad¹⁹.

No es posible proceder a un reconocimiento mutuo si no se procede antes a un reconocimiento de cada parte en interacción, para lo cual es preciso cultivar límites simbólicos, sociales e incluso

económicos, aunque a la vez, se conserve el extrañamiento mutuo. Barth¹⁸ explica la canalización de la vida social a través de los límites étnicos:

“Los límites étnicos canalizan la vida social y esto ocasiona una organización a menudo muy compleja de relaciones sociales y de conducta. La identificación de otra persona como miembro del mismo grupo étnico entraña una coparticipación de criterios de valoración y de juicio... esto significa que existe entre ellos una posibilidad de diversificación y expansión de su relación social capaz de cubrir, en caso dado, todos los sectores y dominios de su actividad”

Lo que ocurre, en sociedades multiculturales, tales como las que vivimos en la actualidad. Es también el caso del Reino Unido, así como el de otros muchos países, dónde las diferencias culturales se pueden apreciar a simple vista, y dónde la interrelación existente entre los individuos de las diferentes procedencias hace posible el reconocimiento del otro, con mayor o menor implicación¹⁸:

“Las diferencias culturales pueden persistir a pesar del contacto interétnico y de la interdependencia”

Las diferencias culturales hacen que también existan fronteras culturales, fronteras que dividen y marcan territorios y, a la vez, señalan diferencias. Se pueden encontrar “barrios de marroquíes” o “calles de chinos”, por citar alguno de los múltiples ejemplos, son lugares dónde conviven personas con diferentes culturas²⁰. Aunque esta convivencia, en ocasiones será ficticia, y aparece la creación de “ghetos” cerrados y blindados en su cultura de origen, aislándose de nuevas influencias. Lugares, que tal como dice Augé⁶, son lugares de identidad:

“Si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un no - lugar”

Al mismo tiempo, también se crean espacios dónde no existe la necesidad de relación, los llamados no-lugares⁶, que son espacios de tránsito de personas: aeropuertos, transporte público, hoteles, plazas públicas, etc. que no están excluidos de convivencia, tal como explica Augé:

“En la realidad concreta del mundo de hoy, los lugares y los espacios, los lugares y los no-lugares se entrelazan, se interpenetran. La posibilidad del no-lugar no está nunca ausente de cualquier lugar que sea”

En los no-lugares, también es posible la relación, aún cuando no sea imprescindible. Una relación escueta en muchos casos, pero amplia en otros, reflejada en la comunicación con otras personas que están allí: en el caso de un aeropuerto, serían las azafatas, en el caso de un museo: los celadores, etc.

“El lugar y el no - lugar son más bien polaridades falsas: el primero no queda nunca completamente borrado y el segundo no se cumple nunca totalmente...”⁶

Otros lugares y a su vez, espacios de convivencia, son los lugares de trabajo: Hospitales, lugares de estudio, aprendizaje o investigación, Universidades, espacios de ocio y diversión: centros comerciales, teatros,... o incluso las calles, dónde la relación se transforma en necesaria.

En éstos espacios de convivencia, es necesaria la relación entre las personas que allí trabajan, como en un Hospital: en él, los diferentes trabajadores, los pacientes y sus familiares o visitantes deben relacionarse e interactuar. Sin dicha relación no es posible llevar a buen fin, el trabajo diario. Es necesaria la comunicación, para advertir del estado de un paciente, para establecer los cuidados que precisa y los tratamientos que se le deberían de aplicar, para valorar su evolución, desarrollando entre todos los miembros de un equipo, a través de la comunicación, un trabajo interdisciplinar, creando así, un espacio de convivencia, en principio laboral. Para establecer la comunicación necesaria, es preciso el reconocimiento previo entre los diferentes grupos, tal como lo explica Barth¹⁸:

“La dicotomía que convierte a los otros en extraños y miembros de otro grupo étnico, supone un reconocimiento de las limitaciones para llegar a un reconocimiento recíproco, diferencias de criterio para emitir juicios de valor y de conducta y una restricción de la interacción posible a sectores que presuponen común acuerdo e interés”

1.3 - Escasez y reclutamiento de enfermeras

Es conocida, a nivel mundial, la escasez de enfermeras: los motivos son múltiples y complejos y, aunque en cada país, se argumente algo diferente, no deja de ser un problema mundial que afecta también al Reino Unido²¹. La UNESCO (Organización para la educación, la ciencia y la cultura) establecía en el año 2007, que debería haber 70 enfermeras por cada 10.000 habitantes²². En España, había 500 enfermeras por cada 100.000 habitantes, cuando según los consejos de la UNESCO deberían ser 700.

Es decir, en España no sobraban enfermeros (en el año 2000), sino que para ellos era difícil acceder a un empleo al finalizar su formación, motivo por el cual algunos decidían emigrar buscando nuevos horizontes y nuevas posibilidades laborales. Este problema podría estar cambiando, tal como se reflejaba en un artículo periodístico a finales del año 2007, en el que aparecía un comentario acerca de la preocupación del Ministro de Sanidad español en esa fecha, Bernat Soria²³:

“Soria ha mostrado su preocupación por los posibles “desequilibrios” que puedan producirse en el mercado laboral sanitario y ha anunciado entre otras medidas, la puesta en marcha de un estudio sobre la necesidad de recursos humanos en enfermería,... así como facilitar la incorporación de profesionales de otros países “siempre que cumplan con los elevados estándares de calidad del Sistema Nacional de Salud”

Al que, irónicamente, E3²⁴ contestaba desde una Lista de correos:

“Vaya cambio con relación a anteriores ministros... queda por ver, supongo, si se les ocurre la interesantísima idea de repatriar a todas las enfermeras exiliadas que se han ido durante estos últimos 5 - 7 años, gracias a los convenios de expolio de personal que se tuvieron a bien firmar con otros países europeos...”

Estos profesionales españoles se han desplazado a diferentes países europeos principalmente: Portugal, Francia, Italia, Alemania e incluso a Escandinavia y como no, también al Reino Unido, que presentaba una escasez de éstos profesionales desde tiempos remotos. E3, enfermero español, que trabajaba en el Reino Unido, lo comentaba en enero de 2007, en la misma Lista de correos:

“El gran discurso olvidado... ha sido el de la emigración de profesionales enfermeros a países europeos, proceso que continua con tanta o más intensidad como en años previos, que sugiere una previsión de recursos humanos cuanto menos curiosa y que ha sido presentada como el gran triunfo de la formación enfermera en nuestro país”

La asimilación derivada de la globalización también hace que diferentes países con diversas tradiciones culturales, experimenten problemas similares, como ocurre con la escasez de enfermeras, que afecta a multitud de países²⁵, y a veces, resulta incluso crítica para la viabilidad de las prestaciones en servicios de salud de muchos de ellos. El Presidente de la Asociación de Enfermeras de Swazilandia, Matisela Mhlanga²⁶, comentaba al respecto en el año 2007:

“En nuestro país esta crisis se agrava especialmente por el hecho de que las enfermeras tienen que trabajar en unas condiciones terribles, sin contar con ningún tipo de protección biológica. Las enfermeras de Swazilandia se están muriendo por el contagio de los pacientes a los que tratan y ante esta situación, hacen lo más lógico: buscan un mejor trabajo en otro país desarrollado. Esta circunstancia está acelerando de forma absoluta la crisis de enfermeras que viven en otros países”

El problema es tan serio, que organismos internacionales, como el CIE (Consejo Internacional de Enfermería)²⁷, han abierto un debate urgente sobre el mismo, llegando a la conclusión de que dicha escasez se centraba en:

“Un menor número de estudiantes, envejecimiento de los profesionales, anteriores decisiones de algunos países de reducir el número de estudiantes, mejores posibilidades y condiciones de trabajo fuera del sector salud, agotamiento de las enfermeras, falta de estímulos y de apoyo institucional, imagen deficiente de la profesión como carrera profesional”

Según las conclusiones del Foro II del Consejo de representantes del CIE²⁷, ésta circunstancia conlleva riesgos como mayores cargas de trabajo para las enfermeras, una contratación agresiva o contraria a toda ética profesional y legislación laboral, y situaciones laborales negativas, por parte de los países con una importante escasez de profesionales, entre otros muchos. También, en la Global Health Care Workforce Conference²⁸, dónde se reunieron más de trescientos participantes de 47 (cuarenta y siete) países, se trataron los problemas derivados de la emigración de enfermeras y sus posibles soluciones.

El Reino Unido no es ajeno a éste problema de carencia de enfermeras/os, muy al contrario, por lo que desde hace algunos años desarrolla una política de contratación de enfermeras extranjeras²⁹: profesionales que se ajusten a sus demandas y que posean unas características determinadas³⁰: formación de alto nivel, cualidades técnicas y asistenciales, conocimiento del idioma, etc. No es un problema reciente, sino que se remonta años e incluso siglos atrás.

A la vez que campañas de contratación de enfermeras extranjeras, el Gobierno ha llevado a cabo campañas publicitarias de captación de estudiantes de enfermería autóctonos y del ámbito de la Commonwealth, llegando a ofertar la nacionalidad británica a estudiantes de enfermería que se comprometieran a finalizar sus estudios y a trabajar durante unos años determinados en el país. Testimonios de enfermeros españoles como E1 o E4, comentaban acerca de ésta oferta:

“Nos están invadiendo las africanas, vienen aquí, estudian una carrera (enfermería), trabajan los tres años obligatorios, obtienen la nacionalidad y luego se van a otro trabajo más rentable y dejan la enfermería, pero el tiempo que la ejercen no tienen el mínimo interés en el trabajo”

El Gobierno Británico también ha realizado campañas para el fomento de la imagen pública de la enfermería y la re-captación de enfermeras jubiladas³¹ o retiradas profesionalmente³², para que volvieran a trabajar en Hospitales o Centros de Salud³³, al mismo tiempo que campañas de retención de los profesionales, tal como estudiaron Robinson, Muréis y Griffiths³⁴. Asimismo ha reformado los estudios profesionales de enfermería, haciéndolos universitarios, ha aumentado los salarios y ha cambiado ciertas condiciones laborales³⁵, entre ellas, la iniciativa de abrir la posibilidad de prescripción de algunos medicamentos por parte de enfermería³⁶, algo que al mismo tiempo que otorga prestigio social, soluciona, en parte, la escasez de médicos³⁷.

Al mismo tiempo que en bastantes países existe escasez de enfermeras, otros países (muy pocos), tienen profesionales de la enfermería con dificultades para desarrollar localmente su trabajo, como era el caso de España, dónde la formación posee una elevada calidad y, además, son bien considerados en otros territorios, tanto europeos como americanos, debido a la calidad de los estudios teórico - prácticos, tal como afirma Hiroko Minami³⁸, Presidenta del Consejo Internacional de Enfermería en 2008:

“España cuenta con una formación universitaria realmente buena, que es un referente para muchos otros países que, en la actualidad, se encuentran en pleno desarrollo de la profesión”

Así, muchos profesionales sanitarios españoles (enfermeras, médicos, fisioterapeutas,...) que se encuentran sin trabajo, y que ven muy difícil encontrarlo en el momento actual (debido fundamentalmente a falta de contrataciones), al saberse amparados por el Tratado de Libre Circulación Europea y por diferentes organizaciones estatales y privadas, deciden buscar empleo en países con gran demanda de profesionales cualificados³⁹. Como dice E3, con cierta ironía:

“Vale, yo es que salí hace dos años y tengo tres días trabajados, si junto 27 más, tengo un mes, oiga, que no es moco de pavo, y además una experiencia amplia, no crea: 3 días en Urgencias, 2 en Quirófano, 1 en Geriatria”

Al no contar con profesionales suficientes en el Reino Unido, y no existir personas que deseen formarse como profesionales de la Enfermería, no es posible cubrir las necesidades existentes con sus propios recursos humanos, por lo que las autoridades sanitarias británicas optaron por desarrollar diferentes campañas de contratación de enfermeras en el extranjero. Entre los países en los que emprende sus campañas, está España, con una campaña desarrollada entre los años 2000 y 2007⁴⁰.

Otros países de inmigración, que se encuentran en similares circunstancias de escasez de profesionales sanitarios, no están lejos de nuestro entorno⁴¹: Portugal, Francia, Italia, Alemania, Suecia ó incluso Estados Unidos⁴², Australia ó Arabia Saudita.

En los años 2005 y 2006, ha disminuido en gran medida la contratación de profesionales enfermeros españoles en beneficio de profesionales de territorios recién incorporados a la Unión Europea como los países del este, o de antiguas colonias⁴³ y pertenecientes a la Comonwelt²⁹. E1 o E13, expresan comentarios coincidentes:

E1: “Tengo una compañera rumana que me dice que ella viene a Londres a trabajar todo lo posible para regresar a su país en 2 ó 3 años, que así cuando regrese, las cosas estarán mejor y ella volverá con un dinero ahorrado para, por lo menos, poder construir una casa”

E13: “Puede ser debido al conocimiento óptimo del idioma inglés, las malas condiciones laborales de su país de origen ó las mejoras salariales que suponen para éstos profesionales trabajar en el Reino Unido, la expectativa de retornar en pocos años a su país (ya que al poder ahorrar un poco de dinero en Reino Unido, pueden volver a su país y mantener un nivel de vida mejor que el anterior)... entre otros motivos”

En el año 2007, el PRE deja de contemplar la contratación de enfermeras, por los motivos citados con anterioridad, aunque continúa interesado en atraer otros profesionales sanitarios como médicos ó trabajadores sociales. La responsable del PRE, en la Embajada Británica en España, a principios del año 2007, lo comentaba:

“El Programa de reclutamiento de enfermeras españolas ha finalizado, continuamos con el de médicos y otros trabajadores sanitarios, los resultados no se ajustaban a los objetivos, no te puedo decir más, aunque, si una enfermera española quiere ir a trabajar al Reino Unido, le ayudaremos con todos los trámites”

Además, en ese mismo año, el Gobierno español había constatado la escasez de enfermeras, también en España. Diferentes artículos aparecidos en prensa, ratifican dicha afirmación⁴⁴, explicándolo con un ejemplo, como lo que sucedía en la provincia de A Coruña, dónde se necesitarían un 55% más de enfermeras para alcanzar la media europea, aunque no es la provincia que presenta una mayor escasez de profesionales:

“En A Coruña deberían trabajar un 55% más de enfermeras para que los centros de salud y los hospitales de la provincia prestaran la atención que se proporciona en el resto de Europa, dónde hay de media 8,4 profesionales por cada 1.000 habitantes. Esto supone casi tres más que aquí... Galicia se sitúa por debajo de la media española, que está en 5,4. Esta situación fue expuesta por el representante del sector en Galicia y por el presidente del Consejo General de Enfermería”

Las ofertas de trabajo para Enfermería en España, han cambiado desde finales del año 2007, han contribuido a ello diferentes circunstancias: por un lado aumentaron las plantillas de los Hospitales, de forma lenta pero continua, lo que daría cabida a enfermeras en paro, y por otro, al existir un mayor número de profesionales en cada Centro Sanitario, se precisan más enfermeras eventuales que puedan sustituir a las enfermeras de plantilla (días libres, vacaciones, bajas laborales, etc.), surgiendo de éste modo, un importante movimiento en la contratación de dicho personal (mayoritariamente contratos eventuales), especialmente en los períodos vacacionales. Además, a principios del año 2008, se abrían diferentes Hospitales en toda España, que precisaban dotación de personal, incluyendo enfermeras, entre ellos siete Centros en Madrid, con una media de entre 300 y 500 camas.

1.5 – La experiencia de emigrar

“Las migraciones... implican grandes movimientos de población a través de fronteras nacionales y en el marco de culturas y economías diferentes. Las minorías étnicas... resultado de esta nueva forma de migración,... tratan de mantener su identidad dentro de un marco plural”
Safa, 1975⁴⁵

En algunos momentos de la historia, la fascinación por el exterior ejerció tanto poder, que se realizaron grandes viajes y descubrimientos, en los que se encontraron con pueblos diferentes y desconocidos. Florence Nightingale, la creadora del modelo de la Enfermería moderna, nacida en Florencia en 1820, durante un viaje de sus padres, era una de las personas de su época que, para completar su educación (siguiendo modelos del momento) viajó por diferentes países⁴⁶, fascinada por el conocimiento de lo llamado en aquel momento, lejano. En una de sus cartas, decía desde Egipto⁴⁷:

“Estoy convencida de que ningún europeo puede imaginar ni describir la diferencia de sentimientos con que se vive en Egipto en comparación con otros lugares. En relación con nuestros países es completamente distinto”

Esta fascinación por el exterior, continúa existiendo, y se favorece a través de los rápidos medios de comunicación, lo que hace que algunas personas deseen “conocer mundo”, entre ellas profesionales de la Enfermería, que amparándose en su título profesional, y dada la escasez de enfermeros en muchos países del mundo, se plantean recorrerlo trabajando como enfermeros. Este hecho, lo recogen testimonios como el de E13, enfermera gallega en Bristol (ahora Matrona), que lo comentaba al explicar su decisión de trabajar fuera de su país de origen:

“Ahora que estoy en Bristol, además de ir a España, viajo mucho a otros países europeos. Me gustaría ir a trabajar un año a Nueva Zelanda, ya que el trabajo de la enfermera allá es más independiente. Si lo hiciera, pediría una excedencia, dónde trabajo ahora, quiero conservar mi trabajo (lo aprendí de los ingleses)”

Pero emigrar implica otras perspectivas menos fascinantes, el emigrante experimenta diferentes sensaciones, y las vive contemplándolas desde su cultura originaria. En unos casos intentará adaptarse a la nueva sociedad y en otros vivirá en ella, aunque conservando sus costumbres, y relacionándose o no con su nuevo grupo receptor. La situación del emigrante es difícil, y valorará su permanencia en función de los objetivos que consiga. Los emigrantes, independientemente de su nivel educativo, suelen ser personas dinámicas, creativas y con valor, empeñadas en mejorar sus oportunidades en el actual sistema global.

No solo emigran las personas con un nivel educativo bajo (tal como puede pensar un sector de la población), sino también las personas con un nivel educativo elevado, buscando, entre otros objetivos, empleos adecuados a su cualificación que no pueden encontrar en sus países de origen o también, otro tipo de alicientes como investigación, prestigio,... tal como describe Roosens⁴⁸ en su clasificación acerca de los diferentes tipos de emigrantes.

Los movimientos migratorios se intentan explicar desde diferentes teorías⁴⁹, que actualmente se basan en la globalización, y en los procesos de modernización: expansión del conocimiento, desarrollo de las comunicaciones, avances tecnológicos,... Sin obviar que los países potencialmente receptores (los más industrializados) experimentan un importante proceso de envejecimiento de la población sin renovación suficiente, por lo que precisan mano de obra, tanto cualificada como no cualificada, para continuar su prosperidad económica. Desde estos países receptores, que necesitan mano de obra procedente del exterior, se crea también, un “efecto llamada”, canalizado mediante personas ya asentadas en el país receptor, hacia sus redes sociales en su país de origen (con aspectos que favorezcan de alguna forma el movimiento migratorio). Lo explica Moreno⁴⁹:

“Para entender la etiología de los movimientos migratorios es preciso realizar un análisis de los factores que inciden tanto en la sociedad de origen como en la sociedad de acogida, sin olvidar que ésta cadena tiene un tercer eslabón que es el propio migrante”

Pero el mayor implicado en éste proceso es la persona que migra, el emigrante, que debe tomar una decisión, a veces difícil, entre la atracción de mejorar sus condiciones de vida y la de permanecer en su ambiente y con los suyos. Además, cuando llega al país receptor se convierte en extranjero, un término conocido desde los primeros tiempos en los que existió el hombre, pero que denota exterioridad y en ciertos casos enemistad, pero siempre nos dirige hacia “el de fuera”.

El concepto de extranjero parte de una forma simbólica⁵⁰ basada en esquemas emotivos primarios (amor/ odio, atracción/ rechazo, etc.), y como la cultura tiene mucho de construcción, y la capacidad imaginativa es inmensa, un término como extranjero puede cambiar rápidamente de significado, sirviendo a los intereses del momento. Puede significar, en un momento determinado, enemigo, con la carga de amenaza que lleva implícito el término, o pasar a significar vecino, un término opuesto totalmente, ya que implica cercanía e, incluso, simbolizar al huésped, que además de acoger, es necesario honrar. La variabilidad en el significado o en su simbolismo, demuestra el carácter ambiguo

y equívoco de un término. Lo demuestra una frase de AI1, referida a la incorporación de los nuevos países a la Unión Europea:

“Antes, los húngaros eran: los gitanos, ahora son una mano de obra estupenda en el Reino Unido”

La experiencia del extranjero⁴⁵ es universal y cultural, al mismo tiempo que primaria, ya que tanto que se le acepte como que se le rechace, siempre discrimina y clasifica, y además esto ocurre en todas las sociedades y en todas partes: lo conocido y lo diferente o extraño, provienen de la misma naturaleza humana, de su existencia.

El extranjero, puede suscitar a los autóctonos, curiosidad y enfrentamientos: curiosidad, por conocer lugares, personas y actitudes diferentes, y enfrentamientos por rechazo a lo desconocido. También ocurre entre los enfermeros autóctonos y emigrantes, entre otros aspectos, por los diferentes criterios a la hora de realizar el trabajo diario (como los enfermeros españoles poseen una formación pregrado diferente de la de sus colegas británicos, lo reflejan en la realización de su trabajo), lo que crea tanto momentos de tensión como de admiración, pero sobre todo, favorece momentos de intercambio de conocimientos mutuos. Un reportaje aparecido en un Diario⁵¹ español de tirada nacional, refiere uno de éstos episodios de conflicto:

“Entre los momentos inevitables de fricción sobre que forma de ejercer la enfermería era la mejor, Gema recuerda la sorpresa de sus colegas británicos cuando un especialista la felicitó por emplear una técnica corriente en España... algunos compañeros británicos decidieron adoptarla, así que el intercambio de conocimientos, a veces, ha sido mutuo”

Algunos profesionales de la enfermería británicos, actúan hacia el enfermero extranjero emigrante, rechazándolo en sus relaciones laborales, como defensa de lo propio e infravaloración de lo extraño, aunque éste hecho puede cambiar, como lo demuestra una supervisora británica, refiriéndose a dos enfermeras españolas a su cargo, en Blackpool⁵¹:

“Ha sido una experiencia de lo más valiosa, pero ahora casi se nos olvida las dificultades del principio, en un entorno que ya de por sí es difícil... Su forma de trabajar es completamente distinta. Allí tienen más pacientes y cuentan con más ayudas para sus necesidades básicas”

La emigración conlleva la interacción de distintos grupos étnicos con diferentes y contrastadas escalas de valores, de comportamiento y de visión del mundo. Lo que conduce a que ciertos colectivos

emigrantes se enquistan, en entornos sociales propios, en los que poder reproducir sus costumbres, sus rasgos diferenciadores y su identidad grupal⁵². Así en grandes ciudades como Londres, es posible encontrar el barrio turco, el barrio griego, el barrio latino,... ó también, una mezcla de todos ellos. AN1 (antropóloga española residente en Londres) lo explica, en un libro autobiográfico⁵³, al hablar de su barrio:

“Hackney es y ha sido un lugar tradicional de acogida. Antes de la segunda Guerra Mundial parecía una ciudad judía, con sus teatros, en yiddish, sus cafés y sus tiendas kosher. Más tarde llegaron caribeños africanos, indios, paquistaníes, turcos, chipriotas, latinoamericanos, kurdos y ahora parece que llegan también jóvenes españoles. Cada nueva oleada ha conllevado una transformación gradual de sus tiendas de comestibles y lugares de culto que ha dado al lugar un sabor determinado. En mi calle hay muchos profesionales liberales: pintores, médicos,... que trabajan por su cuenta. Seguimos teniendo las tiendas turcas, los mercados turcos, los comerciantes turcos,... pero convivimos todos, a mi me encanta mi barrio”

La mayoría de los barrios londinenses están habitados por una mezcla de procedencias diversas, un ejemplo podría ser el barrio de Muxweel Hill, en el norte de Londres: hace unos años era considerado un barrio judío y en la actualidad está habitado por personas tanto inglesas como de procedencia europea, griega o de otros países, tal como lo comenta EM1:

“Cuando me casé con Cris, vivimos en diferentes sitios, pero siempre intentamos acercarnos aquí, a Muxweel Hill, que era un barrio judío hasta hace unos cuantos años, por la tranquilidad que nos daban los judíos, por su nivel de vida (más elevado que en otros barrios en los que estuvimos) porque se vivía como en un pueblo y no como en otros barrios de Londres, ahora hay más mezcla, pero sigue conservando esa tranquilidad y ese ambiente pueblerino”

Roosens⁵⁴ describe en su estudio sobre la etnicidad migratoria, que el núcleo básico de los inmigrantes objeto de investigación era la familia y la hermandad, ya que después de muchos años se relacionaban y asociaban entre ellos como españoles, manteniéndose lejos de la política belga, y conservando su identidad española de forma pública y oficial, lo que conllevaba que sus relaciones e interacciones con los nativos fueran escasas o nulas después de treinta años viviendo allí.

Petonnet⁴⁵, también realiza una aportación a los estudios sobre migración e identidad étnica, con su estudio sobre los suburbios parisinos, en los que destaca la existencia de diferentes capas de población extranjera, dependiendo sus grados de integración en la sociedad receptora (con el consecuente abandono de los suburbios) del tiempo de permanencia de cada grupo en Francia, además de la distancia cultural, étnica y racial respecto de la población receptora.

Ciertas administraciones de las sociedades receptoras, ejercen políticas asimilacionistas, que puede llevar hacia un retardo en la integración del emigrante, y que son el resultado de un miedo a la desintegración que podría derivarse de una emigración masiva (como sucede actualmente en los países europeos más desarrollados), emigración que según ellos, podría llevar a una inseguridad psicosocial del grupo dominante y a una pérdida de poder y de privilegio de los miembros de la sociedad receptora⁵⁵. Otros gobiernos, ejercen políticas basadas en el pluralismo cultural, basándose en el derecho de cada grupo étnico de mantener su identidad, creando una situación de equilibrio inestable, propio de las sociedades multiétnicas, promoviendo y manteniendo la diversidad⁴⁹:

“El debate entre multiculturalistas y asimilacionistas podría resumirse en el deseo, por parte de unos, de permitir a los grupos minoritarios que vivan según sus propias creencias y el miedo o recelo, por parte de otros, al desorden social y de pérdida de la identidad de la sociedad de acogida, que podría acarrear la consolidación de formas de vida y valores foráneos”

Entre ambos modelos existe un tercero, el de interculturalidad⁴⁹, que favorece la integración mediante la participación de ambas sociedades, la emisora y la receptora conciliando y preservando ambas identidades, siempre en el marco del respeto por ambas partes de sus derechos y de sus deberes.

1.5 - Cuidados transculturales

“Un cuidador profesional y culturalmente apropiado demuestra capacidad curativa para las personas y refuerza mi creencia de que no puede haber curación sin cuidado”

M. Leininger⁵⁶

La sociedad actual es multicultural y cambiante, en ella se originan un tipo de relaciones heterogéneas entre personas de procedencias diversas, por lo que conocer las culturas de los otros enriquecerá dichas relaciones. En el ámbito de la enfermería y consecuentemente de los cuidados, conocer la cultura del otro, del que se cuida, significa poder ofrecerle un cuidado más humanístico que favorezca su bienestar y su curación, es decir, unos cuidados culturalmente congruentes con sus creencias⁵⁷.

Madeleine Leininger fue la primera enfermera que creó el modelo y el concepto de Enfermería Transcultural, relacionando íntimamente dos disciplinas, la Antropología y la Enfermería⁵⁸. Esta teoría explica que las personas poseen, por un lado unas características universales y por otro, otras características propias de su cultura. Los cuidados de enfermería, también tienen semejanzas y diferencias, en función del contexto cultural en el que se encuentren inmersas:

“Para que el cuidado de enfermería sea eficiente y culturalmente congruente, estas diferencias y semejanzas deben ser identificadas y comprendidas por los profesionales al asistir a éstas personas”

Pero⁵⁹ Leininger, no es la única que habla de los cuidados transculturales, le siguieron Rachel Spector⁶⁰, que profundizó en la dimensión hereditaria de la diversidad cultural, Purnell⁶¹, que desarrolló un modelo de enfermería basado en la competencia cultural. También Colliere, que desarrolló la antropología de los cuidados en Europa o Siles, que contribuyó a la difusión de los cuidados transculturales en España, entre otros.

Ibarra y Siles⁵⁷ proponen algunas dimensiones que el profesional de enfermería debería considerar a la hora de ofrecer cuidados a sus pacientes:

- la etnicidad y la religión
- la inmigración, con sus aspectos de ruptura, diferencia y dificultades de acceso
- la residencia y las diferencias regionales
- la relación generacional

La competencia cultural⁶² implica por parte de la enfermera, conocer la cultura del paciente al que cuida, aceptando y respetando sus diferencias, intentando comprender como afectan a su salud y a su curación y buscando estrategias para conseguirlo. Aunque no se puede olvidar un aspecto importante: la cultura de la propia enfermera, que le hará ver los hechos de forma diferente a su paciente, pudiendo incluso posibilitar importantes choques culturales.

Los cuidados transculturales también son aplicables en los países a los que emigran las enfermeras españolas, concretamente al referido en éste estudio, el Reino Unido, caracterizado especialmente por su tolerancia (por lo menos de forma oficial). Las enfermeras españolas emigrantes pueden encontrarse con aspectos que conocían solamente en la teoría y a los que en el Reino Unido se les otorga una gran importancia, como por ejemplo, la gran variedad de dietas que puede ofertar un Hospital a sus pacientes. Lo explica E1:

“En éste momento tenemos tal cantidad de pacientes diferentes, me refiero a su origen aunque sean británicos, que en el momento de la comida me monto un lío con lo que le debo dar a cada uno. Tenemos un marroquí, un judío, dos hindús,... y por cierto, muchas comidas raras pero no tiene comida mediterránea ¿Qué pasa, que por ser europeos comemos todos igual?”

Aunque, por otra parte no se puede obviar que no todo es enfoque transcultural, el exceso también provoca problemas en vez de facilitar el cuidado⁵⁷, así cuando un paciente, por ejemplo judío, ingresado en un Hospital londinense rechaza la comida kosher que se le ofrece, se puede pensar que no es el tipo de comida que culturalmente se le debe ofrecer y se puede pasar por alto, algo tan sencillo como que esa comida puede estar mal cocinada o tener mal sabor, por ejemplo.

Estas teorías también afectan de forma inversa a las enfermeras españolas, ya que ellas poseen unos conceptos culturalmente adquiridos en España, que pueden chocar con los valores culturales británicos, provocando un conflicto. Este conflicto podrá resolverse al comprender la naturaleza del otro⁶³, aunque conseguirlo suele llevar un tiempo.

2 - HIPÓTESIS DE PARTIDA Y OBJETIVOS

2.1 - Hipótesis de partida

Las distintas estrategias para adaptarse a otra cultura, y con ello a otro país, implica ámbitos como el laboral, el social y el cultural, entre otros, y requieren diferentes habilidades. Las experiencias de los enfermeros estudiados y su propia estrategia de adaptación a un nuevo país, se ven influenciadas y discurren por caminos diferentes según fueran sus motivos para emigrar, los objetivos que se plantearon al hacerlo, las expectativas previas, los conocimientos que tenían del país al que iban y de su sociedad, costumbres y cultura, así como del trabajo que iban a realizar y del idioma, entre otras cosas. Además, es posible encontrar experiencias similares, en períodos históricos diferentes.

Para comenzar es preciso analizar las experiencias de las/os enfermeras/os españolas/os que emigran para trabajar como tal al Reino Unido, así como los motivos que tienen para emigrar y las diferentes estrategias que utilizan para adaptarse, en el marco de una cultura diferente a la de su origen. Partiendo de la base de que las condiciones laborales que se daban en España, durante el periodo de estudio (año 2003 - 2009), favorecían dicha marcha: alto número de Diplomados en Enfermería que finalizaban sus estudios (excesivo para los puestos de trabajo existentes en la Sanidad española, tanto pública como privada), junto con las facilidades que ofrecía el Reino Unido para trabajar como enfermera en dicho país, interesantes para un enfermero recién graduado o en situación de paro laboral, facilitaban tomar la decisión de emigrar.

Las ofertas de empleo del Reino Unido, eran interesantes para un enfermero recién graduado o en situación de paro laboral, ya que a través de acuerdos políticos entre las autoridades sanitarias de ambos países, la Embajada Británica en España facilitaba los trámites necesarios para trabajar en dicho país. Además para un profesional recién graduado, trabajar aprendiendo nuevos métodos y organizaciones, desarrollándose profesional y personalmente y, al mismo tiempo, conocer países diferentes, suponía un atractivo añadido. Podían existir otros muchos motivos ya que, aunque es un país cercano en distancia física a España (algo siempre relativo), podría suponer a la vez, distanciarse de problemas personales en el lugar de origen.

La adaptación o inadaptación de quienes optan por desplazarse al Reino Unido estará influenciada por consideraciones acerca de la identidad cultural de ambos países y de los motivos personales para emigrar, así como de las circunstancias de cada individuo.

Para valorar su adaptación a otra cultura (en todos los ámbitos y con todo lo que implica) es necesario analizar el papel del emigrante en el país receptor, en este caso el Reino Unido, las estrategias de adaptación así como los procesos de su etnicidad, tanto en la vida laboral como en la extralaboral, aspectos complejamente relacionados entre sí, ya que al mismo tiempo que enfermero/a, es español/a, es hombre/mujer, es extranjero/a,... Cada persona transita a través de diferentes identidades, según el momento y las diferentes circunstancias.

Los cuidados que aplica un enfermero se enmarcan en la transculturalidad, tanto en su país de origen como en un país extranjero, aunque siempre estarán influenciados por los valores culturales originarios del profesional y por la cultura del país dónde se aplican dichos cuidados.

2.2 - Objetivos

El Objetivo general consiste en analizar, desde una perspectiva antropológica y de cuidados transculturales, aspectos fundamentales y teorías, aplicables al estudio de la migración laboral actual, a partir del estudio de casos de profesionales cualificados de enfermería españoles, en el Reino Unido, durante un periodo de tiempo determinado, que abarca desde el año 2003 al año 2009.

Como Objetivos específicos estarían:

1. Describir el contexto formativo y profesional de ambos países: Reino Unido y España y analizar la relación existente entre los conocimientos y el trabajo enfermero, al interaccionar profesionales de ambos países en un mismo Centro Sanitario, en éste caso entre enfermeros españoles y británicos o procedentes de otros países, en Hospitales del Reino Unido
2. Determinar las dificultades en el proceso de adaptación al entorno sociolaboral y al país, describiendo los aspectos que influyeron especialmente en él
3. Identificar las características de los diferentes grupos de enfermeros españoles emigrantes y sus motivos para emigrar
4. Analizar la escasez de enfermeras en el Reino Unido
5. Conocer los problemas y las ventajas más importantes que se puede encontrar un/a enfermero/a que decida trabajar en el Reino Unido como tal
6. Valorar las posibilidades de trabajar como enfermera en el Reino Unido, así como las diferentes modalidades de contratación existentes, incluidas ventajas e inconvenientes
7. Comprender las relaciones sociales de los enfermeros españoles que trabajan o trabajaron en el Reino Unido, desde el punto de vista de su etnicidad
8. Identificar la existencia de xenofobia hacia las enfermeras españolas en el Reino Unido
9. Conocer el idioma utilizado por los profesionales españoles en el Reino Unido y los problemas que presenta, así como otras formas de comunicación
10. Determinar los motivos de los enfermeros españoles para retornar
11. Conocer las experiencias de enfermeros españoles emigrantes en el Reino Unido en periodos anteriores al estudio
12. Orientar hacia el diseño de acciones que favorezcan el conocimiento del medio sanitario y sociocultural del Reino Unido, para facilitar la aplicación de cuidados enfermeros en entornos diferentes del habitual, a los profesionales enfermeros que decidan desplazarse a trabajar a dicho país

3 - METODOLOGÍA

3.1 - Justificación metodológica

“Captar la realidad de un modo objetivo, medir y analizar son las tres fases que implica todo tipo de investigación. Sin la consecución de un modo auténtico y válido de estos tres estadios no se podrá hablar de la existencia de una investigación con verdadero carácter científico”

Maestre J⁶⁴

La metodología cualitativa constituye uno de los procedimientos fundamentales en la construcción de la disciplina de la Enfermería. Además, ésta metodología se considera la más adecuada⁶⁵ para conocer en profundidad el fenómeno que se investiga, tanto porque el investigador debe introducirse en el contexto, para comprender mejor la experiencia de los protagonistas, como por la aportación del punto de vista de los informantes. Siles, Solano y Cibanal⁶⁶ explican que la investigación cualitativa:

“Permite obtener una visión holística, comprensiva y contextualizada de los fenómenos relacionados con los cuidados de salud”

Por estos motivos, es la metodología elegida para realizar éste estudio, aunque al mismo tiempo, también se han utilizado estrategias, características de la Antropología (concretamente desde la Antropología de la Salud y la Enfermedad). Ceballos⁶⁷ explica la importancia de ésta metodología para la enfermería:

“La metodología de la investigación cualitativa es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social, con el cuidado como objeto de estudio y de trabajo y con el ser humano, en sus dimensiones individual y colectiva, como sujeto de éste cuidado”

La utilización de los términos investigación o metodología cualitativa se remonta a principios del siglo pasado (siglo XX)⁶⁸. Comienza a utilizarse en disciplinas como la Sociología o la Antropología, y continúa posteriormente en otras, entre ellas la Enfermería. Aunque Wax⁶⁹ señala que los comienzos del llamado trabajo de campo (fundamental en la metodología cualitativa), incluidas las técnicas utilizadas para llevarlo a cabo, como la observación participante, entrevistas, etc. “son tan antiguos como la historia escrita”, ya que fueron utilizados por historiadores y escritores de todos los tiempos. De Andrés⁷⁰ explica que la naturaleza de la investigación cualitativa busca entender la realidad y como se construye:

“La orientación cualitativa de investigación persigue entender los fragmentos de la realidad, tal y como la construye, y da significación la propia persona enmarcándolos de manera global y contextualizada”

Las principales características de éste tipo de metodología de investigación, Wiesenfeld⁶⁸ las resume en una especial relación entre investigador e informante, dónde prevalece el respeto entre ambos y dónde no se olvida la subjetividad del investigador:

“La investigación cualitativa reivindica una forma de relación investigador/a - informante en la que las experiencias de vida de los informantes y los significados que les asignan se reportan en un clima de horizontalidad, en el que prevalecen el respeto mutuo, el diálogo reflexivo y se acepta el involucramiento de la subjetividad del/a investigador/a en dicho proceso”

La metodología cualitativa se complementa en éste estudio con técnicas también utilizadas en Antropología, ya que ésta se basa en la realización de trabajo de campo⁷¹, con la finalidad de estudiar la diversidad sociocultural, y lograr un conocimiento global del ser humano, lo que unido al conocimiento de la realidad y a su construcción, tal como dice De Andrés⁷⁰, hace que se pueda entender mejor la interacción de una persona con el medio en el que se desenvuelve y construye su propia realidad:

“⁷¹La Antropología apunta a un conocimiento global del hombre y abarca el objeto en toda su extensión geográfica e histórica, aspira a un conocimiento aplicable al conjunto del desenvolvimiento del hombre, desde los homínidos a las razas modernas, y tiende a conclusiones positivas o negativas, pero válidas para todas las sociedades humanas, desde la gran ciudad moderna hasta la pequeña tribu melanesia”

Ambas estrategias se solapan en algunas ocasiones: la observación es la base de ambos métodos, la participación también y la vida cotidiana es el “laboratorio de la investigación cualitativa”, tal como dice Morse⁷², y también de la Antropología:

“El laboratorio de la investigación cualitativa es la vida cotidiana y ésta no puede meterse en un tubo de ensayo, prenderla, apagarla, manipularla o echarla por la alcantarilla. Las variables no están controladas, y mientras los investigadores cualitativos nos se acercan al final de un estudio, no pueden ni siquiera saber con exactitud cuales son éstas. Por tanto, el desarrollo, la descripción y la operación de la teoría suelen ser resultado y producto del proceso de investigación más que medios y herramientas empleados al realizar la investigación”

Leininger⁷³ también explica la similitud entre ambas estrategias, dentro del paradigma cualitativo, así como la utilización de diferentes técnicas para una misma investigación cualitativa:

“Los términos o frases lingüísticas para cada método cualitativo pueden variar, pero los criterios se pueden emplear en todos los métodos cualitativos... los términos y el énfasis que se haga en cada criterio puede variar, pero las similitudes en los significados o en las interpretaciones hacen que éstos sean pertinentes para todos los métodos dentro de la familia del paradigma cualitativo”

Y, al mismo tiempo, propone⁷³ seis criterios cualitativos, que deben utilizarse para apoyar y fundamentar las investigaciones cualitativas, que son los siguientes:

“1 - La credibilidad... se refiere a la verdad, tal como la conocen, la experimentan o la sienten profundamente, las personas que están siendo estudiadas...”

2 - La posibilidad de confirmación, se refiere a la repetición de la evidencia directa y participativa, documentada observada u obtenida a partir de fuentes informantes primarias... la manera como confirman los investigadores lo que han visto

3 - El significado en contexto... se centra en la contextualización de las ideas y experiencias dentro de una situación, un contexto o un medio ambiente totales...

4 - Los patrones recurrentes se refieren a los casos, las secuencias de acontecimientos, las experiencias o los modos de vida repetidos que tienden a formar un patrón y a ocurrir una y otra vez de maneras determinadas, en contextos similares o diferentes

5 - La saturación... significa que el investigador ha hecho una exploración exhaustiva del fenómeno estudiado... de manera que ya no se obtiene más información

6 - La posibilidad de transferencia se refiere a si un hallazgo particular de un estudio cualitativo se puede transferir a otro contexto o situación similar y sigue preservando los significados, las interpretaciones y las inferencias particularizadas del estudio completo...”

La etnografía es una de las técnicas utilizadas en los métodos cualitativos, tanto desde la disciplina de las Ciencias de la Salud como desde la Antropología, aunque los antropólogos consideren la etnografía un producto, no un método, tal como explica Muecke⁷⁴. Ella la define como:

“Una etnografía es una descripción de una población que se centra en aspectos seleccionados de cómo manejan sus vidas rutinarias, notables y rituales unos con otros en su medio ambiente, y de las creencias y costumbres que conforman su sentido común sobre su mundo. La descripción etnográfica revela lo profundo e intrincado de la sociedad humana en su medio ambiente local”

Morse⁷² también explica que la etnografía permite entender la forma de vida de un grupo humano. Así, el proceso etnográfico y el trabajo de campo, base de los estudios antropológicos⁷⁵, promueven la observación participante, implicando al investigador de forma directa en el estudio, lo explica Augé⁷⁶:

“El observador, lo quiera o no, no para de interpretar y de comparar. Sus lecturas y su experiencia condicionan incluso la elección de sus primeros objetos de observación... La postura del antropólogo es siempre una postura de exterioridad en relación con el juego de relaciones que estudia... No es uno de ellos, pero trata de acercarse, y ellos también se acercan a él, para lo bueno y para lo malo”

Para ello, tendrá que adoptar diferentes roles, lo que implica algo más que la utilización de determinadas técnicas. Stocking⁴⁹ considera que el trabajo de campo es la esencia de la Antropología:

“El trabajo de campo por observación participante, preferiblemente en un grupo social de relaciones cara a cara bien diferente del de los investigadores, es la señal distintiva de la antropología social y cultural”

La observación participativa conlleva una interacción entre investigador e informantes⁶⁹, en el terreno de éstos últimos, pero sin modificar el normal desarrollo de la acción, para captar el punto de vista del informante y poder recoger datos de una forma sistemática, convirtiendo un discurso fragmentado en otro, coherente y comprensible⁴⁹:

“Tal vez en esto radique la magia del etnógrafo: en la transformación de una masa caótica de datos producidos en el transcurso de la interacción diaria con los nativos, convertirla finalmente en un discurso coherente y unitario”

Por todo ello, la mezcla de diferentes estrategias, se considera el mejor método para poder realizar este estudio y conocer las experiencias de las/os enfermeras/os españoles que trabajan en el Reino Unido, profesionales emigrantes cualificados con sus vivencias y problemas, a la vez que la construcción que ellos hacen de su propia realidad, en torno a su profesión y a los cuidados, en un país y en una cultura diferente de la suya. Esta mezcla de diferentes técnicas dentro de un mismo estudio, es conocida como triangulación, y afecta o puede afectar a todas las partes de la investigación. Así, al utilizar diferentes técnicas afines, unas complementan las debilidades de los otros, tal como explica González Río⁷⁷:

“Completar las debilidades de una técnica con otra u otras que sean eficaces en esos mismos aspectos es la idea clave de la triangulación. Con ello se consigue mejorar la validez, así como la operatividad de la investigación”

La metodología empleada, resulta útil para profundizar en sus experiencias, identificar problemas y establecer intervenciones, tal como dice Filstead⁷⁸, estudiando varios fenómenos interrelacionados, e

intentando hacer una aportación al fenómeno actual de la emigración enfermera, ya que un estudio de éste tipo no debe quedarse en el mero estudio teórico, sino que debería de poder utilizarse para establecer acciones que permitan mejorar la experiencia tanto laboral como sociocultural de los profesionales de la enfermería que emigran a un país extranjero.

3.2 - Diseño del estudio

Antes de comenzar un estudio de investigación es preciso planificar como se realizará, es decir, es necesario diseñarlo, con todos los condicionantes que sean precisos para facilitar la recogida de datos y su posterior análisis, de forma que los datos recogidos sean relevantes para la investigación, economizando recursos, tanto humanos como materiales para conseguirlo⁷⁷.

Para comenzar se ha elaborado un cronograma basado en las siguientes etapas o fases del estudio:

Etapas del diseño del estudio	
1	Planteamiento del estudio: hipótesis de partida, objetivos
2	Diseño del mismo: contextos, ubicación, ámbitos, muestra,...
3	Recogida de datos: técnicas a utilizar según metodología elegida
4	Análisis de los datos recogidos
5	Discusión en base a estudios previos
6	Conclusiones y recomendaciones

A la hora de realizar el planteamiento del estudio, se ha comenzado revisando otras investigaciones acerca del mismo tema, algo muy difícil en éste caso concreto, ya que solamente se ha encontrado un estudio, aunque con matices diferentes. También se ha investigado de forma exploratoria el campo que se quería estudiar, mediante un trabajo previo que indicaría la viabilidad o no del estudio, que en este caso, ha resultado positiva. Dicho estudio previo ha sido realizado entre los años 2002 y 2003. A partir del que se diseña la investigación, partiendo de su flexibilidad y adaptación continua a lo largo de la misma.

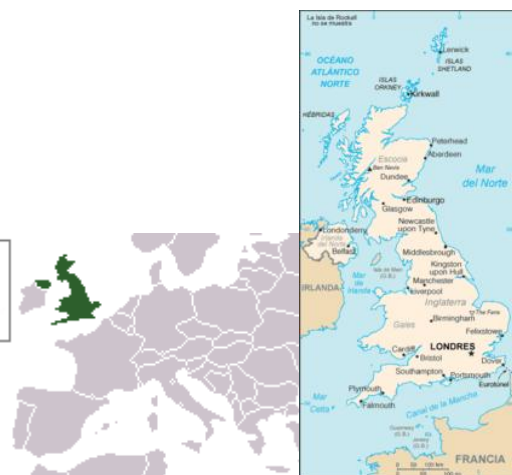
Cronología	
Trabajo previo exploratorio	2002 – 2003
Revisión bibliográfica	2002 – 2009
Trabajo de investigación	2003 – 2009

3.2.1 - Ubicación y escenarios

La descripción de los contextos físicos y socioculturales dónde discurre el estudio y se recogen los datos, resulta imprescindible para poder analizarlos. Estas descripciones, incluyen algunas de sus características y comentarios referentes al mismo. Se pueden encontrar en el trabajo de campo, a través de las intervenciones de los informantes, con el afán de ubicarlos en su contexto, de cara al análisis posterior.

En su comienzo, la ubicación física de la investigación, así como la de algunos de los profesionales de enfermería, cuya experiencia es objeto de la misma, se sitúa en el Reino Unido y más concretamente, Londres. Con posterioridad se amplía a otras ciudades en Inglaterra y Gales, entre ellas: Ipswich, Cardiff o Bristol, ciudades en las que trabajan o trabajaron algunos de los informantes.

A la vez, el estudio también se sitúa en España, concretamente en Galicia, y más concretamente en Ferrol. Debido a que algunas de las informantes trabajan o trabajaron en dicha Área Sanitaria. Se establece así una comparación entre la sistemática sanitaria, la cultura de trabajo y las formas de llevarlo a cabo, de las enfermeras, tanto en el Reino Unido como en España, así como sus relaciones sociales y laborales. Otro de los motivos de ésta ubicación es la facilidad del acceso a la información y a los profesionales que trabajan en dicha Área Sanitaria.



Distritos de Londres⁷⁹

Situación geográfica del Reino Unido⁸⁰

Datos básicos del Reino Unido: Oficina Nacional de Estadística del Gobierno Británico⁸¹:

Población	61.383.000 habitantes (año 2008): 84% en Inglaterra, 8% en Escocia, 5% en Gales y 3% en Irlanda del Norte
Edad promedio de la población	39 años (año 2008)
Capital	Londres 14.945.000 habitantes (año 2004)
PIB (PPA)	Puesto 6º Total \$1,867 billones PIB per cápita: \$30.900 (año 2005)

Referente a la población emigrante⁸¹, en el año 2004 se estima que emigraron al Reino Unido, más de 223.000 personas, de las que 74.000 personas eran ciudadanos no británicos pertenecientes a la Unión Europea. En el año 2003, más de la cuarta parte de los emigrantes (135.000 personas) fueron al Reino Unido a estudiar, Mientras que una quinta parte fueron para trabajar (114.000 personas) con un trabajo específico.

La población emigrante española en el Reino Unido, actualmente es difícil de cuantificar, debido al Tratado de libre circulación en países pertenecientes a la Comunidad europea, ya que no es obligatorio el registro en el Consulado Español ni las autoridades británicas de inmigración recogen datos referentes a personas de dichos países. A continuación figura una tabla con datos recogidos por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, sobre población inscrita en los Registros de los Consulados de España en Londres, Manchester y Edimburgo, correspondientes al año 2008⁸²:

Población inscrita en los Registros Consulares de España en Londres, Manchester y Edimburgo. Año 2008			
Consulado General de	Varones	Mujeres	Total
Londres	29.018	34.408	63.426
Manchester	4.399	4.476	8.875
Edimburgo	1.528	1.715	3.243
Totales	34.945	40.599	75.544

Londres es la capital del Reino Unido y está considerada una de las mayores aglomeraciones urbanas o megalópolis del mundo, al haberse extendido a lo largo de kilómetros, abarcando multitud de antiguos pueblos y aldeas colindantes. Con una superficie total de 1.579 kilómetros cuadrados y con 34 distritos⁸¹. Es una de las mayores áreas metropolitanas de Europa, y una de las 20 mayores del mundo, con una vida y flujo económico que la sitúan en el segundo puesto mundial, sólo por detrás de la ciudad de Nueva York (Estados Unidos).

Los escenarios en los que se ha desarrollado el estudio, comprenden tanto espacios públicos como privados, y han sido los siguientes:

- Escenarios públicos como cafés, restaurantes, aeropuertos,... del Reino Unido y de España
- Escenarios privados como:
 - Embajada británica en España (Madrid)
 - Agregaduría laboral de la Embajada española en Londres
 - Centro de jubilados españoles en Londres
 - Domicilios privados de algunos informantes en el Reino Unido
 - Hospitales o Centros de trabajo en Reino Unido y en España:

Bromptom Hospital de Londres

Hospital Psiquiátrico de Richmond

Diferentes “Nursing Home” (similar a Residencias de Ancianos españolas)

Hospital de Ipswich

Hospital de Cardiff

Hospital de Bristol

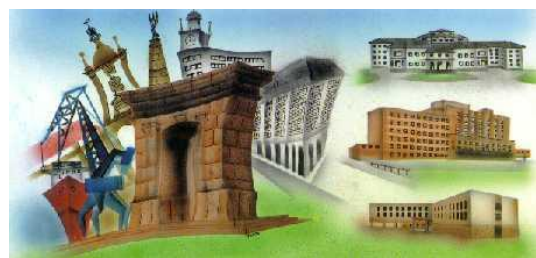
Hospital Área Sanitaria de Ferrol



Ipswich Hospital



Bristol Hospital⁸³



Hospitales del Área Sanitaria de Ferrol

El criterio seguido para la elección de los escenarios ha sido, sobre todo el de la conveniencia, es decir, se ha comenzado la investigación por los escenarios que resultaron más accesibles: la investigadora trabaja como enfermera. Aunque no ejerce su profesión en una Unidad de Enfermería que sea posible comparar con alguna Unidad de Enfermería británica estudiada, en la que trabajan enfermeras españolas, el mero hecho de ser enfermera le ha facilitado el acceso a algunos lugares considerados privados.

.

3.2.2 - Informantes y tamaño muestral

Las personas informantes que participan en éste estudio son mayoritariamente enfermeros, aunque también colaboraron otros profesionales sanitarios como: Auxiliar de enfermería (equivalente británico: Care Assistant) y médicos, así como otras personas emigrantes de origen español, o personas de origen español, aunque nacidas en Reino Unido.

Son personas que aportaron sus ideas, opiniones o experiencias, tanto desde Reino Unido como desde España, algunas permanecen en el Reino Unido todavía, ejerciendo su profesión o ya jubiladas, otras ya han regresado a España. Todas sus aportaciones han sido fundamentales para el desarrollo del trabajo. Sus nombres figuran codificados, con el fin de preservar su identidad y anonimato, tal como algunos solicitaron.

Tabla Informantes				
Enfermeras/os españoles que trabajan/trabajaron en Reino Unido	E1	E2	E3	E4
	E5	E6	E7 (retornado)	E8 (retornada)
	E9	E10		
	E11 (retornada)	E12	E13	E14 (retornada)
Enfermeros participantes en Foros, Listas de correos, Blogs, etc. en Internet	EI1	EI2	EI3	EI4
	EI5	EI6	EI7	EI8
	EI9	EI10	EI11	EI12
	EI13	EI14	EI15	EI16
	EI17	EI18	EI19	EI20
Enfermera no española en Reino Unido	(Irlandesa) EB-1			
Enfermeros españoles jubilados en Reino Unido	EJ1	EJ2	EJ3	EJ4
Enfermera británica en España	EBE1			
Enfermeras españolas en España	EE1	EE2	EE3	EE4
	EE5	EE6	EE7	EE8
	EE9			
Auxiliar Enfermería en Reino Unido	AI1 (retornada)			
Médico española, trabajó en Reino Unido	M1 (trabaja en España)	M2 (trabaja en España)		
No sanitarios	Antropóloga española en Londres AN1	Periodista español de Embajada Española en Londres PEE1	Miembro de Agregaduría laboral de Embajada española en Londres PEE2	Representante española PRE Embajada Británica en Madrid EB1
	Emigrante años 60 Española EM1	Británica, hija de EM1 BEM1	Británica, hija de EM1 BEM2	Periodista Brasileño en Reino Unido P2
	Emigrante años 60, español EM2	Secretaria médica británica SB1	Bióloga española en Londres EM3	Británico de origen portugués BEM3

En investigación cualitativa, la muestra deberá recoger el mayor número posible de perspectivas, de forma que reflejen la amplitud del problema o del fenómeno estudiado. Así, el número de participantes no es esencialmente importante. Por ello, ésta muestra no pretende ser representativa, desde criterios estadísticos o cuantitativos, sino que se ha elegido un muestreo intencional, que es una forma de selección intencionada y justificada, escogiendo a las personas más apropiadas para representar el fenómeno estudiado, desde distintas perspectivas y en aras de una amplia diversidad.

Tal como explica González Río⁷⁷, diferentes tipos de muestreo intencionado no son excluyentes entre sí, por lo que dentro de éste tipo de muestreo se han escogido a su vez, otros más específicos, como el muestreo con informantes estratégicos, que parte de la desigualdad de la distribución del conocimiento y de la información, del que deriva el muestreo de “bola de nieve” o en cadena, mediante el cual unos informantes han facilitado el contacto con otros de similares características. Otro muestreo utilizado es el de criterio, mediante el cual se seleccionan informantes que posean un criterio determinado, en éste caso ser enfermeros españoles emigrantes trabajando en el Reino Unido, para finalizar con un muestreo de casos confirmatorios y contradictorios en la fase final del estudio, mediante el que se han confirmado algunas conclusiones del estudio y contradicho otras.

Los criterios utilizados para definir el tamaño muestral han sido los siguientes:

- conveniencia: elección de los participantes adecuados para conseguir los objetivos propuestos
- suficiencia: cuando la cantidad de información recogida, en su conjunto, es completa
- saturación: cuando la información recogida sea suficiente, después de una exploración exhaustiva por parte del investigador, ésta se repite sin obtener nuevos datos.

Leininger⁷³ explica éste concepto:

“El investigador no encuentra de parte de los informantes más explicación, interpretación o descripción del fenómeno estudiado. De hecho tiende a haber una redundancia en la cual, el investigador obtiene la misma (o similar) información en repetidas indagaciones”

Con el número de informantes enfermeros citados anteriormente, se cumplen éstos criterios, llegando, la información obtenida, a repetirse en varios casos, tanto en enfermeros emigrados actualmente como en el grupo de enfermeros emigrados en los años 50 - 60.

3.2.3 - Variables a estudio

La complejidad del fenómeno objeto de estudio hizo que las variables a estudiar fueran numerosas, cambiando continuamente a lo largo de la investigación, y adaptándose a cada persona y a cada circunstancia, aunque siempre manteniendo el objetivo inicial. Para comenzar se elaboró una guía de preguntas o temas a tratar, que a lo largo del estudio ha ido cambiando y adaptándose, ya que comenzó siendo una guía muy general. Como el informante comentaba aspectos de su experiencia, aparte de los temas planteados, en muchas ocasiones surgían otras cuestiones diferentes, pero siempre interesantes de cara a conocer las vivencias y las experiencias adaptativas o no de cada persona.

A continuación se exponen las cuestiones planteadas inicialmente a modo de guía para dirigir la entrevista, agrupadas por categorías, aunque algunas de ellas se solapan, por lo que ciertas cuestiones podrían insertarse en varias categorías, ya que están interrelacionadas:

Trabajo enfermero	A través de quién viniste a trabajar a UK de enfermero y como
	Relata tu impresión al llegar a UK y a tu nuevo trabajo
	¿Cómo fue la acogida?
	Modo de vida en casas del Hospital, o en casas alquiladas y compartidas, etc.
	¿Por qué piensas que hay tanta escasez de enfermeras en UK?
	Describe tu trayectoria laboral en UK
	Cambios en la forma del trabajo de un/a enfermero/a con relación a España
Adaptación	¿Qué sensación tienes acerca del trato de compañeros?
	¿Te adaptas totalmente a la cultura inglesa?
	¿Te mantienes en círculos españoles, de forma cerrada?
	Marcando fronteras, dónde no deberían existir,...
Relaciones sociales	Cambios respecto a tus expectativas en España y a la realidad que vives
	¿Utilizas las posibilidades de estudio y promoción que existen en UK?
	¿Cuánto tiempo llevas aquí?
	Costumbres adquiridas
	¿Quiénes son tus amigos? Relaciones más próximas
	¿Círculos cerrados o interacción con nativos u otros emigrantes?
Problemas	¿Cómo son las relaciones con España? Con familia, amigos,... ¿se pierden? ¿se mantienen en la distancia?
	¿Relación con otras culturas, racismo entre emigrantes, xenofobia hacia lo extraño, diferentes teorías, etc.
Percepciones personales	¿Tuviste problemas con el idioma? ¿Cuáles?
	¿Cuáles fueron tus principales problemas al llegar a UK y ahora que ya llevas un tiempo?
Historias de vida	Motivos para emigrar
	Motivos para regresar a España
	Motivos para quedarse en UK
	¿Se modifica la cultura existente en UK con los emigrantes?
Symbolismos	¿Se crea una nueva cultura de la diversidad?

Tal como se ha comentado anteriormente, las preguntas y las cuestiones a investigar han ido cambiando en función de los datos que se iban obteniendo, apareciendo nuevos temas a tratar y estudiar, aunque por el momento, agrupados en las mismas categorías, así, en un segundo momento, las variables aumentaron y pasaron a ser las siguientes:

Datos básicos	Edad aproximada
	Sexo
	Edad que tenías cuando emigraste
	Lugar de procedencia
	Cargas familiares
Trabajo enfermero	Acogida y choque
	1er contrato trabajo a través de
	Empresa empleadora actual
	Lugar dónde trabajas
	Lugar dónde vives
	Cambios de trabajo/ empresa
	Tu concepto de salud
	Describe tu relación con pacientes
	¿Cómo es tu trabajo en UK?
	Diferencias respecto a España
	Relación con jefes
	Relación con compañeros
	¿Cómo valoras tu status en UK?
	¿Volverías a repetir?
¿Realizas cursos, investigación,...?	
¿Por qué piensas que hay tanta escasez de enfermeras en UK?	
Adaptación	Describe tu proceso de adaptación
	Participación en actividades del país dónde trabajas
	¿Utilizas servicios que te ofrece UK? ¿Cuáles?
	Participación en celebraciones sociales ¿Cuáles? ¿Con quienes?
	¿Conoces el entorno dónde vives?
	Y ¿otras zonas del país? ¿cuáles?
Relaciones sociales	¿Con quién te relacionas en UK?
	¿Cuánto tiempo llevasen UK?
	¿Te relacionas con nativos?
	¿Te relacionas con emigrantes? ¿de dónde?
	¿Qué haces en tu tiempo libre?
	¿Tienes familia en Londres,...?
	¿Con que frecuencia vienes a España?
Problemas	El idioma
	El trabajo
	Las relaciones
Percepciones personales	Motivo emigración
	Tus impresiones al llegar a UK
	Opinión sobre sociedad inglesa
	¿Por qué sigues en UK?

3.3 - Recogida de datos

3.3.1 - Técnicas de recogida de datos

En un estudio de tipo cualitativo existe una relación entre las técnicas utilizadas en la recogida de datos y el análisis de los mismos. Así, para recoger los datos, se parte del trabajo de campo y, por tanto, del estudio etnográfico (tanto en el Reino Unido como en España, y en los diferentes ámbitos que se desenvuelven los enfermeros: laboral y sociocultural), distintivo de éste tipo de investigación y caracterizado por la observación y por la observación participante, que consiste en una inmersión en el ambiente, en la cultura y en el modo de vida de las personas estudiadas. La observación participante, se ha realizado tanto en Centros Sanitarios del Reino Unido como de España, partiendo de la propia ocupación profesional, como enfermera, de la investigadora. Boyle⁸⁴ define la observación participante como:

“La observación participante combina la participación en la vida de las personas que están siendo estudiadas con el hecho de mantener la distancia profesional que permite una adecuada observación y registro de los datos”

También se han utilizado entrevistas personales, que pretendían captar percepciones, vivencias y perspectivas del informante, entendiendo por entrevista, una conversación entre dos personas (investigador e informante) en la que se han establecido unas reglas de antemano y, que ambos han aceptado, es decir, el investigador debe informar del tema de la investigación y de sus objetivos y el informante acepta participar voluntariamente y facilitar la información solicitada. Grele⁷⁷ define la entrevista como:

“La entrevista es, por tanto, una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional continuo y con una cierta línea argumental... del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación. La entrevista es pues una narración conversacional, creada conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado que contiene un conjunto interrelacionado de estructuras que la definen como objeto de estudio”

Se han realizado, lo que Taylor y Bogdan⁶⁹ llaman entrevistas en profundidad, es decir, diferentes entrevistas a un mismo informante, para establecer una continuidad en la investigación a lo largo del tiempo, al mismo tiempo que se obtiene más datos y se comprenden mejor las perspectivas de los informantes, favoreciendo una relación de comunicación y proximidad entre informante e investigador, intentándolo en el mayor número posible de informantes.

También se han efectuado entrevistas abiertas, con una guía previa de los temas a tratar, y con una mínima participación de la investigadora, solamente para dirigir la entrevista en momentos de indecisión. La finalidad era conocer ideas y significados en el colectivo de los enfermeros españoles jubilados en Londres. Se ha utilizado éste método ya que estaban mas acostumbrados a este tipo de entrevista, al haber participado en la elaboración de un libro sobre sus vidas⁸⁵. Pero, la mayoría de las entrevistas realizadas han sido semiestructuradas, con un guión previo, y con libertad del informante para expresar abiertamente sus ideas y expectativas, aunque no estuvieran en el guión previo.

Las entrevistas se han mantenido con enfermeros ú otros profesionales sanitarios españoles que trabajen o hayan trabajado en Hospitales o Centros sanitarios del Reino Unido, así como con personas relacionadas con el tema. Se han realizado en diferentes lugares, siempre a proposición del informante, pudiendo realizarse tanto en su domicilio particular como en una cafetería, en su puesto de trabajo o incluso en aeropuertos.

Los temas a tratar en las entrevistas estaban definidos de antemano, con las variables que se iban a estudiar (ver apartado anterior) y fueron abiertas o semiestructuradas, según las características de la persona entrevistada, dejando un poco en su mano esta elección.

La transcripción de las entrevistas y de todos los datos recogidos ha sido total, trasladando al Diario de campo todos los datos obtenidos, en transcripción literal, con el mismo lenguaje empleado por los informantes, tanto referido a los datos recogidos oralmente como a los escritos recogidos a través de cartas o mensajes de correo electrónico (se considera necesario especificarlo, porque a través del texto de la investigación, se encontrarán textos literales, con un lenguaje que puede parecer extraño, pero que se ha transcrito literalmente, tal como ha sido emitido). Estos textos literales figuran entrecomillados. Además, es importante que el investigador respete el vocabulario propio del informante para comprender el significado que éste le da, según explican Pla y Sánchez-Candamio⁸⁶:

“La importancia de que el observador evite conscientemente calificar las acciones y respete al máximo el vocabulario propio del contexto es fundamental para ir atribuyendo, a partir de las interpretaciones del equipo, el significado que los propios actores dan”

Esta transcripción literal afecta a todo el trabajo de investigación, incluidas también las conversaciones espontáneas recogidas, tanto las surgidas alrededor de un café (o similar) como las

recogidas en el lugar de trabajo, ya que el lenguaje utilizado por una persona refleja como un colectivo (al que pertenece) interpreta su realidad y sus vivencias y como lo adapta a sus circunstancias. Castro⁸⁷ expresa que a través del lenguaje utilizado, puede observarse la actividad interpretativa de un colectivo, ya que acumula gran cantidad de experiencias y significados para él:

“El lenguaje es el medio por excelencia, a través de él puede ser observada la actividad interpretativa de un grupo”

Al mismo tiempo que las entrevistas, se han podido recoger algunas historias de vida de enfermeros, de otros profesionales sanitarios y de otras personas afines al tema, españoles que trabajan o han trabajado en Hospitales o Centros sanitarios del Reino Unido, con el propósito de analizar la trayectoria vital de una persona en el marco del grupo/s estudiado/s.

Algunas de las personas estudiadas son jóvenes, por lo que utilizan en mayor medida los métodos de comunicación más actuales, como Internet. De ahí que también se hayan recogido datos ubicados en Internet, acerca de su participación en diversos foros, blogs o listas de correos.

Para completar un estudio de investigación, e incluso antes de comenzar a realizarlo, es fundamental realizar una exhaustiva búsqueda documental de datos referentes al estudio. Este análisis documental se ha realizado al comienzo de la investigación, para planificar su puesta en marcha, a lo largo de la misma para aclarar conceptos o opiniones de los informantes así como para realizar cambios en la marcha de la investigación, y a la hora de la discusión, intentando buscar estudios similares con los que confrontar opiniones y realizar una discusión crítica. Algo que ha resultado sumamente difícil por la escasez de estudios acerca del tema investigado.

RECOGIDA DE DATOS DEL TRABAJO DE CAMPO Ó ETNOGRÁFICO			
Observación participante	Ámbito laboral, ámbito sociocultural		Trascripción Literal
Entrevistas	Personales y en profundidad	Temas preestablecidos y/o nuevos	
	Abiertas o semiestructuradas		
Conversaciones informales	En cualquier ámbito relacionado con el estudio		
Internet	Foros, Listas de correos, e-mails		
Historias de vida	De algunos informantes		
Búsqueda documental	A lo largo de todo el estudio		

3.3.2 - Registros de datos

Al comenzar el estudio de investigación, se han elaborado diferentes herramientas propias de la etnografía, y con ello del trabajo de campo, con la finalidad de recoger de una forma organizada los datos y poder transcribirlos adecuadamente. Al principio, se ha elaborado una Guía de campo, que facilitaría la ordenación de los datos recogidos y su posterior análisis. Velasco y Díaz de Rada⁴⁹ explican en que consiste una guía:

“Una guía es un catálogo más o menos sistemático, siempre incompleto y abierto, orientativo y flexible, que fija nuestra atención sobre aquellos aspectos de un sistema sociocultural que resultan relevantes para el estudio”

La Guía de campo o etnográfica, estaba basada en todas las variables que se pensaban estudiar (citadas en el apartado correspondiente), y pretendía guiar los comienzos del estudio. Pero se transformó en una tabla para recoger los datos de los informantes y figura a continuación:

	Nombres de informantes				
Edad aproximada					
Sexo					
¿Cuánto tiempo llevas en UK?					
Edad que tenías cuando emigraste					
Lugar de procedencia					
Cargas familiares					
Zona de residencia actual					
Zona de trabajo actual					
1er contrato trabajo a través de:					
Embajada Británica					
Agencia					
Embajada Española					
Por cuenta propia					
Empresa empleadora actual:					
Sistema salud Británico					
Agencia					
Otras					
¿Dónde vives actualmente?					
Vivienda del Hospital					
Habitación dentro del Hospital					
Apartamento o habitación alquilada					
Apartamento propio					
Otro (especificar)					
¿Te relacionas con nativos?					
Compañeros de trabajo					
Amigos					
No me relaciono					
¿Te relacionas con otros emigrantes?					
Compañeros de trabajo					
Amigos					
No me relaciono					

Motivo emigración					
Buscar trabajo					
Problemas familiares					
Huir de algún problema					
Otros (especificar)					
¿Qué haces en tu tiempo libre?					
¿Tienes familia en Londres,...?					
¿Con que frecuencia vas a España?					
¿Conoces el entorno dónde vives?					
Y ¿otras zonas del país?					
Cambios de trabajo/ empresa...					
Describe tu proceso de adaptación					
Participación en sociedad receptora					
¿Utilizas servicios que te ofrece UK?					
¿Cuáles?					
Participación en celebraciones sociales					
¿Cuáles? ¿Con quienes?					
El idioma:					
¿Hablabas inglés bien al llegar?					
Problemas con el inglés					
¿Dónde lo utilizas?					
¿Hablas Spanglhis? Palabras...					
Tus impresiones al llegar a UK					
Sociedad					
Trabajo					
Entorno					
Opinión sobre sociedad inglesa:					
Racismo/ xenofobia					
Relaciones personales					
Relaciones parenterales					
Cultura y tradición					
Alimentación					
Otras					
Tu concepto de salud:					
¿Cambió con referencia a España?					
¿En qué, cuando y porqué?					
Describe tu relación con pacientes					
En UK y en España: diferencias					
¿Cómo es tu trabajo en UK?					
Diferencias respecto a España					
Relación con jefes					
Relación con compañeros:					
Ingleses					
Españoles					
Otros emigrantes					
¿Cómo valoras tu status en UK?					
¿Realizas cursos, investigación,...?					
¿Volverías a repetir?					
¿Por qué sigues en UK?					

Esta Guía resultó ser insuficiente para recoger toda la información que se iba obteniendo, por lo que a continuación, se transformó la tabla en una nueva Guía de campo, que serviría para guiar el desarrollo de las entrevistas, abiertas si la persona comentaba los temas investigados o semiestructuradas, si no era así, siempre con una dirección hacia los temas objeto del estudio.

Todos los datos recogidos se transcribieron a un Cuaderno de campo, que en éste caso fueron varios (uno por cada estancia de la investigadora en el Reino Unido y otro conteniendo los datos obtenidos en España), que recogieron los resultados de las entrevistas en el momento, y también conversaciones, hechos, sucesos, situaciones, ambientes, o impresiones propias de la investigadora sobre todo lo percibido. Consistieron en pequeños cuadernos de notas, que la investigadora llevaba siempre encima, con el fin de recoger datos sobre el terreno. También se han recogido datos con una grabadora, aunque en muy pocas ocasiones, debido a la petición de algunos de los informantes, así como registros fotográficos⁸⁸, cuando fue posible. Estos datos se registraban a su vez en un Diario de Campo, que tal como dice Moreno⁴⁹, se concibe como un registro secundario:

“El Diario de Campo se concibe como un registro secundario dónde se ha volcado la información que previamente se ha registrado en otro lugar, como el Cuaderno de Campo, la casete de audio o de video, etc.”

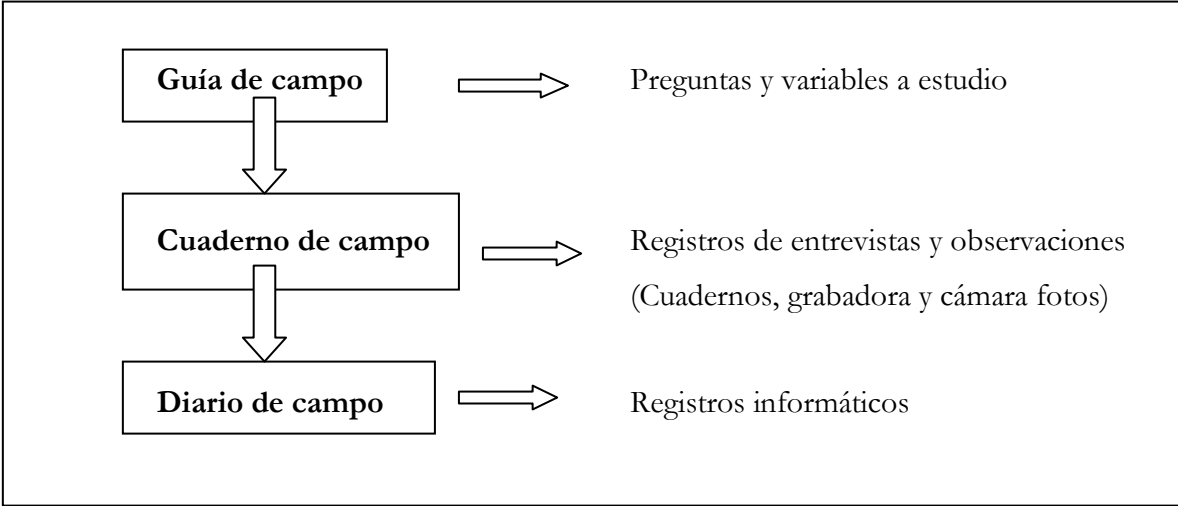
El Diario de Campo se ha realizado mediante un registro informático, a través del procesador de texto Word. Se han elaborado varios registros de forma cronológica a lo largo del estudio, con la finalidad de analizar los datos recogidos de forma más eficaz:

REGISTROS INFORMÁTICOS DEL DIARIO DE CAMPO	
1	Datos del trabajo de campo realizado en Londres y alrededores
2	Datos del trabajo de campo realizado en España, concretamente en Ferrol
3	Datos recogidos en la Embajada Británica en España, en Madrid, acerca de su PRE, tanto de las entrevistas efectuadas como de otros datos, enviados posteriormente
4	Datos de búsquedas relacionados con estudios pre y postgrado en el Reino Unido y en España
5	Datos relacionados con el trabajo de enfermera y sus condiciones en el Reino Unido y en España
6	Datos específicos de los informantes

Al realizar la recogida de los datos y registrarlos se ha procurado que cumplieran varios requisitos, que, siguiendo las indicaciones de Pla y Sánchez-Candamio⁸⁶, han sido los siguientes:

- “1 - Hacer referencia a la doble posición en que se sitúa el investigador: una posición externa para escuchar y una condición de participante en las conversaciones espontáneas
- 2 - Captar el punto de vista de los miembros (citas y relatos literales, utilización de su propio lenguaje
- 3 - Describir los acontecimientos repetitivos y las actividades rutinarias de los miembros
- 4 - Incorporar explícitamente en los registros la interpretación y el análisis que comporta la descripción
- 5 - Aportar información sobre el proceso de verificación del trabajo de campo (diversidad de información procedente de distintas perspectivas, y producida al triangular y efectuar validaciones cruzadas, etc.)”

RESUMEN DE REGISTROS UTILIZADOS



3.4 - Análisis de datos

“El concepto de tratamiento contiene la idea de que los datos recogidos no generan conocimiento si no se procesan”

Gastaldo D.⁸⁹

En ésta investigación, el proceso de análisis (como en todas las investigaciones de tipo cualitativo) se ha realizado simultáneamente al desarrollo del estudio y durante toda su duración, incluso antes de iniciar el trabajo de campo y también, al final de la misma. Su objetivo consiste en hacer inteligibles los datos etnográficos recogidos, conectándolos entre sí para aportar comprensión al fenómeno estudiado.

El proyecto inicial ha ido cambiando según avanzaba (y con él, el análisis), motivado tanto por los informantes, por sus actitudes (de colaboración o no) y por los datos que aportaban, como por las reflexiones de la investigadora, así como por los obstáculos encontrados o por los hallazgos imprevistos⁸⁹. Por lo que el estudio, se ha ido rediseñando a lo largo de todo su desarrollo, incluso en la fase final de redacción del trabajo, aunque coincidiendo con Moreno⁴⁹, es necesario saber cuando hay que finalizar el trabajo, ya que en múltiples ocasiones es difícil darle un final, ya que el fenómeno estudiado está en continuo cambio y continua existiendo:

“Coincido con Barley (2001) y otros antropólogos posmodernos en su afirmación de que hay que hacer el trabajo de campo que sea necesario, pero solo el necesario. En éste sentido es tan importante cerrar el campo y darlo por terminado, como penetrar en él”

Esta fase del trabajo (el análisis de los datos), es una de las que más dificultad presenta, además no existe un acuerdo explícito en relación a los métodos que deberían ser empleados. Hammersley y Atkinson⁷⁷ exponen ésta dificultad:

“Este compromiso con una interacción dialéctica entre la recogida de la información y el análisis de los datos no resulta sencillo de mantener en la práctica (2004, p. 223)”

Antes de comenzar el trabajo de campo, se han buscado datos referidos al tema de la investigación, con la finalidad de planificar el desarrollo de la misma. Al mismo tiempo que también, se realizaba una búsqueda de trabajos de similar o afín contenido, para poder compararlos y analizar la existencia de posibles datos comunes.

El análisis del material recogido en el trabajo de campo suele presentar importantes obstáculos para los investigadores, desde escoger el método más adecuado para realizarlo hasta obtener una interpretación adecuada, pasando por la dificultad de asociar teorías (algunas abstractas) con los datos recogidos sobre el terreno. Minayo⁹⁰ explica que el análisis del material recogido posee tres finalidades para la investigación, comenzando por el descubrimiento, seguido del planteamiento de hipótesis y finalizando con la comprensión de los contextos culturales estudiados:

“La primera es heurística, lo cual significa que se inserta en el contexto de descubrimiento de la investigación. Se propone una actitud de búsqueda a partir del propio material recogido. La segunda es de administración de pruebas. Parte de hipótesis provisionales, las informa o las confirma y levanta otras. La tercera es la de ampliar la comprensión de contextos culturales con significaciones que superen el nivel espontáneo de los mensajes”

Antes de comenzar es preciso planificar como se va a hacer y que métodos se van a utilizar, sin olvidar que el método no es lo fundamental⁹⁰, sino los significados. Existen múltiples métodos para realizar el análisis de los datos, en este estudio se ha seguido el esquema sugerido por González Río⁷⁷ que aconseja las siguientes etapas para comenzar el análisis:

- Leer los datos
- Anotar todas las ideas y reflexiones
- Buscar los temas emergentes
- Elaborar tipologías o esquemas de clasificación
- Desarrollar conceptos y proposiciones teóricas
- Lectura del material bibliográfico
- Desarrollar una guía de la historia

Así, el primer paso de la etapa de análisis ha consistido en leer pormenorizadamente los datos obtenidos y registrados durante el trabajo de campo: resultados de la observación, de las entrevistas, de los comentarios de los informantes, de las impresiones personales, ... Continuando con las lecturas más teóricas de los datos de la búsqueda bibliográfica. Hammersley y Atkinson (1994:192)⁷⁷, señalan que la estructura del análisis tiene forma de embudo, progresando para concretar el foco de atención, a medida que transcurre la investigación.

A continuación se han organizado dichos datos, siguiendo (en un primer momento) el orden cronológico, de forma que aparezcan los datos, según el momento y el lugar en que fueron recogidos.

Posteriormente, la organización continúa en otro archivo, ahora ya según temática, es decir, agrupando los datos por temas de interés o de significado. Al iniciar la organización, los temas eran diversos e incluso, algunos ambiguos, pudiendo clasificarse en varios grupos a la vez.

De ahí surgió la necesidad de agruparlos en categorías, tanto las variables planteadas inicialmente como las surgidas, más avanzado el estudio. Dichas categorías de análisis, citadas en el apartado correspondiente, también fue preciso agruparlas nuevamente en unidades de significado más amplias, llamadas por algunos autores “núcleos temáticos”⁴⁹. Estos núcleos surgen de la comparación entre las categorías y del hallazgo de similitudes entre ellas. Medina explica éste proceso⁴⁹:

“A medida que se iba realizando el análisis de datos, identificando unidades de significado relevantes y asignándolas a las categorías que iban emergiendo y éstas, a su vez, a los núcleos temáticos que emergieron en el segundo nivel de análisis, empecé a tomar conciencia de que todo el discursos pedagógico que estaba analizando se hallaba atravesado por tres ejes o vectores que lo conformaban y estructuraban (Medina, 2005, p. 71)”

Las categorías que han surgido en éste estudio están íntimamente relacionadas con las variables estudiadas, así como los núcleos temáticos, que son los siguientes:

- Desarrollo del trabajo diario como enfermera
- Diferencias en los estudios pre y postgrado
- Diferencias en las condiciones laborales
- Relación con compañeros de trabajo
- Relaciones socioculturales en el país de emigración
- Adaptación o inadaptación en el país de emigración
- Emigración cualificada enfermera: motivos, necesidades, problemas
- El idioma
- Cultura de la diversidad
- Enfermeros emigrantes en los años 50 -60
- Experiencias de otras personas emigrantes españolas relacionadas tanto con el mundo sanitario como otros: periodismo, emigración española, etc.

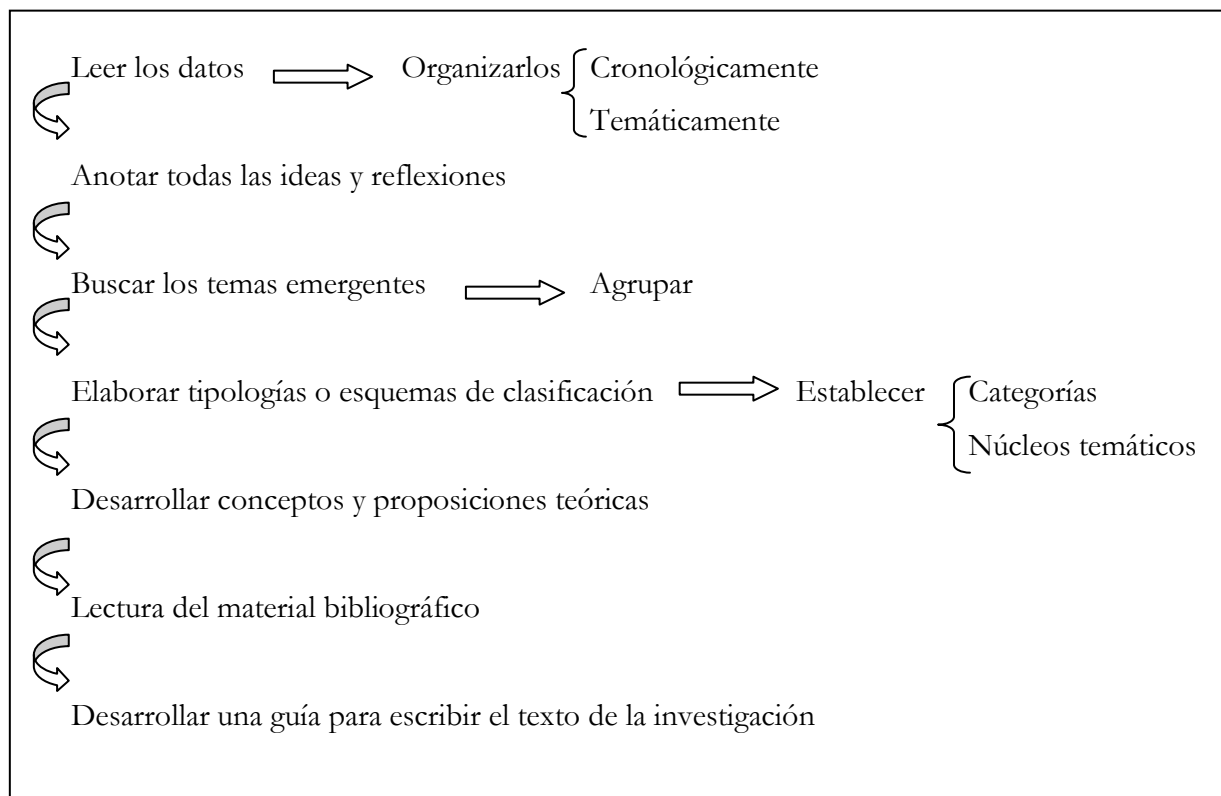
De ésta organización de datos, han surgido los temas más emergentes del estudio. Pero ha sido necesario clarificarlos, buscando bibliografía acorde con los resultados obtenidos, tanto con resultados similares como diferentes, para poder contrastarlos y desarrollar una teoría que diera forma a los resultados.

De todo lo anterior se deduce, que se ha realizado un análisis de contenido, que es la expresión más utilizada en metodología cualitativa para representar el tratamiento de los datos recogidos. Minayo⁹⁰ explica que es una “histórica búsqueda teórica y práctica en el campo de las investigaciones sociales” y Bardin lo define como:

“Un conjunto de técnicas de análisis de comunicación tratando de obtener, por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores (cuantitativos o no) que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes (1979:42)”

Para continuar desarrollando una guía para escribir el texto completo del estudio obtenido, es decir, una guía de la historia, tal como dice González Río⁷⁷ y poder así desarrollar conceptos y teorías.

RESUMEN ANÁLISIS DE DATOS



3.5 - Control de calidad y validación

Garantizar la calidad de un estudio de tipo cualitativo, ha sido uno de los objetivos de ésta investigación. Algunos autores pretenden aplicar los mismos criterios que en la investigación cuantitativa, por lo que hablan de falta de rigor al no poder generalizarse ni establecerse una validación externa⁷². Algo que en una investigación cualitativa no es posible, ya que no pretende la generalización de sus conclusiones. Otros autores rechazan cualquier tipo de control debido a la naturaleza de los estudios cualitativos.

Y otros como Gliner⁹¹ sugieren que métodos como la triangulación, el análisis de casos negativos y la verificación de hipótesis rivales podrían servir para “juzgar el rigor y la idoneidad de un proyecto de investigación”. También Earlandson⁷⁷, propone tres criterios de calidad que podrían ser considerados en un estudio cualitativo:

“Autenticidad, Ética y Confiabilidad (que incluiría, a su vez, otros tres criterios: Credibilidad ó el uso de recursos técnicos (duración - intensidad de la observación participante..., triangulación de datos, métodos, documentación escrita, registros...), Transferibilidad conseguida a través de los diferentes procedimientos de muestreo cualitativo y Dependibilidad, que sería operativa mediante lo que podríamos llamar una auditoría externa”

Pla y Sánchez-Candamio⁸⁶, sugieren que para verificar el trabajo de campo es preciso realizar una triangulación mediante “la diversidad de información procedente de distintas perspectivas”. Moreno⁴⁹ utiliza en su trabajo, varios criterios para comprobar la veracidad de los datos. Uno de ellos es la llamada validación solicitada, que consiste en “someter las descripciones etnográficas al reconocimiento de los propios informantes descritos” y otro, ha sido, “contrastar la información obtenida con la observación de las prácticas”. De forma que es la base de la triangulación a la que recurre.

Ruzafa⁷⁸, también utiliza diversos procedimientos en su investigación, para garantizar el rigor de su investigación, como: descripción detallada de todas las fases de la investigación, triangulación, verificación de los participantes así como explicar el papel y el posicionamiento del investigador

A partir del análisis de cada procedimiento y de la valoración de su utilidad en ésta investigación, se han utilizado algunos de los criterios citados anteriormente, para controlar su calidad y su validez, como los siguientes:

- Describir detalladamente todas las fases de la investigación
- Utilizar diferentes métodos tanto para obtener la información como para analizarla
- Se han sometido los datos recogidos, al criterio de los informantes que los han emitido, siempre que ha sido posible (ya que con algunos de ellos se ha perdido el contacto una vez que han participado en el estudio o, también, no han querido continuar aportando información)
- Se han contrastado los datos obtenidos en las entrevistas con el desarrollo real, es decir, con la práctica, observando si lo comentado es lo que sucede en la práctica diaria
- Se ha explicado en todo momento la posición del investigador y desde que punto de vista realiza la investigación
- Para finalizar, se ha contrastado la información, buscando diversas fuentes y perspectivas, preguntando tanto a enfermeros españoles que se encontraban trabajando en el Reino Unido como a enfermeras de otros países que trabajan allí también, o incluso a personas relacionadas o no con el mundo sanitario, pero que no son enfermeros, como a un periodista, una antropóloga o a emigrantes españoles allí residentes.

3.6 - Normas éticas

La confidencialidad está presente en todo trabajo de investigación⁸⁶, lo que implica a los informantes y a los registros, su elaboración y los resultados de los datos recogidos. Esto se refleja en las normas éticas que ha seguido el estudio, durante todo su proceso.

Este estudio se ha realizado respetando el cumplimiento de normas éticas de investigación, garantizando la confidencialidad de los datos aportados por los informantes y su anonimato, y cuidando especialmente el respeto de aspectos éticos como los siguientes:

- La voluntariedad de participación en la investigación
- Anonimato de las personas participantes en el estudio
- Confidencialidad de los datos obtenidos
- Confidencialidad del tratamiento, análisis y almacenamiento de los resultados

Para garantizar ésta confidencialidad de los informantes, sus testimonios se han citado con códigos o similares, de forma que no sean reconocidos. Aunque los nombres de los hospitales o centros de trabajo son reales.

3.7 - Desarrollo de la investigación

Siempre hay un comienzo y un final en una investigación⁹². Para comenzar un estudio de éste tipo son fundamentales las personas que abren el camino, en términos antropológicos: “porteros”. Una de las primeras personas que facilitó la entrada en el campo de la investigación, ha sido una enfermera española que trabaja actualmente como tal en el Reino Unido. Esta enfermera realizó sus estudios de Enfermería en Londres, con posterioridad quiso emplearse en España. Al empezar a trabajar en un Hospital español, en una Unidad hospitalaria, se encontró con el problema de no conocer el sistema español, no saber realizar técnicas ni como desarrollar el trabajo diario de una enfermera en una planta de Hospital, ya que en España no existe periodo de adaptación al sistema. La dirección de enfermería del Hospital en aquel momento, le ofertó aprender, de forma tutelada, como se trabajaba en España, aunque sin remuneración alguna. La investigadora, debido a su puesto de trabajo en aquel momento, realizó la tutela de dicho aprendizaje, con lo que pudo conocer la problemática de las enfermeras emigrantes.

Esta enfermera, al cabo de unos años decidió volver al Reino Unido. A través de sus comentarios, la investigadora pudo comprobar los problemas a los que se enfrentan las enfermeras que emigran a dicho país, aunque se encuentren en la categoría de emigración cualificada y con un trabajo, en aquel momento, casi garantizado. De ahí partió el tema de ésta investigación.

Al mismo tiempo, en los años en que ésta investigación estaba comenzando, el Gobierno Británico, a través de su Embajada en España, emprendía un PRE hacia su país, debido a la importante escasez de enfermeras que tenía. Por lo que un importante número de enfermeras españolas partía hacia el Reino Unido para trabajar.

Internet, y concretamente la Lista de correos Metas de Enfermería, fue otra puerta de entrada utilizada al comienzo, ya que en ese momento empezaron a aparecer múltiples mensajes, tanto solicitando información como comentando experiencias del trabajo enfermera en el Reino Unido, era el momento álgido de las contrataciones por parte del PRE. De ahí también surgieron contactos e informantes.

De todos los frentes abiertos, y después de una búsqueda importante y exhaustiva de documentación, comenzaron a surgir los informantes. La primera, fue la enfermera citada al principio, a partir de ella también han surgido más informantes. Otra puerta fue la Lista de correos, mediante la que se

estableció contacto con personas que estaban trabajando en ese momento en el Reino Unido y que aportaron sus opiniones, tanto a través de correo electrónico como personalmente o por vía telefónica.

Otra vía de entrada fue el contacto con la persona responsable del PRE en España, a la que la investigadora, aparte de entrevistarla, pudo acompañar a despedir a un grupo de enfermeros que iban a trabajar en Ipswich, en el Reino Unido, dónde también se estableció contacto con algunos de ellos.

Una oportunidad más, fue la Agregaduría Laboral de la Embajada Española en Londres, dónde su periodista en aquel momento, aparte de aportar datos importantes sobre la emigración española en Inglaterra y colaborar amablemente en las entrevistas, facilitó documentación diversa de un Programa similar llevado a cabo por la Agregaduría en años anteriores, y también contactos con otras personas relacionadas con el tema, como una antropóloga, que estaba llevando a cabo un trabajo de recopilación de historias de vida de emigrantes españoles en Londres, y entre ellos había varios enfermeros, que una vez contactados accedieron a participar en el estudio.

También surgieron informantes a partir de referencias en España de personas que conocían a enfermeras u otro personal sanitario que estaba trabajando en el Reino Unido. A medida que se iba penetrando en el campo, surgían nuevos informantes: de unos enfermeros surgían nombres de otros que podrían colaborar en el estudio. No todas las personas con las que se contactó, quisieron participar en el estudio, la voluntariedad era requisito imprescindible.

Para realizar las entrevistas y la observación, especialmente de las experiencias vividas en relación a la emigración de las enfermeras, la investigadora realizó cinco viajes a Londres, durante los cuales pudo convivir con los informantes, realizarles entrevistas y acompañarlos a sus diferentes actividades socioculturales, y en las ocasiones citadas también a sus centros de trabajo, previo conocimiento y consentimiento verbal de sus compañeros.

También se han recogido datos en España, ya que algunas entrevistas se han realizado en el periodo de vacaciones en España, de los informantes emigrados al Reino Unido. Además se han realizado entrevistas y observación participante, y recogido información de conversaciones informales, en un hospital español.

Una vez contactado con cada informante, se le invitaba a participar en el trabajo y se le explicaba brevemente el objetivo del mismo. Si accedía a participar, se le indicaba que se comenzaría por una entrevista, en la que se recogería solamente lo que quisiera comentar, y se concretaba una cita en el lugar que propusiera el futuro informante. En un principio el lugar elegido fue mayoritariamente una cafetería, otras personas eligieron otro lugar público, aunque algunas preferían su domicilio particular, siendo solamente elegido el lugar de trabajo, en el caso de los enfermeros españoles en España o las personas que trabajaban tanto en la Embajada británica en España como en la Agregaduría Laboral de la Embajada Española en Londres.

Los temas tratados en la entrevista figuran en las variables estudiadas, y abarcaban aspectos tanto del trabajo cotidiano en el Reino Unido como de las experiencias personales acerca de la emigración vivida. La entrevista era individual (en algún caso estaba presente otra persona, que había sido la que había indicado su nombre, es decir, la que actuaba como “portera”) y discurría siguiendo el guión prefijado, aunque sin mantener un orden concreto, y siempre abierto a la sugerencia de nuevos temas de interés por parte del informante. Generalmente comenzaba con la pregunta: ¿por qué viniste a trabajar como enfermera al Reino Unido?, continuando por: ¿me podrías contar tu experiencia? Para romper el hielo y comenzar a tratar los temas objeto de la investigación. Finalizando siempre con el agradecimiento por haber participado y con la posibilidad de otro encuentro, para mantener el contacto en el tiempo y realizar un seguimiento, e incluso con la posibilidad de visitar el Hospital dónde trabajaba.

La visita y estancia en Hospitales o centros de trabajo, fue posible solamente en tres centros en el Reino Unido, dos de ellos en Londres. A otros centros, como una Residencia de ancianos, surgió la opción de acudir invitada por la dirección, pero por problemas personales de la investigadora no fue posible.

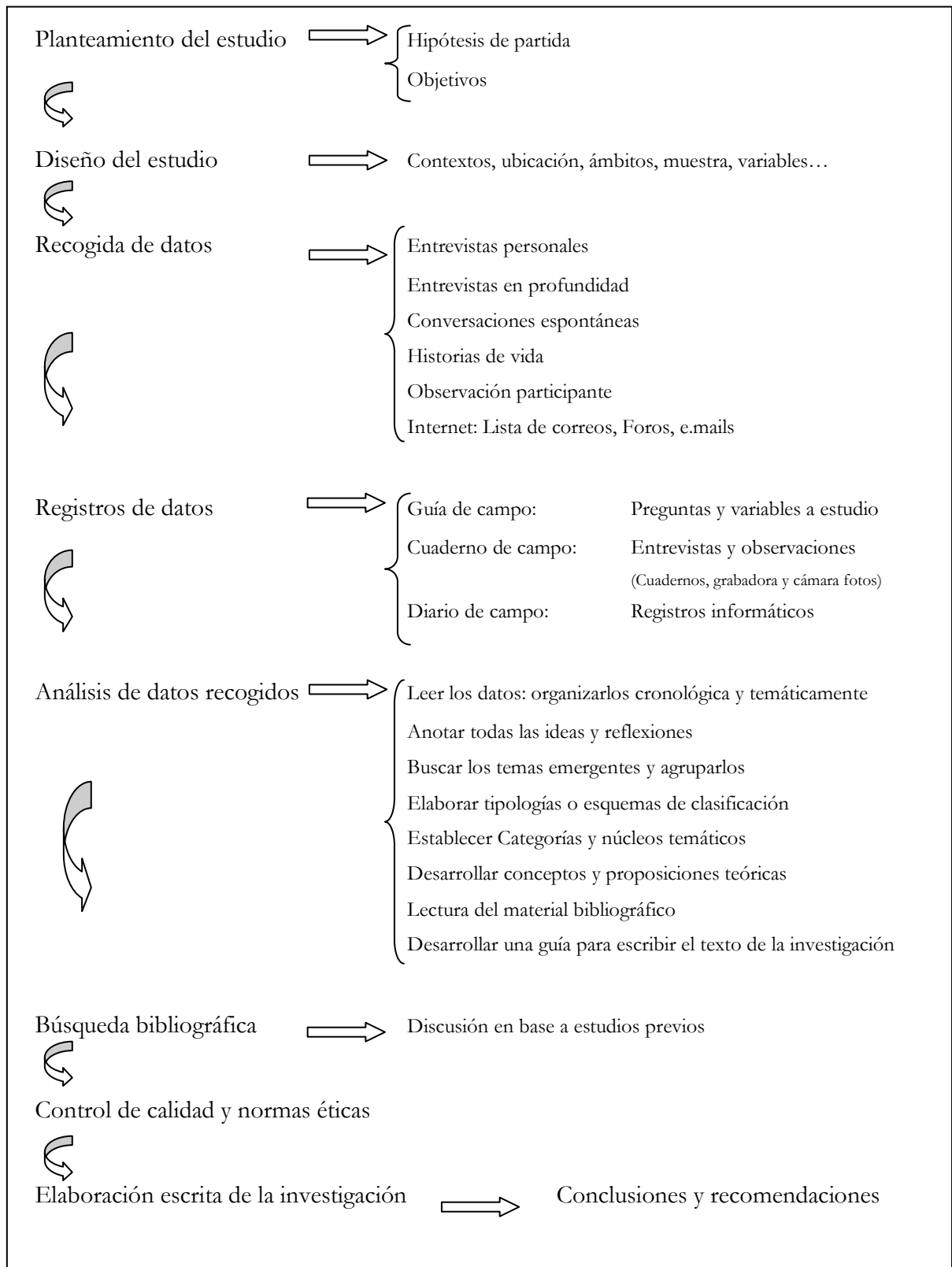
Han existido también, entrevistas fallidas, dónde un informante que había participado activamente aportando sus impresiones mediante correos electrónicos y por vía telefónica, a la hora de una entrevista personal ha fallado a la cita, perdiendo el contacto mantenido con él durante más de un año.

Los datos eran recogidos en un Cuaderno pequeño (Cuaderno de campo), ya que la mayoría rechazó la grabación en grabadora, solamente una persona sugirió que era posible grabar la entrevista. Los registros fotográficos en el medio hospitalario solamente fueron posibles en la última fase del estudio

y en un solo hospital. También fueron registradas en dicho Cuaderno, las conversaciones informales que autorizaron los informantes, referentes al tema del estudio. En éstas conversaciones podían estar hablando varias personas a la vez.

La investigadora conocía de antemano el mundo de la enfermería, por su propia profesión, aunque no conocía la experiencia de la emigración ni la de trabajar en un país extranjero, de ahí que el obstáculo que supondría la falta de objetividad por encontrarse en su propio medio, no se produjo, aunque no se puede obviar que la subjetividad de la investigadora, siempre influye de alguna forma en el estudio, por más que se desee evitar.

3.8 - Resumen Metodología



4 - RESULTADOS

4.1 - Análisis de situación (comparativo del Reino Unido y de España):
¿qué encuentran las enfermeras españolas emigrantes?

4.1.1 - Contexto educativo, normativo y organizativo de la Enfermería, en Reino Unido y en España

4.1.1.1 - Estudios pregrado en Reino Unido:

Para estudiar Enfermería en el Reino Unido⁹³, en el año 2007, existían dos posibilidades: Diploma o Licenciatura - Grado (Degree), ambos universitarios (aunque hace menos de una década) y con duración similar de tres años (aunque existía algún Grado de 4 años). Los contenidos curriculares y los estudios previos exigidos, eran diferentes. Los estudios de Licenciatura ó Grado de Enfermería, tenían contenidos curriculares diferentes y estaban encaminados a actividades enfermeras asistenciales, pero también de gestión y de docencia pre y postgrado. E3, enfermero español y profesor en la Universidad a Distancia británica, lo comentaba desde la página de la Asociación Española de Enfermería en el extranjero (ADEX)⁹⁴:

“Los estudios de enfermería pueden cursarse directamente bien como diplomatura o bien como licenciatura, recayendo esta elección en el alumno. Las diferencias entre ambos títulos no radican en la duración de dichos estudios, sino en la profundidad con la que se abordan las diferentes asignaturas, más el hecho de que normalmente los estudios de licenciatura exigen la presentación de un trabajo final o tesis de investigación”

Tanto el Diploma como el Grado de Enfermería comprendían un 50% de teoría y otro 50% de práctica, en Hospitales y en las comunidades⁹⁵. Cada título presentaba una primera parte común, que solía ser el primer año de estudio (en algunos casos de Grado puede llegar a dieciocho meses). El segundo y tercer curso eran específicos de la rama elegida, teniendo cuatro ramas de elección:

- Enfermería en el adulto
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería en Dificultades de aprendizaje
- Enfermería en Salud Mental

También existían Programas acelerados⁹⁶, cursarlos llevaba como mínimo veinticuatro meses, de los cuales seis meses eran comunes y dieciocho meses, específicos de la rama elegida. Y Programas de Media Jornada, que duraban aproximadamente entre cinco y seis años, dirigidos principalmente a personal que trabajara para el NHS (Servicio británico de Salud) como Auxiliar de Enfermería de Nivel 3 ó equivalente (corresponde al nivel más alto dentro de las Auxiliares de Enfermería y suponía

tener realizado el curso que capacitaba para ejercer dicho nivel, puede parecer obvio, pero para ejercer como Auxiliar de Enfermería en el Reino Unido, en otros niveles inferiores no era preciso realizar curso alguno), dónde el NHS le proporcionaba el tiempo necesario para asistir a clase, basándose en un turno a media jornada.

Los Programas tanto de Diploma como de Grado, en su parte común, proporcionaban una introducción general a la Enfermería, y en particular al desarrollo de la observación, de la comunicación y de las habilidades en los cuidados del paciente. De nuevo E3, comenta en la página de ADEX⁹⁴, como obtener el título de Enfermera en el Reino Unido:

“Diploma en enfermería (Diploma in Nursing) es el curso mínimo que permite la colegiación como enfermera en el Reino Unido. Es un curso de 3 años, equivalente a 120 créditos académicos de nivel 2. Los 3 años cumplen con las diferentes directivas europeas con relación a mezcla de horas de formación/horas de práctica, aunque a diferencia de las españolas, normalmente se alternan los bloques de prácticas y los de formación asistencial. Los costes de matrícula para los estudiantes están subvencionados a través de una beca a fondo perdido (bursary) que corre a cargo del Sistema Nacional de Salud. Además, los estudiantes reciben una cantidad mensual por el tiempo trabajado de prácticas, equivalente a unas 800 libras al año. Las asignaturas se evalúan generalmente mediante ensayos, participación activa en seminarios, informes de los tutores de las prácticas, aunque cada universidad dispone de plena potestad para modificar estos criterios. Todos los enfermeros españoles verán equiparada su formación al Diploma in Nursing”

Continúa explicando en que consisten los estudios de Licenciatura o Grado en Enfermería:

“Es posible acceder a la licenciatura en enfermería directamente desde el bachillerato. A efectos prácticos, no existe ninguna diferencia entre la diplomatura y la licenciatura, es decir, ambos titulados obtienen la misma consideración por parte del Nursing & Midwifery Council. Los estudios de licenciatura, por supuesto, cumplen con las diferentes directivas europeas, y en caso de que se implantasen en España, se beneficiarían de reconocimiento automático. Algunas universidades ofrecen unos cursos denominados ‘top-up’, por los que se puede completar la licenciatura en un año (esto es, para los alumnos que ya sean diplomados...) A diferencia de la diplomatura, los estudios de licenciatura no se encuentran subvencionados, es decir, el alumno pagará la matrícula completa en cada uno de los 3 años. Dicha matrícula es en la actualidad de 1005 libras al año, pero en el curso 2006-2007 rondará las 3000 libras para los alumnos británicos y comunitarios. Sin embargo, es necesario comentar que todos los hospitales van a pagar dichos costes de matrícula una vez que se plantea el deseo de estudiar. Como ya se ha comentado, la licenciatura no ofrece asignaturas nuevas, sino que aborda con mayor profundidad los mismos campos de conocimiento que la diplomatura, y también ofrece una mirada crítica desde la que considerar estos temas. Es por ello que mientras que en la diplomatura se busca que el alumno ‘sepa’, en la licenciatura se persigue que el alumno use esos conocimientos para formar su propia opinión sobre tal o cual

aspecto de cada disciplina. Estas diferencias se reflejan de manera más clara en los trabajos que han de presentarse”

Los estudiantes de enfermería podían solicitar becas al NHS Student Bursaries, que le proporcionaría ayuda financiera durante sus estudios, si cumplía unos requisitos mínimos, en esa ayuda estaba incluida la matrícula, tal como comentaba anteriormente E3. La ayuda financiera recibida durante los estudios fue uno de los motivos que esgrimió E4 para estudiar Enfermería:

“Cuando estaba de Porter (Celador) en el Hospital Chelsea and Westminster, me dijeron que por qué no estudiaba “Health Care Assistant” (similar a Auxiliar) y una vez que los hice, me dijeron mis compañeros después por qué no estudiaba Enfermería, ya que me pagaban por estudiar (si estudias para Diploma de Enfermera pagan 500 libras por mes). Y así lo hice. Me pusieron pegos por todos los estudios que tenía y el poco inglés que hablaba, pero con mi simpatía conseguí entrar. Como me pagaban 500 libras al mes y además trabajaba de Care Assistant por Agencia, en mis horas libres, vivía bien”

Estos estudios facultaban para comenzar a ejercer la profesión en un nivel D ó Banda 5, (nivel básico, el más bajo en la categoría de enfermera, es decir, capacita para realizar cuidados básicos al paciente: aseo, limpieza, alimentación, administración de medicación oral, etc. siempre bajo la responsabilidad de otro profesional de nivel superior. Según informaciones del NHS (Nacional Health Service)⁹⁷:

“Las funciones y responsabilidades del enfermero de grado D, pueden variar ligeramente de un Hospital a otro, sin embargo, hay una serie de elementos comunes que serán iguales en todos los Hospitales. Cualquiera que sea su lugar de trabajo, vd. formará parte de un equipo dirigido por una enfermera jefe o una encargada de sala, y proporcionará una asistencia integral de alta calidad a los pacientes, sus familiares y cuidadores... Vd. Trabaja con colegas de todos los rangos... y participará en la supervisión, formación y evaluación de estudiantes y personal no cualificado... También será responsable de lograr su propio desarrollo, pero su empleador le ayudará a conseguirlo”

EI1 comentaba en 2002 en un correo electrónico, la clasificación del trabajo de enfermería en el Reino Unido:

“La Enfermería se divide en grados que van de la A a la I. A, B, C, son auxiliares. A partir de D son enfermeras. Las enfermeras españolas van con esta categoría (son muchas las cosas que no sabemos, el idioma, el nivel necesario, la experiencia suficiente, el conocimiento de su sistema de salud, etc.) La categoría profesional se consigue con esfuerzo y formación”

E1, enfermera española que realizó sus estudios de Enfermería en Londres y que actualmente trabaja en dicha ciudad, comentaba en 2008 sus impresiones acerca de la calidad de la enseñanza en los últimos años en el Reino Unido:

“El conocimiento profesional disminuyó, cada vez es más bajo, es decir, que las enfermeras que salen de la Escuela de Enfermería, están cada vez peor formadas, pero a la vez se sienten que lo saben todo. Cuando soy tutora de una alumna de enfermería, y pienso que debo suspender a una alumna, no lo hago por la cantidad de papeleo que tengo que hacer, lo que hace muy difícil que alguien suspenda. Pienso que todo es debido a que como existe una gran escasez de enfermeras, es necesario sacar al mercado todas las enfermeras posibles, sean buenas o malas, primando la cantidad sobre la calidad”

Continuaba expresando sus ideas referidas a los estudios pregrado:

“Cada vez llegan a la Unidad enfermeras peor preparadas, sabrán estudiar mucho pero no distinguen una vena de una arteria y encima, me rebaten sobre como hacer las cosas, a mí que llevo trabajando más de quince años”

Además E11 explica que las enfermeras veteranas asumían la formación de las enfermeras recién incorporadas al Sistema Sanitario:

“Las enfermeras de alto grado tienen asumida la docencia a las de grado inferior”

Para realizar tareas más específicas dentro del trabajo enfermero, era necesario realizar cursos de especialización ó “training”, es decir, las prácticas necesarias para aprender determinada técnica o conocimientos: punción intravenosa, administración de antibióticos, etc. E12, enfermera en Inglaterra lo comenta:

“La Enfermería no es como en España, pero tampoco diría que están más atrasados, el problema es que aquí hay diferentes grados de enfermeras, y tienes que ir haciendo una especie de cursos para poder realizar todas las funciones de enfermería (referidas a lo que se entiende en España), en España ya sabemos todo lo que nos piden en los “trainings” de aquí (Reino Unido) pero, en muchos Hospitales, tenemos que volver a hacerlo y demostrarles que ya lo sabemos hacer, un ejemplo lo ves a la hora de pinchar antibióticos en vena, mira que en España no lo tengo hecho veces, pues aquí, hasta que haga el dichoso “training” de Antibioticoterapia intravenosa, no me los dejan poner”

También se podía continuar estudiando para obtener diferentes especializaciones dentro de la Enfermería, obteniendo así títulos de Postgrado. E3, enfermero cordobés, Profesor de la Universidad

a Distancia Británica, describe los estudios de Enfermería en el Reino Unido, a finales 2007 y resume todo su proceso:

“En el Reino Unido... La Enfermería llevará a cabo el mismo proceso que los demás estudios universitarios, tendrá grado, postgrado y demás. De hecho, el termino 'licenciatura' en inglés es 'degree', literalmente eso, 'grado', y los estudios de 'postgrado' se llaman 'postgraduate'. Te puedo hablar de primera mano, porque enseñé Salud Pública en la Universidad a Distancia inglesa, y Bolonia no nos ha supuesto ningún drama. Los estudios son modulares:

- eres licenciado cuando has conseguido 360 créditos en total, de los cuales un mínimo de 120 han de ser a nivel de licenciatura
- consigues tu master cuando has estudiado 1 - 2 años a nivel de master y has presentado y defendido tu tesis
- consigues el doctorado cuando has desarrollado tu proyecto de doctorado y lo has defendido, después de 3 - 6 años de estudio, docencia e investigación.
- las especialidades “tradicionales” te proporcionan una licenciatura, porque se estudian a nivel de licenciado”

4.1.1.2 - Estudios pregrado en España:

La formación pregrado de Enfermería, en España es universitaria, en los años de realización del estudio: Diplomado Universitario de Enfermería. En el año 2008, ésta titulación se encontraba en proceso de adaptación curricular a los Acuerdos de Bolonia, con el fin de insertarlos en el nivel de Grado Universitario.

En el año 2007 los estudios de Enfermería estaban regulados por el Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establecía el título Universitario Oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de sus planes de estudio. En el citado Real Decreto se expresa que las enseñanzas conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería deberían proporcionar:

- “A) 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.
- B) un conocimiento suficiente de la naturaleza y de la ética de la profesión y de los principios generales relacionados con la salud y sus cuidados.
- C) una experiencia clínica adecuada; esta, que conviene elegir por su valor formativo, deberá adquirirse bajo el control de personal de enfermería cualificado, y en los lugares donde la importancia del personal cualificado y los equipos sean los apropiados para los cuidados de enfermería que haya que dispensar al enfermo.
- D) la capacidad para participar en la formación del personal sanitario y experiencia en la colaboración con ese personal.
- E) Experiencia en la colaboración con otros profesionales”

Los profesionales de Enfermería ven reconocidas, entre otras, funciones de los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias, conceptos ampliamente desarrollados en la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias, Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Según ésta Ley, a los Diplomados universitarios en Enfermería les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

En la siguiente tabla se puede apreciar las diferencias entre los estudios de Enfermería en el Reino Unido y en España en el año 2008, aunque a partir del año 2010 serán similares en Europa, debido a la Declaración de Bolonia, suscrita en 1999 por 29 países:

En 2008	Reino Unido	España
Estudios	Universitarios	Universitarios
Tipo	Diploma y Licenciatura o Grado	Diploma Universitario
Duración	3 años	3 cursos
Especialidades	Si /desarrolladas Es posible estudiar ciertas especialidades sin estudiar Enfermería, como por ejemplo, la de Enfermería en Salud Mental, entonces los estudios duran igual tres años, pero el título es de Enfermera en Salud Mental solamente	Si/solamente dos (Ley de Especialidades de Mayo 2005, sin desarrollar completamente)

En ésta tabla, solamente se aprecian pequeñas diferencias, como la existencia de dos tipos de estudios en el Reino Unido y solamente uno en España, ó el estudio de las especialidades de Enfermería, que en el Reino Unido están todas desarrolladas, reconocidas y en funcionamiento, y en España, solamente lo hacen dos (Matrona y Salud Mental).

La gran diferencia se encuentra en los contenidos curriculares de los estudios de ambos países, tanto teóricos como prácticos⁹⁸. Lo que conlleva asimismo, una importante diferencia al llevarlos a la práctica en el trabajo diario, así como en las tareas y en las funciones que se esperan de las enfermeras en cada país. Estas diferencias, en más de una ocasión crean problemas de interacción, tanto profesionales como personales, al trabajar en un país diferente del de su formación pregrado. Parte de éste problema podría subsanarse al entrar en vigor el Tratado de Bolonia y unificar criterios en materia de contenidos curriculares y métodos de estudio en ambos países.

4.1.1.4 - Estudios postgrado

4.1.1.4.1 - Especialidades:

En Gran Bretaña están desarrolladas todas sus especialidades de Enfermería, lo que incluye un amplio abanico. Muchas de ellas podían cursarse sin haber realizado previamente los estudios de enfermera, como Matrona o Enfermería Psiquiátrica, entre otras. Las enfermeras con especialidad están reconocidas en el sistema sanitario británico, y tienen un papel adjudicado como tales. E3, comentaba, en la página de ADEX⁹⁹, acerca de las enfermeras especialistas británicas:

“Las famosas especialidades tienen una estructura mucho menos rígida en el Reino Unido, y es posible encontrarse mil y una compañeras que albergan ese título. Habrá profesionales que serán ubicuos en todos los servicios (control de infección, diabetes, cáncer...) mientras que solo conoceréis a otras si trabajáis en centros especialistas o en áreas muy concretas (disfunción cardíaca, epilepsia, oncología pediátrica...) Generalmente estos profesionales entraran en contacto con vosotros previa derivación, es decir, vosotros tendréis que avisarles de que tal o cual paciente se encuentra en vuestro ‘poder’. Su papel será el de apoyar al paciente durante el tratamiento; colaborar con el equipo médico en caso de que no tengan mucha experiencia en tratar a ese tipo de pacientes; enseñar a las enfermeras el manejo básico de esos pacientes; llevar a cabo consultas dedicadas de enfermería, etc.”

También existen informaciones, como las de la página de la Embajada Británica en Madrid⁹⁷, dónde explican a las enfermeras españolas, como estudiar para Matrona en el Reino Unido:

“Para poder acceder a la especialidad de Midwifery (Matrona), te recomendamos que estés ya residiendo y trabajando en Reino Unido. Te pedirán que justifiques al menos una experiencia profesional de 6 meses que preferiblemente deberán ser dentro del Sistema de Salud Británico (NHS). Para un Diplomado en Enfermería español, la especialidad que va a realizar allí es equivalente al curso de transición para el enfermero británico. Este curso tiene una duración de 18 meses (undergraduate course).

El Midwifery Pre - Registration BSc (Hons) 18 months Programme, puede variar de una universidad a otra, pero lo que le caracteriza es su formación eminentemente práctica, dedicando la jornada completa al lugar asignado cada día, con una única clase semanal.

Para poder hacer la solicitud en la Universidad que más te interese deberás estar ya colegiado en el NMC (Nursing and Midwifery College)”

E13, enfermera española, lo experimentó, ya que en el año 2006 se encontraba cursando los estudios de la especialidad de Matrona:

“Para estudiar Matrona como especialidad (degree, equivalente a Licenciatura en España) durante 18 meses, se cobra igual que trabajando, pero si se estudia como única carrera durante tres años, no pagan nada, y al igual que en Enfermería, se puede obtener Diploma o Degree, yo aproveché el venirme aquí para estudiar la especialidad, ya que me gustaba y en España era muy difícil entrar, ahora me pagan como si estuviera trabajando y con las mismas ventajas”

EI3, a través del Foro Enfermería²¹¹⁰⁰ de Internet, le comenta a otra compañera, como son los estudios de Matrona en el Reino Unido y las diferentes posibilidades:

“Hola, para estudiar Midwifery (Matrona) hay dos tipos de curso: Dip (HE) (diploma in higher education) y Degree. Los dos duran 3 años y los dos te permiten registrarte y trabajar de matrona, aunque el degree es mas intenso. Hay muchas universidades que ofrecen estudios en Midwifery. Si perteneces a la comunidad europea no tienes que pagar nada, si eres residente en el Reino Unido (tienes que llevar 3 años viviendo) te corresponde un bursary (como si fuese una beca), que te pagan todos los meses”

Al mismo tiempo, E3, otro enfermero, aconseja (desde la página de ADEX⁹⁹) estrategias para especializarse trabajando en el Reino Unido, después de un determinado tiempo en un Hospital. Existen posibilidades de especialización, siempre que se demuestre interés y, teniendo en cuenta la política del Hospital:

“Siempre es conveniente que si os interesa cierta área dónde se encuentre trabajando tal o cual especialista, intentéis dar a conocer ese interés, os convirtáis en al enfermera de enlace para ese área, y de tiempo en tiempo tanteéis como está la cosa de trabajos,... porque si os paráis a pensar, llegara cierto punto en el que tendréis que decidir si queréis ascender en la rama clínica o en la rama gestora, es decir, si convertiros en especialistas o en supervisoras”

Dobson, representante del Royal College of Nursing del Reino Unido, comparecía en el año 2009 en la Ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado español, explicando como era la formación y el trabajo de las enfermeras especializadas en el Reino Unido¹⁰¹:

“Lo que en Gran Bretaña se denomina “enfermera de práctica avanzada” sería el equivalente a la enfermera especializada... Estas profesionales tienen mayores competencias y una base de conocimientos superior, pues tras un tiempo de actividad clínica, realizan un periodo formativo, a nivel de master, cuya duración depende fundamentalmente del ámbito de la práctica... Tras ésta formación, las enfermeras son sometidas a una evaluación previa para comprobar su competencia... Una vez que la enfermera de práctica avanzada supera éste

proceso de capacitación puede llevar a cabo tareas de investigación, con la posibilidad de efectuar diagnósticos, encargar pruebas diagnósticas... y prescribir tratamientos farmacológicos...”

En España en el año 2008, solamente se encontraban desarrolladas dos especialidades: Matrona y Especialista en Salud Mental. En mayo de 2005, se aprobó en España la Ley de Especialidades de Enfermería, que estaba previsto poner en marcha antes del año 2010, según la Organización Colegial de Enfermería Española.

Para acceder a los estudios de la especialidad de Matrona o de Salud Mental, se requiere poseer el título de Diplomado en Enfermería y superar un examen que se realiza de forma anual y a nivel nacional. Generalizando, es considerado difícil por los aspirantes, además se convocan pocas plazas para cursar los estudios. Su duración es de dos intensos años (es decir, años naturales, no cursos escolares, con vacaciones de un mes por año) combinando clases teóricas y prácticas. Las prácticas son realizadas trabajando en un turno normal y con las correspondientes guardias presenciales, en un régimen similar a la formación de los médicos especialistas. EE1, enfermera eventual, comentaba la dificultad de acceder a estos estudios, mientras estaba realizando una sustitución en el verano de 2007, y la escasez de Matronas que existía en España, comparándola con el Reino Unido:

“Yo no me quiero ir a Inglaterra, pero si fuera, lo que haría sería aprovechar el tiempo para estudiar para Matrona, que allí dicen que es mucho más fácil y aquí, en España, estoy estudiando como una negra para el examen de selección para el EIR, para entrar a estudiar para Matrona, y dudo mucho que pueda pasarlo, lo ponen muy difícil, hay poquísimas plazas, ¡y eso que dicen que se necesitan muchas! Hoy por hoy en España es muy difícil poder estudiar una especialidad, a ver si arreglan esto pronto porque se van a quedar sin Matronas”

Para una enfermera española, formarse en el Reino Unido como Matrona o Enfermera de Salud Mental, le supone una ventaja al retornar a trabajar a España. Debido a la escasez de éstas profesionales, puede tener la oportunidad de escoger dónde desea trabajar, en que Hospital y en que lugar. Lo comentaba AI1, Auxiliar de enfermería psiquiátrica en el Reino Unido, a su regreso a España:

“Uno de los motivos para empezar a trabajar en el Hospital Psiquiátrico en Richmond fue que, me prometieron que si permanecía un tiempo trabajando en el Hospital (en principio mis jefes, me dijeron un año, luego cambiaron) podría estudiar para Enfermera Psiquiátrica al mismo tiempo que trabajaba y así ser enfermera especialista. Yo me animé, pensando que así regresaría a España con una titulación con la que podría trabajar más fácilmente. Como sabes, no fue así, sino que las cosas fueron a peor (el Hospital era privado y vivía de

pacientes que le enviaban desde a Seguridad Social pública, con la crisis le llegaban cada vez menos pacientes, por lo que necesitaba menos personal) y regresé a España”

En los programas formativos de las especialidades de enfermería, igual que en los estudios pregrado, se presupone una similitud, al aplicar el Acuerdo de Bolonia. Pero, aunque sean similares, existirán aspectos que los diferencien, como las culturas de cada país y el funcionamiento de los sistemas sanitarios.

4.1.1.4.2 - Formación Continuada

La importancia de la Formación Continuada se refleja en la política de las empresas, muchas ya son conscientes de que un componente esencial de su competitividad está en mantener a los trabajadores con un alto nivel formativo, con una adecuada motivación y sobre todo adaptándose a las transformaciones del mercado laboral, algo que sucede con gran rapidez en el mundo sanitario. Esto ocurre tanto en el Reino Unido como en otros países.

Por otro lado, la formación continuada, crea movilidad interna y externa, lo que facilita la promoción profesional y promueve la responsabilidad del profesional y su implicación. Esa movilidad puede ser beneficiosa para la empresa, pero al mismo tiempo volverse contra ella, al abrirse un abanico de oportunidades laborales más grande. Los Hospitales británicos empezaron a tener en cuenta éste aspecto cuando una enfermera realiza determinados cursos por cuenta del Hospital dónde trabaja, comprometiéndola a un periodo determinado de permanencia en el mismo, después de su finalización. Lo comenta E13:

“Empecé a estudiar para Matrona, es mucho más fácil que en España, lo único es que tengo que trabajar aquí un año y medio después de finalizar mis estudios. Lo entiendo, porque no tienen Matronas y quieren rentabilizar mi formación, que a mí me sale casi gratis”

En el Reino Unido hasta hace muy poco tiempo, se valoraba mucho la movilidad profesional¹⁰², partiendo de que una persona con cualidades, puede y debe encontrar trabajo en el lugar que prefiera y más le convenga. Se supone que una enfermera, que se cambia de puesto de trabajo, está formada para adaptarse a cualquier contingencia o problema que se le pueda presentar. Además, se considera una profesional deseada por los empleadores y dispuesta a solventar necesidades del Hospital que la contrata, según informaciones de E1, E3 ó E10, entre otros. Esto le sucedió a E12, a la hora de cambiar de Hospital, él explicaba la influencia que tuvo su atrevimiento y disposición a cambiar, sobre todo al ser comparado con compañeros españoles que no aceptaban la movilidad laboral:

“Yo me fui por el Programa de la Embajada Británica a Ipswich, estuve bien, bueno, más o menos, siempre me sentí bien y valorado pero no me gustaba la planta de Medicina Interna Geriátrica, llegué en Enero de 2004 y en junio de ese año, ví una vacante en el Hospital St. George de Londres, cerca de Wimbledon y, me puse de nuevo en contacto con la Embajada, volví a hacer la entrevista, solicité para Cuidados Intensivos Neonatales y ¡me lo dieron! Mi sorpresa fue cuando me enteré porqué: valoraron mucho mi movilidad profesional, que yo fuera capaz de moverme de Hospital en tan poco tiempo. Cuando me lo dijeron no podía creerlo”

En el momento del estudio, se comenzaba a valorar la permanencia de los profesionales en determinados Centros Sanitarios, ya que era preciso rentabilizar la inversión en formación, así como asegurar la existencia del número adecuado, para realizar los cuidados. Aunque en el año 2007, la perspectiva de la movilidad comenzó a precarizarse en algunos hospitales: los cursos eran caros, la escasez de profesionales era importante, y los recursos económicos escaseaban. Así lo comentaba E1:

“Ahora no se valora tanto la movilidad, se dieron cuenta de que están invirtiendo en ti, en que hagas cursos, en que te formes y después si te marchas, ¿pierden todo ese dinero invertido? Incluso en algunos Hospitales, si quieres hacer un curso importante o una especialidad, que te tienen que pagar, te hacen firmar un compromiso de permanencia de x años”

En España sucedía lo contrario, se valoraba la experiencia profesional y existía un tópico que decía que, si una persona cambiaba de lugar de trabajo con frecuencia era porque no era válida para el mismo o ya estaba “quemada”. Se podía oír comentar a enfermeras o directivos, frases como la siguiente:

“¡Fíjate que buena enfermera es! ¡Lleva quince años en la misma planta, en Medicina Interna, sin moverse!
¡Mira que experiencia tiene!”

La formación resulta imprescindible para cambiar actitudes y para mejorar la capacidad de adaptación a las nuevas tecnologías. El conocimiento de cada persona es mucho más especializado y evoluciona muy rápidamente, por lo que surge la necesidad de construir una “memoria de tipo organizacional”, que asegure la transmisión de conocimientos, con independencia de las personas, al mismo tiempo que garantiza que cada uno de los integrantes de la organización, conozca lo que la organización sabe. Es decir, el conocimiento es compartido, en diferentes medidas, por toda la organización¹⁰³

Para que el conocimiento se convierta en una ventaja competitiva, es necesario compartirlo, almacenarlo, capturarlo, distribuirlo, y utilizarlo por todas las personas integrantes de una organización, en el momento oportuno y de forma adecuada. Es lo que se conoce como gestión del conocimiento, que aplican en el Reino Unido en diferentes Hospitales. E1 lo comenta y expresa sus dudas:

“Después de hacer un curso, tengo que exponérselo a mis compañeras y, a mí no me gusta, aunque claro, entiendo que debo compartir algo que aprendí, además paso a ser la responsable de ese tema en la planta, pero yo me pregunto: si se lo cuento a todas ¿porqué sigo siendo yo la responsable del tema, si las otras también lo conocen?”

Hasta el año 2007, en el Reino Unido, la profesión de Enfermera estaba organizada por niveles (empezando en el nivel 4, correspondiente a enfermeras recién incorporadas, y avanzando en los niveles según su grado de responsabilidad). Ese mismo año, el sistema de niveles cambiaba a bandas, abarcando un concepto mucho más amplio. Y, para avanzar en esos niveles o bandas, es necesario (entre otros aspectos) realizar cursos de formación continuada, que en su mayoría son financiados por los hospitales, que además facilitan la asistencia, incluso si los cursos son de larga duración.

Aunque, los cursos no se realizan solamente para ascender, el motivo fundamental es mantener y actualizar ó reciclar los conocimientos profesionales y, al mismo tiempo, conocer las últimas tendencias en Enfermería para poder aplicarlas.

Generalmente, la responsable de Enfermería de una Unidad ó Servicio, propone a determinada enfermera de su plantilla, para asistir a un curso y le facilita la asistencia, sin descontarlo de su salario. La formación tanto de pregrado como de postgrado, la organiza la Universidad local, a través de diferentes acuerdos, y la oferta a los distintos centros dependientes de su área. E11 comenta su experiencia:

“Cuando llegué a Cardiff, me dieron un cursillo básico de Primeros Auxilios, ahora tengo uno o dos días al mes de estudio o cursos (Study days), tuve el primero a los quince días de llegar, me explicaron leyes, días libres, política sanitaria, etc. Sin ese curso no podía trabajar, también me dieron otro obligatorio, de Movilización de pacientes. Después, tuve uno al mes aproximadamente, de diferentes temas: Bombas de infusión, diabetes, etc.

Si un profesional desea asistir a un curso y no es propuesto por su superior, puede solicitarlo individualmente, pero es mucho más difícil, ya que suelen existir importantes listas de espera. Además, si consiguiera realizar el curso solicitado, lo tendría que hacer en sus horas libres. E2, que trabajaba en el Hospital de Royal Tunbridge Wells, expresaba su descontento en relación a éstos temas, en el año 2003:

“Llevo ya ocho meses trabajando en el Hospital, vine por el Programa de la Embajada Británica, pienso quedarme hasta que me finalice el contrato con el Hospital, espero que me reconozcan algún grado o me aumenten al sueldo, aunque desde el Hospital no me enviaron a ningún curso, yo me apunté por mi cuenta, pero no me lo concedieron. Estoy bastante descontento con el trato, con mis jefes, con mis compañeros y con todo, a ver si mejora algo, si no me voy”

La obligatoriedad de la formación continua también está presente en el día a día del trabajo habitual, ya que para renovar el permiso de trabajo, y con la finalidad de mantener la actualización profesional de los profesionales de enfermería, el NMC (Nursing Midwifery Council), exige a todas las enfermeras, tanto autóctonas como foráneas, realizar un número mínimo de horas de estudio (ó cursos) cada tres años, aparte de los cursos anuales obligatorios, que son:

- Curso RCP (Recuperación cardiopulmonar)
- Curso Movimiento de pacientes
- Curso de Incendios

Otro aspecto reseñable del sistema sanitario británico es la figura de la enfermera como docente en la propia Unidad: enfermeras que se dedican a enseñar a sus compañeras, durante dos o tres días a la semana, los otros días de la semana trabajan como enfermeras en la planta, se llaman “teaching nurse”. El lo refiere, al nombrarla a ella para dicha función:

“Ahora me pusieron a mí para enseñar dos días a la semana, yo le dije a mi jefa que no quería, pero me dijeron que yo era muy clara y que lo hago bien, que lo tengo que hacer, además la teaching nurse que tenemos en la planta para enseñar, lo hace fatal, solo incordia, cuando me aparece al lado y me dice: eso no se hace así, le digo: ¿lo estás haciendo tú? No, pues andando no molestes que es mi responsabilidad (solo molesta)”

Personas como AI1, consideran la formación continuada como un aspecto inherente al puesto de trabajo además de un valor añadido al mismo:

“Trabajo de Care Assistant (2006), es similar a la Auxiliar de Enfermería española, en un Hospital Psiquiátrico que van a abrir pronto, pero antes me tienen que formar para Care Assistant psiquiátrica, me forma la propia empresa y además, al firmar el contrato me prometieron que me iban a seguir dando formación y que incluso podría llegar a estudiar para Enfermera Psiquiátrica (y seguir cobrando claro), fue uno de los motivos por los que cogí el trabajo”

En España, es posible realizar formación continuada, en la Sanidad Pública, de diferentes formas. Generalmente no es obligatoria, aunque siempre existen excepciones, como cuando se implanta un nuevo método de trabajo. Cada Hospital la organiza según su criterio y posibilidades. Además existen diferentes organismos oficiales que realizan formación continua específica, como Colegios Oficiales de Enfermería, Universidades, Sindicatos, FEGAS (Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria) en Galicia, Escuela Andaluza de Sanidad, etc. o diferentes empresas privadas que también se dedican a éste campo, ya sea en modalidad a distancia, presencial, on-line o combinándolas.

En España la formación continuada es considerada necesaria para mantener los conocimientos profesionales y actualizarlos, aunque en los últimos años existe una mayor concienciación, ya que es necesario conocer las nuevas tendencias de la profesión de enfermería, para trabajar acorde con los cuidados más actuales. Testimonios como el de EE4, enfermera de plantilla, también del Hospital de Ferrol, con una antigüedad de más de veinte años, ratifican éste cambio:

“Yo no me quise ir a Atención Primaria antes, porque pensaba que la enfermera solo tenía que hacerle recetas al médico, pero ahora que sé que la enfermera tiene funciones propias, y que lleva su propia consulta, que además me comentaron las que se fueron hace tres años, lo bien que se estaba, ahora sí que me quiero ir en los próximos traslados, pero lo que no sé es si piden formación continuada, porque si es así, voy mal, ahora me doy cuenta de la importancia que tiene la formación continuada, no solo por los puntos sino también por la formación que da”

EE2, enfermera recién graduada (su primer trabajo fue en el verano de 2007), comentaba sus expectativas, en materia de formación continuada, al finalizar sus primeros meses de trabajo, centrando sus objetivos en conseguir puntuación “a base de cursillos” para avanzar en las listas de contratación:

“Ahora que no voy a trabajar en una temporada larga, posiblemente hasta navidades o hasta el próximo verano, aprovecharé para hacer todos los cursillos que pueda ¡tengo que hacer muchos puntos, para poder subir en las listas de contratación! De la plaza fija, ya no hablo, ¡sabe Dios cuando la conseguiré!”

Al aprobar y poner en marcha la Carrera Profesional de Enfermería en el año 2007, posiblemente se produzcan cambios en relación con la formación continuada, es su eje fundamental para subir peldaños: entre otros méritos, es necesario realizar cursos de formación continuada, aunque los requisitos dependen de cada Comunidad Autónoma. No es obligatorio subir de nivel, pero conseguirlo supone un importante incentivo económico mensual. Comentarios como el de EE3 (enfermera fija de plantilla con una veteranía de más de treinta años de profesión, en un Hospital de la Seguridad Social), son cada vez más frecuentes:

“¡Avísame cuando sepas de algún cursillo!, bueno corto si puede ser..., que ya no estoy para cursos largos, sino cuando venga el próximo grado de la carrera profesional no voy a tener suficientes puntos”

Cuando enfermeros extranjeros acuden a trabajar a España, puede ocurrirles lo mismo que a los enfermeros españoles en el Reino Unido: EBE1, enfermera inglesa que residía en España y que

trabajó en el Hospital de Ferrol durante el verano de 2003, no entendía como no le ofrecían un periodo de formación y adaptación al Sistema sanitario español (cobrando y cotizando) antes de comenzar a trabajar, lo mismo que sucedería en el Reino Unido, de dónde ella provenía:

“Este sistema me parece muy raro, yo pensé que sabía enfermería y llego aquí y no se hacer nada de lo que hacéis vosotras, además de Dirección me dicen que no saben dónde colocarme, porque no sé hacer técnicas ni conozco el funcionamiento del Sistema Sanitario español, pero por otro lado tampoco me enseñan ni me ofrecen un curso de adaptación, ni me ayudan... el primer día que llegué, ya a trabajar como si llevara aquí varios años ¡no lo entiendo!”

Este hecho, le supuso un choque cultural e inadaptación. Entre las diferentes causas que lo pueden producir estarían los estudios pregrado diferentes, la desinformación acerca del Sistema Sanitario Español (lugar dónde quería trabajar EBE1) o las diferentes formas de entender la sanidad, es decir, ocurre lo mismo que les pasa a los enfermeros españoles al llegar al Reino Unido.

Pero los enfermeros españoles que trabajan en España, y solamente conocen éste sistema sanitario, tampoco entienden la posición de EBE1, porque su formación pregrado les capacita para desarrollar cualquier actividad de Enfermería dentro o fuera de un Hospital y la valoración que hacen de EBE1, tal como comentaba una compañera suya, es que no servía para trabajar:

“Trabajo con EBE1 desde que empezó y, bueno, entiendo que no conozca los papeles y como funcionamos aquí en España, pero lo que no entiendo es que no sepa trabajar como enfermera ¡no sé que estudian en Inglaterra! pero ella no sabe ni hacer una cura, no vale para trabajar aquí, y además, si no sabe que aprenda, que le pagan igual que a mí y yo no tengo porque hacer su trabajo”

EBE1 no volvió a trabajar como enfermera en el Hospital de Ferrol. En el Reino Unido, a EBE1 le propondrían realizar un periodo de formación para adaptarse al nuevo sistema sanitario, en España no. En el Reino Unido, la enfermera no finaliza su preparación con la obtención del título, sino que continúa hasta realizar todos los cursos o “trainings” necesarios para poder trabajar en una Unidad hospitalaria o Centro de Salud. Mientras que en España a una enfermera, al obtener su título, se le supone con la formación y capacidad, para realizar cualquier tarea inherente a su profesión, sin olvidar que la experiencia aporta una ventaja añadida.

De hecho, en muchos Hospitales españoles, existe una modalidad de contratación llamada popularmente: “Pull”, dónde están inscritos, generalmente, profesionales diplomados recientemente,

es decir, con poca experiencia laboral. Esta lista de contrataciones proporciona una mayor puntuación a la hora de contratos o plazas debido a la disponibilidad y a la movilidad, además de una experiencia importante, ya que los profesionales inscritos en dicha lista deben estar disponibles a cualquier hora o día de la semana, para cubrir diferentes puestos de trabajo e, incluso dos o tres puestos, en la misma jornada laboral.

Son profesionales que pueden sustituir, tanto a una enfermera que se puso enferma en la planta de Medicina Interna, como realizan un traslado en ambulancia o suplen a un enfermero que tiene una interrupción de jornada en Quirófano. De ahí que se deduzca lo explicado anteriormente, que una enfermera, cuando finaliza sus estudios y obtiene su Diploma, puede ocupar cualquier puesto de trabajo relacionado con su profesión. Algo que le facilita su integración laboral en diferentes equipos profesionales, tanto en su país como en otro. Esto es lo que les ocurre a los enfermeros españoles en el Reino Unido, para los que (siempre generalizando) las mayores dificultades de su adaptación, están en las diferentes formas de entender actividades similares.

A los enfermeros españoles que trabajan en el Reino Unido, al llegar les sucedió lo mismo que a EBE1, desconocían el Sistema Sanitario Británico, pero les enseñaron su funcionamiento y, dependiendo del grado de necesidad de personal del Hospital, tuvieron más o menos días de aprendizaje, en algunos casos empezaron a trabajar y la formación se la dieron más tarde, en otros, tuvieron algunos días de formación y adaptación.

4.1.1.5 - Categorías Profesionales en Enfermería en el Reino Unido y en España: Grados, Niveles, Bandas

El nivel de responsabilidad de las enfermeras en el Reino Unido se establece en función de niveles o categorías, actualmente bandas. En un intento de unificar criterios en la organización de las diferentes categorías profesionales, en el año 2007, el Gobierno británico estableció el cambio de niveles a bandas. Hasta ese año estaban organizadas en niveles, con grandes diferencias entre Hospitales.

En el sistema antiguo, los niveles A, B y C correspondían al equivalente español de Auxiliares de Enfermería, (Care Assistant, en el Reino Unido) y, del nivel D hacia delante, a Enfermeras (Registered Nursing)⁹⁷. El nivel D, lo ocupaban enfermeras recién graduadas o recién incorporadas al Sistema Sanitario Británico (en el PRE, se aplicaba a las enfermeras españolas recién llegadas al país, pues se consideraba que debían adaptarse al sistema, al idioma y que por tanto, no podrían rendir como una enfermera con experiencia)¹⁰⁴. E2, enfermero asturiano, que en el año 2001 fue a trabajar al Reino Unido a través de dicho Programa, lo comentaba en el año 2002:

“Yo vine con el Programa de la Embajada Británica, empezando con el nivel D, (lo hacen siempre pensando que tienes que adaptarte, por el idioma, pero yo hablaba bien inglés ya antes de venir), ya llevo casi un año, espero que pronto me suban de nivel, porque sino me voy”

El nivel E, lo ocupaban enfermeras/os con experiencia, correspondía al nivel más habitual, y era similar al que las enfermeras tienen en España. El nivel F, incluía la responsabilidad de un turno, fuera mañana, tarde o noche, en una Unidad o en varias, siempre que en el mismo no existieran personas con un nivel superior.

Según informaciones de E1, el nivel G, era ocupado por una persona experta (mayoritariamente, con algún curso de dirección), generalmente era la supervisora de la Unidad. Los niveles superiores, eran ocupados por altos cargos de la Dirección del Hospital o Centro Sanitario. A la vez, los profesores universitarios de enfermería, también tenían niveles elevados. Para ocupar estos cargos era preciso poseer el equivalente a Licenciatura de Enfermería ó “Nursing Degree”.

En el año 2007, se produjo un importante cambio: los niveles se transformaron en bandas. E3, desde ADEX, lo explicaba en la página Web de dicha asociación¹⁰⁵:

“No se si sabéis, pero pronto, el 1 de Octubre, las condiciones laborales del personal sanitario en el Reino Unido van a modificarse de manera radical, debido a la introducción de ‘Agenda for Change’, que básicamente va a intentar acabar con algunas diferencias, tales como que enfermeras que realizan el mismo trabajo en diferentes organizaciones pudieran cobrar de manera diferente. Cada empleado, desde pinches hasta neurocirujanos, va a ser colocado en una banda, de la 1 a la 8 (enfermera recién salida de la carrera, 5; experiencia, 6; especialista 6/7; supervisora, 8;...) dentro de 6 semanas empezaran a cambiarse las nomenclaturas de los trabajos, las bandas salariales, etc...”

Con el paso del tiempo, el proceso de cambio se ha ido consolidando, la calculada ambigüedad funcional se incorporó al trabajo diario y los enfermeros se fueron adaptando a sus nuevas funciones, aunque no sin quejas. E1 lo refiere así:

“Ya asumí que me tengo que quedar de Jefa con el busca cuando me toca, pero lo que más me fastidia es tener que dejar mi planta, en la que a lo mejor estamos con el trabajo desbordado, porque me necesitan en la planta de arriba, muchas veces por una tontería. Cuando te quedas de Jefa, llevas varias plantas, pero también tienes que hacer tu trabajo de enfermera en tu propia Unidad”

A finales del año 2008, ya no se hablaba de los niveles ni del cambio, en la mente de la mayoría estaba la crisis, que también afectaba a la sanidad británica, además de vislumbrarse una expectativa de trabajo incierta, al disminuir al mínimo posible el personal sanitario de los hospitales. Lo que confirmaba la teoría de ahorro que exponían algunos enfermeros. En el año 2007, E3 ya comentaba éste ahorro en gastos sanitarios, en ese momento se estaba implantando el sistema de bandas¹⁰⁶:

“La situación actual es la siguiente: debido al pánico que el gobierno impuso en los distritos de salud y centros hospitalarios en cuanto al 'déficit', muchos si no todos estos centros decidieron adoptar medidas de congelación de puestos, formación, etc. Sin embargo, hace poco más de dos semanas que se hizo publico que el SNS ha dejado de gastarse 500 millones de libras que estaban presupuestadas”

Las categorías profesionales de la enfermería británica, supusieron un cambio, también para los profesionales españoles y a su vez, un nuevo reto profesional. EI1, enfermero que en el año 2002, quería trabajar al Reino Unido, lo resumía así:

“La categoría profesional se consigue con esfuerzo y formación. En Inglaterra se tiene el concepto de que la Carrera Profesional de Enfermería empieza después de estudiar. Se facilita la formación. Son muchas las áreas y las posibilidades que se ofrecen, por ejemplo "hacer matrona", sin necesidad de sufrir ningún examen”

Las condiciones del cambio llamado “Agenda for Change”¹⁰⁷, figuran a continuación, y E3 explica diferentes aspectos del mismo¹⁰⁸:

Condiciones laborales	Anteriores a Octubre 2007	Posteriores a Octubre 2007 (Agenda for Change)
Salario	Diferentes escalas para cada grupo profesional	1 escala con 11 bandas salariales
Grados	Definiciones diferentes para cada grupo profesional	Definiciones diferentes para cada grupo profesional
Promoción	Incrementos anuales automáticos	Incremento anual, mas posibilidad de salto de categoría dependiendo de entrevista
Guardias	Diferentes complementos para cada grupo profesional	4 tipos de complementos
Horas ‘intempestivas’	Diferentes complementos para cada grupo profesional	5 niveles de complementos
Vacaciones	Depende de cada profesión, de 22 a 32 días, mas 5 días por servicios prestados	27 días, mas 6 días por servicios prestados
Horas extras	Depende de cada profesión. Normalmente ratio de 1.5 a 2 veces el ratio normal	1.5 veces el ratio normal para todas las profesiones
Suplemento por coste de la vida	Complemento por vivir en London, complemento ‘margen’ y complemento ‘por coste de vida’	Nuevo complemento por trabajar en Londres, mínimo de 3000 libras y máximo de 5000 libras
Horas/semana	Varía dependiendo del grupo profesional, de 33 a 40 horas	37.5 horas semanales

Según informaciones de E1, cuando se establecieron las equivalencias, se valoró el salario y la situación de cada profesional dentro de su nivel, adjudicándole una determinada banda, por lo que el cuadro que figura a continuación es aproximado. A continuación figuran las diferentes categorías profesionales de la Enfermería en el Reino Unido, tanto en el Sistema Nacional de Salud como en otras Instituciones dónde trabajan enfermeras, estableciendo una posible comparación entre niveles y bandas en el caso de Centros Hospitalarios y Centros de salud, aunque no sea exacta, ya que niveles como, por ejemplo, el H ó el I, no se equiparan completamente con la banda 7 ú 8:

En Centros Sanitarios del Sistema Nacional de Salud Británico (NHS) Hospitales y Centros de Salud Públicos y Privados			
Hasta 2006 (grados ó niveles)		A partir de 2007 (Bandas) ¹⁰⁷	
A	Sin titulación	3	Auxiliares de Enfermería con titulación
B	Auxiliares de Enfermería con estudios y experiencia		
C	Enfermera recién titulada		
D	Enfermera recién titulada	5	Enfermera y Matrona recién titulada
E	Enfermera con experiencia	6	Enfermera con experiencia
F	Enfermera Jefe de Sala		
G	Enfermera Jefe de Sala ó comunidad/Matrona	7	Directora equipo, Supervisora, Enfermera Especialista y Matrona de nivel elevado
H	Especialista, Director/a de Enfermería(pasa a banda 8)		
I	Especialista de nivel elevado, consultora,...	8	Enfermera Consultora /Asesora, Supervisora Especial, Director /a Enfermería
I	Profesor de Enfermería, ...		
		Nivel propio de la Universidad	

El cambio de niveles a bandas no ha afectado a Residencias de ancianos ni a Hospitales Psiquiátricos, según las personas preguntadas, AI1 o E9.

En una Residencia de mayores dependientes y con servicio de Enfermería ó “Nursing Home”, las categorías profesionales difieren de las existentes en un Hospital. E9, enfermera española, que trabaja en una de ellas las define a continuación:

Nursing Home (de menor a mayor: orden jerárquico)	
	Care Assistant (similar a la Auxiliar de Enfermería española)
	Senior Care Assistant
	Nurse (enfermera)
	Senior Nurse (a veces existe y es la Jefa de enfermeras)
	Matron, en algunos sitios puede ser Manager y no necesita ser enfermera
	Manager, Jefe Nursing Home, no precisa ser enfermera
	Dueño

En una Residencia de ancianos, pero con menos recursos y sin servicio de Enfermería ó “Residential Home”, las categorías profesionales también son diferentes. Las comenta E9, que trabajó en una de ellas en sus comienzos en el Reino Unido, aunque durante muy poco tiempo:

Residential Home (de menor a mayor: orden jerárquico)	
	Care Assistant: el nivel más bajo, sin estudios
	Senior Care Assistant: necesita NVQ (National Vocational Qualification) en Salud y Cuidados nivel II (no hay nivel 1) (similar a Auxiliar de Enfermería española)
	Deputy Manager: necesita NVQ nivel III
	Assistant Manager (necesita más cursos)
	Manager: necesita NVQ nivel IV y V más curso de Management (Jefa/e ó Responsable de la Residencia)
	Dueño

En un Hospital Psiquiátrico, las categorías profesionales difieren de las de otros Hospitales, en parte por la diferente titulación requerida a los profesionales sanitarios que trabajan en él, aunque se semejan más a ellos. Las comenta AI1, Auxiliar de Enfermería Psiquiátrica, que trabajó en un Hospital Psiquiátrico privado:

Hospital Psiquiátrico	
	Recepcionistas, Terapeutas Ocupacionales, Secretarias, Psiquiatras, Psicólogo, Auxiliar del Psicólogo, celadores, ...
	Health Care Support Worker (equivalente a Auxiliares Enfermería españolas especializadas)
	Staff Nurse (son enfermeras especializadas en Salud Mental)
	Senior Staff Nurse
	Deputy Ward Manager (similar a Supervisora)
	Manager y Clinical Ward Manager (el nivel más alto de las enfermeras)

En España, las categorías de los profesionales sanitarios de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud español, son las siguientes. En otras Instituciones sanitarias españolas, pueden ser similares:

Auxiliar de Enfermería (Ciclo Formativo Medio)	Profesionales de base
Técnico Especialista (Ciclo Formativo Superior)	
Enfermera/o/ Matrona/ Fisioterapeuta / Terapeuta ocupacional/ etc.	
Supervisor/a de Unidad de Enfermería	Cargos de confianza o de designación directa - Méritos
Supervisor/a de Área de Enfermería	
Subdirector/a de Enfermería	
Director/a de Enfermería	

Los llamados cargos de confianza o de designación directa, corresponden a categorías referidas a profesionales titulados que han ascendido, y pueden alcanzarse tanto a través de concurso público como por méritos profesionales o cargos políticos, entre otros. Los llamados profesionales de base pueden ascender en su propia carrera profesional obteniendo diferentes grados, que van desde el grado 1 al grado 4. Pero, el ascenso en dichos grados, no implica ascenso hacia un cargo de confianza.

4.1.1.6 - Promoción profesional:

4.1.1.6.1 - En el Reino Unido

Para ascender en los niveles profesionales era necesaria una propuesta por parte de los superiores, que valoraban la experiencia y los títulos adicionales que poseía el/la profesional. Con el fin de evitar discriminaciones, las leyes laborales exigían que las ofertas de puestos laborales del nivel F ó superiores, fueran publicadas, para crear competencia¹⁰². En dichos puestos, además de lo expuesto, se valoraban las referencias y el perfil profesional, según información de E1:

“Dicen que no puede influir la política ni el partido gobernante, bueno...???, además existen muchos condicionantes, si no eres inglesa ya tienes problemas, según le caigas a la supervisora, según los cursos que tengas hechos, bueno y más cosas que ahora no recuerdo”

Lo cual ratificaba Pérez Díaz¹⁰². En él, el autor comentaba como se ascendía en las diferentes categorías profesionales del Reino Unido, en el año 2000:

“Los puestos de Dirección, Administración, profesorado, etc. están organizados en diferentes escalas, siendo el grado mínimo para un Diplomado en Enfermería el “D”... Para evitar la discriminación o el favoritismo, las leyes laborales exigen que los puestos superiores, del “E” en adelante, sean publicados en una revista de Enfermería para crear competición”

Posiblemente, una de las causas por las que se han encontrado escasas expectativas de ocupar puestos de responsabilidad, haya sido la corta permanencia de algunas de las personas participantes en éste estudio. Otras causas podrían estar en que sus objetivos estaban dirigidos en otras direcciones, como completar sus estudios con una especialidad o curso de postgrado, conocer el idioma u otra forma de trabajo, entre otras muchas posibles. Lo comentaba la responsable del PRE, durante los años en los que estuvo operativo:

“No suelen llevar intención de quedarse, la media es de un año de estancia, algunos vuelven en verano y son pocos los que llevan tiempo en el Reino Unido, desde que empezó el Programa”

La expectativa de una corta estancia, la comenta E5, de Navarra, al explicar los objetivos que tenía cuando partió de Madrid hacia el Reino Unido:

“Tengo intenciones de regresar en uno o dos años, me inscribí en éste Programa (el de la Embajada Británica en España) porque me parece una experiencia interesante, no llevo más expectativas”

E11, al retornar a España, después de dos años de trabajo en el Reino Unido, explicaba así los objetivos que tenía antes de salir hacia el Reino Unido:

“Lo tomé como una experiencia interesante, era muy joven y trabajara poco, me parecía interesante y no llevaba expectativas de acceder a cargos o estudiar una especialidad, solo quería conocer como se trabajaba en otro país y tuve la oportunidad del Reino Unido”

Por otra parte, también hay personas como E1, que llevaba más de once años como enfermera en Londres, que no desean asumir responsabilidades de supervisión, aunque se lo impongan:

“Ya sabes que desde hace años mi supervisora, quiere que suba de nivel, pero conlleva mas responsabilidades, incluido tener un “busca” durante mi turno, por si necesitan algo en otra planta que no sea la mía, bueno, que yo no quería..., bien,... pues ahora ¡a narices! Tengo que asumir esas responsabilidades, por el tema nuevo de las bandas, ya que cada banda incluye varios niveles, es decir, yo tenía nivel E y para quedar de Supervisora era necesario ser nivel F, bueno, pues ahora el antiguo nivel E y el F, están en la misma banda, y si no hay en el turno nadie superior, soy yo la que se tiene que quedar de Supervisora, quiera o no quiera”

Experiencias similares se pueden observar en enfermeros como EJ1, que en 1955 llegó al Reino Unido (dónde se jubiló hace ya algunos años) desde España. El llevaba intenciones de permanecer en el país, aunque determinaba el tiempo. Así relataba su experiencia y su ascenso a determinados puestos, en su etapa laboral:

“Los estudios que yo cursé eran propios del Hospital y nos preparaban para ser Enfermeros de Salud Mental. Comenzaban con “Preparatory Technical School”, un primer curso general y un segundo curso de Salud Mental. Al obtener el título de Enfermero Psiquiátrico, pasé a ser Staff Nurse y, si superaba otro examen, ya sería Jefe de Sala”

Al consultar en Internet, se pueden ver distintas páginas dónde escriben enfermeras españolas que trabajan en el Reino Unido, con diferentes comentarios sobre la promoción profesional relacionada con la formación, como los que escribe E3. En Noviembre de 2007, comentaba en la revista Itaka¹⁰⁹ las posibilidades de ascender en el ámbito de la formación, tanto pre como postgrado: como pasar de Enfermero/a asistencial a Profesor/a universitario de Enfermería, así como la formación requerida:

“Como profesionales de la Enfermería, tenemos excelentes posibilidades de encontrar trabajo como profesores universitarios de Enfermería, en un mercado en el que hay una necesidad constante de satisfacer multitud de cursos relacionados con la salud... Los profesores no imparten clases pasivas magistrales, sino que analizan y discuten la bibliografía recomendada con un número reducido (10 - 15) de alumnos, a través de debate y orientación. A la vez, se encargan de corregir y marcar los trabajos y ensayos, así como de asegurar que los alumnos son técnicamente competentes en el área profesional elegida”

Los enfermeros españoles que trabajan en el Reino Unido y que participaron en este estudio, refieren a través de sus experiencias, la dificultad de conseguir ascender de nivel (actualmente banda) en el ámbito hospitalario. Además, un comentario mayoritario entre los informantes, citaba una característica que se encontraron entre las personas con cargos de responsabilidad en los Hospitales británicos: decían que la mayoría de sus jefes o superiores, eran ingleses. E13 lo ratifica:

“Al principio mis compañeros me ayudaban mucho, no esperaban que hiciera muchas cosas, eran: un 20% ingleses, que eran los que tenían cargos de responsabilidad, el resto de categorías D y E, eran hindúes, filipinas y africanas”

La promoción profesional en el Reino Unido es posible, aunque influyen diferentes factores para conseguirla, tanto objetivos (méritos, trabajo, necesidad,...) como subjetivos (valoración por parte de superiores)

4.1.1.6.2 - En España

Según la observación realizada en Hospitales gallegos de la red sanitaria pública, la promoción profesional, en niveles altos de las organizaciones y la administración, suele estar relacionada con los llamados “cargos de confianza” o también llamados “de designación directa”. Estos nombramientos, suelen tener diferentes influencias, tanto políticas como de otro tipo (méritos profesionales, utilidad práctica, amiguismo, etc.), sobre todo en cargos de medio y alto nivel. Aunque en ocasiones no suceda así y, un aspirante puede conseguir un puesto mediante sus méritos personales y profesionales.

Pero, no sólo existe una razón política o personal, a menudo el problema de las designaciones personales involucra a diversos candidatos que frecuentemente, compiten personalmente entre sí, tanto de modo formal como informal. En unos casos, se valora la experiencia profesional: currículum, conocimientos, destreza en relaciones personales,... en otros la lealtad personal, las ideas políticas,... y en general, una mezcla de todos estos aspectos.

En el Sistema Sanitario español, existen diferentes formas de optar a un “cargo de confianza” o de “libre designación”, que dependen tanto de las personas que en ese momento dirigen una institución, como de la normativa propia de cada Comunidad Autónoma, o incluso de la normativa interna de cada Centro Sanitario. Además, las normativas, tanto nacionales como regionales o del propio Centro sanitario, sufren modificaciones a lo largo de los años.

Entre estas formas para elegir cargos, se pueden encontrar las siguientes opciones, entre otras:

- publicación interna de la convocatoria del puesto (es decir, solamente dentro del/de los recintos de la Institución) que, generalmente, incluye algunas de las siguientes posibilidades: presentación de méritos de opción al puesto (currículum vitae), entrevista personal de selección de candidatos, presentación de un proyecto cara al puesto solicitado, defensa pública del proyecto ante un tribunal y otras que puedan definir los convocantes
- designación política entre personas de confianza o simpatizantes del partido político gobernante (en éste caso, las luchas por el poder, se dan en las filas del propio partido)
- designación directa entre personas de confianza del dirigente

Cada Dirección escoge un sistema de elección y/o designación de cargos, en función del momento, del tipo de Dirección que practica o de las circunstancias que la rodean.

La competencia se establece desde el mismo momento en que el puesto ofertado queda vacío, o desde el anuncio de su creación, siempre que sea conocido por los posibles optantes al puesto, lo que no siempre ocurre. Algunas veces ya comienza antes, con comentarios o rumores de ceses de la persona que ocupa un determinado cargo, aunque en muchas ocasiones no tengan una base cierta.

Las personas que entran en el proceso de concurso, comienzan una serie de tácticas ritualmente formalizadas y diferentes, hacia sus compañeros y hacia sus superiores. Hacia sus compañeros, pueden aparecer actitudes como:

- ocultar la presentación de la solicitud (si el puesto se oferta públicamente)
- mostrar desinterés público hacia el puesto
- desinteresar a otras personas o posibles candidatos hacia el puesto infravalorándolo
- realizar comentarios de los posibles candidatos (de sus cualidades y/o defectos) sin conocer si se presentan o no (es decir, en esos momentos previos a la elección aumentan los llamados popularmente “cotilleos” o “comentarios de pasillo” entre el personal afectado por la elección, tanto candidatos al puesto como subordinados del mismo)
- etc.

Estos rituales pretenden, por un lado, ocultar el miedo al fracaso, es decir: ante una convocatoria pública en la que se presentan varios candidatos, los que no salen elegidos pueden sentirse fracasados y una forma de negar dicho fracaso, es ocultar su candidatura al puesto ofertado. En éste caso, el ritual se establece como un mecanismo de defensa personal. Apoya ésta teoría EE5, al comentarlo ante una persona muy cercana:

“Yo creo que tengo opciones a la Dirección, pero no sé si saldré elegida. No me gusta comentarlo entre la gente, porque después, si no salgo, empezarán a hablar y murmurar, que si fue por política, que si no soy apta para el puesto,... y muchas cosas más, que no me gustaría oír”

Por otra parte, también se puede observar la competencia, es decir: si hay varios candidatos a un puesto determinado, para cada candidato lo mejor es que concurran el menor número posible de personas, con el fin de tener más opciones. Ahí, la táctica ritual consistiría en desinteresar por el puesto, comentando con mayor énfasis los problemas que las ventajas, que posee dicho puesto, en un intento de eliminar posibles contrincantes. Desde el punto de vista del candidato, las opciones al puesto serían mayores. Lo comenta EE6 en un pasillo de su centro de trabajo (EE6 era una candidata al puesto, pero aún no se conocía en ese momento):

“No me disgusta esa Supervisión, pero dicen que hay muchos problemas en esa planta y que las supervisoras no duran porque el personal es muy conflictivo, además también dicen que los médicos ¡tienen un carácter! que no hay quién los pare, no creo que me presente”

El diálogo, que figura a continuación, fue recogido entre personal de un Hospital comarcal gallego en una reunión informal de enfermeras en un pasillo, ante el tablón de anuncios en el que aparecía el concurso público para adjudicar un puesto de Supervisión de Enfermería (es decir, un cargo de confianza de nivel intermedio). Entre ellas, se encontraban algunas posibles candidatas. Este diálogo refleja una situación previa al nombramiento de un cargo, en el que la EE9, tenía opciones ala Supervisión y además ya había presentado su solicitud:

EE6 - “¿Sabías que salió en el tablón anunciado el puesto de Supervisión de Consultas Externas?”

EE9 - “Sí, pero como no me interesa. A ver quién se presenta”

EE6 - “Pues me dijeron que te querías presentar tú”

EE9 - “No hagas caso, no me interesa nada, además es un sitio muy conflictivo y poco creativo, pero seguramente que a Pepita, si que le interesa, aunque no sé si valdrá, no tiene carácter”

EE6 - “Bueno, pero a ti te iría bien ese puesto, seguro que te gustaría, además ¿no eres amiga de la Directora?”

EE9 - “No creas, no se lo que haré, pero no creo que me presente”

EE8 - “A mi también me dijeron que te presentabas y que además te apoyaba el Sindicato X”

EE9 - “No os creáis nada, que ya empiezan los cotilleos y siempre se habla de más”

En ambos países, ante una posible promoción profesional, existen tantos tipos de tácticas rituales y de comportamientos como respuestas humanas. Cada persona reacciona de una forma diferente y, a la vez que ocurren hechos como los citados, repetidos en el tiempo, suceden otros similares pero con aspectos diferentes.

4.1.1.6.3 - Carrera profesional en España

En el año 2006, se comenzó a desarrollar la carrera profesional en Enfermería, en diferentes Comunidades Autónomas Españolas. Esta Carrera Profesional premia, con diferentes retribuciones monetarias, la antigüedad en la empresa y los méritos curriculares, según el grado obtenido. Además es similar a la de otros profesionales que trabajan en el ámbito sanitario como Médicos o Auxiliares de enfermería, entre otros.

Es importante diferenciar la carrera profesional en España, que implica un desarrollo personal y profesional en el puesto de trabajo, es decir, constituye un aspecto totalmente individual y referido a una persona concreta, del ascenso profesional, que implica la obtención de un cargo más elevado que el que tenía una persona previamente al ascenso.

En cada Comunidad Autónoma es diferente e incluso hay ciertos Hospitales públicos o privados que tienen su propia carrera profesional, con sus propios requisitos. Los enfermeros implicados valoran las diferencias entre Comunidades y/o Organismos pero, en general, la cuantía económica que supone la obtención de grados de la carrera profesional, no supone necesariamente una preferencia para decidir en que lugar o en que Organismo comenzar a trabajar. Lo comenta EE7, enfermera gallega que trabaja en la Comunidad de Madrid, aunque con intenciones de trasladarse a Galicia:

“En Madrid, pagan mejor que en Galicia, los grados de la carrera profesional, y el sueldo también es más alto, pero aún así, quiero venirme a Coruña, porque aquí está mi familia y aunque gane menos, prefiero estar lo más cerca posible”

El Consejo Asesor de Sanidad, en el que participa el Consejo Nacional de Enfermería, redactó un proyecto acerca de “La carrera profesional de las profesiones sanitarias” en el que cita¹¹⁰:

“La finalidad inmediata de cualquier modelo de Carrera profesional es la motivación e incentivación de los profesionales sanitarios que de forma inmediata se traduce en, competencia sana entre profesionales, reconocimiento social de la tarea desarrollada, premio a los méritos profesionales: asistenciales, científicos y docentes. Que tendría como consecuencias directas, entre otras: profesionales más competentes, mayor calidad asistencial, satisfacción creciente del paciente, perfeccionamiento progresivo del sistema en su conjunto. Los beneficios directos para el conjunto de los ciudadanos y de la sociedad, hacen que el Esfuerzo financiero deba ser asumido por las autoridades sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y por los agentes responsables de la Asistencia Sanitaria privada”

La existencia de una carrera profesional en España, desarrollada a título individual durante toda la vida laboral, supone un incentivo tanto económico como formativo o promocional. Tanto es así que en la Comunidad Gallega (dónde en el año 2009 solamente se había desarrollado el acceso extraordinario a la carrera profesional), la regulación del acceso ordinario a dicha carrera profesional refiere una dura e importante negociación por parte de los Sindicatos representantes de los trabajadores, debido a que los profesionales comienzan a valorar los beneficios de dicha promoción profesional.

Aunque los modelos de promoción profesional sean diferentes, en ambos países, Reino Unido y España, son valorados por los profesionales como un incentivo a su vida laboral. En cada país y por parte de cada profesional de la enfermería, se establece una estrategia de adaptación, pero existe un problema mayor cuando un enfermero cambia de país, ya que en general, conoce el funcionamiento de su Sistema de Salud de origen, y se debe enfrentar a otro Sistema de Salud diferente. Su promoción profesional dependerá de su adaptación y de las estrategias que elabore para conseguirlo.

4.1.2 - OPCIONES DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN REINO UNIDO Y EN ESPAÑA

Una estrategia utilizada desde hace tiempo en diferentes países y en diferentes momentos, consiste en contratar profesionales de enfermería extranjeros, con el fin de resolver las propias carencias de personal. El Reino Unido y también otros países, tuvieron un momento álgido de contrataciones en los años 60-70. En el año 2009, continuaba la misma problemática, incluso acentuada.

En el pasado, parte de la contratación era oportunista o basada en motivaciones o contactos personales, pero en los últimos años, los empleadores han tomado parte activa en la contratación internacional a gran escala. El motor del aumento de la contratación, ha sido, según James Buchan¹¹¹

“La disminución de enfermeras en los mercados laborales de países desarrollados”

El Reino Unido, y también otros países, prevén una necesidad creciente de enfermeras para ocupar vacantes causadas por jubilaciones, pero también por el aumento de la demanda de cuidados debidos, entre otras causas, a los cambios demográficos. Una noticia de prensa en el año 2000, puede servir como ejemplo, un resumen de los párrafos más importantes aparecía en la Lista de correos Metas¹¹²:

El Reino Unido llama a 20.000 enfermeras jubiladas para hacer frente a la gripe

“El Gobierno británico pidió ayer a 20.000 enfermeras ya jubiladas que regresen al trabajo en un intento de evitar que la gripe provoque una crisis sanitaria similar a la que paralizó el pasado año los hospitales públicos. El horario y las condiciones de su vuelta serán flexibles y podrán ganar un sueldo sin poner en peligro su jubilación...”

Por otro lado está el aspecto, no menos importante, de la disminución de estudiantes de enfermería. Se pueden encontrar teorías muy diferentes para justificar ésta escasez, la impresión de E13, enfermera española en Bristol, es que es debido al escaso reconocimiento social y al consiguiente bajo salario, en relación con otros profesionales de menores responsabilidades:

“Pienso que no se estudia para Enfermera por el bajo reconocimiento social y por el bajo sueldo en relación con otras profesiones. Además, la relación enfermera – médico, es algo más distante que en España. La enfermera hace lo que dice el médico”

E11, enfermera española en Cardiff, tiene otra impresión, según ella la gran cantidad de enfermeras que necesita el sistema sanitario británico motiva la escasez, además de los turnos de trabajo a deshora, la responsabilidad o los bajos salarios:

“Pienso que no hay enfermeras porque en el sistema de salud inglés, hay demasiadas categorías de especialización, lo que hace que se necesiten muchas enfermeras, ya que hay una enfermera para cada técnica: una enfermera saca sangre, otra hace preoperatorios, otra pone sondas, etc. (lo que en España hace una sola enfermera, aquí lo tienen que hacer varias) No puede haber una enfermera para cada parte del cuerpo”. Otro motivo para la escasez puede ser los turnos de trabajo, también la responsabilidad y que encima está mal pagada la profesión y no tiene demasiado prestigio social, en el Reino Unido es una profesión más de entre muchas”

A finales del año 2007, la enfermería en el Reino Unido, se enfrentaba a la crisis económica que predominaba en el sector, tal como comentaba E3 en la página de ADEX¹¹³ con el siguiente titular:

“CRISIS DE CONTRATACIONES EN EL REINO UNIDO

El sistema nacional de salud británico se encuentra en una situación económica delicada, con un déficit estimado en 250 millones de libras (375 millones de euros). A pesar de que los sucesivos gobiernos de Tony Blair han aumentado la dotación presupuestaria año tras año, elevando el porcentaje del PIB destinado a sanidad hasta un 7,7% (OECD, 2003), las continuadas reformas estructurales acometidas y los efectos de políticas anteriores al respecto han producido una situación inquietante a todos los niveles.

Para los profesionales de la Enfermería se presenta un panorama impensable hace sólo unos meses, y es precisamente la rapidez con la que se desarrollan los acontecimientos que resulta aun más perturbadora. A una congelación generalizada y masiva de contrataciones en más de la mitad de los Distritos se une la posibilidad de despidos, cuya cuantía difiere según la fuente consultada. Una encuesta del Royal College of Nursing a 56 Distritos sugirió que al menos un 20% de ellos daba por seguro que habría despidos, con otros tantos considerando la medida. Estos despidos se producirían en atención primaria y secundaria antes que en especializada, y afectarían a todos los trabajadores del sistema en general, tanto clínicos como no clínicos, estimándose que el personal de Enfermería representaría un 20% de todos los despidos.

Los efectos morales se han sentido rápidamente, ya que a diferencia de otros sectores económicos en los que los despidos son frecuentes o acostumbrados, el personal sanitario no ha sufrido una crisis similar anteriormente, ni siquiera a mediados de los años 80 después del ‘crack’ financiero. Además de la incertidumbre acerca del propio futuro, se une el desánimo ante la certeza de que las cargas de trabajo por paciente se incrementarán junto a las demandas asistenciales de la población...

Aunque desde diferentes tribunas se ha intentado reducir la gravedad de la situación, por ejemplo señalando que el número de enfermeras contratadas en el sistema de salud se ha incrementado (pero no indicando que muchas de estas enfermeras lo son a tiempo parcial), es de esperar que la calidad asistencial se resienta, se incrementen las bajas por enfermedad temporal y permanente, no se reduzca el número y gravedad de accidentes laborales, y más enfermeras abandonen el sistema público.

Como efecto secundario de estas dificultades, los turnos de agencia o trabajo temporal se han visto reducidos de manera espectacular, ya que resultan mucho más caros que los realizados por personal contratado fijo...

Es un momento delicado, y por lo tanto será necesario extremar la puntualidad, las bajas por enfermedad, aprovechar las oportunidades de demostrar que se está desarrollando un trabajo de calidad, etc.”

NOTA: se han extraído diferentes párrafos debido a la extensión del informe

Reclutar enfermeras procedentes de países diferentes puede ser una solución paliativa pero nunca definitiva. Es muy probable que los flujos de migraciones de enfermeras, sigan existiendo y en niveles elevados, debido en parte a la globalización y a la liberación del mercado laboral. Pero, los países desarrollados necesitan disponer de recursos propios suficientes, para cubrir sus demandas internas.

4.1.2.1 - Programas de Reclutamiento de Enfermeras en España (PRE) hacia el NHS (Nacional Health Service) de la Embajada Británica en España. Años 2000 - 2007

En el año 2000, las autoridades sanitarias del Reino Unido, movidas por la alarmante escasez de enfermeras, habían escogido diferentes países para realizar una campaña de oferta de empleo, entre ellos estaba España. Según las autoridades británicas, escogían España, por la alta cualificación y preparación¹¹⁴ de los profesionales españoles, y a la vez, por la cantidad de profesionales españoles que se encontraban sin un trabajo estable. Este aspecto lo recogían diferentes artículos en la prensa española, como el siguiente:

“Como les gusta subrayar a los supervisores de contratación del NHS (Sistema Nacional Británico de salud) los enfermeros españoles están técnicamente más capacitados que sus homólogos británicos, hasta el punto de que están preparados para hacer cosas que en el Reino Unido reservan a los médicos^{51,}”

El objetivo del Acuerdo firmado en el año 2000 entre los Ministerios de Sanidad de los Gobiernos británico y español, representados por el Ministro Británico de Sanidad Alan Milburn y su homóloga española, Celia Villalobos, pretendía la contratación de 5.000 enfermeras españolas¹¹⁵, para el año 2004, aparte de las contratadas en otros países, con lo que se intentaba poder conseguir completar las 20.000 enfermeras que necesitaban, aunque en un primer momento, hubo problemas con el Consejo General de Enfermeras español por no contar con ellos¹¹⁶.

Antes de esa fecha (y también después), se podían ver diferentes artículos en los medios de comunicación y en las revistas de enfermería de mayor prestigio, promocionando a las enfermeras españolas y escribiendo sobre su adaptación a las costumbres y modos de trabajo del país de acogida, sobre las ventajas de las que iban a disfrutar, sobre los Acuerdos firmados entre los dos países, etc. y también, sobre la fama que iban adquiriendo estas enfermeras, con fotos incluidas. Se pueden observar en artículos con titulares como los siguientes (figuran completos en anexo 1):

Titulares	Periódico	Fecha
“Senorita, it’s time for my blanket bath”	People Today	13 julio 1989
“Spanish acquisition”	Nursing Times	16 agosto 1989
“Overseas staff plugs the gaps”	The Guardian	21 marzo 2001
“Half of new nurses in Britain are from abroad”	The Daily Telegraph	18 julio 2002

A modo de ejemplo, se podía ver en la página de la Embajada Británica en España¹¹⁷ el siguiente artículo, en el año 2003:

Embajada Británica

23-05-03

EL GOBIERNO BRITÁNICO BUSCA ENFERMERAS EN VALENCIA Y BARCELONA

Responsables del Programa de Contratación de Profesionales Sanitarios para trabajar en Inglaterra promovido por el Gobierno Británico viajan esta semana a Valencia y Barcelona para informar a las enfermeras y enfermeros de estas provincias sobre las posibilidades de trabajar en los hospitales del Servicio Público de Salud inglés. Hasta el momento, ya son 720 las enfermeras españolas que se han acogido al programa. Sin embargo, los planes de mejora del Servicio Público de Salud Británico son tan ambiciosos que todavía se hace necesaria la contratación de un mayor número de profesionales.

A principios de 2001, los Ministros de Sanidad de España y del Reino Unido, Celia Villalobos y Alan Milburn, firmaron un convenio, el único de este tipo en Europa, para facilitar la contratación de médicos y enfermeras/os españoles por parte del Gobierno Británico. Hasta la fecha se han contratado 720 enfermeras y 71 médicos. Pero no son suficientes, el nuevo plan para el National Health Service (el INSALUD inglés) que se publicó en julio de 2000, pretende un incremento en los presupuestos dedicados a salud de un 7% anual, en términos reales, en los próximos cinco años. Se prevé, además, la construcción de 100 nuevos hospitales en los próximos diez años.

Este incremento de las inversiones lleva aparejado un plan de apoyo y expansión de la formación sanitaria en el Reino Unido, para ampliar el número de estudiantes que elijan este tipo de carreras. No obstante, a corto y medio plazo se hace necesaria la contratación de un número mucho mayor de profesionales sanitarios que las escuelas del Reino Unido no pueden proveer. España se ha convertido así en uno de los principales proveedores para Inglaterra ya que el sistema de salud pública es similar en ambos países así como el tipo de formación académica.

Desde el inicio del programa, el Gobierno Británico está muy satisfecho con la experiencia ya que los profesionales médicos españoles contratados tienen una muy elevada calidad. Otro motivo de orgullo es el nivel de satisfacción existente entre los profesionales que se han acogido al programa en relación con las condiciones laborales y de apoyo personalizado ofrecidas. Estas razones han motivado la extensión del programa, para lo cual se mantiene una convocatoria permanente. Las personas interesadas pueden encontrar más información sobre como solicitar los puestos en la página www.ukinspain.com/nurses.

El primer grupo de enfermeras que fueron al Reino Unido a través de éste PRE, en el año 2001, estaba formado por 75 profesionales, que fueron destinadas al noroeste de Inglaterra, en la zona de Manchester y alrededores¹¹⁸. Los requisitos solicitados comprendían la titulación necesaria requerida y conocimientos de inglés, y el contrato ofertado era de dos años de duración prorrogables, con un sueldo de 14.800 libras esterlinas (como cualquier enfermera del Reino Unido), aparte de que muchos hospitales también facilitaban alojamiento gratuito o a precios muy bajos. Algunos artículos aparecidos en prensa hablan de la satisfacción de los organizadores¹¹⁹.

En el año 2005, mediante dicho acuerdo, se contrató en España a la enfermera número 1.000¹²⁰, algo publicitado en medios audiovisuales tanto del Reino Unido como de España, según se demuestra en artículos de prensa (anexo....) y en comentarios como el de EM1:

“He visto en la televisión de aquí, la BBC, que ya han contratado a la enfermera nº 1000, por el Programa ese de la Embajada Británica en España, ¡menos mal! ¡Aquí hacen falta muchas enfermeras!”

Entre el año 2004 y el año 2006, se produjo un descenso de contrataciones. Además, en el año 2007, en el Reino Unido, ya se vislumbraba la dificultad de encontrar trabajo como enfermera¹²¹, debido a la crisis económica y a la disminución de contrataciones, tanto por parte del Sistema Nacional de Salud como de otros organismos.

Los resultados iniciales de éste PRE no parecían demasiado satisfactorios, lo comentaba PEE1 en el año 2002, ya que según sus referencias, de todas las enfermeras que habían ido a trabajar allí, solamente quedaban alrededor de 200, es decir, solamente quedaba aproximadamente una cuarta parte, la gran mayoría destinadas en la zona norte de Inglaterra:

“A finales de 2000, se establece un convenio entre Ministerios de Sanidad de ambos países, es un acuerdo de colaboración para traer enfermeras de España a UK, aspiraban a traer 5000 enfermeras españolas, lo que no consiguieron. Actualmente muchas de las que llegan no aguantan ni un año, debido a las condiciones laborales, salarios bajos y nivel de vida alto, además de una difícil relación con los ingleses. En ese año (año 2002) vinieron alrededor de 200 enfermeras, que fueron instaladas en el norte de Inglaterra”

Él argumentaba la corta permanencia, basándose en las dificultades que conllevaba la vida cotidiana en ciudades grandes como Londres:

“La vida es muy difícil en Londres y los funcionarios y trabajadores públicos no quieren vivir allí, por lo caro que está todo, está considerada como una de las ciudades más caras del mundo. Algunos Ministerios fueron trasladados completos fuera de Londres, como por ejemplo, el Ministerio de Hacienda que está en Newcastle”

También, por la difícil adaptación a las condiciones de vida y a la cultura de los pequeños pueblos de esa zona de Inglaterra (ya que según él, conocedor de estas circunstancias, la sociedad británica se socializa de puertas hacia dentro), lo que conlleva problemas de aislamiento y soledad, además de la influencia del clima:

“Por otro lado en Reino Unido es difícil la adaptación social para todos, incluidos alemanes o similares. La vida se hace dentro de las casas, los horarios de trabajo son largos y la escasa vida social se hace en los pubs, entorno a una cerveza, cosa que para chicas (que son la mayoría de las enfermeras) no es a lo que están acostumbradas. Además en el Reino Unido, el tiempo influye porque ayuda a deprimirse: la lluvia, ciudades muy pequeñas, sin tiendas o centros comerciales, etc. es decir, que el tiempo libre de una persona extranjera es difícil ya que no hay

entretenimientos. A veces piensan que el pueblo a dónde van está cerca de Londres, con buenas comunicaciones, y después ni está tan cerca ni las comunicaciones son tan buenas”

E12, es un ejemplo, llegó a Ipswich a través del PRE, y pensaba que Ipswich sería una ciudad más grande y tendría más actividad:

“Bueno, Ipswich no es que estuviera mal, pero yo quería vivir en una ciudad con más ambiente y dónde poder hacer más actividades, Ipswich era muy rural y se vivía cara a dentro, es decir, dentro de las casas y muy poca vida fuera, por eso pedí para un Hospital en Londres”

Muchas enfermeras que fueron al Reino Unido a través del PRE, salieron de España con unas expectativas muy diferentes a la realidad que se encontraron. Como se puede apreciar en la tabla de datos, proporcionada por la Embajada Británica en España (que figura en la página 118), algunas enfermeras regresaron antes de completar los dos años de permanencia en el país. El porcentaje era relativamente elevado: un 14%, a finales del año 2003. PEE1, desde la Embajada Española en el Reino Unido, aportaba sus ideas acerca de las personas que vienen con el PRE y también, del propio Programa:

“Los españoles que vienen por el PRE, posiblemente vienen buscando una aventura programada y planificada y normalmente encuentran mas problemas que las personas que vienen por su cuenta. Eso pasó en la Agregaduría Laboral Española cuando traían enfermeras con un Programa propio. Se dejó de hacer porque en los Hospitales les ofertaban unas cosas y en la realidad eran otras muy diferentes. Me parece que pasa algo similar con el Programa de la Embajada Británica, aunque ellos dicen que es un éxito”

E10, se fue a Londres por su cuenta, sin el apoyo de ningún programa especial. Él comentaba los fallos que, desde su punto de vista, puede tener el PRE, entre ellos el de agrupar a españoles:

“Pienso que el PRE tiene fallos: si los españoles van juntos en grupo a un Hospital o pueblo, no tienen necesidad de relacionarse con otras personas ingleses o de otros países, por lo que lo pasan más mal, al ir solo te obligas a relacionarte más, aunque sea fuera del Hospital. Los ingleses en el trabajo son poco acogedores, van a lo suyo y ya está, aunque con tiempo puedes llegar a tomar café con alguno”

Según datos del año 2009¹²², el ratio de enfermeras por cada 100.000 habitantes en el Reino Unido, era de 1.241,42, frente al ratio español que sitúa el número de enfermeras por cada 100.000 habitantes en 531, siendo la media europea de 808 enfermeras. En el año 2002 el número de enfermeras trabajando, y registradas en el UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and

Health Visiting), era de 634.229, aunque, según las autoridades, se necesitarían muchas más, alrededor de 20.000 enfermeras más.

En España, el PRE, se ha canalizado a través de campañas de comunicación y búsqueda de trabajadores, en Colegios Oficiales, Escuelas de Enfermería, medios de difusión, etc. y también a través de personas que colaboraban con la Embajada, entre ellas Macarena, enfermera española, que participó en la instauración del PRE de enfermeros/as españoles/as, debido a su conocimiento del sistema británico y de sus Hospitales, tal como referencia EI1:

“Pasado mañana me voy a Inglaterra. Mi interés es el de seguir unos cursos, interesantes para mi, por el trabajo que desarrollo. Como no me lo puedo permitir, intentaré ayudarme económicamente haciendo algún trabajo que no me impida estudiar. He estado en contacto con la Embajada Británica. En el 91-7008386, he encontrado a Macarena Romero, una enfermera española, que por su cuenta hace un par de años se fue a trabajar a Inglaterra, y ahora está colaborando con la Embajada en el programa de reclutamiento de enfermeras en nuestro país. He comentado a Macarena Romero la posibilidad de que se la pueda llamar para pedir información, y ya está esperando vuestras llamadas”

Como sucesora de Macarena, y ejerciendo de representante del programa de Reclutamiento de la Embajada Británica en Madrid, estuvo EB1 (que no es enfermera). Durante una entrevista en Octubre de 2003, comentaba diferentes aspectos del Programa, comenzando por explicar en que consistía:

“El Programa de Reclutamiento de Enfermeras de la Embajada Británica dio comienzo en el año 2000. En primer lugar le presentamos el Programa a alumnos del último curso de la Diplomatura de Enfermería, en su propia Escuela de Enfermería, durante la presentación les facilitamos un formulario de solicitud y un teléfono de contacto, también presentamos el Programa en Colegios Profesionales de Enfermería y en otros lugares que nos requieran. Más tarde, los futuros enfermeros interesados u otros enfermeros, solicitan una entrevista y se les asigna una cita, que suele realizarse en dos zonas de España diferentes, según la procedencia de las solicitudes, intentando juntar entre 200 y 300 personas.

La entrevista se desarrolla completamente en inglés y se divide en tres partes. Una primera parte por la mañana, con un asesor de idioma (es una persona del British Council), que dura aproximadamente 15 minutos. En ella, los aspirantes deben escribir una redacción en inglés acerca de un tema propuesto, aunque lo que más se valora es la comprensión y la forma de expresarse. La entrevista es muy sencilla y general, pero suele haber actualmente muchos aspirantes por lo que la selección es más dura”

Contrarrestando la opinión de EB1, se encontraron testimonios como el de EI4, que explicaba su experiencia durante la citada entrevista para conseguir un trabajo de enfermera en el Reino Unido¹²³:

“Hola, pues mira, primero te hacen hacer una redacción en inglés, para que cuentes que haces en un día normal de trabajo como enfermera, a que tipo de pacientes ves, que materiales usas, etc. si no has trabajado nunca, pues tus prácticas, eso le sirve luego a una asesora de idioma para valorar tu nivel de inglés, luego entras, junto con otra persona a entrevistarte con la asesora y os hace hablar entre vosotros para valorar que tal os defendéis hablando inglés”

O el de EI18, que también comentaba su experiencia referente a las exigencias del idioma, en el citado Programa, en febrero de 2002:

“En cuanto al nivel de inglés, no es para nada bajo el que te exigen, es el necesario para llevar todo el papeleo y enterarte bien de la evolución del paciente, y cuanto más rápido seas tu capaz de hacerlo todo sale mejor ya que van muy necesitados de personal”

EB1 continúa explicando el proceso de la entrevista de selección del citado PRE, concretamente lo que llama segunda parte, es decir, dónde los representantes de los Hospitales británicos explican como es su Sistema de Salud y sus Centros:

“A mitad del día se hace un receso, y después un representante de cada Hospital inglés ofertante explica cómo es su Centro, condiciones, curiosidades, vida social de la zona, etc. durante aproximadamente 10 minutos. A continuación los candidatos intervienen con preguntas. Y seguidamente, el enfermero aspirante elige Hospital y, ya empiezan las entrevistas concretas entre cada Hospital y sus candidatos, durante aproximadamente 20 minutos”

EI4 tiene su propia visión de la experiencia, acerca de éste apartado concreto de la entrevista:

“Luego los Hospitales se presentan y vosotros tenéis que elegir uno de ellos, y ese Hospital será el que os haga la entrevista en inglés (repito tanto lo esto de inglés porque había llegado gente creyendo que la entrevista no la hacían en inglés) Luego el Hospital te suele hacer preguntas del tipo: hálame de ti, porque has hecho enfermería, porque quieres irte a trabajar al reino Unido, que crees que vas a ganar de ésta experiencia, que áreas no te gustan para trabajar, como crees que influyen los distintos miembros del equipo multidisciplinar en el paciente, como sabes que estas haciendo bien tu trabajo, que ayuda crees que necesitaras allá en UK, que harías si ves que una compañera tuya da un medicamento equivocado a un paciente, que harías si ves discutir a una enfermera y un paciente, que harías si estás sola en un planta a cargo de 20 pacientes con tres Auxiliares y te llaman de Urgencias para ingresar a un paciente. Y ya está, luego te dicen que si quieres hacer alguna pregunta”

Prosigue EB1 con la explicación de la tercera parte de la entrevista:

“Después, los representantes del Programa en España se reúnen con los representantes de cada Hospital británico, y deciden los posibles candidatos; algunas veces, a un candidato se le puede ofertar un Hospital al que no se presentó, la solución se resuelve a la semana siguiente. A continuación, es decir, a la semana siguiente aproximadamente, se llama a todos los aspirantes tanto seleccionados como no seleccionados, comentándoles la resolución, y también se les envía por escrito.

A la presentación suele acudir una enfermera española que esté trabajando en Gran Bretaña y que en su día emigró a través del Programa, además se intenta que sea de la zona dónde se desarrolla la entrevista en España, con el fin de que aparte de colaborar con nosotros, pueda ver a su familia, en el mismo viaje”

Una vez finalizada la entrevista, así como el proceso de selección y adjudicación de puestos de trabajo de enfermería en Hospitales del Reino Unido, los enfermeros seleccionados, partían hacia sus puestos en el Reino Unido, en un tiempo determinado, y con una somera información de su nuevo puesto de trabajo. EB1, lo explica:

“Los seleccionados, suelen partir hacia el Reino Unido, durante el mes y medio o dos meses siguientes y antes de partir, alguna persona de la Embajada Británica en España, les comenta algo de forma superficial, sobre, la ciudad dónde está situado el Hospital al que van a ir a trabajar, la cultura inglesa: horario de comidas, pubs,... y otras pocas cosas por el estilo”

Aunque E5, que se fue a través del PRE al Hospital de Ipswich, ofrecía una opinión que contrastaba con lo que expresa EB1. Ella pensaba, antes de salir de España, que la ciudad sería muy interesante (según sus palabras) y que podría combinar su trabajo con los estudios de Antropología. A los cuatro meses de estar allí, comentaba todo lo contrario:

“La ciudad horrible, nada que ver con lo que nos vendieron en la entrevista y, bueno, a pesar de todo seguimos aquí (de 15 se han ido 2) pero ya por cabezonería y la gente de la Embajada no ha hecho ni preguntar como nos va. La Antropología, renuncié a la matrícula, porque he visto que aquí imposible, el tiempo libre lo necesito para mí y en caso de estudiar tiene que ser inglés, que falta me hace”

Continúa EB1, explicando su punto de vista del PRE desde la Embajada Británica:

“Al llegar al Reino Unido, los recoge una persona representante del Hospital al que van a trabajar en el aeropuerto, y una vez allí, al llegar al Hospital también tienen alguien, que los ayuda en los trámites oficiales: Banco, alojamiento, apoyo logístico, etc.

El Hospital les proporciona un alojamiento, que puede ser dentro o fuera del Hospital (habitaciones dentro del propio edificio del Hospital o casas divididas en habitaciones, que están situadas cerca del Hospital y le pertenecen), o incluso alojamiento en familias o en pensiones.

En el Hospital, tienen una persona que les ayuda en su integración en el trabajo de la Unidad a la que están destinados (Mentor) y que siempre debe ser el mismo.

Cobran desde el primer día que llegan al Hospital, aunque no puedan trabajar.

El papeleo lo hace todo la Embajada; cada enfermero tiene que registrarse en NMC (Nursing Midwifery Council) y, aunque se lo tramita la Embajada, el costo recae en los enfermeros, ya que es obligatorio estar registrado para trabajar.

El contrato lo firman de Grado D, el Hospital los va ascendiendo, en función de su aprendizaje, de su valía y sobre todo, de las necesidades que tenga en ese momento.

Ganan alrededor de 29.000 euros anuales, es el sueldo base y en Londres tienen un plus, lo que les suele bastar e incluso les permite en algunos casos ahorrar”

Los implicados referían su experiencia en éste aspecto, desde diferentes puntos de vista, tanto desde las grandes diferencias entre Hospitales como desde las vivencias personales. E13, que trabaja en Bristol, al principio como enfermera y posteriormente como Matrona, describía su experiencia de forma muy similar a como lo expresa EB1:

“Por la Embajada tuve que realizar dos entrevistas, a la segunda conseguí ir a Bristol. Al llegar allí, estuve 15 días realizando un curso de inglés (en una de las mejores escuelas) y adaptándome, sin trabajar, además nos enseñaron la ciudad y alrededores. Durante este periodo, nos pagaron igual y nos buscaron alojamiento en una casa del hospital que quedaba a quince minutos andando. Después comenzamos a trabajar y durante quince días estuvimos con un “Mentor” para adaptarnos. Al principio mis compañeros me ayudaban y no esperaban que hiciese muchas cosas. No tuve problemas porque había un buen clima de trabajo y si había problemas era por parte de las inglesas que se “escaqueaban”

Unos hacían un balance positivo, como E6, aunque decía que lo pasó mal. Lo explicaba, con su propio y particular lenguaje, en una carta escrita por ella (matizando que está transcrita literalmente):

“La verdad es k no se por dónde empezar a kontarte jeje, va para 4 meses k estamos aki y es difícil resumir tanto tiempo en pokas líneas. Mi balance general d esta experiencia es positivo, pk la verdad es k me siento bastante orgullosa de lo k estoy haciendo, esto no es nada fácil y ya hay gente k lo ha dejado y se ha ido, d hecho yo estuve a punto de hacerlo pk la organización no ha sido muy buena k digamos.

Lo primero k paso fue el lugar donde Vivian algunas d las familias kon las k vivimos, yo tuve suerte... k vivía a 5 minutos de autobús pero había gente k tenia k coger dos autobuses y otros k las familias no fueron muy amables kon ellos.

Después ha habido un poko d todo, el día d introducción al Hospital nos lo dieron kuando ya llevábamos tres meses aki... nadie se encargó d ensiniarme nada en esos dos meses k tenemos de “training”...”

Otras personas, como E11 que fue a Cardiff a través del citado PRE, valoraban positivamente su experiencia, acorde, aunque solamente en algunos aspectos, con lo comentado por EB1:

“Cuando llegué, me recibió la misma persona que me hizo la entrevista en España, después nos llevaron a la casa dónde viviríamos, que era contratada por una agencia que trabaja para el Hospital. Al llegar me dieron 250 libras para mis gastos, ya que no cobré hasta el mes siguiente, ahora me están descontando poco a poco los gastos que originé, también me abrieron una cuenta en el Banco y me arreglaron todos los papeles y también el seguro de médico de cabecera. Entre los gastos están: billete de avión, primer mes de casa y fianza, y las 250 libras. A Cardiff, llegué con gente que no conocía y al día siguiente ya fui a trabajar, allí nos dieron charlas “muy light” de conocimiento y situación del Hospital. Luego, la enfermera que nos recibió, se desentendió de mí, no así de las que iban a UCI. Desde ese momento solo me relacionaría con la Sister (Supervisora) El periodo de aprendizaje fue difícil, empecé a trabajar al día siguiente de llegar, y durante un mes siempre acompañada de una persona que podía cambiar.”

También E12, que fue al Hospital de Ipswich, en enero de 2004:

“En mi planta de trabajo siempre me sentí bien y valorado, aunque no me gusta la planta que me asignaron: Medicina Interna Geriátrica. Gano actualmente 17.500 libras al año, con nivel D. En Ipswich ganaba alrededor de 1.300 libras al mes, pagaba de vivienda 35.000 Pts. al mes. El primer mes en una Residencia fue gratis, después alquilamos un piso de cinco habitaciones entre cinco personas.”

Otras personas, como E5, desde Ipswich, tuvieron experiencias más negativas, difiriendo de lo comentado por Mónica:

“La verdad que no estamos muy contentos aquí, todo es bastante diferente a lo que nos dijeron: a nivel del Hospital, el primer palo fue que vivíamos muy lejos (como a una hora y cogiendo dos autobuses), es cierto que otros vivían más cerca.

Nadie habla español y la primera semana estuvimos firmando papeles que ni nos enteramos: para el banco, la pensión para un futuro aquí (que por supuesto no queríamos pagar) pero da igual porque entonces pagas mas taxas,...

En cuanto a ayudarnos a encontrar casa: nos dieron un papel con las agencias de aquí, cuando eso ya lo teníamos más que sabido, que ya nos conocían en todas las agencias.

Yo trabajo en quirófano y bueno, bien, pero las de planta están bastante mal: no les explicaban mucho, había gente que no sabía ni que tenían que hacer con nosotras.

Bueno, a pesar de todo seguimos aquí (de quince se han ido dos) pero ya por cabezonería.

Y la gente de la Embajada no ha hecho ni preguntar como nos va...”

EB1 continúa, comentando que los responsables del PRE, visitaban a los enfermeros contratados en su lugar de trabajo, de forma periódica:

“Actualmente tenemos entre 763 y 800 enfermeros que fueron a través de su programa, a los que yo u otra persona del Programa en España visitamos cada cierto tiempo por los diferentes Hospitales dónde están trabajando, para hacer un seguimiento, suelen ser recién diplomados, y generalmente, permanecen en Reino Unido alrededor de año y medio.

Actualmente (octubre 2003) la mayoría de los enfermeros españoles del Programa proceden de Andalucía, Málaga especialmente, supongo que por el paro, aunque su inglés es peor que el de otras zonas españolas, gallegos también hay, pero son pocos.

Dicen estar contentos, cuando les pregunto tanto desde la Embajada Británica en Madrid como cuándo los vamos a ver personalmente.”

Éste último párrafo, contrasta bastante con lo referido por E5, aunque su experiencia en Ipswich, en el momento de la entrevista, era solamente de cuatro meses:

“Nada que ver con lo que nos vendieron en la entrevista y la gente de la Embajada no ha hecho ni preguntar como nos va”

Por otra parte, testimonios como el de EI2, valoraban la experiencia como positiva, y en 2001 aconsejaba ir a trabajar a Inglaterra a través del citado Programa:

“Estoy trabajando en un Hospital de Inglaterra y la verdad es que ha sido una experiencia muy positiva. Pero tienes que tener mucho cuidado con las agencias, ya que al igual que nos cuentan nuestros compañeros de Italia, aquí hay fraudes. Te aconsejo que al igual que yo te vengas a través del NHS (Nacional Health Service) que es el sistema público de salud aquí en Inglaterra. Llamando a la Embajada inglesa en Madrid ellos te informaran de todo”

Los enfermeros participantes en el Programa podían escoger a que Hospital querían ir, incluso en algunas ocasiones, también escogían el Servicio dónde deseaban trabajar. EB1, responsable del Programa en España, lo explicaba:

“El hospital lo eligen los propios enfermeros, previamente cada Hospital se oferta y explica el perfil del enfermero que necesitan. El Hospital siempre ofrece a los enfermeros que comiencen a trabajar en él, un curso de 4 – 6 semanas de duración, a veces hasta 9 semanas, que incluye clases de inglés, adaptación al trabajo enfermero en Reino Unido, organización, etc. además de un curso (ellos lo llaman “training”) de 1 ó 2 días para cada técnica en concreto (medicación, sondajes, análisis, EKG, inserción catéteres,...)

Los enfermeros pueden elegir el Servicio a dónde quieren ir (es decir, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urgencias, etc.), siempre que tengan experiencia en el mismo, si no la tienen, suelen estar en una planta normal de Hospitalización general: suele ser una planta de Medicina Interna o Geriátrica, o también rotando por diferentes Servicios, con el fin de que conozcan el Hospital y el sistema de trabajo inglés.

La zona geográfica, también la eligen: suelen escoger el sur del Reino Unido ó cerca de Londres, porque les parece que llueve menos ó porque quieren estar cerca de la gran ciudad que es Londres, aunque muchos también acaban yendo al norte por la gente, por su amabilidad o por el Servicio, es decir, por poder escoger, el Servicio a dónde quieren ir (Cuidados Intensivos o Urgencias, sobre todo)

El programa solamente abarca Inglaterra y Gales, Escocia no, ya que los estudios de enfermería, son diferentes a los de las otras regiones británicas”

Pero testimonios como el siguiente, advertían de las diferencias entre lo que describía EB1 desde la oficialidad de la Embajada Británica y como representante del Programa, y lo que ocurría en el día a día del trabajo de las enfermeras, en el Reino Unido. EI5 comentaba así su experiencia:

“Soy una de esas enfermeras españolas que se fueron de acuerdo con lo que has contado sobre Macarena, desde luego que viene bien para coger puntos para las bolsas de trabajo sobre todo si no se tiene nada concreto en nuestro país, pero antes de ir os informaros bien del servicio en que os meten a trabajar. La gente que está en Quirófano y Cuidados Intensivos muy bien, pero si os meten en una planta médica ¡huid! Al menos por mi experiencia, que ha sido de lo más frustrante, porque el trabajo de los grados D es mínimo y no te dejan hacer nada de lo que estamos acostumbrados en España... Según Macarena también sería fácil cambiarnos si no estábamos a gusto en nuestras plantas y después de torearne durante 8 meses me tuve que cambiar yo por mi cuenta a otro Hospital porque no les interesaba quitarme de una planta a la que ni los ingleses querían ir. Solo avisaros por tanto que no es tan bonito como lo pinta, informaros bien primero de vuestra labor. A lo mejor hay quién no le importa trabajar allí”

Al preguntarle a EB1, si los enfermeros que fueron al Reino Unido a través del PRE, solían permanecer mucho tiempo allí, ella respondió:

“Los enfermeros no suelen tener intención de permanecer: la media es de un año de estancia; algunos vuelven en verano y también hay unos pocos que permanecen desde que empezó el Programa; hay personas que no aguantan y regresan. En éste caso se tienen que costear el regreso y tiene que avisar con 4 semanas de antelación si renuncian al contrato. Los más satisfechos están en Manchester y en Stockport, sobre todo en referencia a la gente con la que trabajan, conviven y a la que atienden, también al ambiente en el que trabajan, aunque se quejan del clima y, si están en un pueblo pequeño, de las pocas diversiones que tienen. Las principales quejas que nos comentan son: tener que realizar los “training” de actividades que ya saben ejecutar mejor que los ingleses y del alojamiento que les facilita el Hospital, además de la adaptación “

A lo largo de las entrevistas realizadas se ha constatado, en algunos casos, lo que expresa EB1, referente a las expectativas de permanencia. E11, de Ferrol (regresó en 2006) lo refería así en el año 2004:

“Tengo novio en Ferrol, empecé con él justo antes de ir a Cardiff y tengo mucha morriña. Muchas veces me planteo si estoy haciendo lo correcto. Me planteo regresar pronto, aunque me siento bien y bien tratada”

E12 consideraba buena su experiencia, aunque difícil, y la expectativa que tenía de dos años pensaba que se alargaría:

“Pienso ahora que al principio fue difícil, pero desde luego que no me arrepiento, tanto es así que yo venía para dos años y estoy pensando en quedarme aquí”

Por su parte, PEE1, periodista de la Embajada Española en el Reino Unido, en el año 2002 comparaba los resultados del PRE con los del Programa que llevó a cabo la Embajada española en Londres, antes del año 2000:

“Con el convenio establecido entre los Ministerios de Sanidad de ambos países (Reino Unido y España) a finales de 2000, para traer enfermeras de España aquí, al Reino Unido, aspiraban a traer 5000 enfermeras españolas, pero aún no lo consiguieron. En ese año (2002) vinieron alrededor de 200 enfermeras, que fueron instaladas en el norte de Inglaterra. Tengo mis dudas de que lo consigan: las condiciones laborales, los salarios bajos y nivel de vida alto, la difícil relación con los ingleses, y muchas más cosas. Nos pasó a nosotros, cuando traíamos enfermeras a través de la Agregaduría Laboral Española con nuestro propio Programa. Dejamos de hacerlo porque en los Hospitales les ofertaban unas cosas y en la realidad eran otras muy diferentes. No se si pasará algo similar con el Programa de la Embajada Británica, aunque ellos dicen que es un éxito”

A continuación figuran los datos facilitados por la representante del PRE, sobre las contrataciones, el número de enfermeras, el Hospital de ubicación de cada enfermera y nivel profesional, las enfermeras que estaban especializándose y el número de enfermeras que ya habían retornado. Estos datos corresponden al periodo comprendido entre el comienzo del Programa en el año 2000 y finales del año 2003.

Enfermeras españolas trabajando en Reino Unido en Diciembre 2003, a través del Programa de Reclutamiento de la Embajada Británica en España					
Hospitales	Número de Enfermeras	Fecha de comienzo	Trabaja Dic. 2003	Nivel profesional	Regreso antes de 2 años
Blackpool Victoria	19	Marzo 2001 (3)	3: más de 2 años	Grado D: 2 Grado E: 1	
		Enero 2002 (15)	11	Grado D: 11	4
Preston & Chorley	5	Marzo 2001			5
Morecambe Bay	3	Marzo 2001	1: más de 2 años	Grado D: 1	2
Chelsea & Westminster	5	Octubre 2001	3	Grado D: 2 Grado E: 1	2
East Kent	26	Octubre 2001 (11)	9 (4 estudiando Matrona)	Grado D: 9	2
		Abril 2002 (15)	7	Grado D: 7	8
St. Mary's	65	Junio 2001 (17)	11 (2 estudiando Matrona)	Grado D: 11	6
		Julio 2001 (22)	15 (1 estudiando Matrona)	Grado D: 13 Grado E: 1 Grado F: 1	7
		Octubre 2001 (27)	20 (4 estudiando Matrona)	Grado D: 18 Grado E: 1 Grado F: 1	7
Stockport	116	Julio 2001 (8)	4	Grado D: 4	4
		Octubre 2001 (36)	24	Grado D: 24	12
		Abril 2002 (2)	2	Grado D: 2	
		Septiembre 2002 (16)	15	Grado D: 15	1
		Abril 2003 (27)	27	Grado D: 27	
		Septiembre 2003 (18)	18	Grado D: 18	
		Enero 2004 (9)			
Royal Brompton	6	Octubre 2001	2 (1 estudiando Matrona)	Grado D: 2	4
Ashford & St. Peters	12	Enero 2002	10 (estudiando Matrona)	Grado D: 9 Grado E: 1	1 Cambio de Hospital: 1
Frimley Park	10	Enero 2002			6 Cambio de Hospital: 4
Trafford	29	Octubre 2002 (19)	17	Grado D: 17	2
		Enero 2003 (10)	10	Grado D: 10	
Wigan	5	Junio 2001	3	Grado D: 3	2
St. Helens	24	Enero 2002 (14)	12	Grado D: 12	2
		Abril 2002 (10)	10	Grado D: 10	
Bristol	10	Abril 2002	7 (estudiando Matrona)	Grado D: 6 Grado E: 1	3
Royal United Bath	48	Abril 2002 (7)	7	Grado D: 7	
		Enero 2003 (8)	8	Grado D: 8	
		Abril 2003 (23)	23	Grado D: 23	
		Enero 2004 (10)			
Queen Elisabeth	7	Octubre 2001	1	Grado D: 1	6
Maidstone	4	Octubre 2001	3	Grado D: 3	1
King's College	7	Octubre 2001	4	Grado D: 2 Grado E: 2	3
Hertfordshire	12	Abril 2003	12	Grado D: 12	
Papworth	44	Octubre 2002 (24)	24	Grado D: 24	
		Noviembre 2002 (3)	3	Grado D: 3	
		Febrero 2003 (6)	6	Grado D: 6	
		Mayo 2003 (11)	11	Grado D: 11	

Princesa Alexandra	58	Septiembr2002 (9)	6	Grado D: 6	3
		Octubre 2002 (12)	12 (1 estudiando Matrona)	Grado D: 12	
		Noviembr2002 (7)	7	Grado D: 7	
		Enero 2003 (9)	9	Grado D: 8 Grado E: 1	
		Noviembr2003 (11)	9	Grado D: 9	1 Cambio Hospital: 1
		Enero 2004 (10)			
Plymouth	33	Enero 2002 (14)	12	Grado D: 12	2
		Abril 2003 (19)	19	Grado D: 19	
Royal Bershire & Battle	19	Octubre 2001 (6)	4	Grado D: 4	2
		Enero 2002 (6)	5	Grado D: 5	1
		Enero 2003 (7)	7	Grado D: 7	
Rnoh	3	Oct. 2001			3
South Tees	41	Abril 2002 (10)	9	Grado D: 9	1
		Octubre 2002 (17)	17	Grado D: 17	
		Febrero 2003 (14)	14	Grado D: 14	
Southport	9	Enero 2003	8	Grado D: 8	1
Warrington	11	Junio 2001	4	Grado D: 4	5 Cambio de Hospital: 2
Epsom	31	Enero 2002 (9)	¿		
		Noviembr2002 (12)	12	Grado D: 12	
		Octubre 2003 (10)	10	Grado D: 10	
Addenbrookes	14	Mayo 2003 (5)	5	Grado D: 5	
		Enero 2004 (9)			
Norfolk & Norwich	10	Octubre 2002	9	Grado D: 9	1
James Paget	19	Abril 2003 (10)	9	Grado D: 9	1
		Septiembr2003 (9)	9	Grado D: 9	
West Hertfordshire	8	Abril 2003	8	Grado D: 8	
Ipswich	46	Septiembr2003 (9)	9	Grado D: 9	
		Octubre 2003 (14)	14	Grado D: 14	
		Enero 2004 (11)			
		Febrero 2004 (12)			
Cardiff and Vale	4	Enero 2004 (4)			
Barts and The London	3	Enero 2004 (3)			
Totales	766		570 Febrero 2004: + 68 Estudia Matrona: 30	Grado D: 559 Grado E: 9 Grado F: 2	Regreso antes de 2 años: 111 Cambio de Hospital: 8

Resumen datos anterior tabla

Hospitales	Nº Enfermeras	Trabaja / Próximam	Grado D	Grado E	Grado F	Estudia Matrona	Regreso / Cambio
Blackpool Victoria	19	14	13	1			4
Preston & Chorley	5						5
Morecambe Bay	3	1	1				2
Chelsea&Westminster	5	3	2	1			2
East Kent	26	16	16			4	10
St. Mary's	65	46	42	2	2	7	20
Stockport	116	90/9	90				17
Royal Bromptom	6	2	2			1	4
Ashford & St. Peters	12	10	9	1		10	1 / 1
Frimley Park	10						6 / 4
Trafford	29	27	27				2
Wigan	5	3	3				2
St. Helens	24	22	22				2
Bristol	10	7	6	1		7	3
Royal United Bath	48	38 /10	38				
Queen Elisabeth	7	1	1				6
Norfolk & Norwich	10	9	9				1
Maidstone	4	3	3				1
King's College	7	4	2	2			3
Plymouth	33	31	31				2
Hertfordshire	12	12	12				
Papworth	44	44	44				
Princesa Alexandra	58	43/10	42	1		1	4/1
Royal Bershire&Battle	19	16	16				3
Rnoh	3						3
South Tees	41	40	40				1
Southport	9	8	8				1
Warrington	11	4	4				5 / 2
Epsom	31	22 ₂	22 ₂				2
Addenbrookes	14	5/9	5				
James Paget	19	18	18				1
West Hertfordshire	8	8	8				
Ipswich	46	23/23	23				
Cardiff and Vale	4	/ 4					
Barts and The London	3	/3					
Totales	766	570/68	559	9	2	30	111/8

Este Programa continuó hasta finales del año 2006, momento en el que, la Embajada Británica en España, anunciaba que en el año 2007, suspendía el PRE como tal, es decir: campañas, visitas a Escuelas de Enfermería, entrevistas, etc. Aunque, si algún o alguna enfermero/a deseaba ir a trabajar como enfermero/a al Reino Unido, desde la Embajada, le orientaran y facilitarían los trámites oficiales. Tal como es posible observar en el siguiente documento¹²⁴:

Trabajar en la Sanidad Pública y Servicios Sociales de Reino Unido

Historia del programa

A finales del año 2.000, los entonces Ministros de Sanidad de España y del Reino Unido, Celia Villalobos y Alan Milburn, firmaron un convenio para facilitar la contratación de médicos y enfermeros españoles por parte del Servicio Nacional de Sanidad del Reino Unido, el National Health Service (NHS), que equivale al antiguo INSALUD español

En julio de 2000, el Servicio Nacional de Sanidad del Reino Unido publicó un proyecto, el denominado NHS Plan que contemplaba la construcción de cien hospitales y de cuatrocientos centros de atención primaria así como la creación de miles de puestos de trabajo. España ha sido el primer país al que se ha acudido por su muy elevado nivel formativo y la similitud la formación con respecto a la del Reino Unido.

En enero de 2001 la Embajada Británica en España puso en marcha un programa de contratación con la colaboración del Ministerio de Sanidad Británico (Department of Health) con el objetivo de contratar a estos profesionales sanitarios para el NHS (Nacional Health Service) en el Reino Unido. El programa, a lo largo de estos 5 años ha resultado un éxito y a través de él y hasta la fecha, se han contratado en total más de 1,500 profesionales entre sanitarios y trabajadores sociales españoles.

La Embajada Británica, en nombre del Ministerio de Sanidad Británico (DH) y del National Health Service (NHS) **quiere dar las gracias a todos estos profesionales** que con su dedicación, esfuerzo y buen hacer, han contribuido a mejorar la sanidad Pública en Reino Unido.

En este momento, la situación del NHS ha cambiado mucho en parte gracias a todos los profesionales extranjeros así como al aumento en las plazas de formación, la mejora de las condiciones de empleo y flexibilidad laboral. Por ello ha llegado el momento en el que los programas de contratación internacionales se vean paralizados. **Lamentablemente la Embajada Británica ya no va a contratar más profesionales de la salud ni Trabajadores Sociales.**

Sin embargo, si aún así te interesa trabajar o estudiar en este país y conocer de este modo el funcionamiento de otro sistema público de Sanidad y/o Servicios Sociales, te recomendamos que visites nuestras páginas. En ellas encontrarás una serie de consejos y enlaces de interés que te guiarán en tu búsqueda.

¡Mucha suerte!

Para ayudarte a dar el paso, aquí te facilitamos una serie de páginas para que puedas consultar :

El National Health Service	NHS
Ministerio de Sanidad Británico	Department of Health
Carreras Profesionales en el NHS	NHS Careers
Ofertas de Empleo en el NHS	NHS Jobs
Información General sobre Reino Unido	Visit Britain
Alojamiento en Reino Unido	Find a Property
Educación: Estudiar en Reino Unido	British Council

¿Qué hacer para trabajar en Reino Unido?



Diplomados en [Enfermería](#)



Licenciados en [Farmacia](#)



Diplomados en [Trabajo Social](#)



Especialistas en [Medicina de Familia Y Comunitaria](#) vía MIR



Especialistas en [Psiquiatría, Anestesiología, Radiología, Histopatología](#) vía MIR



Licenciados en [Odontología](#)

La noticia ocasionó diferentes interpretaciones desde que empezó a vislumbrarse, así la Organización Colegial de Enfermería puntualizaba la noticia en julio de 2006¹²⁵:

“La Embajada Británica continúa contratando enfermeras españolas para trabajar en hospitales del

Reino Unido. Madrid, 27-07-2006

Ante las recientes publicaciones en algunos medios informando de la cancelación del programa de contratación de enfermeras españolas para trabajar en hospitales británicos, la Embajada Británica desea aclarar que el Gobierno del Reino Unido no ha anunciado el fin de los programas de contratación de enfermeras extranjeras del Servicio Nacional de Salud (NHS) ingles, según informa la Embajada Británica en Madrid.

El programa de contratación que lleva acabo el Ministerio de Sanidad Británico (Department of Health) en la Embajada Británica en España sigue contratando médicos, dentistas, farmacéuticas, trabajadores sociales y enfermeras según la demanda del NHS.

La decisión del Reino Unido de no contratar enfermeras recién tituladas de determinados países (entre los que no se incluyen los países miembros de la Unión Europea), no significa el final del programa de contratación, sino que los hospitales tienen que demostrar que no pueden cubrir los puestos con enfermeras británicas o de la Unión Europea y que, por lo tanto, necesitan recurrir al Ministerio del Interior británico para solicitar un permiso y contratar a un solicitante de otro país.

E3 lo aclaraba en el Foro de ADEX en junio 2007, basando su opinión en la cautela del Gobierno Británico hacía el déficit y la crisis económica:

“Las razones aducidas por parte del Reino Unido son, y corto y pego: "En este momento, la situación del NHS ha cambiado mucho en parte gracias a todos los profesionales extranjeros así como al aumento en las plazas de formación, la mejora de las condiciones de empleo y flexibilidad laboral. Por ello ha llegado el momento en el que los programas de contratación internacionales se vean paralizados"... En fin, asistimos al fin de una era en la enfermería española. Las reflexiones, que las hagan los que se hicieron las fotitos de rigor hace 5 años, firmando el expolio de personal sanitario formado con el dinero de los contribuyentes españoles^{126,}

“Para aclarar, lo que finalizo fue el convenio que mantenían la Embajada del RU y el Ministerio de Sanidad ibérico para exportar enfermeras. Sin embargo, la página de trabajos en la Unión Europea EURES se mantiene, aunque dudo mucho que se reclamen enfermeras a través de ese modo, a corto y medio plazo (mi opinión...)... quizás sea prudente seguir los consejos que llevamos tiempo sugiriendo:

- 1) No venir al Reino Unido sin un contrato firmado desde España
- 2) No venir al Reino Unido con la idea de que hay trabajo de pool o agencia temporal.
- 3) Evitar grandes ciudades y hospitales universitarios, puesto que están mucho mas competidas
- 4) Intentar acumular un perfil lo mas especializado o completo posible
- 5) Tener preparado un 'plan B' en caso de despido¹²⁷”

E1, enfermera española que trabaja en Londres, valoraba en el año 2007, la finalización del Programa, basándose en la crisis económica del Gobierno Británico:

“Continua la escasez de enfermeras y están cerrando plantas y echando gente, por problemas económicos del Gobierno. Tan acuciante es la situación, que es la primera vez en la historia, que el Colegio de Enfermería británico hace huelga. Además, la calidad de la atención al paciente bajó mucho. Así que no me extraña que se termine el Programa de la Embajada. De todas formas a mi Hospital venían pocas enfermeras por dicho Programa. No sé porqué”

A principios del año 2008, no parecía existir un especial interés por trabajar en el extranjero, por parte de enfermeras españolas. Una de las causas podía ser que la escasez de enfermeros en España, era reconocida por los Sistemas Nacionales de Salud, además fue dada a conocer oficialmente por las autoridades, con la consiguiente aparición de ofertas de empleo. Testimonios como el de EE8, enfermero gallego, lo confirmaban:

“No necesito irme fuera para trabajar, ahora ya hay trabajo aquí en España, y algunas veces dicen que no llegamos las enfermeras eventuales que estamos en las listas, para cubrir bajas y vacaciones, mira... yo ahora estoy en el pull, que dicen que no trabajamos mucho, pues mira... yo trabajo todas las semanas, claro con contratos de cinco días cada vez, pero trabajo, ya llegaran tiempos mejores, pero por ahora no me quejo”

4.1.2.2 - Trabajo por “Agencia” en el Reino Unido

En el Reino Unido, también es posible conseguir empleo como enfermera, mediante Agencias de Contratación¹²⁸, entre las que se pueden encontrar ofertas en los medios de comunicación, incluido Internet. Estas Agencias¹²⁹ ofertan diversas posibilidades de trabajo en el Reino Unido, pudiendo escoger lugar de trabajo, Servicio en el que se desea trabajar, horario, turnos, fechas, etc.

Las agencias ofertan todo tipo de trabajos, muchos se centran en Residencias de ancianos (de todos los tipos que existen en el Reino Unido), donde la enfermera deberá desarrollar un trabajo que, aparte de los cometidos específicos de la enfermería, puede incluir otras tareas necesarias para el funcionamiento del centro, que en España desarrollaría otro personal. Ya que, el personal que trabaja en estas instituciones suele ser mínimo, por no decir escaso. Tal como comentaba E9, enfermera española que trabajaba en dos “Nursing Home” o Residencias de ancianos en el área de Londres:

“Estoy contenta en las “Nursing Home” dónde trabajo ahora, me gusta trabajar con ancianos, pero pienso que (siempre generalizando, claro) tanto los Nursing Home como los Residential Home no están muy bien, ya que no tiene personal y no funcionan como deberían: hay pocas Care assistant (equivalente a Auxiliar de Enfermería española) para muchos ancianos. Dónde estoy ahora es una casa adaptada, que funcionaba mal pero mejoró. El otro Nursing Home dónde trabajo, es caro, cuesta 600 libras a la semana, como sitio es muy grande y está bien pero funciona mal, por el poco personal que hay para los muchos ancianos residentes”

E9 comentaba que muchos profesionales complementaban su sueldo en hospitales públicos con horas o días trabajados “por agencia”. Enfermeros como EI6, que trabajaba en un Hospital de Bristol perteneciente al NHS (Sistema Nacional de Salud), lo comentan:

“Yo soy enfermero de agencia también,... y mi percepción de los enfermeros de agencia es bastante positiva, para mí son mejores que los del propio NHS... de vez en cuando trabajo de agencia, ya que pagan mucho mejor que el sistema público y me sirve para completar el sueldo, que aunque pueda parecer grande desde España, no lo es tanto, debido al elevado coste de la vida”

Una de las Agencias (Baker Street)¹³⁰, en el año 2003, promocionaba a través de su página Web, el trabajo como enfermera en el Reino Unido. En la página se explicaba en qué consistía el trabajo de enfermería, los requisitos para poder trabajar, los sueldos medios, especialidades y características concretas; y al final de la información, decía:

“Solamente con hacer un par de noches o días extra se puede pagar un vuelo para visitar a los amigos en España. Nadie tiene por que estar sin trabajo. Quién sea suficientemente inteligente para terminar la carrera, puede aprender inglés. El Reino Unido ofrece actualmente una excelente oportunidad laboral y no sabemos cuanto tiempo durará, ya que están reclutando activamente en países como Filipinas o India”

Al mismo tiempo también ofertaba un cursillo intensivo de dos días de inglés técnico. Como contacto en España estaba un “consultor de reclutamiento”, en Valladolid, enfermero español y ex-profesor de enfermería, que explicaba los requisitos para trabajar en Reino Unido por Agencia, similares a los necesarios para trabajar en el sistema público¹³⁰:

“Los requisitos para trabajar en el Reino Unido son sencillos: son necesarios conocimientos de inglés, hay que registrarse en la UKCC (autoridades de enfermería inglesas), también se precisa fotocopia del DNI ó pasaporte, fotocopia de título de Diplomado en Enfermería compulsado y un Certificado de penales. Todos ellos traducidos al inglés por un traductor autorizado. Una vez aceptada por el UKCC (Autoridades Británicas), la enfermera firmará el “Código de conducta” y efectuará el pago de tasas, con lo que obtendrá una licencia para trabajar durante 3 años. No es obligatorio estar afiliado al “Royal College of Nursing” para poder ejercer la profesión, al contrario de lo que ocurre en España respecto al Colegio Oficial de Enfermería, en el que sí existe la obligación”

E9, enfermera española, relataba en el año 2003, su experiencia al comenzar a trabajar en el Reino Unido, a través de una Agencia de Contratación, dónde tuvo algunos problemas con su jefe:

“Ahora llevo 5 años en Londres. Antes de venir, trabajé en Camerún después de finalizar mis estudios en Madrid. Cuando volví a Madrid, ví un anuncio solicitando enfermeras para una “Nursing Home” (similar a una Residencia de ancianos) en Inglaterra, y como no encontraba otro tipo de trabajo, lo solicité. El dueño de la Residencia acudió a Madrid a entrevistarme a mi y otras enfermeras, y superamos la entrevista. Con el grupo de los admitidos, nos vinimos para Londres y empecé a trabajar, al principio como auxiliar o algo parecido, más tarde ya lo hice como enfermera. Tuve cuatro trabajos a la vez, ya que como el dueño no era muy formal, trabajábamos muchas horas a mayores, y nos pagaba lo que le daba la gana, nunca lo que habíamos pactado. Después me fui a trabajar con la Agencia Beacon, pero me enviaban a sitios muy lejos de dónde yo vivía. Entonces, como ya me sabía mover y conocía el sistema de trabajo y su funcionamiento, por mi cuenta busqué trabajo directamente en diferentes Nursing Home, como en las que estoy ahora. Con ésta última Agencia estaba contenta, y pagaban bien, pero no me gustaba tener tanta movilidad, ¡¡fijate que aún hoy no me dieron la baja!”

E10, enfermero valenciano, coincide en que todo lo que le prometieron en España acerca de su trabajo como enfermero en el Reino Unido no era cierto:

“Te prometen muchas cosas en España (los que te van a contratar para el Reino Unido) y después todo es diferente, incluso el trabajo que tienes que hacer. Me vine para Londres al mismo tiempo que Rosa y más gente

para una Residencia de ancianos: vi un anuncio en el Colegio de Enfermería, tuve una entrevista en Barcelona y como hablaba bastante bien inglés, la superé sin dificultad. Pero en la Residencia de ancianos no estaba contento, tenía que hacer muchas cosas que yo pensaba que no me correspondían, así que estuve poco tiempo en ella. Después encontré trabajo en el Hospital de Kingston, hice un Rotational Program³³, es un Programa de año y medio de duración que incluye todos los trainings de todas las técnicas, es decir, aprendí a hacer de todo para poder estar en cualquier sitio. Y luego me pasé a Bank, o lo que es lo mismo, trabajar cuando quiera y en dónde quiera, por decirlo de alguna forma. Hay Agencias buenas y malas, pero ahora que conozco bastantes, te digo que no es malo trabajar por Agencia”

Para trabajar en Reino Unido, no era obligatorio estar asegurado, por lo que una persona que trabajara solamente “por agencia”, y que no estuviera asegurada, podía encontrarse con que, si enfermaba no cobraba, o que cuando regresara a España y solicitara su jubilación u otro tipo de retribución, no habían cotizado por ella. Como Agencia privada, la Agencia de trabajo busca su mayor beneficio y amparándose en su legislación, no siempre asegura a sus trabajadores, a menos que ellos personal e individualmente lo soliciten, funcionando como si el empleado trabajara por cuenta propia. Tal como lo comentaba E9:

“Trabajando por Agencia, te llaman ellos para trabajar, se puede estar asegurado o no, lo más normal es no estar asegurado, se gana más y cada llamada es para un lugar diferente. Muchas veces se compatibiliza en el Sistema Nacional de Salud con otro trabajo por Agencia, para hacer un dinero extra”

Tal era la necesidad de enfermeros en Gran Bretaña, que al observar detenidamente los anuncios con las ofertas de empleo que aparecían en Internet, dirigidas a profesionales españoles, se podían encontrar curiosidades referentes al idioma (año 2002) como las siguientes:

“Puestos disponibles para enfermeros / as – inmediatamente:

- “Hounslow. Cerca del aeropuerto de Heathrow. La enfermera jefe es de El Salvador, habla español”
- “Kensington. En el corazón de Londres. Aceptarían nivel básico de inglés, hay empleados españoles”
- “Epsom. Hay españoles trabajando, la directora general y la subdirectora están casadas con españoles”

La revista “Sew News (Socio - Economic News)” perteneciente al Consejo Internacional de Enfermería¹³¹, insertaba el siguiente artículo acerca del pluriempleo en el Reino Unido, relatando los diferentes problemas que se podrían encontrar las enfermeras emigrantes que trabajan en el Reino Unido, entre ellos la presión de los responsables hacia las enfermeras, para cubrir todos los turnos, fuera de su horario de trabajo, debido a la escasez de profesionales:

Pluriempleo en el Reino Unido

Según el estudio del Royal College of Nursing, una de cada cuatro enfermeras dedica sus días libres a un segundo trabajo. Los expertos de la enfermería sospechan que esta cifra está enormemente subestimada. Nursing Times realizó una encuesta en su sitio web y los resultados configuran un panorama inquietante. El 79% de las enfermeras que respondieron tienen un segundo trabajo. En el caso de muchas de ellas se trata de trabajo en un banco o en una agencia, pero una importante proporción hace trabajos ajenos a la enfermería, como el de camarera.

Se presenta el inconveniente de que quizá los participantes en esta encuesta no representan a la totalidad de los recursos humanos y que, en cierto sentido, la encuesta “seleccione” a las enfermeras que más probablemente tienen más de un trabajo. En cualquier caso, los datos indican que los salarios de las enfermeras no llegan a satisfacer por sí solos sus necesidades financieras. Los resultados del estudio documentan el hecho de que, para el 96% de esas enfermeras pluriempleadas, la motivación es “la necesidad financiera”

Sin embargo, una sexta parte (17%) de las enfermeras que respondieron mencionan, como motivo por el que aceptaron el trabajo extra, la presión a que se ven sometidas para cubrir la escasez de personal. Según Verity Lewis, del RCN, esta situación es inaceptable. “No es adecuado que se haga a las enfermeras sentirse culpables”

El artículo señala que las enfermeras personalmente pueden optar por trabajar horas extraordinarias manteniendo la responsabilidad de su propio bienestar y de la seguridad de los pacientes.

Hoban, Victoria. 2004. Nurses Taking Second Jobs. NT, 13 de Julio

En el año 2007, se apreciaba un notable cambio, ya que se comenzaba a vislumbrar la dificultad de encontrar empleo como enfermera, en el Reino Unido. No existía exceso de profesionales, sino problemas económicos en el país, que conllevaron una reducción del número de nuevas contrataciones. Conversaciones mantenidas entre profesionales españoles en un foro, lo demuestran¹³²:

M. me gustaría saber si la situación laboral en Inglaterra sigue igual ke hace unos meses o ya ha empeorado. He estado leyendo los comentarios pero casi todos eran del 2006. Me gustaría irme en octubre para allí por eso...

O. La situación actual es la siguiente: debido al pánico que el gobierno impuso en los distritos de salud y centros hospitalarios en cuanto al 'déficit', muchos si no todos estos centros decidieron adoptar medidas de congelación de puestos, formación, etc. Sin embargo, hace poco más de dos semanas que se hizo público que el SNS ha dejado de gastarse 500 millones de libras que estaban presupuestadas. Cual es el impacto en la contratación?... , todo el mundo ha adoptado una postura muy cautelosa, manteniendo los gastos puramente esenciales. Es cierto que se ha notado un ligerísimo aumento de las ofertas, pero sin llegar a los niveles de hace 24 meses y anteriores

(ni mucho menos...) Es posible que las cosas sean mejores/diferentes en Octubre? Si... pero creo que seguirán mucho más competidas que antes...

En el año 2009, Agencias como Baker Street¹³³, continuaban ofertando sus servicios, tanto en páginas de Internet como en diferentes foros, dirigidos a profesionales de la enfermería en España, lo que indica que continúa existiendo demanda de profesionales enfermeros en el Reino Unido. Con anterioridad a ésta fecha, las Agencias ofertaban mayoritariamente trabajos en Residencias de ancianos, pero últimamente ofertaban todo tipo de trabajos para enfermería:



UCI/UIV London/ S. Inglaterra

OFERTA DE EMPLEO

Reclutamos actualmente para los mejores hospitales públicos (NHS Trust) y privados ubicados en ciudades bien atractivas como Londres, Manchester, Birmingham y también en pueblos tranquilos.

En este momento buscamos enfermeras que tendrían experiencia previa en UCI :

- o UCI de cuidados Generales
- o UCI de cuidados cardiológico
- o UCI de cuidados cardio thoracicos

Responsabilidad del Enfermero en Unidades de Cuidados Críticos

- o Cuidar los pacientes con Ventilación invasiva y non invasiva
- o Manual ventilación
- o Terapia de oxígeno, traqueotomía
- o Respiración
- o Swan ganz : inserción de líneas PA
- o Inserción de líneas arterias
- o Medicación : IV, IM, SC
- o Extracción de Sangre
- o Terapias intravenosas
- o Poder ejercer en situaciones urgentes
- o Cardiology : C PAP, BIBAP, Peace Maker management
- o Renal y Urología conocimientos
- o TPN
- o Gastrointestinal
- o Diabetes
- o Suturas

Requerimos

- o Por lo menos 12 meses de experiencia en UCI
- o Experiencia en UCI, UCI de neonatos, pediátricos y de adultos
- o Formación continua sería un ventaja.
- o Un nivel de Ingles Bueno (Hablado y Entendido) que les permite ejercer su trabajo en Ingles

Ventajas

- o Salarios entre 24.710 y 30.000 Libras al año según experiencia
- o Contratos Indefinidos de largo plazo para especializarte
- o 25 días de vacaciones pagadas

4.1.2.3 - Trabajo sin mediadores, en Reino Unido

Otra opción posible es buscar trabajo por cuenta propia, es decir, sin mediadores (ni Agencias ni Programas especiales). Antes de existir los PRE de organismos oficiales, era la modalidad que se utilizaba. EJ1, enfermero español jubilado en Londres comentaba su experiencia, similar a la de otras personas de su época:

“Tengo 76 años (septiembre 2003) y vine a Londres en 1956, siguiendo a un amigo, al mismo hospital, dónde él trabajaba, era un hospital psiquiátrico”

E1, enfermera española que realizó sus estudios de Enfermería en Londres, aunque posteriormente trabajó en España y después de su experiencia española regresó a Londres. En ésta época, ella buscó trabajo por su cuenta, utilizando contactos y los conocimientos que tenía de su anterior estancia en Londres:

“Hace 20 años que terminé de estudiar Enfermería, en Londres. Cogí el cambio de Escuela a Universidad. Terminé en 1988. Lo vamos a celebrar éste año (2008) Cuando me vine a Londres por segunda vez, después de trabajar en España, busqué trabajo ya desde España, aunque hasta que llegué a Londres no pude hacer nada. Luego solicité entrevistas en varios Hospitales y me quedé aquí en el Brompton”

A partir del año 2008, buscar trabajo sin mediadores se ha convertido en una de las opciones más utilizada, motivado en parte por la finalización del PRE y por los cambios en las políticas de reclutamiento de enfermeras. Existen diferentes ofertas por parte de los hospitales británicos, como el del Brompton Hospital¹³⁴, también el Colegio Oficial de Enfermería británico (Royal Collage of Nursing and Midwifery) oferta puestos de trabajo de enfermería¹³⁵, o incluso en Internet. En ADEX se podían ver comentarios como los siguientes¹³⁶:

“A - Como está en estos momentos la situación en el Reino Unido?... yo estoy pensando en irme en verano. El NHS sigue contratando? Siguen despidiendo gente como habíais descrito hace un tiempo? Como está el tema para trabajar en una agencia de trabajo temporal?

A lo que contestan desde ADEX:

B - A día de hoy (05-02-09), y a 12 - 18 meses vista, creo que no sería imprudente afirmar que va a haber muchísimo trabajo para enfermeras. A partir de ese periodo de tiempo, es una incógnita...”

Actualmente, para solicitar un puesto de trabajo es necesario seguir unas recomendaciones, que van desde como cubrir una solicitud adecuadamente, algo calificado como fastidioso y arduo desde

ADEX, aunque imprescindible para conseguir un empleo (ya que el propósito de la solicitud es orientar al futuro empleador sobre el candidato solicitante), pasando por la búsqueda de información acerca del puesto solicitado, aspectos como que incluir o no en la solicitud, la redacción adecuada, hasta como conseguir pasar una entrevista de trabajo, que se considera uno de los aspectos más difíciles de superar, ya que en España es poco probable realizarlas, por el idioma, porque es algo que no se conoce, etc. Desde la Asociación ADEX¹³⁷ explican los requisitos necesarios para solicitar trabajo como enfermera en el Reino Unido:

Si pensáis trabajar fuera de España (en territorio europeo) visitad antes que nada la dirección siguiente: <http://wwwn.mec.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=86&area=titulos>
En ella se explica que os hará falta un Documento de Reconocimiento Europeo de vuestro título de Enfermería:

- Modelo oficial de solicitud (a descargar en: <http://wwwn.mec.es/mecd/titulos/files/anexo5.rtf>).
- Fotocopia compulsada de documento acreditativo de nacionalidad.
- Fotocopia compulsada del título académico y profesional.
- Fotocopia compulsada de la certificación académica de los estudios realizados para la obtención del título.

El cual se consigue enviando estos documentos a la dirección del MEC:

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
Secretaría General Técnica
Subdirección General de Títulos,
Convalidaciones y Homologaciones
CONSEJERÍA DE TÍTULOS DE LA UE.
Paseo del Prado, nº 28.
28071 MADRID.

Es mejor hacerlo cuanto antes, ya que puede tomarse en llegar algo más de un mes (el ministerio tiene 3 para hacerlo), y no está de más tenerlo hecho aunque no sepáis cuándo os iréis exactamente.

Más adelante puede que necesitéis por ejemplo:

- la tarjeta de vacunas (en algunos sitios la piden),
- fotocopias del título o certificado de estudios,
- tarjeta de la seguridad social ("impreso E 111", que se pide en la Seguridad Social),
- partida de nacimiento bilingüe (se pide así en el Registro Civil),
- algún certificado de trabajo si ya habéis sido empleados antes,
- fotocopias del DNI o, mejor, vuestro pasaporte para la UE.
- alguna COLEGIACIÓN (según el país al que te vayáis) como las que explicamos a continuación

4.2 - Emigración enfermera

4.2.1 - La Emigración Española en Reino Unido

“Llegué a Londres muy de noche y al bajar del avión empezó un viaje muy largo, fascinante y doloroso a través de mí y de mi propia cultura reflejada siempre en lo otro”

Lala Isla⁵³

Según datos verbales de la Embajada Española en Londres, el colectivo emigrante español existente en Reino Unido, en el año 2004, estaba formado por más de (50.000) cincuenta mil personas, que llegaron al país, en tres grandes grupos de características diferentes: el primer grupo pertenece al colectivo de los exiliados políticos de la Guerra Civil española (entre ellos los llamados “niños de la guerra”), el segundo grupo lo forman los emigrantes económicos (un número considerable) llegados entre los años 50 y finales de los años 60, el tercer grupo, el más actual, compuesto por personas jóvenes que van a trabajar o estudiar al Reino Unido. Lo explicaba PEE1:

“El primer grupo vino entre los años cincuenta y principios de los setenta, con una especial incidencia en los años sesenta; el segundo grupo es más actual y abarca desde los años noventa hasta la actualidad, aunque también viven aún personas pertenecientes al colectivo de los llamados “niños de la guerra””

La Embajada Española en Reino Unido ha realizado un Estudio acerca de la emigración española, según dicho Estudio¹³⁸, realizado por la Agregaduría Laboral en Londres, estos grupos presentaban grandes diferencias, tanto en su nivel cultural de base como en los trabajos que desempeñaron en el Reino Unido. El segundo grupo, que cita el estudio, se centró principalmente en Hospitales (sobre todo Psiquiátricos) y en la Hostelería, ocupando puestos que no querían los autóctonos:

“El primer grupo, eran refugiados de la Guerra con un nivel cultural medio-alto. En el segundo grupo, el nivel de cualificación era mínimo, y su trabajo se centró fundamentalmente en los sectores de hostelería y hospitales (especialmente Psiquiátricos), ocupando puestos de trabajo en los niveles más bajos (al igual que la mayoría de emigrantes de ese momento) Mientras que, en el tercer grupo, más actual (dónde se incluirán las enfermeras), el nivel de cualificación suele ser más elevado: son profesionales o personas que acuden a perfeccionar un idioma o realizar estudios y, al mismo tiempo, pretenden compensar sus gastos con un trabajo remunerado”

Este estudio explica también las diferencias en las expectativas que tenían los grupos, a la hora de decidirse a emigrar:

“El primer grupo emigraba por razones políticas, para refugiarse en un país que les ofrecía más libertades que el suyo propio. El segundo grupo emigraba buscando una mejora en su situación económica o huyendo de un

régimen político, con una perspectiva de estancia en el país de un tiempo no grande, aunque sin prisas y soñando siempre con el retorno, que no llegaba. El grupo más actual busca un trabajo acorde a sus estudios y conocimientos, y sus perspectivas de estancia, son más cortas, es decir, consideran su emigración como una experiencia y desean regresar lo antes posible, en el momento en que las condiciones laborales le sean favorables en su país (ya que generalmente continúan optando a un puesto de trabajo en su país de origen) Suelen ser personas jóvenes, que han finalizado sus estudios recientemente y que no tiene perspectivas de trabajo en su lugar de origen. Aunque existen casos muy diferentes”

Aunque también existían motivos diferentes de los citados (como siempre han existido), referentes a la decisión de salir de su país, entre ellos estarían los problemas familiares, la huída en busca de un futuro mejor, etc. EM1, emigrante de los años 60, relataba su experiencia:

“El motivo para irme a Londres fue escapar de una situación que no me agradaba: mis padres no me querían y a los diez años me mandaron a trabajar a un pueblo, en la Pensión de un tío mío, limpiando habitaciones y sirviendo, después tuve Tuberculosis y cuando volví a casa a los trece años, empecé a trabajar en una fábrica de pulseras de reloj, cerca de casa. Antes de cumplir los dieciocho años, me quise ir a Cuba, a casa de mi tío que vivía allí emigrado en buena situación, pero en esos momentos empezó la revolución de Fidel Castro y no pude ir. Entonces empezaron a promocionar el irse a Inglaterra a través de empleo concertado por el Consulado británico en Coruña, desde los diecisiete años lo estuve intentando, pero hasta los 18 no pude salir”

En estos estudios, se puede observar que, lo que caracteriza al segundo grupo de emigrantes, es su atipismo en relación con otros movimientos sincrónicos migratorios de españoles hacia diferentes países europeos, o con los de otros colectivos llegados al Reino Unido. En países como Alemania, Suiza o Francia, entre otros, los trabajadores eran movilizados en masa y llevados a una determinada fábrica o un determinado pueblo, por lo que las relaciones entre ellos continuaban, a veces constituían “gethos” cerrados para conservar su cultura, como si vivieran en España. Roosens⁵⁴, lo describe en su estudio sobre la etnicidad migratoria, desarrollado en Bélgica. PEE1, periodista de la Embajada española en Londres, relataba su experiencia:

“Muchos españoles no se relacionan entre sí en el Reino Unido, una explicación estaría en que la emigración de los años sesenta fue agrupada en Europa, pero no en Reino Unido. La mayoría de los españoles que emigraron en esas fechas eran de Coruña y Cádiz, vinieron por goteo y no se relacionaban entre sí. Además están muy dispersos”

Los trabajadores españoles de ésta época (su momento álgido fue en los años sesenta), llegaron de forma individual y minoritaria, en contraste con la emigración española hacia otros países europeos. En el Reino Unido ocurrió el caso contrario que en el resto de Europa, ya que al llegar de forma

individual, tenían la necesidad de integrarse y aprender rápidamente el idioma para poder entenderse con los demás, lo que hizo que la relación entre los españoles, fuera escasa y, en muchas ocasiones, nula. EM2, originario de Pontevedra (conocido por la investigadora por una confusión de apellidos, en un vuelo a Londres), lo ratifica:

“Llevo viviendo en Londres desde los años sesenta y regento un pub en un barrio cerca de la City, me encuentro muy a gusto allí. No tengo ninguna necesidad de relacionarme con españoles, además, ¡no quiero saber nada de compatriotas! Solamente vienen a saber de mí, nunca me ayudaron en nada. Me encuentro muy bien entre los ingleses y también con otros emigrantes ¡estoy mejor con ellos que con los españoles! ¡no me gusta la gente española en Londres!... A Pontevedra (Vedra) voy con frecuencia, construí allí una casa”

Solamente, en ciertos casos, existía algún tipo de relaciones. Portobello fue uno de los lugares comunes de relación entre los emigrantes españoles, hoy en día se plantea su significado actual. AN1, explica el significado de Portobello para la emigración española:

“Portobello fue uno de los primeros asentamientos de la emigración, incluida la española, de los años 50 y siguientes, las casas eran baratas y estaban abandonadas, porque era una zona muy deprimida, pero a la vez estaba muy cerca del centro. Ahí está ahora el Centro gallego, también el Colegio español (que tiene muy buena fama por la calidad de su enseñanza) y una guardería infantil, regentada por monjas españolas. Ahora se están planteando lo que pasará en las siguientes generaciones, es decir, tercera y sucesivas, de los emigrantes españoles. Sus dirigentes no saben si esas personas, llevarán a sus hijos a un colegio español o a colegios ingleses, y por lo tanto, que será de esas instituciones”

Hablando con los responsables del Centro Gallego de Londres, hace años centro de reunión de españoles en Londres, comentaban en el año 2007:

“Está muy céntrico, en Portobello, pero el número de socios es pequeño, comparado con la población emigrante gallega o española en Londres”

AN1, antropóloga española, establece otra clasificación entre los emigrantes españoles jubilados, en Londres, y hablaba de las relaciones entre ambos grupos, en el año 2007:

“Existen dos clases de españoles en Club de Jubilados:

- Los refugiados de la Guerra Civil, sus hijos hablan español e inglés, hicieron carreras y están bien situados
- Los emigrantes económicos o sociales, sus hijos no hablan español o lo hablan escasamente

Entre los dos grupos no se trataban. Además, ya sabes: cuando emigras te tratas con gente como tú, no con otros de generaciones anteriores”

Continuando con los datos obtenidos del Estudio de la Agregaduría Laboral de la Embajada Española en Londres, se observa que los emigrantes españoles del primer grupo, es decir, entre los años cincuenta y finales de los sesenta del siglo pasado, en su gran mayoría, procedían de dos regiones españolas: Galicia y Andalucía y, más concretamente de dos zonas, de la provincia de A Coruña y de la zona del Campo de Gibraltar. Además, los dos grupos, aparecían escalonados en el tiempo:

“Los emigrantes de los años sesenta, son mayoritariamente de A Coruña, amparados por una captación familiar o a través de amistades o conocidos y favorecida por la oferta de trabajo del Reino Unido a través del Consulado de A Coruña, además de la existencia de un “vapor” directo desde A Coruña a Londres”

El segundo grupo, que salió de España a finales de los años sesenta, procedía (en su mayoría) del campo de Gibraltar:

“La emigración se comienza a ver dificultada por diferentes trabas legales y administrativas, pero a consecuencia de los beneficios especiales que se le ofrecían a los habitantes del Campo de Gibraltar, para compensar políticamente el cierre del Peñón por parte del Estado Español, un importante número de personas de dicha zona, se trasladan a trabajar al Reino Unido”

En la evolución social del grupo de los años 50 - 60, ha influido de forma importante el mito del retorno, lo que ha hecho que estos emigrantes sintieran una situación de provisionalidad importante, aunque diferentes y variadas situaciones, les han hecho replantearse su status, considerando el retorno como algo difícil. Una de las causas para que se produjera dicho cambio, ha sido la importante recesión económica que ha sufrido el Reino Unido, desde el gobierno de la Sra. Thatcher, AN1 lo comentaba durante una entrevista, en relación con la sanidad pública y con la educación:

“La maternidad City of London, que ya no existe fue una de las primeras víctimas del gobierno de Thatcher y al sufrir el recorte de fondos tuvo que poner el personal de la limpieza a media jornada, y eso ocurrió precisamente en la semana que yo estuve allí ingresada, para dar a luz a Steve, mi hijo. Con la educación también hubo problemas. Antes de la Sra. Thatcher, la enseñanza universitaria era gratuita, incluida la manutención. Ella eliminó la manutención gratuita y Blair, hizo pagar la matrícula”

Otro motivo, ha sido la situación de la plena integración en el país de la segunda generación: los hijos de padres emigrantes españoles, nacidos en el Reino Unido, que dadas las características de la situación de sus padres, desconocen, en muchos casos, la lengua materna o paterna. En pocos casos

piensan cambiar de país, y poseen escasa identidad con el país de origen de sus progenitores. EM1 es una representante de éste proceso:

“Me vine para Londres, creo que en el año 60, desde Coruña, aquí al llegar empecé a trabajar en la Estación de tren de Paddington, sin saber nada de inglés, y allí conocía a Cris, un griego, de Chipre, una persona maravillosa con al que me casé y tuve cuatro hijos. Estoy plenamente integrada en la vida inglesa, tengo amistades, tanto inglesas (las menos) como extranjeras o españolas, a las que veo periódicamente. De mis cuatro hijos, solo habla español Clara, Olga entiende algo, muy poco, ellos son ingleses, y tampoco saben nada de griego. Su vida está aquí. La mía, también. A veces dudo cual es mi sitio, pienso que me gustaría ir a vivir mi jubilación a España, pero en seguida me arrepiento y razono que, mi vida está en Londres, cerca de mis hijos, en el país que me acogió cuando lo necesitaba y ya estoy aquí adaptada”

Entre los emigrantes de los grupos citados, se encuentran enfermeros, con formación pregrado tanto en el Reino Unido como en España. Entre ellos EJ1, EJ2 o EJ4. Ellos, igual que otros emigrantes españoles de su época, tampoco retornaron, aunque ahora, que están jubilados, dividen su tiempo entre ambos países, como lo refiere EJ1:

“Ya estoy jubilado, pero sigo viviendo en Londres, mi vida está aquí, aunque también tengo mi casa en Valencia, cerca de mi familia, voy allá tres ó cuatro veces al año”

De los emigrantes españoles de los años 50-60, los menos retornaron y otros continúan en el Reino Unido. Algunos incluso, rechazaron la nacionalidad española en su momento, aún sintiéndose españoles, por considerar que el país que los había acogido, los trataba mejor (en determinados momentos, no era posible poseer las dos nacionalidades -británica y española- por lo que debían elegir con cual quedarse), y además se sentían infravalorados en su país de origen, como le sucedió a EM1, que vive desde hace más de cuarenta años en Londres:

“En uno de mis viajes a España, tuve que ir yo sola con mis cuatro niños, no pudo venir mi marido y al llegar el momento de desembarcar del vapor, el capitán del barco dijo que los españoles se pusieran a un lado (al sol) y los ingleses a otro (a la sombra); primero desembarcaron los ingleses y nosotros allí aguantando al sol, pero eso no fue lo peor, porque cuando yo iba a bajar con mis cuatro niños, el capitán comentó en inglés: “pobre mujer, otra emigrante abandonada a la que cargaron de hijos los extranjeros”, después de ese comentario y de cómo me trataron, decidí pedir la nacionalidad británica (renegando de la nacionalidad española en aquellos momentos) para no volver a pasar por lo mismo”

En los últimos años, además de las enfermeras, otras personas españolas emigraron al Reino Unido tanto para estudiar como para aprender el idioma o conocer el país, entre otros muchos motivos y al

mismo tiempo trabajar para mantenerse. En general, estas personas suelen tener unas expectativas de rápido retorno, y valoran la necesidad de obtener recursos, desde otro punto de vista. M2, actualmente médico en España, comentaba su experiencia:

“Me fui a Londres unos meses a aprender inglés, antes de empezar a estudiar Medicina, lo consideraba fundamental para mi formación y mi madre, me ayudó mucho, estuve trabajando en un quiosco de la Estación Victoria, en Londres, vendiendo chucherías, aprendí mucho inglés, aunque parezca una tontería, además como no me relacionaba con españoles para nada, no me quedaba más remedio que hablar, fue una buena experiencia”

Tal como se ha comentado anteriormente, hoy en día es difícil obtener datos referidos al número de emigrantes españoles actuales en el Reino Unido, ya que debido al Tratado de libre circulación de trabajadores en la Unión Europea, no existe obligación para un trabajador europeo, de declarar su estancia en un país de dicha Comunidad, aunque no sea el suyo, lo que hace que no exista un censo real de emigrantes.

4.2.2 - Emigración enfermera hacia el Reino Unido

Contratar enfermeras extranjeras para resolver carencias de personal, es una estrategia que se ha venido empleando en muchos países en diferentes momentos

Buchan J.¹³⁹

En el año 1948, en la época de la Europa de posguerra, Gran Bretaña¹³⁹ ya contrataba enfermeras en el extranjero, generalmente en Europa, para paliar sus carencias de profesionales. Posteriormente, ya en los años setenta, Reino Unido y Estados Unidos eran los principales países de destino de la emigración de enfermeras, sin olvidar que a su vez, el Reino Unido, era también el segundo país exportador de enfermeras, solo por detrás de Filipinas. Era ya un mercado dinámico, fenómeno también actual, pero no novedoso, según comenta Buchan¹³⁹:

“La Organización Mundial de la Salud identificó a EEUU y Gran Bretaña como los principales países de destino de los movimientos internacionales de enfermeras”

Los países desarrollados, entre ellos, el Reino Unido, se enfrentan actualmente a una necesidad importante de ocupar puestos de enfermería vacantes. Entre los años 1990 a 1999, se ha producido una reducción de 14.000 enfermeras colegiadas, y en los años 1999 - 2000, un tercio de las nuevas enfermeras registradas como profesionales de Enfermería, en el Reino Unido, eran internacionales¹³⁹. Parte de ellas eran ya españolas, como E1:

“Finalicé mis estudios de Enfermera en Londres en el año 1988, en la Escuela de Enfermería era la única española, pero al empezar a trabajar en los Hospitales, encontré que había más españolas como yo, algunas ya vinieran hace años”

Antes del año 2000, la Embajada Española en Gran Bretaña, canalizaba las ofertas de trabajo de enfermeras así como también las demandas de enfermeras españolas para trabajar en el Reino Unido. En julio de 2002, lo comentaba PEE1, de la Agregaduría Laboral de dicha Embajada:

“Hace dos años que la Embajada Española en el Reino Unido, no interviene en la contratación de enfermeras. Antes de esa fecha, los contratos de trabajo de enfermería, se canalizaban a través de la Embajada, y concretamente de ésta Agregaduría Laboral, por medio de curriculum que nos enviaban los interesados en trabajar aquí. Ahora no es posible conseguir datos, nombres o número de enfermeras españolas, que están trabajando en el Reino Unido, sería ilegal exigirles registrarse en la Embajada, debido al Tratado de libre circulación por la Unión Europea”

PEE2, también de la Agregaduría Laboral en Londres, en el año 2004, explicaba como era aquel “Programa de emigración de enfermeras españolas” organizado por la Embajada Española, que comenzó en el año 1989, y fue precursor del PRE del año 2000:

“Lo organizó Florencio González, responsable de Calidad en el Trabajo, era un Programa de Formación al que el Programa General de Emigración contribuiría para adaptar a los españoles al trabajo inglés. El primer grupo eran aproximadamente 24 personas. Las clases de adaptación eran de inglés técnico y de acercamiento al trabajo inglés, y eran pagadas por el Departamento de Emigración, con el compromiso de contrato de 1 año como mínimo. El curso era de tres meses”

Continuaba, mencionando cuales eran los Hospitales pioneros en contratar a enfermeras españolas:

“El primer Hospital que participó era el Basildon and Thurrock Hospital, dónde trabajaba Florencio González, el organizador, como Director de Calidad para ayudar a los trabajadores. En ese Programa también fueron algunos médicos. Después fueron dos grupos más, era concreto para uno o dos Hospitales: el Hospital de Basildon, Orsett, St. Andrews, Thurrock and Mayflower. El seguimiento de las enfermeras era difícil, ya que los Hospitales no informaban, después de que empezaran a trabajar”

El Programa finalizó por diferentes problemas, PEE2 lo relataba así:

“Dejó de funcionar porque los Hospitales ofertaban unas cosas y en la realidad eran otras muy diferentes. Además a partir del año 2000 ya comenzó el Programa de la Embajada Británica en España, ya no nos necesitaban”

Como a finales del año 2000, se formalizó un convenio de colaboración entre los Ministerios de Sanidad del Reino Unido y de España, para emplear enfermeras españolas en el Reino Unido, la Embajada Española en Londres dejó de realizar su Programa propio, entrando en vigor el recién firmado convenio, que canalizaba la Embajada Británica en Madrid.

Los datos estadísticos, que figuran a continuación, son los proporcionados por la representante de la Embajada, acerca de su PRE, e indican la procedencia de las enfermeras españolas emigrantes en el Reino Unido, desde el año 2000 en el que comenzó el programa, hasta Octubre de 2003:

REGIÓN DE PROCEDENCIA	PROVINCIA	NÚMERO DE ENFERMERAS	
		PARCIAL	TOTAL
ANDALUCÍA	Córdoba	7	272
	Jaén	3	
	Sevilla	71	
	Huelva	19	
	Cádiz	27	
	Málaga	116	
	Almería	9	
	Granada	20	
ARAGÓN	Huesca	2	21
	Zaragoza	17	
	Teruel	2	
ASTURIAS			54
CANTABRIA			3
CASTILLA LA MANCHA	Guadalajara	0	21
	Toledo	1	
	Cuenca	2	
	Albacete	13	
	Ciudad Real	5	
CASTILLA LEÓN	Burgos	20	76
	León	14	
	Palencia	2	
	Segovia	1	
	Salamanca	4	
	Soria	2	
	Zamora	0	
	Ávila	1	
	Valladolid	32	
CATALUÑA	Barcelona	63	74
	Tarragona	6	
	Lérida	2	
	Gerona	3	
COMUNIDAD VALENCIANA	Castellón	7	57
	Valencia	25	
	Alicante	25	
EXTREMADURA	Cáceres	2	6
	Badajoz	4	
GALICIA	La Coruña	13	33
	Lugo	3	
	Orense	6	
	Pontevedra	11	
ISLAS BALEARES	Mallorca	17	17
ISLAS CANARIAS	Gran Canaria	15	27
	Tenerife	12	
LA RIOJA			2
MADRID			93
MURCIA			45
NAVARRA			8
PAIS VASCO	Álava	1	17
	Vizcaya	5	
	Guipúzcoa	11	
REGIÓN NO IDENTIFICADA			12
TOTAL			838

Las divisiones, tal como se ha dicho, son generales y no estrictas, pero sirven para identificar grupos de procedencia, con problemas peculiares de adaptación e incluso (aunque procedentes del mismo país) con culturas locales diferentes. Se puede apreciar que la Comunidad más numerosa de emigrantes enfermeros es Andalucía, con 273 profesionales. Lo comentaba EB1 en Madrid, en 2003:

“La procedencia es mayoritaria de Andalucía, especialmente Málaga, debido al paro que hay en esa comunidad, mayor que en otras, aunque su inglés es peor”

E6, E7 o E8, enfermeros participantes en dicho Programa, explicaban en el aeropuerto de Madrid, en el momento de partir hacia Londres, la oportunidad que les brindaba en PRE:

“Nunca trabajamos desde que finalizamos los estudios y, este Programa es una oportunidad, después ya veremos lo que pasa...” (Raúl)

E6 quería aprovechar el tiempo y ya lo expresaba en el aeropuerto de Madrid, antes de llegar a Inglaterra:

“Si me va bien no pienso volver por ahora a España, incluso en Navidades no vendré, ya que piensa ir allá mi madre, no voy a gastar tiempo y dinero en irme a casa”

La procedencia, como se puede apreciar, es variada, debido a las campañas que abarcaron a todo el territorio español¹⁴⁰. Uno de los principales motivos para emigrar, podría estar en la escasa demanda de profesionales en la zona de procedencia, en España, y por tanto, en la necesidad de trabajar ó en la ansiedad que produce el paro laboral al finalizar los estudios, sin obviar los deseos de conocer y experimentar otras culturas, las ansias de viajar ó las informaciones aportadas por otros profesionales, amigos o conocidos, que estaban o estuvieron en el país “receptor” (entre otros muchos motivos).

4.2.3 - Emigración enfermera hacia otros países

Muchos países desarrollados se enfrentan al problema de la escasez de enfermeras. Las causas de ésta escasez son múltiples, desde el aumento de la demanda de enfermeras cualificadas, pasando por las jubilaciones sin reemplazo o la disminución del número de estudiantes hasta la falta de previsión, entre otros muchos. Lo comenta Buchan¹³⁹:

“Estos países prevén una necesidad creciente para ocuparlas vacantes en Enfermería causadas por las jubilaciones que tendrán lugar en la próxima década, pero también están previendo un aumento de la demanda de cuidados de enfermería debido a los cambios demográficos.

La mayor parte de los países desarrollados también se han visto forzados a ocuparse de la disminución del número de personas que estudian Enfermería, debido al aumento de oportunidades mejor pagadas para las mujeres al terminar el colegio y entrar en la Universidad”

Responsables de la contratación de enfermeras, pertenecientes a países desarrollados con una escasez importante de éstos profesionales, consideran que la solución, aunque sea momentánea, pasa por la contratación de enfermeras extranjeras. Algo que dentro de Europa puede ser más fácil, debido al Tratado de Libre circulación de trabajadores comunitarios. España se encuentra entre los países en los cuales existe ésta movilidad profesional de enfermeras. Y el Gobierno Británico considera que las enfermeras en España poseen una elevada cualificación y calidad en su trabajo¹¹⁹:

“Según reconoció la coordinadora, desde el inicio del programa, los centros británicos están "muy satisfechos con la experiencia ya que los profesionales sanitarios españoles tienen una muy elevada calidad". Otro de los motivos de orgullo es "el nivel de satisfacción entre los profesionales que se han acogido al programa"

A su vez, Sanz¹⁴¹ comenta la existencia de un cambio en las estrategias de búsqueda de empleo, por parte de los profesionales de la Enfermería:

“...Las cuales (estrategias) están a su vez orientadas por la nueva concepción del mundo como aldea global o lo que es lo mismo, por el reconocimiento de un espacio único en cuyo interior las personas y las informaciones se pueden desplazar con una rapidez sorprendente. Dicha realidad permite ampliar el espacio laboral y conlleva, entre otras ventajas, la oportunidad de buscar el trabajo fuera del propio país”

En los últimos años de siglo XX y en los primeros del siglo XXI, las primeras ofertas que surgieron en España, para trabajar como enfermera en el extranjero, procedían de Portugal y del Reino Unido. Posteriormente, también surgieron ofertas en Italia, en Francia, e incluso de Suecia, Alemania o

Bélgica, así como Estados Unidos o incluso en países tan lejanos como Australia¹⁴², entre otros. San Segundo¹⁴³ lo ratifica:

“En enero del año pasado la sanidad pública británica recibía, de entre todas las enfermeras españolas que allí trabajan a la número mil... hoy ya son unas 1.200. Otros países con una fuerte demanda de titulados españoles en Enfermería son Francia, que tiene trabajando a cerca de 900 enfermeras españolas e Italia, con más de 600. Pero es a Portugal, igual que en el caso de los médicos, a dónde más enfermeras españolas emigran... actualmente hay unas 1.500, según fuentes no oficiales, principalmente en Lisboa y en el Algarbe, en su mayoría procedentes de Galicia, Extremadura y Andalucía”

A continuación de dichas ofertas, aparecieron también, opciones en otros países. Algunas, como las de Estados Unidos eran objeto incluso, de titulares en los periódicos, como el aparecido en un periódico regional de importante tirada¹⁴⁴:

EEUU busca enfermeros en Galicia y les ofrece sueldos de 46.000 euros

Las Universidades de A Coruña y Nueva York facilitarán la incorporación de diplomados.

La cantera de Diplomados en Enfermería por la Universidade da Coruña extenderá sus expectativas laborales al otro lado del Atlántico. Si el banco de titulados por las Escuelas de Ferrol y Coruña ya contribuyó a responder a la ingente demanda de profesionales en países europeos como Francia, Inglaterra, Italia, Bélgica y Portugal, en ésta ocasión las carencias detectadas en EEUU se cifran en cientos de miles de enfermeros...

Pero la oferta de EEUU, en Galicia y concretamente en Ferrol, no fructificó, fundamentalmente debido a los trámites necesarios para trabajar allí, lo comentaba EE2, enfermera que finalizó sus estudios en el año que surgió la oferta:

“Al principio nos interesó a algunos, pero luego todo se diluyó, eran demasiados requisitos y además, tenías que estar un año en EEUU estudiando y preparándote para el examen, que además, si no lo pasabas no podías trabajar, nos pareció mucho lío”

La mayoría de los países exigían una serie de requisitos profesionales, que incluían, aparte de la titulación necesaria y los correspondientes trámites administrativos y burocráticos, el conocimiento de la lengua del país, así como (en algunas ocasiones) cierta experiencia laboral. En el siguiente cuadro, se pueden apreciar dichos requisitos para poder trabajar como enfermera en diferentes países:

Gran Bretaña	Alemania
<ul style="list-style-type: none"> • Hablar inglés • Registrarse en las Autoridades de Enfermería Británicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fotocopia del DNI o pasaporte ○ Fotocopia del Título de Diplomado en Enfermería ○ Certificado de buena conducta expedido en la policía local • Tarjeta de residencia, cuando el tiempo es superior a tres meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar alemán o inglés • Registrarse en las Autoridades de Enfermería Alemanas • Fotocopia del Título de Diplomado en Enfermería • Tarjeta de residencia, cuando el tiempo es superior a tres meses • Declarar su presencia en la oficina de Residencia • En caso de no ser de la UE, es necesario el permiso de trabajo
Francia	Italia
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos de francés • La solicitud de trabajo debe ser presentada al Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) • Fotocopia del DNI • Fotocopia del Título de Diplomado en Enfermería • Si se considera oportuno, un certificado del Ministerio de Sanidad español 	<ul style="list-style-type: none"> • No es imprescindible conocer el italiano • Registrarse en las Autoridades de Enfermería Italianas • Tarjeta de residencia
Portugal	Estados Unidos
<ul style="list-style-type: none"> • No es imprescindible conocer el portugués • Instancia del modelo de requerimiento, dirigido al director de la Admón. Gral. de Sanidad • Fotocopia del certificado de habilitación profesional • Fotocopia del Título de Diplomado en Enfermería • Fotocopia del DNI o del pasaporte • Tarjeta de residencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar inglés • Acudir al Servicio de Naturalización e Inmigración de la Embajada Norteamericana en España: <ul style="list-style-type: none"> ○ Petición de Inmigración ○ Solicitud de certificación laboral ○ Número de visa de inmigrante • Título de Diplomado en Enfermería

Debido a la gran demanda existente, en ciertos países, sistemas o empresas sanitarias, los trámites eran facilitados con suma rapidez. Entre otros, era necesario el reconocimiento del título profesional que, para países pertenecientes a la Comunidad Europea, tiene reconocimiento automático, aunque ello no evita la burocracia administrativa, que algunas veces es lenta o menos rápida de lo esperado. EI1 relata su experiencia en el año 2002:

“El 21 de Marzo me hicieron una entrevista, el 8 de Abril se pidió a la Policía un "certificado de penales" de este país que es obligatorio para todas las personas que tienen que trabajar con niños, médicos, enfermeras, educadores, monitores deportivos, maestros, etc. A mi petición se han unido otras 27.000 peticiones en Reino Unido, porque resulta que por el miedo a los pederastas, el gobierno ha establecido que antes del 1 de Julio, todas las profesiones que he comentado arriba, están obligadas a este requisito. Os podéis imaginar el follón, la policía ha tenido que hacer uso de una empresa informática establecida en la India para acelerar un proceso que antes tenía que tardar 3 semanas. En mi caso aún no lo he recibido, pero después de hablar con media Inglaterra, y de hacerme conocido en todos los organismos, La jefa de recursos humanos del hospital donde voy a trabajar ha entrado en contacto con la jefa de la policía que lleva el tema, y me han llamado directamente hace un par de

días diciendo que en 8-10 días hábiles tendré mi pasaporte para trabajar.....y nos quejamos de la burocracia en España?, os aseguro que nada que ver con esta, aquí un pasaporte tarda como mínimo dos semanas. El Certificado de Penales que pedí en España me lo dieron en el acto, así que comparemos”

Al mismo tiempo, en las listas de correos seguían apareciendo mensajes como el siguiente, de EI7¹⁴⁵, solicitando información y colaboración a los colegas:

“Hola... me gustaría ponerme en contacto con l@s enfermer@s que deseen trabajar en el extranjero. Yo estoy interesada en ir a Italia, Inglaterra, Francia e incluso Portugal. El tema es que me gustaría que compartiéramos información, sobre todo por lo que la gente comenta sobre los engaños que suelen producir... Además, si nos vamos varios a un mismo país, podemos mantenernos en contacto e incluso vernos en el mismo”

Por un lado, aparece la solicitud de información y por otro el tema de la comunicación entre compañeros, el intercambio de información en aras de beneficio común, sobre todo en el tema de los engaños, aunque a través de los medios de comunicación actuales, se divulgan con bastante rapidez. Estos engaños, pueden hacer que en ciertos casos, se frustre una interesante experiencia laboral.

En el testimonio anterior, se puede advertir además de miedo a lo desconocido, también una posibilidad de paliarlo a través del intercambio de información. Además de la posibilidad de ir juntos a trabajar al extranjero, buscando el amparo y la seguridad de compañeros de profesión, con la idea de que dos o más personas con una identidad similar, se enfrentarían mejor a las dificultades de adaptación a un nuevo sistema de trabajo, a unos nuevos compañeros y sobre todo a un nuevo y desconocido país. Esta persona tuvo respuesta al poco tiempo:

“Hola yo soy ... me voy el día 1 de septiembre a trabajar a Francia si quieres te voy contando”

Algunas personas sufrieron engaños como comentaba EI7, “ps” fue una de ellas y lo relataba en un e.mail¹⁴⁶:

“Soy una enfermera que acaba de regresar de trabajar en Francia, la oferta de trabajo allí es amplísima puesto que la carencia de enfermeras es total, por lo cual hay muchísima oferta pero ojo que no es oro todo lo que reluce pues hay que informarse bien y dejar todo atado y firmado antes de desplazarse hasta allí porque por experiencia te diré que desde España te ofrecen unas condiciones que luego una vez allí no se cumplen y luego una vez allí te cuesta mucho más reivindicar lo que te prometieron. Yo he ido con el grupo hexagone de hospitalización privada y no en todos los casos cumplieron lo que nos prometieron desde aquí... en todas sus clínicas hay enfermeros españoles pero no todos están en las mismas condiciones laborales... desde aquí nos prometieron alojamiento

gratuito durante 6 meses que luego se convirtió en una estancia de hasta tres meses en la clínica viviendo en una habitación de enfermo y sin ducha... pero no quiero desanimar a nadie porque creo que es una buena oferta la que Francia nos está ofreciendo...”

A pesar de estas experiencias y de otras similares, aunque no todas tan negativas, continuaron surgiendo ofertas hacia Francia, como la siguiente¹⁴⁷:

“Clínica importante de Orleáns requiere urgentemente: Un DUE para planta de medicina Endocrinología (puesto de día)

Se requiere:

- Diplomado Universitario de Enfermería o equivalente homologado en España
- Nacionalidad europea o residencia permanente en un país de la UE
- Francés no imprescindible

Se ofrece:

- puesto fijo contrato indefinido - 35 horas
- turnos de 8 horas al principio y de 12 horas después - alta en la seguridad social
- Tutoría: acompañamiento y apoyo profesional por parte - apoyo personal y profesional a la llegada de un/a enfermero/a francés/a a lo largo de la formación técnica
- sueldo de 1.400 netos más noches y festivos - viaje pagado
- ayuda en los trámites administrativos en Francia - formación lingüística
- se facilita el contacto con otros enfermeros españoles asociación europea del personal de salud

Puede parecer chocante, pero algunos empresarios parecen comprender algo que afirma EI8, necesario para emigrar a otro país como enfermero:

“Debes tener un mínimo interés por el estilo de vida y el idioma, o viajar porque de lo contrario no durarás mucho en un país extranjero”

EI8 explica su experiencia, considerándola positiva:

“¿Si cumplen? Conmigo si cumplen estoy en un público trabajando en un servicio de Urgencias, vivo en el Hosp., como en el Hosp., mis compas franceses son muy majos... Las condiciones de trabajo no están mal, el trabajo en el Hospí es muy parecido a lo que conocemos en España, eso si aquí faltan muuuuchos enfermeros, no podéis imaginároslo”

Otra experiencia es la de EI9, en octubre 2002:

“Aquí estoy, a 100 Km. de Paris, en un pequeño pueblecito al borde de un río; no está mal esto, es un poco coñazo no comprender todo lo que te dicen, hace falta mucha paciencia pero se puede trabajar todo el año y puedes elegir el servicio y la zona”

Pero las experiencias que relatan los enfermeros no se refieren solamente a países conocidos por su fuerte demanda, también hay testimonios como el de EI10, acerca de su experiencia en Suiza:

“Te diré que a finales de los 70 principios de los 80 la situación laboral por lo que veo estaba igual que ahora... y esto fue una de las razones que en 1980 hice la maleta y me vine a Suiza, aquí buscan personal hasta debajo de las piedras... y puedo decir que tenemos en comparación de otros países buen sueldo y sobre todo muy buenas condiciones de trabajo... yo llevo 22 años de los cuales estoy hace 17 años trabajando como monitora de prácticas para las alumnas de enfermería...”

O de EI11, que expresa su opinión acerca de su experiencia en Alemania, en septiembre de 2003:

“El nivel de enfermería es tercermundista, ya que la enfermera se limita al trabajo de cuidados del enfermo como lavar, hacer la cama, dar medicamentos y poco más, no se permite sacar sangre, sonda nasogástrica ni siquiera dar una inyección intramuscular, es tarea del médico... en los hospitales la comunicación entre médico y enfermera pasa por la Jefa de estación, muy parecido al sistema militar... para entender el sistema alemán hay que entender y conocer la mentalidad alemana, la cual se basa en obedecer, hacer y luego preguntar... el poder alemán se basa en su avance científico y de investigación, los alemanes se esfuerzan en buscar soluciones para los problemas de cualquier tipo, especialmente en la Medicina, en resumen Alemania es un país para trabajar y aprender, pero no para vivir para siempre”

Ó como EI12, que la comenta desde Italia, en octubre de 2007:

“Actualmente la carencia de enfermeras a nivel nacional está en torno a las 62-99 mil unidades, en el caso hipotético mínimo las necesidades son de aproximadamente 10.000 enfermeras en algunas zonas y más de 20.000 en las del noroeste y sur,... también se registran situaciones críticas en... (continúa con el informe)”

Otras hablan acerca de las dificultades burocráticas para conseguir un trabajo, aún en países que presentan escasez de enfermeras, como EI13, que quiere ir a trabajar a Irlanda y considera que le lleva mucho tiempo conseguirlo, sobre todo en la parte burocrática. Escribe en la página de la ADEX¹⁴⁸, en noviembre de 2007, ella se fue para Irlanda a finales de septiembre de 2007:

“Desde que llegué he estado pegándome con... el colegio de enfermería irlandés, el primer mes fueron pegas a todos los papeles que previamente había mandado por correo, tanto yo, como la escuela de enfermería de mi ciudad como el colegio, una vez que vieron que todo estaba en orden me tocó esperar a que el MEC mandase el certificado de mi título, pasaron como otras dos semanas, me lo mandaron a casa y lo llevé a un traductor jurado (70 eurazos) y como no me fié mucho lo llevé en mano hasta Dublín (yo vivo en la costa oeste, Galway) una vez hecho todo en el ABA la señorita muy amablemente me dijo que al menos necesitaban otras tres semanas!, increíble, pues las tres semanas se cumplieron y aquí no llegaba nada, hace unos días llamé y me contestaron que necesitaban dos semanas más... es decir, mediados de diciembre. Así están las cosas, y es solo el principio, la colegiación, en cuanto me llegue mi ansiada colegiación me voy a España a disfrutar de las navidades sin preocupaciones y el año que viene a la vuelta esperemos que sea otra historia...”

EI14 quería ir a trabajar a países poco demandados por la enfermería española, en enero de 2007 preguntaba:

“He visto que hay mucha curiosidad y mucho movimiento respecto a trabajar en el extranjero. Yo también lo estaba barajando como una buena posibilidad. El caso es que he visto que se habla sobre todo de Francia, Reino Unido, Italia quizá... pero otros países europeos quedan en segundo plano. Imagino que estos países no ofertaran apenas puestos para enfermero. De todos modos, a mi me gustaría preguntar si alguno de vosotros ha trabajado o está pensando en trabajar en Alemania o en Suecia, pues son los países que me llaman más la atención... ¿sabe alguien como está el panorama?”

En ADEX, en su apartado llamado Manual de Supervivencia para Enfermería Española en Francia¹⁴⁹, condensa en la siguiente reflexión, las experiencias de trabajar en un país que no es el de origen, al mismo tiempo que ánima a intentar la experiencia:

“Irse a vivir a otro país, trabajar en él, es una experiencia personal y profesional muy enriquecedora. Al principio crees que la tarea es imposible y no sabes ni por dónde empezar, pero todo termina por resolverse y poco a poco los problemas van quedando atrás. DE lo primero que os tenéis que convencer es que el sacrificio vale la pena. Creed en vosotros mismos. Convenceros de que sois capaces de conseguirlo y lo haréis

Y recomienda:

“Antes de empezar cualquier trámite hazte las preguntas adecuadas tanto desde el punto de vista personal como profesional. ¿Por qué quieres ir a trabajar y vivir en el extranjero? ¿Cuáles son tus objetivos personales y profesionales en esto? ¿Dónde quieres ir?... etc. La respuesta te clarificará las ideas y orientará tu búsqueda”

Es decir, antes de partir en busca de trabajo a un país extranjero, es conveniente reflexionar hacia dónde dirigir los objetivos tanto personales como profesionales, además de informarse adecuadamente. Será de gran ayuda a la hora de sortear las dificultades que se encuentran.

4.3 - ¿Experiencia o aventura?

Trabajo, relaciones, adaptación,...

4.3.1 - El trabajo enfermero en Reino Unido y en España

Aunque la finalidad del trabajo enfermero sea la misma: proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes, las competencias de los profesionales de enfermería son diferentes en ambos países, apreciándose a la hora de realizar tareas concretas. Por ejemplo, en España, entre las enfermeras que trabajan en hospitales españoles, se valora mucho la capacidad técnica, entendiéndose como tal la realización de técnicas de enfermería, como venopunción, cateterismos, sondajes, etc. por lo que desde los primeros cursos de Prácticas, ya son aprendidas y practicadas por los alumnos de Enfermería. En el Reino Unido, una vez finalizados los estudios de Enfermera, es necesario realizar cursillos (o trainings), para poder aplicar dichas técnicas. E6 explicaba éste contraste al comenzar a trabajar a Ipswich, (en un idioma peculiar) en febrero de 2004:

“Komo t decía antes aki la preparación d las enfermeras es penosa, s llevan tres años haciendo praktikas en el hospital haciendo trabajo d auxiliares y de administrativos, no tienen examnes d anatomía ni d mediko kirurgika ni nada parecido, no saben nada d patologías ni d teknikas d Enfermería, el training d koger vías, acer elektros, sakar sangre, dar drogas intravenosas lo hacen despues d akabar la karrera y si no kieren no lo hacen, hay enfermeras k llevan 10 años trabajando y no saben koger una vía, de hecho en mi planta ha habido pacientes kon dolores prekordiales y han tenido k llamar al mediko pk nadie sabia hacerlos y a mi no m dejaban pk no tngo hecho el curso especifico k hay k hacer en este hospital, pa k veas komo estan las kosas...”

En el Reino Unido, dichas técnicas son realizadas generalmente por los médicos o por enfermeras especialistas. Aunque debido a las necesidades de profesionales, algunos hospitales están modificando o adaptando las normativas, con el fin de facilitar a profesionales procedentes de países como España (dónde se realizan desde pregrado) tanto la rápida realización de los “training” como la autorización de sus superiores para realizarlas, después de una demostración de la destreza. Lo comenta E13, a la que su supervisora le autorizó la realización de dichas técnicas, después de demostrarle su dominio:

“No tuve que hacer “trainings”, ya que le dijo a mi Supervisora (“sister”), que estaban incluidos en mis estudios. La supervisora comprobó como hacía las técnicas, y ya las puedo hacer, sin “trainings”. Yo creo que tenían mucha necesidad de personal y de que yo empezara a trabajar cuanto antes, por eso me lo pasaron. Tengo oído que en otros Hospitales tardas hasta mas de un año en poder hacer el primer “training”

Aunque E1 (que tiene autorización para realizar técnicas), comentaba que las aplicaba (se refería a técnicas como poner vías intravenosas) dependiendo del médico que estuviera de turno, de las relaciones que tuviera con ellos (los médicos) y de los deseos o requerimientos del paciente:

“Yo me llevo bien con ellos (los médicos), dependiendo de quién venga, si me cae bien o se porta bien conmigo, yo le pongo las vías intravenosas, si me cae mal, ¡que las ponga él! Y si lo tengo que llamar a las tres de la mañana y me cae mal, ¡que venga, que es su trabajo! Hay algunos majos que antes de irse, en el turno de noche te dicen si necesitas algo, entonces a esos les dices que los vas a llamar a las tres o a las cuatro para firmar una medicación, los avisas de lo que hay y a veces ya lo dejan hecho. A otros los avisas y no dicen nada. Otros te dicen que los llames si los necesitas y otros te dicen, que no se te ocurra llamarlos, igual que en España. Después también están los deseos del paciente, si quiere que le pinche el médico, yo no lo hago, quién manda es el paciente, si no dice nada, se la pongo y ya está”

Un artículo de prensa aparecido en un Suplemento dominical de tirada nacional⁵¹ en el año 2001, comentaba éste aspecto como uno de los más desagradables de la experiencia de las enfermeras españolas emigrantes en el Reino Unido:

“La parte desagradable es que no se les permite hacer algunas cosas para las que sí están autorizados en su país... En España, los enfermeros pueden extraer sangre arterial e insertar sueros. En Gran Bretaña, esas cosas están reservadas para los médicos, o a enfermeras que han hecho cursos especiales o adicionales”

La diferencia entre el trabajo diario y las tareas que realiza una enfermera en España y en el Reino Unido, lo explica E3:

“Las funciones que hacen las enfermeras en cualquier país son muy similares, pero no completamente iguales. Lógicamente, para esas enfermeras ibéricas 'del espolón' como yo les digo, la auténtica enfermera es aquella que hace muchas técnicas. Ese concepto está anticuado en muchos países, en los cuales las técnicas las hacen auxiliares y las enfermeras planifican los cuidados...”

EI18 lo resume con la siguiente frase:

“Durante los tres meses que llevo aquí me he dado cuenta de que no tienen ni idea de lo que sabemos... en realidad lo que más les preocupa es que podamos comunicarnos bien con los pacientes, médicos y demás”

Otro de los contrastes con el que se suelen encontrar los enfermeros españoles, son los cuidados básicos de Enfermería: higiene corporal, administración de comida, ayuda en la evacuación, etc., que en el Reino Unido, son efectuados por enfermeros. En España, esos cuidados básicos los realizan Auxiliares de Enfermería ó Técnicos de Cuidados, por lo que los enfermeros españoles están poco acostumbrados a aplicarlos. Las Auxiliares de Enfermería (Care Assistant) que trabajan en el Sistema

Nacional de Salud (público) en el Reino Unido, realizan cuidados básicos simples, pero en los Hospitales que hay pocas, la mayoría de los cuidados son efectuados por las enfermeras, tal como lo comenta E1:

“En España, las Auxiliares de Enfermería realizan cuidados básicos y las enfermeras todo tipo de cuidados y técnicas, aparte de supervisar la ejecución de cuidados básicos y ayudar, en casos especiales, en los mismos. Pero en el Reino Unido, existen pocas Auxiliares de enfermería, que corresponderían a los niveles A, B y C. y sus tareas incluyen los cuidados básicos así como otros que en España realizan otros profesionales: reparto de comidas, limpieza, etc., aunque si su nivel es B ó C, también pueden tomar la Tensión Arterial. Pero bueno, como hay pocas casi no realizan ningún trabajo, en mi planta algunas se limitan solamente a reponer material y colocarlo en el almacén. De todas formas en cada Hospital es diferente”

Este aspecto de los cuidados básicos en el Reino Unido, también lo trata el artículo de prensa citado anteriormente⁵¹, como un contraste que suelen encontrarse los enfermeros españoles:

“Los españoles no están acostumbrados a tener que lavar a los pacientes, algo que en Gran Bretaña está incluido en la práctica de cuidar a toda persona, y no solo de sus necesidades médicas”

E9, enfermera en una Residencia de ancianos, explica que el trabajo de una Auxiliar de enfermería (Care Assistant) británica varía mucho de un Centro a otro, dependiendo de la formación de la Auxiliar y de lo que sepa hacer:

“Según sepan las Care Assistant, así será el trabajo de una enfermera. En la Residencia dónde yo trabajo hay de todo, pero hay algunas Auxiliares que toman tensiones y dan medicación, aparte de hacer todos los cuidados básicos, otras no lo hacen y se limitan a los cuidados básicos. La enfermera debe controlar que el trabajo se haga bien, además de todo el papeleo”

Otro aspecto importante en los cuidados de enfermería en el Reino Unido, es el social, siendo una de las tareas de la enfermera, valorar las necesidades que tendrá el paciente al recibir el alta hospitalaria. Así, la enfermera debe contactar con la enfermera de Atención Primaria que le corresponda, para que lo vaya a visitar a su domicilio, y también con la Trabajadora Social de su zona, por si precisa algún tipo de ayuda, además de hablar con su médico y enviarle un informe sobre su estancia hospitalaria. Para los enfermeros españoles, suele ser algo desconocido, ya que en España se contempla escasamente ésta apartado. E3, en el Foro de ADEX¹⁵⁰, le comentaba a una compañera que estaba a punto de pasar una entrevista para trabajar en un Hospital británico, la importancia de éste aspecto a la hora de la entrevista:

“Acuérdate que en el Reino Unido, el principal papel de la enfermera es: 1) planificar cuidados y 2) proporcionar cuidados, teniendo en cuenta al paciente, la familia y la comunidad. Te digo lo de la comunidad para que no te olvides de planificar el alta después del ingreso, desde el primer momento, soltar los nombres de las relaciones que tendrás que considerar a la hora de mandar esa persona a casa (enfermeras comunitarias, fisioterapeutas, terapia ocupacional, enfermera de centro de salud, etc., etc., etc.”

Un artículo de prensa⁵¹, comentaba éste aspecto de los cuidados: el social y de comunicación con los familiares, como fundamental en el desarrollo del trabajo de una enfermera en el Reino Unido:

“En el Reino Unido los familiares de los pacientes, pueden visitarles a cualquier hora del día, incluso cuando están en la UCI, y pueden llamar directamente por teléfono, pasando por el mostrador de planta, para preguntar sobre los progresos del enfermo. Uno de los deberes de las enfermeras es mantener a la familia perfectamente informada”

Y como es uno de los que presenta mayores dificultades para una enfermera española:

“De todos los nuevos trabajos, normas, técnicas y estilos a los que se han tenido que acostumbrar las enfermeras españolas contratadas en el Reino Unido hace dos años, lo más difícil ha sido aprender a tratar con las familias de los pacientes. Es cuando más importa su inglés, fluido pero todavía imperfecto en unos momentos en los que la comunicación depende muchísimo de los matices lingüísticos y la terminología médica necesaria. Es también cuando chocan las dos culturas, con sus actitudes tan distintas respecto a quién debe recibir información y cómo”

Para comprender las diferencias entre la sistemática de trabajo de ambos países, E1 describe como es un día de trabajo para una enfermera de su Unidad, en el Brompton Hospital, un hospital de referencia en el Reino Unido de pacientes cardiorrespiratorios:

“Turno de mañana: Se empieza dando el primer cambio de turno, es general y se da a través de los diagnósticos médicos de cada enfermo y de todos los enfermos en general incluidos los problemas sociales. Después se da el segundo cambio de turno, ya con detalles y a cada enfermera del grupo de enfermos que va a llevar en ese turno (es más parecido al español) Dependiendo del grupo de enfermos que te toque, das medicación, haces camas, haces aseos (solo hay una Auxiliar para toda la planta), después curas, etc.

Si puedes pasas visita con el médico. Y antes de la comida tienes 15 (quince) minutos de descanso (este pagado) Después tienes media hora para comer (que no te pagan) y puedes salir a la calle con el uniforme o incluso ir a casa, si te da tiempo. Sobre las doce de la mañana.

Los pacientes también salen a veces a comer fuera, aunque nuestra comida es buena ¡si se quejan es de vicio! Por el Hospital andan vestidos de calle. Y a veces salen con suero incluido, o se desconectan y conectan ellos solos sin que nos enteremos y luego vienen las infecciones. Ellos son los reyes, ordenan y mandan, a veces tengo que

pedirle a alguno, por favor, que se quede para hacerle una cura, porque se quiere ir y yo después no puedo. Salen a la calle a comer con amigos o incluso se van de compras. Ellos deciden cuando les haces las curas o una técnica y también si se la hace el médico o la enfermera. Vuelves de comer y das la medicación intravenosa, haces cosas pendientes, escribes en el libro lo que pasó y con un poco de suerte, te vas, después de dar el turno”

E1 ofrece mucha y diferente información en éste relato: por un lado comienza con el cambio de turno, que puede diferir del que se da en España, tal como comenta E3:

“A diferencia de España, donde generalmente el cambio de turno tiende a ser mas informal e incluir solamente al compañero que se va a encargar de nuestros pacientes, en el Reino Unido el cambio de turno es un momento en el que todo el equipo de enfermería y auxiliares que va a participar en ese turno se reúne, no solo para aprender de las incidencias clínicas e intervenciones ocurridas durante el día o la noche, sino también para debatir futuras actividades de enfermería y exponer situaciones que requieran actuación. El cambio de turno clásico incluye reunir a todo el equipo del turno entrante en una de las habitaciones para el personal (oficina, sala de descanso, etc...), e ir recibiendo un relato verbal por parte de cada una de las enfermeras del turno anterior. Esta es vuestra primera prueba de fuego, porque es un acto muy publico, en el sentido de que vuestras actuaciones de enfermería, tanto las llevadas a cabo como las olvidadas/dejadas, van a ser comentadas, y en este clima de enfermería basada en la evidencia, no es raro que los compañeros comenten acerca de lo acertado de tal o cual decisión. En este cambio de turno no solo se va a hablar de lo puramente clínico, sino que también se van a comentar como va el plan de alta, si las derivaciones a los diferentes servicios sociales se han llevado a cabo o en que situación se encuentran, si se ha involucrado a otros profesionales y cual ha sido su opinión, etc...”

E1 continúa comentando la visita médica, a lo que añade:

“Pasan visita todos los días, pero una vez a la semana, mas o menos, viene el jefe con todo su séquito, rotatorios, senior,... hasta las enfermeras especialistas. Si la enfermera está, va con ellos, sino van solos, eso sí, les reñimos si no nos avisan de cambios, porque a lo mejor en todo el turno, no tengo tiempo para ir al libro a verlos”

Referente a la relación de las enfermeras con los médicos, E11 afirma que la valoración que hacen las enfermeras de los pacientes tiene mucha importancia para los médicos, aunque también matiza que los médicos respetan más a la Supervisora que a una enfermera de plantilla:

“La opinión de una enfermera tiene mucho valor para un médico: si una enfermera dice que un paciente está deshidratado, le ponen sueros sin verlo. Los médicos respetan mucho a la Sister (Supervisora), que tiene mucho peso y también a las “Practitioner”. A una enfermera staff, es decir, de plantilla, la respetan menos. Ante una parada cardiorrespiratoria, tiene más peso una enfermera que un médico”

En el sistema sanitario británico, el paciente decide en todo momento lo que desea hacer, incluso como desea que le traten¹⁵¹. Pero el comportamiento de algunos pacientes, le puede resultar extraño a un enfermero español: un paciente puede salir del Hospital para comer, puede entrar y salir del recinto hospitalario a su gusto, puede vestir su ropa de calle dentro del Hospital, o puede decidir en que momento le colocan un suero o le realizan una cura,... Algo que en el sistema sanitario público español no sucedería, como lo comenta E1:

“Los pacientes visten de calle dentro del Hospital y entran y salen de él, cuando quieren, a pasear, a comer o a lo que sea. Deberían de avisar, pero no lo hacen. Creo que se pasan, los pacientes tienen todos los derechos y las enfermeras, casi ninguno. Te cuento un caso que me pasó: un paciente con un tratamiento continuado, se fue a comer fuera porque se aburría. Parece que mentalidad del paciente es: “Yo hago lo que quiero y la enfermera que se adapte a mí” Lo que no es así. Si el paciente no está muy malito hace lo que quiere y yo no lo puedo evitar, aunque le suelte un “rapapolvos” porque él tiene el poder de decisión. Y aunque esté malito, yo le tengo que preguntar siempre cada vez que le hago algo o le aplico un cuidado”

E1 también habla de los turnos de trabajo, que en su Unidad son los siguientes:

“Los turnos son: Mañana: de 7 y media a 3 y media de la tarde
Tarde: de 12 y media a 8 y media de la tarde
Noche: de 8 de la tarde a 8 de la mañana
Turno largo: de 7 y media de la mañana a 8 de la tarde. En el turno largo la enfermera se cansa más, y a veces tengo que reñirle por que a las seis de la tarde aún no escribió ni firmó lo que hizo por la mañana.

De noche, tenemos un descanso obligatorio y no pagado de una hora, a veces si no hay problemas en la planta podemos coger algo más, nos turnamos para no dejar la planta sola. Durante el turno no podemos abandonar la sala de control, aunque no tengamos nada que hacer”

Referente al turno de noche, E1 comentaba en el párrafo anterior la obligatoriedad del descanso de una hora. Ella explica, que cuando le corresponde ejercer de jefa de su Unidad o de varias plantas de Respiratorio (ya que debido al sistema actual de bandas, al ser la que tiene la banda más alta del turno de noche, le corresponde ejercer de jefa; E1 tenía un nivel E, y ahora con el nuevo sistema de bandas ejerce tareas que antes corresponderían a enfermeras de nivel E y F), tiene que organizar los descansos del personal:

“A veces tengo que obligar a mis compañeros a descansar, el descanso es obligatorio de una hora y no está remunerado, muchas veces no quieren ir, pero yo los obligo. Se suele utilizar para dormir. Si en el turno estamos gente de confianza, solemos llevar comida para cenar de noche, la comemos en el Control de Enfermería o en el cuarto de la Supervisora, sin que se entere, claro, porque no está permitido. Normalmente somos cuatro enfermeras y una Auxiliar ó cinco enfermeras sin Auxiliar. Y solamente hay un celador o portero para todo el Hospital”

Al lugar de descanso de su Unidad, solamente pueden ir a descansar o para realizar reuniones del personal que trabaja allí. En la Unidad dónde trabaja E1, éste lugar se encuentra lejos del centro de la planta y del Control de Enfermería. E1 matiza las normas acerca del descanso del personal de su Unidad:

“Durante el turno de noche no podemos ir al lugar de descanso, aunque solamente estemos vigilando al paciente y no tengamos otro trabajo, las normas exigen que las enfermeras nos ubiquemos durante todo el turno en el Control de de Enfermería, excepto en tu hora de descanso. Los descansos son de quince minutos pagados en cada turno de mañana o tarde, de treinta minutos para comer o cenar (no pagados), y de una hora en el turno de noche, tampoco pagado, pero obligatorio”

En España ocurre todo lo contrario: el lugar de descanso está situado generalmente en un lugar central de la Unidad, de forma que sea posible controlar posibles incidencias. Suele estar concurrido en el momento de descanso, que no suele ser estricto sino que puede realizarse a cualquier hora, siempre en relación con el trabajo existente o incluso aprovechando momentos en que no es posible realizar otras tareas. Todo esto facilita la socialización y las relaciones entre las personas que trabajan en la Unidad¹⁵². Cuando es posible, dependiendo de la Unidad y del trabajo, se puede acudir a la cafetería, que siempre está muy concurrida. EE9, enfermera española lo relata:

“El cuartito de Enfermería es dónde descansamos, esos momentos de descanso los aprovechamos para comentar incidencias, tanto acerca de los pacientes como aspectos personales o sociales del Hospital, son momentos muy participativos. Muchas veces coincidimos diferentes profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, administrativas, etc. Durante el turno de noche, también solemos estar en el cuartito cuando nuestras obligaciones lo permiten, es decir, si los pacientes duermen y no nos reclaman o cuando no tenemos más trabajo que vigilar, también si aprovechamos para realizar tareas más burocráticas, como escribir incidencias u otras tareas”

Otra tarea que a E1 le corresponde realizar, cuando tiene que ejercer tareas de jefa de la Unidad (que ella comenta que no le gusta demasiado), consiste en asignar tareas y pacientes a cada enfermera del turno. E3 comenta el proceso:

“Después de que todo el mundo haya dado su ‘parte’ (se refiere al cambio de turno), la enfermera de mas rango del turno va asignar los pacientes a cada una de las demás enfermeras, dependiendo de su experiencia y de los días que hayan estado currando seguidos en la planta, para asegurar que el “skill-mix” es adecuado y mantener la continuidad de los cuidados, que eso se valora mucho. También se tienen en cuenta otros detalles, como si es apropiado que tal paciente femenino musulmán tenga a una enfermera en lugar de un enfermero, o las preferencias de cada enfermero”

Por otra parte, E9, que trabaja como enfermera en una Nursing Home (Residencia de Ancianos), explica en que consisten las tareas de una enfermera en una institución de éste tipo, que difieren de las que realiza en un Hospital o en un Centro de Salud:

“El trabajo depende mucho de las Care Assistant (similares a Auxiliares de Enfermería españolas), ya que según sepan así se puede delegar, la enfermera es la que está pendiente de que se haga bien el trabajo. Las noches son tranquilas, pero no dormimos, ya que las Inspecciones también pueden venir de noche. Cada Nursing Home es diferente, la mayoría son privadas aunque también algunas pertenecen a los Council (similar a Ayuntamientos) El trabajo de enfermera se basa generalmente en: Cuidados básicos, pocos y ayudados por Auxiliares (Care Assistant), dar medicación, hacer curas, vigilancia de ancianos, control escrito de cambios posturales, barreras, etc. y muchísimo papeleo, ya que legalmente, atarlos o colocar barreras y sujeciones es un abuso. También tenemos que enseñar a las Auxiliares: Training a Care Assistant”

AI1 ofrece otra visión del trabajo de Enfermería, desde su puesto de Care Assistant (similar a Auxiliar Psiquiátrico) en un Hospital psiquiátrico, en el año 2003:

“Es un hospital Psiquiátrico de cuidados intensivos de mediana seguridad, es todo cerrado, un edificio nuevo, recién construido con amplio jardín. En el trabajo llevamos un walky – talky y una alarma personal, además de las llaves de todas las puertas, incluidas las de la luz. Tenemos que vigilar a los pacientes y vigilar que realicen sus cuidados personales: higiene, comida, etc. pero no lo hacemos nosotros, los tiene que hacer los pacientes, también estamos en las sesiones de terapia y los vigilamos cuando están en el jardín. Solamente tengo miedo a los ataques de los pacientes, y nosotros tenemos pacientes agresivos, el año pasado hubo asesinatos y violaciones de trabajadores en otros Hospitales Psiquiátricos, aunque no en mi Hospital, que lleva poco tiempo abierto”

Referente al papel que la familia de un paciente hospitalizado, tiene en el Reino Unido, EB1 comenta sus apreciaciones, en referencia a los enfermeros españoles que van al Reino Unido a través del Programa británico:

“Les chocó el papel de la familia en el Reino Unido, hacia los enfermos, porque los visitan solamente unos minutos y de puro compromiso, es decir, aunque tengan a su madre ingresado o a su hijo, lo natural para ellos es que lo cuide el personal del Hospital y solamente van a verlos algún día a la semana, sin quedarse con ellos por la noche o incluso durante varias horas por el día, como se suele hacer en España, claro que esto es lo general y hay personas muy diferentes, algunos me comentan que encontraron la diferencia en los emigrantes de países sureños, dónde la familia sí es muy importante, y algunas personas no se separan de su familiar durante todos los días que está ingresado en el Hospital”

Lo que E12 reafirma:

“Los familiares pasan un poco, no hay cultura de cuidar, sobre todo a mayores.”

EM1, emigrante española de los años 60, no relacionada con el mundo sanitario, comentaba éste aspecto de la cultura inglesa, en relación a lo que le aconteció unas navidades con sus hijos, cuando estuvo enferma:

“En las pasadas Navidades, yo iba a comer el día 25 de diciembre, como otros años a casa de Clara, mi hija, una reunión familiar con todos mis hijos, bueno menos Olga, pero me encontraba mal. Mi hija María me vino a buscar para comer, pero me tuvo que llevar al Hospital, tenía una Neumonía, de vuelta me quedé en mi casa con fiebre y tomando antibióticos, y nadie me llamó hasta que por la noche me trajeron un poco de comida ¡como a un perrito! la celebración se hizo igual, nunca pasé una Navidad tan desagradable”

E9 (trabaja en dos residencias de ancianos) hace comentarios similares referentes al cuidado de las personas mayores:

“Aquí hay muchas Nursing Home o Residential Home o similar, porque no hay una cultura de cuidar a los mayores como en España, aquí cuando eres mayor y no puedes hacer tus tareas inmediatamente tus hijos te meten en una Nursing Home, y no vamos a decir que te olvidan pero solo viene a verte en fechas señaladas (bueno eso en general, ya que también hay excepciones), pero al mismo tiempo están pendientes de reclamar a la Residencia si no la cuidan bien, para eso tengo yo que hacer un montón de papeleo, casi la mitad de mi horario de trabajo lo dedico a eso”

AN1, antropóloga española residente en Londres, comenta los estereotipos británicos relacionados con el cuidado de los niños en los Hospitales, en relación a la intervención quirúrgica de su hijo, en aquel momento de tres meses de edad⁵³:

“Cuando los amigos me dijeron que en Gran Bretaña no había costumbre de acompañar por la noche a los enfermos de la familia, y que debía luchar para que me dejaran dormir con el niño, me quedé horrorizada ¿Cómo iba a dejar solo a un bebé de tres meses, al que además daba de mamar? Me angustiaba pensar que cabía la posibilidad de una negativa. Mis temores se amainaron cuando el médico me dijo que al amamantar al niño podía contar con una habitación individual y estar con él todo el tiempo que quisiera”

Y reafirma lo citado por EB1 en párrafos anteriores, en relación a personas extranjeras, sobre todo de países mediterráneos e hispanoamericanos:

“La actitud británica hacia los niños nos parecía incomprensible a las extranjeras, que no entendíamos como los británicos habían tardado tanto en darse cuenta del trauma que puede sufrir una criatura en el Hospital”

Pero estas costumbres provienen de hace muchos años, tal como comentaba AN1:

“Antes de 1930 aproximadamente, se consideraba que los niños cuando iban a un Hospital, deberían estar solos, porque sino se aferraban a los padres y eso era peor para ellos. Winnicott, escritor, cambió ese concepto, dejando quedar a los padres en el Hospital con el niño, aunque aún ahora se pueden encontrar casos con la mentalidad de antes”

Otro aspecto relacionado con el trabajo de una enfermera es la utilización del uniforme, que en el Reino Unido, concretamente en Londres puede diferir de las costumbres en España, tal como lo comenta E1:

“Con el uniforme de Enfermera, se puede salir a la calle, siempre que vaya tapado. Yo salgo de casa con él para el Hospital, pero hay personas que también lo llevan en el Metro, para irse para casa. Cuando estudiaba me enteré de que podías salir con el uniforme a la calle si lo llevabas tapado, pero no podías lucir la cofia. Cuando íbamos en el bus que nos llevaba a hacer las prácticas a otro Hospital, había otras alumnas que iban a hacer las prácticas en su propio coche, una profesora vio como una alumna iba conduciendo su coche y llevaba la cofia puesta, al llegar al Hospital le riñó y le dijo que estaba prohibido salir a la calle con la cofia, con el uniforme si, pero con la cofia no”

Referente al trabajo de Matrona en el Reino Unido, E13 encontró numerosas diferencias al compararlo con el mismo trabajo realizado en España:

“En el Reino Unido observé que como Matrona se tiene en cuenta a la mujer, que el parto es menos invasivo, se invierte en infraestructuras (piscina, etc.) Si el parto es normal, se puede realizar en casa, existen Matronas de Hospital y Matronas de Comunidad (similar a Atención Primaria en España), también hay continuidad en el cuidado: una Matrona de su Centro de Salud puede atender a su paciente en el hospital, es decir, la puede atender durante todo el proceso: parto, parto y postparto, en su casa o en el hospital. Además hay una Matrona por paciente, en general, además una supervisora, es decir, puede haber doce Matronas en un mismo turno. Por otro lado, se hace más investigación y hay posibilidad de días de estudio (“study days”) para estudiar una especialidad, cobrando lo mismo que trabajando”

Por su lado, M1, Médico Oftalmólogo, cuando realizó Prácticas en el Hospital de Aberdeen, observó que el trabajo de las enfermeras difería del que ella conocía, por sus prácticas como Médico Residente en Santiago, aunque se parecía más al realizado en otro Hospital dónde trabaja actualmente, en Ferrol:

“Allí, con respecto al Hospital de Santiago, dónde estaba de Residente, había mucho personal: enfermeras y auxiliares, eran en su mayoría escocesas, aunque pienso que en otras Plantas había más extranjeras. Las enfermeras tienen una Sala para Agudezas Visuales, dónde también toman la tensión ocular y otras técnicas. Al médico el paciente le llegaba ya dilatado (se refiere a dilatación ocular), ya que entre la enfermera y el óptico le habían realizado la consulta previa, es decir, la primera parte. Las enfermeras pinchan, hacen angiografías y lo que necesite el paciente, se dedican sobre todo a la técnica (creo que al contrario que en otros servicios del Hospital) Tienen mucho material médico y quirúrgico. Las auxiliares se dedicaban principalmente a las historias clínicas”

Además comentaba, que había observado que la relación entre médicos y enfermeras era cordial:

“La relación entre enfermeras y médicos era correcta, es decir, al paciente le daba la explicación completa, además allí los pacientes deciden todo sobre su proceso, incluso el tipo de anestesia que quieren cuando los operan de catarata. Me parece que hay buena relación, a la hora de la comida, cada uno llevaba lo que quería e íbamos a una salita, cada uno cuando podía, y si coincidíamos hablábamos tanto que fuera enfermera como médico o auxiliar, incluso una enfermera escocesa, me dio su teléfono por si necesitaba algo”

Y explica que una de las cosas que más le llamó la atención fue parte de la decoración del Hospital:

“Del Hospital me llamó mucho la atención la moqueta, la había en las consultas, en la planta, en los baños, etc.”

Lo mismo aparece en un testimonio escrito en un Suplemento dominical⁵¹:

“Tras casi un año como especialista ortopédico en Blackpool, I. G., de San Sebastián, ha vivido una experiencia con contradicciones parecidas a los de los enfermeros: le impresionaba lo eficaz de la estructura el Hospital, pero le sorprende lo anticuados y deteriorados que están los edificios y el equipamiento médico”

Existen otras muchas diferencias culturales y sociales, pero también hay muchas similitudes, y el objetivo de la Enfermería es el mismo en todos los países: cuidar, tal como lo dice EI15:

“Aquí las costumbres son distintas, la forma de trabajar también, pero al final el trabajo de enfermería es el mismo aquí en Reino Unido que en España: dar cuidados, estar atento a los pacientes y a sus necesidades y dar medicación, ya se que es mucho más, pero cubriendo esos mínimos ya cumplimos”

4.3.2 - Relaciones sociales

Para las personas españolas que viven en el Reino Unido y que trabajan allí, en éste caso enfermeras y personal sanitario, la relación con los nativos suele ser difícil, sobre todo en los primeros momentos, y principalmente en el ámbito social, fuera del Hospital o lugar de trabajo, debido entre otras cosas a las características socioculturales de la sociedad británica. PEE1, periodista español en la Embajada española en Londres, comenta sus teorías sobre éste tema:

“La sociedad inglesa socializa de puertas adentro y no se relacionan con los foráneos, por lo menos en un primer momento y, si dicha relación se consigue, o es puramente diplomática o conlleva muchísimo tiempo lograrla. La sociedad inglesa es más meritocrática, valora más el mérito que a la persona. En España ocurre al revés, se valora más a la persona, aunque la sociedad inglesa es solidaria como un concepto de civismo. La sociedad inglesa es fría, desde su carácter individualista pero no desde el ámbito colectivo, es más solidaria y avanzada en ONGS y actividades caritativas. No es de cara a la galería, hay personas que dedican parte de su sueldo a ONGS o similares”

E1, habla de los grandes tópicos acerca de las personas británicas, en relación a su cultura y a su sociedad:

“El tópico del inglés es que es tan cerrado como el jardín que tiene delante de su puerta o que los ingleses son como su isla: separados de todo lo que no sea inglés. Ahí tienes el dicho típico “Hay niebla en Londres: el continente está aislado. Muchos de ellos son así, pero hay de todo, lo que sí está claro es que las relaciones sociales con ellos son mucho más difíciles que con otros extranjeros ¿Será porque tenemos más necesidades de relacionarnos al encontrarnos fuera de nuestro país? Y ellos al estar en el suyo? No lo sé”

M1, médica española en Prácticas en Aberdeen (Escocia), reiteraba la dificultad que suponía para un extranjero realizar una vida social:

“Hacer vida social fuera del Hospital era muy difícil, solo me invitaron dos españoles (matrimonio) médicos del Servicio de Oftalmología a su casa a cenar, eran gallegos como yo (él era el Jefe del Servicio de Glaucoma y ella era la Jefa de Servicio de Retina Quirúrgica), me dijeron que me invitaban a comer comida típica inglesa, pero jera india!, decían que la comida inglesa era muy mala”

Aunque la relación laboral era diferente, conllevando una mayor apertura, tal como dice M1:

“Aunque en el Hospital, los médicos de allí nos invitaban continuamente a participar en las actividades del Servicio, a veces, como yo no hacía cirugía, me invitaban a que les explicara a los Residentes británicos como era una cirugía a través del monitor ¡y con mi inglés, que no era excelente!”

Al mismo tiempo, ella intentaba buscar relaciones socioculturales por otros caminos:

“Al llegar a Aberdeen, me fui a la Universidad a poner un anuncio para intercambiar conversación con alguien que quisiera hablar español, me respondieron varios, pero al final quedé con una sueca, íbamos a bailes de salón latinos, me enseñó la ciudad y quedábamos uno o dos días por semana. También me pateé toda la ciudad y hacía excursiones por los alrededores, como la ruta del whisky. Aberdeen era una ciudad demasiado tranquila para mí, aunque era grande, había Zara y HM. También fui a Edimburgo, a un Youth Hostel, en una habitación compartida con varios chicos italianos, muy presumidos, me gustó mucho la ciudad, tenía mucho más ambiente que Aberdeen”

E1 llevaba más de doce años seguidos en Londres en el año 2009, dos o tres años antes, comenzó a notar sutilmente su afianzamiento en el país (Reino Unido), al relacionarse fuera del trabajo con personas inglesas, entre ellas una enfermera compañera de trabajo:

“Es la primera vez que tengo una amiga inglesa, con ella viajé a Brujas y juego al tenis semanalmente. Además, salgo a cenar, al finalizar el trabajo o a tomar unas copas con compañeras británicas”

Ella vive en una casa que pertenece al Hospital dónde trabaja, en la que ofrecen alojamiento a sus trabajadores por un precio bajo. En ella viven nueve personas, que solo se hablan cuando coinciden en la cocina. No hacen fiestas en común, ni van unos a las habitaciones de los otros. Su vecino de habitación es inglés y comenta su relación con él:

“Mi vecino es inglés y cuando me cambié de habitación, un sillón no me cogía por la puerta y le di varios golpes en la suya, pero no salió ¡ni se inmutó! Ahora me habla muy efusivo, tanto que le pregunto muchas veces si es inglés, por su forma de ser. El otro día me llamó a la puerta todo entusiasmado para enseñarme un regalo que recibí de su mujer, pero la relación no pasa de hablar en la puerta de la habitación”

Pero matiza el significado de los términos inglés y británico, algo que indica el grado de estratificación que los nativos británicos tienen hacia los extranjeros o incluso autóctonos:

“Inglés significa nacido en Inglaterra y de piel blanca y padres ingleses, lo mismo que escocés ó galés, pero una persona británica, de cualquier color y procedencia, no es considerada inglesa. Un hijo de español nacido en

Inglaterra, es británico, pero nunca inglés. Un hijo de un hindú nacido en Londres, es británico, nunca inglés. Lo dicen ellos: british no english”

Además, no se puede obviar el hecho de que puede existir rechazo hacia los profesionales de enfermería no ingleses. PEE1, de la Agregaduría Laboral de la Embajada Española, explicaba desde su punto de vista, lo que sucedió ante la escasez de profesionales y el rechazo de los extranjeros por parte de los autóctonos:

“Dada la falta de estos profesionales en el Reino Unido, se comentaba en el país y en el ámbito sanitario que, para suplir la escasez, lo que seguramente haría el Gobierno sería subir los sueldos, que son bajos para el nivel de vida de allí, pero la estrategia del Gobierno no fue esa sino poner en práctica contrataciones fuera del país, lo que conllevó a que los salarios subieran muy poco y que llegaran grandes cantidades de profesionales extranjeros, lo que originó a su vez que, sobre todo en Londres y en las grandes ciudades, exista un rechazo muy importante al que viene a arrebatarles su posible aumento de salario”

E1 explicaba que ella no se sentía discriminada, pero aunque a veces se sentía rechazada por ser extranjera, para ella no era racismo. Ella explicaba que el término racismo es utilizado por emigrantes y personas de raza negra como defensa propia, intentando ganar terreno y obtener la razón. Contaba lo que le sucedió con una compañera de trabajo, enfermera africana de raza negra, a la que recriminó ante una tarea que ella consideró mal realizada:

El diálogo entre ambas fue el siguiente:

E1: X, eso que hiciste está mal hecho

X: No pienses que porque eres blanca tienes razón

E1: Me da igual que seas amarilla o azul, pero lo hiciste mal

X: Eres una racista

Al comentar el episodio, explicaba que el racismo en el Reino Unido es entendido como la discriminación de las personas de piel de color oscuro, y expresaba su opinión al respecto:

“Si cuando te llaman racista agachas la cabeza, se seguirán aprovechando de la circunstancia y cada vez se impondrá más su criterio. El racismo (entendido en el Reino Unido solamente hacia las personas de piel de color oscuro) crece porque se le dan alas. Si a mi una compañera me llama racista por reñirle y me callo, mañana se me sube a la chepa, pero si le contesto, me coge miedo o respeto, lo que quieras, y no sigue con esa actitud”

E1, comentaba que el miedo a ser considerado racista en el Reino Unido es muy grande, pero al mismo tiempo, si se tolera que se utilice mal el término por las personas de piel oscura, pueden acontecer hechos como lo que le sucedió a una compañera suya:

“Una compañera inglesa, de piel blanca, le pasó lo mismo que a mí con esa persona, y cuando le dijo que era racista, se calló, se encogió y tuvo miedo. Me decía que le daba mucho miedo que la acusaran de racista y el resultado fue mucho peor. Ahora si me ve en el turno, me dice: que contenta estoy de que estés tú de turno conmigo, que nos defiendes y si te necesitamos, te enfrentas a ella”

Continuaba explicando que éste miedo, también existe ante aspectos de la vida diaria, todo ello consentido por el Gobierno británico (según su opinión), del que dice que cada vez favorece más a las minorías étnicas en base a la defensa de su identidad, algo que considera excesivo:

“Y eso también pasa en el Gobierno, que les consiente cada vez más, y así nos va. Mira por ejemplo, los hindús sigs, si son policías pueden llevar turbante en su uniforme, con los colores oficiales y van ahora, y pretenden que se saque del emblema nacional de la policía una cruz. Bueno, lo que faltaba, si ellos quieren respeto que lo tengan ellos también, y si quieren sacar la cruz, que se saquen ellos también el turbante. Me parece una defensa de su identidad exagerada, parece que quieren imponérsola, bueno hombre, si vienen aquí, que se adapten a las costumbres de aquí”

También expresaba su opinión acerca de otras polémicas surgidas en la sociedad británica como la del árbol de navidad ó la del velo islámico:

“¿Conoces la polémica del árbol de navidad de Trafalgar Square? Bueno, sabes que el año pasado hubo una polémica sobre si se ponía o no, si podía ofender a algunas personas de otras religiones, bueno, pues éste año se puso sin más y ya está. Pero es que encima, las personas que protestaban por el árbol, lo tenía en su casa puesto.

Por lo del velo, también hay enfermeras que lo llevan, en colores a juego con el uniforme, a ellas no les dicen nada, en cambio a mí, si me pongo el pelo de color azul, ya sabes como me lo pongo cuando vengo a España, sí que me pueden llamar la atención, porque según las reglas de uniformidad, el teñido del color del pelo debe ser un color natural”

Aunque E1 también decía que existía otro tipo de “racismo”, mejor llamado discriminación, hacia personas de piel de color claro pero con nacionalidades diferentes de la británica:

“En mi Servicio trabajan personas de muchas nacionalidades y yo noto discriminación, o xenofobia, por parte de mis compañeros ingleses, hacia la persona diferente a ellos, incluso hacia las personas británicas pero de

ascendientes africanos o indios. Lo demuestran con diferentes actitudes, como: no colocar su foto en el cuadro del Servicio (en cada Servicio del Brompton Hospital existe a la entrada del mismo, un cuadro dónde figuran las fotos de todos los trabajadores de dicho Servicio), como que cuando una tarea se hizo mal, la culpa siempre es del extranjero o “diferente”, nunca de los ingleses, y muchas más cosas. Te puedo decir que mi foto no la pusieron en el cuadro de la entrada hasta pasados seis o siete años de estar aquí trabajando”

E13 entiende la existencia de racismo encubierto entre los británicos debido al exceso de extranjeros:

“Creo que hay demasiados extranjeros, y muchos disfrutan los impuestos que pagan los ingleses sin pagarlos ellos, como discriminación demasiado positiva”

BEM1, explicaba que los ingleses discriminaban a los extranjeros, sobre todo musulmanes y africanos, porque cuando acudían al Reino Unido querían conservar las costumbres de su país de origen, lo que influía en la sociedad y en sus relaciones:

“El Reino Unido necesita a los emigrantes tanto cualificados como no, pero considero que si quieren lo bueno de este país, es necesario que se adapten a sus normas de convivencia y a su forma de vida, aunque dentro de su casa hagan lo que quieran, pero no intentar imponer sus costumbres a la sociedad que ya tenemos. Cuando di a luz a mi último hijo, Christopher, me atendió un negro que me trató como a un animal, seguro que como trataban a las mujeres en su país de origen”

También comentaba que la discriminación positiva siempre estaba en boca del Gobierno, pero que les afectaba de forma negativa a las personas autóctonas, por lo que entendía el rechazo hacia algunas minorías étnicas, aunque evitaba pronunciar la palabra racismo:

“Con el sistema de salud inglés, una persona puede ir al mismo hospital tanto como paciente público como privado. La diferencia está en que como Hospital público tiene una lista de espera grande y como privado, atienden al paciente y le realizan las pruebas en el mismo día. Con la discriminación positiva, el Gobierno me hace recurrir (como a más británicos) a la sanidad como paciente privado (yo me lo puedo permitir, pero no todos pueden), ya que si voy como público tengo una lista de espera, en algunas especialidades, de más de dos años. El gobierno consiente todo haciendo discriminación hacia los ingleses por favorecer a otras minorías, lo que hace que los ingleses se pongan en contra de los emigrantes, sobre todo, países del este, africanos y musulmanes. Un emigrante legal que llega al Reino Unido, tiene derecho a vivienda con muebles, a una paga del gobierno (que le llega para vivir), a escuela gratuita, a sistema de salud gratuito (incluida asistencia hospitalaria), lo que hace que los ingleses tengamos que esperar mucho más tiempo para ser atendidos, y muchas otras ventajas”

E1 coincidía con las teorías de E13 y de BEM1, al comentar lo que sucedía en el momento que ella estudió Enfermería en Londres (finalizó sus estudios en el año 1988):

“Cuando estudiaba Enfermería en Londres, era la única extranjera en la Escuela y mis compañeros ingleses me arropaban y me llevaban con ellos al pub, al cine, a cenar,... Por eso creo que el trato depende mucho de la cantidad de extranjeros que estén en un lugar o en momento determinado. Y en éste momento actual existe xenofobia porque hay demasiados extranjeros emigrantes, que además están adquiriendo muchos derechos que antes tenían los ingleses, además los ingleses o autóctonos ven que pagan impuestos en Reino Unido, para que los emigrantes se beneficien sin pagar nada; yo creo que la discriminación positiva es exagerada y así se exacerban los nacionalismos y la xenofobia”

Aunque E12, que trabajaba en una ciudad pequeña del noreste de Gran Bretaña, decía que no viera aún mucho racismo, pero solamente llevaba unos meses en el Reino Unido:

“De racismo aún no vi mucho, en mi trabajo había más ingleses y filipinos, aunque también médicos paquistaníes, hindús, etc.”

E16 comentaba que la diversidad y la tolerancia, son unos de los aspectos que más le gustaban del país:

“Una de las cosas que más me gusta de éste país es la diversidad, yo trabajo habitualmente con ingleses, keniatas, un italiano, dos japoneses una americana, dos irlandesas, australianos, indios, no sé cuantos filipinos ... otra de las cosas que me gusta es la tolerancia”

Por otra parte, muchos de los españoles participantes en ésta investigación comentaban que sus relaciones sociales con españoles o con otros emigrantes eran buenas. A11 lo explica, y también lo que ella llama “racismo al revés”:

“Me relaciono con españoles y con otros extranjeros, tengo amigos australianos, de Nueva Zelanda o de Sudáfrica, pero me llevo mal con mis compañeros negros, de Ghana, Zimbabwe, Nigeria, porque son muy racistas y rechazan a los blancos, solamente se relacionan entre ellos, además crean importantes relaciones de sumisión de las mujeres de su mismo origen hacia los hombres del grupo. Yo creo que a las demás mujeres blancas del Servicio, nos intentan imponer esa misma sumisión, y como lo consiguen, es difícil relacionarse con ellos”

E10 decía que al principio de llegar al Reino Unido, sus relaciones sociales, se limitaban al grupo español con el que se fue para allá, pero más tarde se ampliaron:

“Al principio solamente me relacionaba con mi grupo español, pero al irme a trabajar al Kingsdon Hospital, empecé a salir con personas de otros países. A Marisol, la conocí en la Residencia de ancianos, me llevo bien con personas de todo tipo, sobre todo con españoles, también con otros extranjeros no británicos, Los ingleses me aburren aunque con alguno tengo ido a tomar café y también colaboré con ellos en asociaciones juveniles. En mi trabajo actual de profesor hay muchos ingleses”.

M1 explicaba lo difícil que era conseguir relacionarse, sobre todo por la diferencia cultural que puede tener el término diversión: su idea española de diversión chocaba con la de sus compañeros de piso de origen hindú:

“Vivía en una habitación de un piso compartido a 10 minutos andando del Hospital, lo encontré por Internet, vivía con una pareja de indios (que eran un poco sucios). Intenté salir con ellos a tomar algo, pero yo les decía: ¡vamos a tomar una cerveza al pueblo (me di cuenta y rectificué), bueno un té! Y ellos me contestaban: ¡pero si en casa el té es gratis! ¿para que quieres salir? No sabían lo que era divertirse, solamente trabajo e Internet. Solamente un día me invitaron a salir con ellos, era el día de su cumpleaños, y ese día fuimos primero a un Supermercado, después a una Sala de Juegos y después a ver una película de cine. ¡Fíjate, esa fue toda su diversión en dos meses! Menos mal que antes de irme, vino para el piso una chica polaca que era como nosotros los españoles, es decir, estudiaba, trabajaba y también se divertía”

Referente a la dimensión cultural de la diversión, E13 decía que se divertía igual que en España, ya que trabajaba en una ciudad grande, con muchas y diferentes posibilidades:

“Mi tiempo libre lo aprovecho para salir a tomar un café, para ir a la disco: voy un día a la semana de noche (aunque todo cierra antes que en España), para ir de excursiones, y muchas más cosas”

E11, se sentía bien con los pacientes, no había notado rechazo por parte de ellos, aunque sí lo había notado por parte de sus compañeras filipinas. También pensaba que era más difícil relacionarse socialmente con los ingleses y más fácil con otros extranjeros:

“Con los pacientes me entiendo bien, me aceptaron bien, ellos dicen que las españolas somos muy cariñosas y se fían de nosotras, aunque a veces dudan, pero porque dicen que somos muy jóvenes. Solamente me rechazó una persona, pero tenía problemas mentales, así que no cuenta. Siento racismo por parte de las filipinas, pienso que me ven como a una competidora, que les voy a sacar trabajo y por tanto dinero, es como una discriminación porque amenazo el status que tienen en Reino Unido. Mi relación con los ingleses es difícil, me relaciono mejor con otros extranjeros. En la casa vivo con una enfermera española, otra enfermera de Kenia (con la que me llevo muy bien, mi primer amigo fue un keniano) y con un estudiante de Biología que hace el doctorado en el Hospital.

No me relaciono con galeses, aunque si hay una cena del hospital voy a cenar y muy bien, se preocupan durante la cena de que me integre”

E1 se relaciona tanto con españoles como con otros extranjeros o incluso con británicos, pero estas relaciones se centran principalmente en personas de su ámbito laboral, lo comentaba en el año 2007:

“Con las personas que salgo a veces y tengo más confianza de la planta son una finlandesa, la inglesa (con al que fui a Brujas y juego al tenis) y con la checa que se fue, bueno y antes con la hindú (que era británica, pero desde que se casó salimos muy poco). Ahora salgo poco con la inglesa, porque dice no tiene dinero, claro, ya decía que no tenía y encima se fue a Australia tres semanas así que ahora está pagando las deudas y no sale. Con la finlandesa, salgo a veces. Para despedir a la checa, fuimos los del Servicio a un restaurante español que hay cerca de casa, bueno a media hora andando, esa noche ¡hacía un frío en Londres, que cortaba! Yo no escogí el sitio ni el menú, pero quisieron ir al español, la comida estaba bien, pero como a algunos les pareció caro, dijeron que estaba mala. Me viene el dueño y me dice, que andaban diciendo que la comida era mala, pero claro Juan pidió paella vegetariana y eso no sabe a nada y otra pidió rape a la gallega, antes me preguntó que sería mejor si rape o merluza, yo le dije que si no conocía el rape y pensando en los gustos ingleses, que mejor que pidiera merluza, pero basta que se lo dijera que pidió rape, y después me decía que mejor hubiera sido que me hiciera caso, que no le gustaba el rape. Pero bueno mi paella estaba buena”

También mantenía contacto con españoles, tiene amigos en Londres, pero explicaba que tenía dificultades para verlos, por las distancias y por los turnos de trabajo:

“Tengo amigos españoles en Londres, pero mi relación con ellos es esporádica, por las condiciones de trabajo: horarios, días de libranza, etc. Suelo encontrarme con ellos previa cita (como en el médico), pero realizada con un mes o más de antelación. En España no pasa esto, yo puedo llamar a un amigo y a la media hora estar tomando un café con él, aquí es impensable”

Se relacionaba con los compañeros de la casa dónde vive, que son a su vez compañeros del Hospital aunque de otras Unidades, pero de forma diferente, es decir, como si fueran sus vecinos:

“Tenemos uno de Isla Mauricio que vive en el sótano y cuando se estropeó la lavadora de arriba, teníamos que bajar a la del sótano, que está cerca de su habitación, y le molestaba, decía que no le dejábamos dormir, llegó a ponernos horario de lavadora, ¡lo que faltaba! Cuando todos estamos a turnos, no hay horario ideal, siempre se molestará a alguien, pero no lo entendía. Un día cogí a un filipino mirando el reloj esperando para poner la lavadora, le dije que no tenía porque hacerlo, cada uno tendría que ir cuando mejor pudiera. Con otra portuguesa me pasó algo que no me creía, trabaja en el tema de los uniformes, y el otro día me dijo que me iba a enseñar uno de los nuevos, que me traía uno, pero yo no sabía mi talla y fui a la habitación a buscarlo, le dije que pasara, pero

hasta que se lo dije por segunda vez no entró, me extrañó mucho al ser portuguesa, casi como nosotros, pero bueno, será porque está en Londres”

EB1 comenta que los enfermeros que van con el PRE solían hacer vida con sus compañeros españoles que trabajaban en el Hospital de destino y también socializan a través de algunas actividades promovidas por el propio Hospital dónde trabajaban:

“Suelen hacer vida española, es decir, les gusta comer a horas españolas, con comida española, divertirse como en España, y como no pueden hacerlo socialmente porque hay otras costumbres, lo hacen en el interior de sus pisos, sin relacionarse demasiado con los nativos, ya que van a localidades pequeñas y en grupos grandes, como mínimo 15 personas, a cada Hospital. En cada Servicio ó planta suelen estar uno o dos españoles, que buscan apoyo entre sí. Como son personas jóvenes, se socializan entre ellos, al ir en grupos hacen actividades comunes, algunas de ellas promovidas por el propio Hospital, también hacen fiestas y reuniones entre ellos, que ellos mismos dicen que “hacen como los ingleses. Algunos enfermeros españoles, también visitan a amigos que residen en otras ciudades o hacen turismo por el país. Intentan hacer su vida allí, acuden a gimnasio, participan en equipos que tienen los propios hospitales, etc. Algunos hacen mucho deporte”

Aunque E12, que se fue con dicho Programa, la contradice en parte, ya que aunque sus preferencias en las relaciones sociales van más allá de los españoles, se apoyaba en ellos cuando había problemas:

“No me gusta relacionarme con españoles porque quiero aprender inglés. Aunque, por otro lado busco apoyo en ellos, ya que sino ¿en quién te apoyarías? Tengo amigos de todas las nacionalidades, y muchos conocidos en Londres: un periodista de As Pontes, un economista australiano, etc.”

E3 decía que la comunidad española era “pequeña y mal avenida”, pero a través de una lista de correos como Metas de Enfermería (Internet), es posible comprobar que se relacionan amplia y asiduamente a través de Internet.

EB1 continuaba explicando que la relación de estos enfermeros con personas inglesas, era mucho más difícil, aunque no imposible:

“La relación con los ingleses es bastante difícil y si existe, se da a partir de los seis meses de estar allí. También les influye si están en pueblos pequeños y con poco ambiente, es decir, si el pueblo o ciudad es grande y tienen diferentes oportunidades de divertirse: discotecas y otras actividades, realizan menos actividades entre ellos”

Este último aspecto comentado por EB1, también se vuelve importante a la hora de socializar. El lugar donde estaba ubicado el Hospital, influía en gran medida en dicha socialización. E2, lo corrobora y explica su experiencia, desde Royal Tunbridge Wells, una pequeña ciudad situada en el sur de Londres, en el año 2002:

“Estoy muy aburrido, el pueblo es demasiado tranquilo y es difícil conectar con la gente, a veces nos reunimos los españoles en un piso o vamos al pub. También está aquí mi novia, pero estoy deseando irme. Trabajo en Anestesia y Reanimación, aunque vine para aprender a instrumentar para Quirófano, solo me dejaron hacerlo una vez”

E3 comentaba que él no trabajaría fuera de Londres:

“El ambiente y las posibilidades son muy diferentes: en Londres tengo muchas opciones de trabajo y de diversión, cosa que no tendría en un pequeño pueblo dónde a las seis de la tarde está todo cerrado”.

En el año 2003, PEE1 periodista de la Embajada Española en Londres, explicaba desde su punto de vista, lo que puede influir la elección del Hospital dónde se va a trabajar, en función de la geografía y de las características estereotípicas de sus habitantes:

“En el Reino Unido es difícil la adaptación social para todos, incluidos alemanes o similares. La vida se hace dentro de las casas, los horarios de trabajo son largos y la escasa vida social se hace en los pubs, entorno a una cerveza, cosa que para chicas (que son la mayoría) no es normal. Los ingleses más cerrados son del sur de Inglaterra, los del Norte son personas más abiertas, pero el clima tampoco ayuda, ya que en el norte llueve mucho y fuerte y hace mucho frío”

Coincidiendo con las teorías de PEE1, en un reportaje de un suplemento semanal nacional, comentaban la acogida que tuvieron las enfermeras españolas en la zona de Manchester (en el norte), en concreto en Blackpool, dónde los nativos las paraban por la calle para agradecerles el haber venido desde España a suplir la falta de enfermeras en dicha zona¹⁵³:

“Los porteros dejan pasar a las enfermeras españolas sin pagar. Los locales de fish and chips les sirven y se niegan a aceptar su dinero. Poco después de que llegara Almudena, la detuvo en la calle un completo extraño, que dijo que quería darle las gracias por haber ido desde España hasta Lancashire para cuidar de viejos y enfermos, y la besó... la idea de que unos jóvenes hayan ido desde lugares próximos a esos paraísos mediterráneos, para trabajar en puestos que no quiere nadie les resulta, al mismo tiempo, conmovedora y sugerente. “La gente ha sido verdaderamente amable”, dice Gema. “Nos tratan como a princesas”

4.3.3 - Motivos para emigrar, integración, adaptación, expectativas,...

Siempre existen múltiples motivos para emigrar. Entre los enfermeros españoles, van desde la necesidad de encontrar un trabajo estable (que ven difícil en su país, España), hasta conocer otras culturas, otras formas de trabajo u otros motivos más personales. E3 comenta su experiencia en tono jocoso:

“Yo es que salí hace dos años y tengo tres días trabajados, si junto 27 más tengo un mes, que no es moco de pavo ¡oiga! Y además una experiencia amplia, no se crea...3 días en Urgencias, 2 en Quirófano, 1 en Geriatría,...”

E11, enfermera de Ferrol, temía no poder adquirir experiencia en su trabajo, al no tener posibilidades de trabajar en España. Lo explicaba así:

“Mi motivo par irme fue aprender mi profesión y tener experiencia como enfermera, ya que aquí solo trabajé unos meses y no tenía posibilidades, y finalicé hace dos años”

E12, emigró porque no veía claro su futuro en España, además tenía ganas de conocer mundo, tal como él mismo comenta:

“¿Mi motivo para irme? Trabajaba en el Hospital Modelo de Coruña, y no veía futuro, pensé primero en irme para Italia, incluso estudié dos años italiano y además fui a ver un Hospital allí, pero después decidí Londres sin otro motivo aparente, solo porque tenía ganas de conocer mundo”

E10, enfermero valenciano, que trabajó en Residencias de ancianos y también en Hospitales, al explicar sus motivos para ir a Reino Unido, decía que fueron sencillos:

“Mis motivos son sencillos y pienso que similares a los de otras personas, me vine por mi cuenta a Londres, sencillamente porque me gustaba el país, y quería conocerlo y además como en España no había trabajo ¿Qué mejor excusa?”

M1, Médico especialista en Oftalmología, explicaba que antes de finalizar sus estudios de especialista MIR, quería conocer como se trabajaba en otros países y decidió ir al Reino Unido, en concreto a Escocia:

“Me fui allí porque antes de finalizar mis estudios, quería saber como se trabajaba en otro sitio fuera de España y preferentemente de habla inglesa, mi jefe en España me dijo que conocía en Aberdeen a una médico que fuera su mejor residente, y que estaba trabajando allí y además como era un pueblo pequeño, sería mejor para mí para aprender y conocer”

Otros motivos pasan por el descontento del trabajo en España, como refería E5, enfermera de Navarra, que explicaba así sus motivos para ir al Reino Unido con el PRE, achacando su emigración al mal ambiente de trabajo que pudo observar en el Hospital dónde trabajó en España:

“Estoy muy quemada del trabajo en Navarra, escogí Reino Unido porque hablo inglés y me gusta el inglés, además allí me dan puntos para España, algo que tenemos todos muy en cuenta”

O el aprendizaje de un idioma, como E1, que viajó a Londres para aprender el inglés y una vez allí, decidió quedarse para estudiar Enfermería y finalmente, también a trabajar:

“Fui a Londres para aprender inglés y cuando ya llevaba un tiempo en el país me enteré por casualidad de que si estudiaba para Enfermera me pagaban, por lo que me podría sostener económicamente, así que solicité estudiar y allí me quedé. Cuando finalicé mis estudios regresé a España, comencé a trabajar en Ferrol en el Hospital de la Seguridad Social, pero como no sabía hacer técnicas, la Dirección me propuso un período de aprendizaje. Después trabajé un tiempo en una Unidad (Ginecología), pero el siguiente contrato fue para el “pull” (cada día estaba en un sitio diferente) y allí, ya no me adapté, así que regresé a Londres, dónde conocía el sistema de trabajo y dónde además, podía escoger tanto el Hospital dónde trabajar como el Servicio dónde hacerlo (era un momento de gran demanda de personal de Enfermería) así que conseguí un trabajo en el Brompton Hospital, me proporcionaron vivienda y me quedé. En España no encuentro lo que quiero, por el momento”

EB1, del PRE, comentaba los diferentes motivos para emigrar, que pudo observar entre los enfermeros participantes en el PRE, entre ellos las citadas anteriormente de búsqueda de trabajo, aventura o aprendizaje de un idioma:

“En cuanto a las motivaciones para irse al Reino Unido, en primer lugar está el paro que hay en España y la posibilidad de un empleo en el Reino Unido, después aventura y después idioma, aunque la mayoritaria que manifiestan, es la experiencia laboral y coger puntos (conseguir puntuación por estar trabajando, para que a la hora de regresar a España, esos puntos sirvan para avanzar en puestos en las listas de contrataciones y en las oposiciones a un puesto de trabajo en la Sanidad pública, e incluso como experiencia en la privada), que también son válidos en España”

Aunque AI1, Auxiliar de enfermería en un Centro Psiquiátrico, que fue a Londres por su cuenta, al explicar lo que le motivó a emigrar, dice:

“Todos los que vienen a Londres, vienen escapando de algo, aunque digan otra cosa”

PEE1, periodista, comentaba que los motivos para emigrar fueron cambiando, ya que en los años 50, 60 ó 70 eran motivos políticos ó económicos y actualmente eran otros. Aunque si una persona escapaba de problemas en España, él pensaba que se integraría en la sociedad británica más rápidamente:

“En los años 50, los españoles se escapaban por problemas económicos, hoy en día es por problemas sociales o emocionales. Un tipo de español, es el que viene al Reino Unido y no le dice a otro español que él también es español. Lo hace para evitar problemas, como el inglés, así intenta aislar parcelas de su vida: una cosa es el trabajo y otra las relaciones sociales, que se compartimentan y separan. Ese es el español que busca integrarse en la sociedad inglesa y que posiblemente vino huyendo de un problema social o personal en España”

EJ1, emigrante español de los años 50, ratifica en parte lo que decía PEE1, explicando que en los años 40, los emigrantes iban al Reino Unido como refugiados políticos y en los años 50, los motivos para emigrar eran económicos. Él comenta la diferencia con los emigrantes actuales:

“Durante la guerra vinieron los refugiados políticos y en los años 40 – 50, los emigrantes en busca de trabajo. En la actualidad hay otra clase de emigración: por motivos educativos, aprender inglés y por trabajo también. En los años 50 – 60, los que vinieron al Reino Unido a hacer dinero, vivían en la miseria, pero los emigrantes actuales vienen a gastar y disfrutar, que es muy diferente. Ahora hay más extranjeros. Considero que en el Reino Unido, todo está más cuidado y hay más organización e información”

E13, fue para Reino Unido en abril de 2002, a través del PRE, para aprender inglés y la cultura inglesa, porque le gustaba mucho. Pudo escoger Portugal o Italia, pero le atraía más el Reino Unido. Trabajó como enfermera en Bristol durante 1 año y 3 meses, después fue a la Universidad a especializarse. Actualmente está trabajando como Matrona en Bristol. Ella comentaba que su experiencia adaptativa fue buena, pero también decía que conocía otros compañeros, que no se adaptaron al país y a sus normas y costumbres:

“Conozco a una española y el resto son extranjeros como yo. Me interesa integrarme en la cultura inglesa. Las reuniones de españoles no me gustan, solo son para quejarse y pienso que no me aportan nada nuevo. Sé de

otros españoles que se relacionan solamente con españoles, que no se quieren integrar, aunque también conozco a otros españoles integrados en la cultura inglesa.

Los que se quedan se adaptan, y pienso que se quedan porque hay trabajo, pagan bien y se pueden hacer planes de futuro. Pienso regresar, pero tengo dudas. Hago planes a corto plazo, valorando la situación y no sé si mejoraría con el regreso”

En la ciudad, decía que no tenía problemas, ya que había muchos extranjeros, casi como en Londres:

“Los ingleses son más fríos que los españoles, pero me considero integrada allí, aunque algunas veces tengo ganas de regresar y otras, si estoy en España, hecho de menos al Reino Unido. Mi familia me anima a estar allí, en Reino Unido. Pero tengo dudas y con una frecuencia de 4 ó 5 veces al año, vengo a España. Me volvería a ir de nuevo, sin dudarlo. Perdí en España mis momentos con los amigos y la familia, pero gané mucho: amigos, conocer otra cultura, estudiar para Matrona, conocer otro sistema de salud, viajar y muchas más cosas. Todo enriquece”

E12 se fue al Reino Unido en enero de 2004 y tal como él comentaba, consideraba que se adaptó perfectamente:

“Me integré perfectamente, inmediatamente después de llegar ya conocí a un estudiante inglés de enfermería y salía a tomar café y al cine, también chateando conocí gente de Colchester y salgo con ellos. Aunque mis impresiones al llegar al Reino Unido fueron contradictorias, todo me parecía frío y extraño, pero también era la primera vez que salía de España”

Pero también conocía a compañeros que no consiguieron adaptarse y regresaron un poco tiempo, como E7 y E8:

“E7 y E8, su novia, son andaluces. E7 pasó la entrevista a la primera, pero su novia fue rechazada y le ofrecieron una segunda oportunidad, una entrevista por teléfono, que también falló. Como su novio estaba aceptado, desde la Embajada insistieron de nuevo y tuvo otra oportunidad hace muy poco, y puso tanto empeño, que mejoró mucho su inglés con clases particulares, películas, lectura, etc. y consiguió superar la entrevista. Ninguno de los dos trabajara previamente. Se fueron los dos juntos al mismo Hospital, en septiembre de 2003, a Ipswich, como yo. Pero solamente aguantaron dos meses escasos, antes de regresar a España, no se pudieron adaptar. También conozco a otros compañeros que lo pasaron muy mal al principio, como E6, también en Ipswich”

La adaptación al país receptor, depende de múltiples factores, entre ellos el lugar de trabajo, no es igual trabajar en un pequeño pueblo del norte o del sur de Londres o en el mismo Londres. E2, que trabajaba y vivía en Tunbridge Wells, comentaba que su integración fue muy difícil:

“La integración es difícil, después de nueve meses, aún no conozco a personas nativas, solamente de vista, me relaciono exclusivamente con unos compañeros españoles que trabajan en mi Hospital y con otros de un pueblo cercano. Solamente salgo al pub con mis amigos y muy pocas veces, tenemos unos horarios laborales muy amplios”

M1 fue a Aberdeen, en Escocia, como Residente de Oftalmología, pero sin hacer cirugía (había diferentes posibilidades de estar allá), comenta así su experiencia:

“Considero que me adapté bien, pero fue poco tiempo, la gente en Aberdeen era muy amable y me explicaba todo lentamente y con mucha paciencia para que los entendiera. Fíjate, en un local de Internet, después de verme allí dos días seguidos, me dijeron que me hiciera socia, que era gratis y así me saldría todo mucho más barato. Allí los extranjeros participábamos activamente en todo: en las sesiones clínicas, en las consultas, en la opinión sobre los pacientes, etc. Nos preguntaban nuestra opinión continuamente y también, acerca de cómo lo hacíamos en España”

A E11 le costó adaptarse, pero lo consiguió:

“Desde que me fui en enero 2004, es la primera vez que vengo a España (julio 2004), necesité ese tiempo para adaptarme. Mi primera impresión al llegar al reino Unido fue el diferente ritmo de vida y también el horario, me costó mucho levantarme a las seis de la mañana. Además me preguntaba continuamente ¿Qué hago aquí? La adaptación fue difícil y los ingleses no me ayudaron mucho. Ahora ya estoy mucho mejor. Quiero ir a clase de baile, ya me siento más segura con el inglés. También hago deporte y sigo con las clases de inglés”

E1 se encuentra adaptada en Londres, aunque reconoce una cierta ambigüedad de sentimientos. Ella tiene una teoría sobre la adaptación o no de los emigrantes en Londres:

“Llevo diez años aquí, desde la segunda vez que vine, y como no me gusta estar aquí, no quiero integrarme y hacer cosas aquí, coger amigos, etc. pero al mismo tiempo no puedo volver, porque en España tendría un trabajo inestable, por lo que estoy incomoda. Las personas que van a Londres a trabajar, enfermeras o no, si no se adaptan se van pronto, pero si se quedan, aunque se encuentren mal, tardan en volver, no sé bien porqué, a lo mejor, aunque no lo digan, tienen vergüenza al fracaso”

Las relaciones de los emigrantes españoles en Reino Unido, con sus familias en España, dependen de las características de la persona y de su familia, tal como lo comenta E1. Ella se siente cómoda al venir a España pero tiene amigos que no se sienten así:

“Yo sigo en Londres porque en España no tengo el trabajo que quiero, pero voy a menudo a casa, a España, porque me siento acogida por mi familia, me dejan hacer lo que quiero y como tengo tantos hermanos puedo disfrutar con todos. Pero una amiga mía, gallega también, no quiere venir a Galicia porque se siente agobiada por la familia y además porque tiene que atender a muchos compromisos sociales, de ir a visitar a familiares y a amigos, así que se compró una casa en Huelva para ir al sol ¡ya parece una inglesa! También conozco a otra persona que no le gusta venir a España porque no se siente acogida por su familia, me cuenta que su hermano hace la matanza del cerdo y que, por lo tanto, hace chorizos, pero compra los que le da a ella, no le da de los suyos ¡vaya hermano! Siempre me cuenta que le gusta venir a España, pero se siente atada, que le gustaría venir a España más libre”

4.3.4 - El retorno

Los motivos para regresar son variados y diferentes, cada persona nos contará su propio argumento, elaborando su propia estrategia para explicarlo: unos dirán que finalizó su aventura, otros que encontraron trabajo en España o en otro país, otros que tienen problemas personales, otros lo entenderán como fracaso, unos dirán que por cansancio, otros por “morriña”, otros que tuvieron una mala información previa a la experiencia, y otros culparan a los “ingleses” de su regreso,... E11, se replanteaba su regreso continuamente, lo que en algunos momentos dificultaba su integración:

“Tengo novio en Ferrol, empecé a salir con él justo antes de venirme al Reino Unido y, tengo mucha morriña. Muchas veces me planteo si estoy bien aquí, si estoy haciendo lo correcto y lo que debo, me planteo volver pronto, por la morriña, aunque en el fondo me siento bien aquí, bien tratada. Aunque mi relación con los galeses es difícil, me relaciono con otros extranjeros, aunque si hay una cena en el Hospital voy a cenar y se preocupan durante la cena de que me sienta integrada. Tengo una relación cordial con ellos, no los considero amigos, pero no me siento rechazada y pienso que me respetan bastante por ser española y no como dicen de las filipinas que parecen unas muertas de hambre”

En la navidad del año 2003, A11 comentaba que no quería regresar aún, tenía sus expectativas puestas en Londres dónde se encontraba cómoda, además sus relaciones en España eran difíciles, así lo explicaba:

“Me quedan pocos amigos en España, en Navidades solamente ví a uno, los otros están casados y estaban desplazados con su familia y me fue imposible verlos, hasta el verano no volveré. Pienso que tengo mi vida establecida en Londres y que, a lo mejor, me quedo”

En el año 2004, se encontraba en un período de su vida en el que se encontraba incómoda en su trabajo, pero aún no quería regresar a España, pensaba que su vida estaba ya establecida en Londres:

“No me queda otro remedio que adaptarme, si no quiero volver a España por ahora (y tengo motivos personales), aunque no estoy contenta con mi trabajo. Algunas veces tengo vivido en precario, sin trabajo, pero tarde o temprano siempre aparece algo, aunque no te guste,... pero por ahora no me apetece regresar”

Pero en Abril de 2007 había cambiado de idea, sus circunstancias personales en Londres habían cambiado, y deseaba regresar. Ella explicaba que retornaba porque los amigos que tenía en el Reino Unido, se fueron marchando, y además, en el trabajo tenía muchos problemas, tanto económicos como de convivencia con algunos de sus compañeros y con los pacientes (trabajaba en un Centro

Psiquiátrico privado). En esas fechas decía que regresaría pronto, posiblemente en ese mismo año, como así fue:

“Ahora estoy de vacaciones en Vigo, pero regresaré a España el próximo mes de junio. Ya no aguanto más en mi trabajo, mi vida social también se complicó mucho. Mis amigos se buscaron su vida y a veces me la complican a mí: Joseph, se casó hace un año con Rogelio y sigue dando clases, pero hace poco acaban de separarse, aunque siguen viviendo juntos conmigo ¡mira que lío! Y Jenny, aunque sigue en el mismo Hospital, también tiene su pareja y la veo mucho menos. Rosa se acaba de cambiar a una casa que compró y me queda mucho más lejos. Por otro lado en el trabajo es insoportable lo que tengo que aguantar. Así que ya ves, regreso a casa ¡a ver como me va en España!”

En algunas ocasiones, aunque una persona tenga una perspectiva de regresar pronto a su país, no sucede así. E10 relata su experiencia y sus pensamientos:

“A mí me gusta mi trabajo de enfermero, pero fui a probar como profesor (gracias a mi nivel de inglés) y gano mucho más, pero estoy un poco cansado. Doy clases de inglés y de apoyo a emigrantes o hijos de emigrantes, de secundaria: adolescentes de Afganistán, Corea, etc. que me enriquece culturalmente, aunque como adolescentes son difíciles. Ahora quiero irme a Italia, a conocer otra cultura y otro país. Pero pienso que muchos de los que vienen a trabajar de enfermeros al Reino Unido, se van a quedar bastante tiempo e incluso jubilarse, aunque vengan con otra intención”

Un caso similar le ocurría a E9, que aunque en el año 2003 tenía perspectivas de retornar en un tiempo relativamente corto a España, aún continúa en el Reino Unido:

“Quiero volver a trabajar a España cuando mi hijo hable bien el inglés, ahora aún tiene tres años y entre mi español y el inglés del Colegio se monta muchos líos (año 2003)”

En abril de 2007 comenzaron a cambiar sus ideas de retorno, aún continuaba trabajando en una Nursing Home en la zona de Londres y decía:

“Sigo trabajando en una Nursing Home y estoy muy contenta, mi hijo tiene ya siete años y me acabo de comprar una casa pequeñita. Por ahora, aún no regreso”

Pero sus expectativas continuaron cambiando, y en noviembre de 2009, una amiga suya, A11, comentaba que ya no tenía ganas de volver a España, porque sus relaciones sociales y familiares se estabilizaron y tenía perspectivas de futuro en el Reino Unido:

“E9 tiene novio, desde que se relaciona con una amiga hispanoamericana, sus relaciones mejoraron mucho y espabiló tanto que ya tiene nuevo novio. Ahora ya estabilizó en el país, ya no tiene ganas de volver a España”

Algunas personas no consiguen una adaptación adecuada en el país de destino y tienen que regresar antes del tiempo previsto, pueden verlo como una experiencia, aunque no fuera como deseaban, otras no quieren referirse a ella, por entenderlo como un fracaso. E7 y E8 regresaron a España antes de lo previsto. E12, un compañero que trabajaba en su mismo Hospital, explicaba lo que pudo suceder para regresar tan pronto, también comentaba las dificultades que tuvo otra compañera del mismo grupo:

“E7 y E8 trabajaban en mi mismo Hospital, pero no se adaptaron, la verdad es que la ciudad era pequeña y no tenía vida (bueno lo que entendemos en España: marcha, ambiente,...) y si no sales del círculo de los españoles lo puedes pasar mal, yo al poco de llegar ya estaba saliendo con ingleses o con otros extranjeros, me busqué la vida porque quería adaptarme en el país. E6 también lo pasó muy mal al principio, y quería irse para EEUU, ahora no sé nada de ellos, yo me fui de Ipswich con un contrato mejor cerca de Londres”

Otras personas, relatan que después de una experiencia de varios años, regresan por añoranza (entre otros motivos), pero también porque quieren realizar su proyecto de vida en su país de origen, como explica E14:

“Trabajé como enfermera en Inglaterra ocho años, mi hijo nació allí, pero yo quería que se criara en España, por eso regresamos mi marido y yo, aunque también por “morriña”: yo echaba mucho de menos el mar de Galicia”

Y otras más, pueden decir que su proyecto personal en el extranjero ha finalizado, como E11, que regresó a los dos años aproximadamente de irse para el Reino Unido:

“Yo estaba bien allí, me sentía bien tratada y estaba cómoda, pero mis circunstancias cambiaron y pensé que mi experiencia estaba bien, pero quería regresar a mi tierra, tenía mucha “morriña”, además mi padre había muerto”

Pero también existen personas, que después de aguantar y pasarlo mal durante un tiempo, desean quedarse para conocer la parte buena de la experiencia, como relata EM3:

“Llevo año y medio en Londres, pero aún no quiero regresar, a pesar de que no lo pasé demasiado bien por ahora. ¿No te parece que después de pasar lo más difícil, sería bueno conocer lo mejor del país? Yo vine para conocer la cultura inglesa y el país, y de paso, encontrar un trabajo para mantenerme. Espero que a partir de ahora todo sea más fácil. Después, sí que quiero regresar a casa”

4.4 - Lenguaje, idioma, comunicación,...

4.4.1 - Problemas con el idioma

“Sin el lenguaje la transmisión de tradiciones complejas sería prácticamente imposible y cada uno de nosotros estaría atrapado en su propio mundo de sensaciones privadas”

Ember C, Ember M (1997)¹⁵⁴

Casi todos los enfermeros participantes en éste estudio opinan que es necesario un adecuado nivel de inglés para poder comunicarse con los pacientes y con los compañeros, tal como dice E3:

“Creo que es positivo que haya cierto nivel mínimo de inglés... si a dar cuidados y estar atento a los pacientes le quitas el componente de comunicación por falta de un idioma ¿en que te quedas?”

Aunque EI6, que trabaja en Bristol, opina todo lo contrario:

“¿De verdad creéis que les importa si podemos o no comunicarnos? Yo no. A los enfermeros del día a día sí, por supuesto, pero a la directora de personal, a la embajada o al Tony o al Alan Milburn, simplemente se la refanfinfla”

Por otro lado, E3 hace referencia a un artículo aparecido en una revista de enfermería acerca del bajo nivel de inglés de los enfermeros extranjeros, especialmente de los españoles:

“De nuevo es curioso ver la imagen subconsciente que tiene la población inglesa y todas sus instituciones de España y los españoles, porque a pesar de que hay muchísimos extranjeros currando en el Reino Unido, y los españoles no llegamos a 200, hace dos o tres semanas apareció en la revista de enfermería más populosa de Gran Bretaña, Nursing Times, un artículo noticia haciendo referencia al bajo nivel de inglés que poseían muchos de los enfermeros foráneos. Lo jugoso está en que a pesar de todas esas nacionalidades, se ejemplificaba la noticia con nosotros, los ibéricos...”

Debido a la necesidad de profesionales en aquel momento concreto, algunas agencias y también organismos oficiales, obviaban el tema y les ofrecían cursillos gratuitos durante el proceso de adaptación: curso intensivo de inglés, y similares. Tal como comenta E11, que trabajó en Cardiff en enero 2004:

“Desde que llegué estoy haciendo un curso de inglés de tres horas semanales, hasta el mes de abril, pero aprendí poco porque mis compañeros eran filipinos. Ahora voy a un “College” (Academia de inglés) dónde me relaciono con extranjeros y además es mi “válvula de escape”. Me relaciono con alemanes, bolivianos, españoles (pocos y aventureros: son camareros durante tres meses, etc.) y también conozco a tres estudiantes de doctorado.

Mi principal problema fue el inglés, como barrera para poder expresarme y relacionarme con mis compañeros (médicos y enfermeras) principalmente por la compartimentación de tareas: para cada tarea específica debo llamar a una enfermera, especialista en una técnica concreta, y todo a “golpe de teléfono”, algo que en España, cada enfermera soluciona sus necesidades y sabe de todo”

EI15 comentaba que contrataban a enfermeros españoles con bajo nivel de inglés porque necesitaban a muchos profesionales (año 2002)¹⁵⁵:

“¿Porqué cogen a enfermeros españoles con bajo nivel de inglés? Porque están muy faltos de enfermeros y aunque nosotros tengamos que hacer los cursillos para hacer técnicas, saben que sabemos mucho más de enfermería y de técnicas que ellos”

Aunque explicaba que los problemas con el idioma eran inevitables:

“Por muchas clases que hayas dado en España, hasta que no llegas al Reino Unido y te pones a trabajar aquí, no te empiezas a aprender inglés, Y en cuatro meses más o menos dominas la situación y en ocho meses o un año, por muy torpe que seas eres capaz de comunicarte con pacientes, enfermeros, auxiliares y con los médicos”

El representante de una Agencia británica de contratación de enfermeras¹⁵⁶, comentaba un ejemplo de cómo él entendía que el nivel de inglés solicitado en ciertos momentos, era bajo:

“En diciembre de 2000 entrevistamos a 35 enfermeras en Madrid para un Hospital británico, de las cuales 8 tenían el nivel suficiente de inglés... Cual es mi sorpresa un par de meses más tarde al ver a muchos de los 35 candidatos ya bajando del avión en el aeropuerto de Manchester, con su contrato bajo el brazo al haber pasado la entrevista con la Embajada... O sea que el Department of Health exige bastante menos en cuanto al inglés que las Agencias privadas”

Motivo por el cual, el gobierno estableció unos requisitos mínimos con referencia al idioma, que era necesario cumplir antes de firmar un contrato de trabajo. E3 lo comentaba en el año 2002:

“Solo decir que han puesto el nivel de inglés entre medio y alto... por un lado decir que es positivo que haya cierto nivel mínimo de inglés...”

Al hablar con EB1, responsable del PRE, sobre su apreciación referente a la adaptación de los enfermeros, una vez que están trabajando en el Reino Unido, comentaba que su problema principal era el idioma:

“Su principal problema es el idioma y sobre todo el acento, aunque en la entrevista que les hacemos antes de contratarlos, que exigimos está entre medio y alto, no es tan bajo como esperaban, y muchos no pasan la entrevista por el idioma”

E13, enfermera española en Bristol, también reconocía sus problemas con el inglés:

“Yo hablaba el inglés del bachiller y tuve algunos problemas, sobre todo al llegar a la Universidad, a estudiar Matrona, y más al hacer algún examen. Pero más tarde tuve que hacer algo parecido a una tesina y conseguí la segunda mejor nota de la clase. También tuve problemas para entender a los pacientes, a mis compañeros, y a la gente en general, y además, en Bristol tienen su propio acento, sobre todo a la hora de hablar por teléfono”

E15 también explicaba sus problemas, así como la forma en que los solventaba:

“Yo tengo una buena experiencia aquí, conmigo se portan bien aunque no se enteran de lo que digo o no me entienden y otras veces no me entero yo de lo que me dicen, pero como nosotros tenemos más arte y somos más cariñosos con los pacientes que con ellos, los pacientes nos prefieren y los hospitales se tiene que aguantar porque muchas veces lo que quieren es cubrir el turno y ya está”

E12 reconocía que desde que estaba el Reino Unido, su inglés había mejorado mucho, tanto que le había servido para optar y conseguir un trabajo mejor como enfermero:

“Con el idioma mejoré mucho desde que me fui para el Reino Unido, la entrevista que hice para el nuevo trabajo, la hice mucho más relajado que la primera y me pareció muy fácil. Hablo algo de spanglish: aplicar, chequear,... Pero no me gusta relacionarme con españoles porque quiero mejorar y aprender aún mejor el inglés”

E10, enfermero de la zona de Valencia, ya tenía un buen nivel de inglés antes de salir de España, lo que le sirvió más adelante para conseguir un trabajo como profesor en el Reino Unido:

“Estaba muy contento como enfermero, pero como tenía un nivel de inglés excelente, con titulación, me hice profesor de inglés: ahora gano más y trabajo menos, pero me gusta la enfermería y quiero volver a trabajar de enfermero de Agencia”

M1 estuvo dos meses en Escocia, como Médico Residente de Oftalmología, comentaba que los pacientes estaban acostumbrados a los problemas con el idioma, que pudieran tener tanto los médicos como otro personal sanitario extranjero:

“Lo que más me sorprendió es que los pacientes estaban muy acostumbrados a los extranjeros, y hablaban despacio y con calma, para que los entendiéramos. Éramos médicos residentes de todas las nacionalidades, solo dos éramos europeos: yo y otro de Suiza”

Pero matizaba que públicamente su idioma era el inglés, aunque sus compañeros fueran de su misma nacionalidad y pudieran entenderse en otro idioma:

“Mi jefe allí era gallego, pero solo me hablaban en español en su casa, nunca fuera. Yo creo que les caí bien porque los trataba como a otros médicos ingleses, les hablaba siempre en inglés, eran mis jefes allí”

E1 comenta que también había personas que no deseaban que sus compañeros conocieran su procedencia, aunque su acento los delatara, refiriéndose a un compañero del Hospital dónde ella trabajaba:

“Hay un portero en mi Hospital, que yo no sabía si era español o portugués, siempre me hablaba en inglés, me parece que no quería que se supiera de dónde era, ahora ya sé que es español y me habla en español, me dice cuando me ve: “hoy no está la gorda (se refiere a mi jefa), se puede ir a tu planta”. Pero, no es él solo, el que no quiere que se sepa de dónde es, hay muchas personas emigrantes españolas que no quieren relacionarse con españoles y no quieren que se sepa de dónde vienen, a veces incluso, si ven que eres española te hacen la vida imposible, como una persona que conocí hace poco”

En la Lista de correos de Metas de Enfermería, aparecía un comentario¹⁵⁷ en el año 2002, referente a la ocultación del idioma de procedencia, por parte de enfermeros emigrantes, ocurría lo mismo que con emigrantes españoles de generaciones anteriores. En este caso su explicación era, que se debía a lo mal que se expresaban en el idioma inglés:

“Los españoles son la última adquisición, somos muy pocos y estamos tan unidos que cuando vamos por la calle y oímos a un compatriota nos callamos la boca pa que no nos reconozcan porque... los españoles hablamos peor que los africanos,... la propuesta es evaluar el inglés de todos, no solo de los que venimos de la península”

EM1 relataba lo que ocurría con los emigrantes españoles de los años 60, que la mayoría, al igual que ella, no sabían hablar inglés antes de llegar al Reino Unido:

“Yo hablo muy mal el inglés, aunque ya llevo más de cuarenta años en Londres, pero cuando llegué aquí, aún no sabía hablar bien español, para cuanto más inglés y lo aprendí de oídas, porque no tenía más remedio que

hablarlo. Ahora me gustaría ir a clase de inglés, pero ya voy mayor para aprender. A mis hijas intenté enseñarles algo de español, pero como el idioma que más utilizábamos para todo era el inglés, solo una lo aprendió. Conozco a más familias españolas que sus hijos no hablan inglés, de aquella cuando eran niñas no le dábamos importancia, pensábamos que con el inglés podían ir a todas partes y el español poco les podía servir, solo cuando iban a España, ahora lo vemos de otra forma, pero ya está hecho”

AN1, antropóloga española residente en Londres, tenía una teoría acerca de los motivos para ocultar la procedencia entre los emigrantes españoles en el Reino Unido:

“Los emigrantes españoles de los años 50-60, de clase social baja, rechazaban lo español por similitud a la pobreza. Los de clase social media, eran más abiertos y si se quedaban en el Reino Unido, mantenían los dos idiomas y se sentían orgullosos de sus orígenes. Hoy en día lo podemos ver entre los emigrantes españoles y entre sus hijos, tal como contó antes Miluca”

E3, desde su Blog¹⁵⁸, exponía su teoría para aprender el inglés que se necesita para trabajar en el Reino Unido, que no pasaba por los caminos oficiales:

“Un consejo para los que estáis pensando en venir: olvidaros de los cursos de inglés de la Academia Británica, de la BBC, de leer el Times en Internet... nada de eso... Eso lo único que va a hacer es crearos problemas. Tenéis que agenciaros el satélite e intentar ver Eastenders y Coronation Street. Por la razón lingüística, porque ese es el inglés que, con más frecuencia, os vais a encontrar. Y segundo, desde un punto de vista etnográfico, porque así os vais metiendo en la culturilla inglesa, que eso también ayuda a entender tantas y tantas cosas...”

4.4.2 - Un idioma especial: spanglhis

“La lengua vive como un gran árbol,
cuyas raíces están en el trasfondo de la vida social y de la vida cerebral,
cuyo follaje alcanza su plenitud en el cielo de las ideas o de los mitos,
y cuyas hojas rumorean en miríadas de conversaciones”
Morín¹⁵⁹

Cada lenguaje posee unas reglas particulares que permiten convertir lo que queremos decir en lo que decimos. Mediante el conocimiento de estas reglas es posible utilizar el lenguaje de forma creativa, generando o construyendo palabras o frases que no han sido pronunciadas antes. Estas creaciones serán comprendidas por las personas que hablan y entienden ese lenguaje determinado¹⁵⁹.

Un ejemplo es el idioma llamado “Spanglhis”: una mezcla de español e inglés utilizada generalmente por personas españolas emigrantes en países anglosajones. Este idioma tiene una antigüedad de más de 150 años¹⁶⁰, aunque comenzó siendo una lengua marginal, asociada a quienes hablaban mal el inglés, y nacida como una necesidad de entenderse, actualmente la usan a diario en la Universidad, la prensa y en los medios de comunicación, incluso Stavans¹⁶⁰ se encontraba (en el año 2005) traduciendo El Quijote a este idioma. Enfermeros como E10 piensan que es una curiosidad y es inevitable su utilización si se desenvuelve en un grupo que lo hable:

“Pienso que el Spanglhis es curioso y que, aunque no se quiera hablar así, se hace de forma inconsciente. Nos movemos entre personas que lo utilizamos, además, de vez en cuando surge alguna palabra nueva, pero casi siempre son las mismas palabras, mezclamos ambos idiomas”

Es un fenómeno sociológico al que no se escapan los profesionales de la Enfermería emigrantes en el Reino Unido. Algunos profesionales de enfermería objeto de éste estudio, también lo utilizan, como A11:

“Hablar en Spanglhis es inevitable, si te mueves entre un grupo de personas que lo hablan, ya lo hablas tu. Fíjate, hace dos años que regresé a España y ¡aún se me escapan algunas palabras!”

Cada comunidad lingüística puede desarrollar un lenguaje propio, con sus propias normas de comunicación y lingüísticas, que aplicadas fuera de su contexto específico, no son comprendidas e incluso, pueden ser interpretadas de modo inadecuado. Todos los niveles de ese lenguaje (lingüística,

normativas, ambiente, actitudes, tono, contenido, etc.) afectan al receptor y a las valoraciones que hace sobre el emisor, sobre su status y el sobre el ambiente en el que se desenvuelve. E13 utiliza éste idioma:

“Normalmente utilizo Spanglhis, tanto si estoy en España, como si estoy en el Reino Unido. Algunas palabras me salen de forma inconsciente: buscar acomodación por buscar alojamiento, aplicar por solicitar, etc.”

Al mismo tiempo existen personas como E1, que no soportan oír hablar en Spanglhis, aunque pertenezcan a la comunidad que lo habla:

“¡Odio el spanglhis!, no puedo comprender que a los dos días de estar en Inglaterra una persona se ponga a hablar en una jerga que acaba de oír y además cuando aún no domina el inglés, si hablas en inglés: todo en inglés y si hablas en español todo en español, ¡no se puede andar mezclando!”

Stavans¹⁶⁰ explica que quienes critican el uso del spanglhis suelen desconocer sus raíces históricas y su evolución, aunque E1 lo critica porque le parece que se desvirtúan ambos idiomas, posiblemente desconozca lo que cita Stavans y lo que le augura al futuro de la lengua:

“El principal problema de los que critican ésta lengua es que no tienen en cuenta ni sus raíces históricas ni su evolución a lo largo de los años. Pocos saben que el Spanglhis tiene más de 150 años de antigüedad... El futuro del Spanglhis es imprevisible, pero varios factores auguran buenos propósitos. Es una lengua muy libre, lo único que no debería existir es una academia que le cortara las alas”

Algunos ejemplos de spanglhis figuran a continuación:

- | | |
|--|---|
| - vacunar la carpeta: vaciar la aspiradora | - aplicar para un trabajo: solicitar un trabajo |
| - parkear: aparcar | - linkear: navegar por Internet |
| - no quiero remembrarme: no quiero acordarme | - etc. |

4.4.3 – Me comunico, nos comunicamos: red de redes, revistas,...

“El lenguaje permite la emergencia de la mente humana,
le resulta necesaria para todas las operaciones cognitivas y prácticas,
y es inherente a toda organización social”

Morín¹⁵⁹

En el mundo globalizado actual, ha surgido otro tipo de comunicación: la llamada red de redes, Internet. Así, incluso en la distancia, muchos de los profesionales que emigraron a diferentes países, se comunican entre ellos y con su país de origen. Uno de ellos, E2 comentaba:

“Gracias a Internet me comunico con muchas personas como Foster, Enrique, Antonio, etc. que aunque no los conozco de nada, me escribo frecuentemente con ellos y así no me siento tan aislado en este pueblo tan pequeño, yo vivo y trabajo en Royal Tunbridge Wells, un pequeño pueblo situado al sur, a una hora de Londres”

Los profesionales de la enfermería españoles no son ajenos a nuevas formas de comunicación y lo reflejan a través de diferentes medios, entre ellos la Lista de correo METAS de Enfermería, dónde con frecuencia, sobre todo entre los años álgidos del PRE (2000 - 2004) aparecían opiniones de todo tipo, tanto referidas a experiencias personales vividas en el Reino Unido, como a la búsqueda de trabajo, o a las experiencias vividas por otros profesionales que ya emigraron, así como a la relación con enfermeras del país, a la comunicación con los pacientes, a la implicación de los organismos oficiales, y muchos otros temas, mayoritariamente profesionales.

Entre las personas participantes en dicha Lista de correos, surgieron diferentes iniciativas, favorecidas por los contactos establecidos y también, por la rápida evolución de ésta herramienta de comunicación. Entre ellas están Blogs¹⁶¹ como el de E3, dónde comentaba sus vivencias, sus ideas y sus experiencias:

“Como todo en la vida, cada uno cuenta como le va en la feria, y a mi me ha ido bien, porque sino, no estaría aquí todavía, no?”

“No me escribáis diciendo que os ha puesto los pelos de punta esto que escribo. Os dije que esto es una visión personal y por lo tanto, errada”

También han surgido Asociaciones, como ADEX: Asociación de Enfermeros españoles en el extranjero, nacida en el año 2004, como medio de relación y comunicación entre los enfermeros

españoles emigrantes en diferentes países. Dicha asociación cuenta con una página web en la que es posible acceder a foros, revista, e.mail, etc. La revista Ítaka era su revista oficial¹⁶², se presentaban así:

“Con el propósito de que todas las personas que estamos en éste barco lleguemos a un puerto que nos sea común, ha nacido la revista Ítaka, realizada por compañeras y compañeros enfermer@s como caja de estudios científicos, experiencias reales y consejos para sobrevivir en este nuevo mundo de la Enfermería del nuevo milenio”

“Ítaka, nuestra revista de tod@s l@s enfermer@s que tienen que ver con el movimiento de Enfermería Española en el extranjero”

Las revistas son un buen medio de comunicación entre los emigrantes procedentes de determinado país. Hasta hace pocos años se editaba en Londres, una revista publicada por la Spanish Speaking community in the UK, llamada La Noria¹⁶³, dirigida a los emigrantes españoles en el Reino Unido, aunque con una escasa distribución. Uno de sus últimos números fue editado en diciembre de 2003, se presentaban diciendo:

“La Noria es una publicación mensual gratuita dirigida a la comunidad de habla hispana en el Reino Unido. Nuestra misión es informar sobre diversos aspectos de la vida en el Reino Unido y, en particular, sobre temas sociales, educación, cultura, economía, deportes, etc.”

En el año 2004, comentaban, desde la Agregaduría laboral de la Embajada de España en Londres, que la revista citada anteriormente: “La Noria”, dejara de publicarse, posiblemente por falta de financiación:

“Antes su publicación era mensual pero ahora ya no, por falta de financiación. No encontraban entidades suficientes que la financiaran, ya que no tenía mucha difusión. La encontrabas en el Consulado, en el Instituto Cervantes, en CaixaGalicia, y otras entidades similares, pero tampoco tenía mucha regularidad. Fue una pena que dejara de publicarse”

E10 se lamentaba, en el año 2003, de la escasez de revistas publicadas en el Reino Unido y dirigidas a la comunidad emigrante española, su explicación se basaba en la falta de unión de los españoles en Londres, ya que solamente se editaba una revista (“La Noria”) en español, en Londres, y en cambio otras comunidades emigrantes tenían varias revistas para una misma colectividad, como en el caso de los brasileños:

“Aquí en Londres solo se edita una revista en español: La Noria, y eso ¡cuando puede salir! Que no tiene mucha frecuencia, dicen que es difícil editarla porque no tiene patrocinadores. En cambio los brasileños tienen cuatro revistas, y tienen más unión que entre los españoles, que incluso a veces se rechazan entre ellos. P2, publicista brasileño, trabaja para una revista brasileño - portuguesa en Londres”

4.5 - Una mirada al pasado

4.5.1 - Enfermeros españoles emigrantes al Reino Unido, en el siglo XX

Al analizar el grupo de enfermeras emigrantes actual (finales siglo XX y principios siglo XXI), y compararlo con otros grupos de enfermeros emigrantes de años anteriores, se pueden encontrar muchas similitudes. La experiencia de EJ1, enfermero español jubilado, es un ejemplo, llegó a Londres en diciembre de 1955, siguiendo a un amigo, para trabajar en el mismo hospital que él, era un hospital psiquiátrico, el Hospital de Wallingford, en Oxfordshire:

“Como había escasez de enfermeros (igual que pasa hoy en día), a los seis meses de estar allí como Nursing Assistant (algo parecido a Auxiliar de enfermería), el mismo hospital me envió a estudiar Enfermería Psiquiátrica durante 5 años. Después trabajé un año o año y medio en el mismo hospital y más tarde me fui a otro, que estaba en Richmond, dónde estuve hasta que me jubilé”

Algo similar también le sucedió a EJ2, enfermera nacida en 1936, de origen gallego de la comarca de Ferrol, que se fue en 1964, para Inglaterra, actualmente vive cerca de Luton y de St. Albans, aunque tiene un apartamento en Cedeira, al que viene varias veces al año:

“Tenía que trabajar para mantenerme, y trabajaba en la casa de una enfermera, que me animó mucho a estudiar para enfermera. Me decidí y pasé a vivir a una Nursing Home, que de aquella era una residencia en el Hospital para enfermeras solteras. Era muy cómoda para las futuras enfermeras porque no pagábamos residencia, pero también era cómoda para el Hospital porque tenía a las enfermeras a mano para realizar trabajos o ante cualquier necesidad. La escuela de enfermeras era en un Hospital Psiquiátrico, dónde trabajé mucho tiempo. Más tarde también trabajé en un Centro de salud, todo en la zona de St. Albans, que era una zona dónde estaban muchos españoles”

EJ4, no fue un caso típico de los referidos en el estudio de la Embajada española, ella nació en Barcelona, pero cuando tenía un mes de vida fue con sus padres y hermanos para Oxford, dónde su padre trabajaba como profesor y dónde relata que vivían una vida española y hablaban en español, ya que su padre era muy estricto con el idioma. Más tarde regresaron a España, toda la familia, dónde estudió Enfermería, pero a los cuatro años de finalizar sus estudios decidió regresar a Londres, dónde formó su familia y se quedó:

“Vine a Londres en el año sesenta, después de pasar cuatro años en Santiago. Fue un poco extraño aunque no me había olvidado en absoluto de mi inglés... Una parte de mí sentía un poco que había llegado a un sitio muy familiar, era estimulante, pero raro al mismo tiempo. Fueron años muy felices y sucedieron muchas cosas en mi vida... Yo no creo que me hubiera quedado a vivir en Londres si en lugar de haber sido educada aquí nos hubiera tocado vivir en España durante el Gobierno de Franco. Trabajé dando clases particulares y también

como Welfare, algo así como enfermera en un Colegio. Ahora estoy jubilada pero aún voy por el Colegio para ayudar en lo que puedo”

Los Hospitales psiquiátricos eran el centro de trabajo de muchos emigrantes españoles en los años 50-60, ya que a los británicos no les gustaba trabajar en ellos. Comparándolo con la actualidad, se encuentran similitudes con el caso de AI1, que estudió Turismo en Vigo y fue a Londres a aprender inglés en el año 1994, y también consiguió trabajo en un Hospital Psiquiátrico donde le ofrecieron formación, igual que a EJ1 o a EJ2:

“Actualmente estoy en un Hospital psiquiátrico (año 2003), de Care Assistant (similar a Auxiliar Psiquiátrico), y me están formando en el propio hospital, es un título propio, y me prometieron (cuando empecé a trabajar aquí) que si las cosas iban bien (supongo que se referían a si me gustaba el trabajo y si yo les gustaba a ellos), podría estudiar para enfermera psiquiátrica, que ellos me lo pagarían. Antes trabajé en diversos centros, casi siempre de Care Assistant y en diferentes Nursing Home. Aunque tuve momentos sin trabajo, no pensaba en regresar a España”

Entre los motivos para emigrar al Reino Unido, también se encuentran similitudes (por lo menos en lo que comentaban los informantes, aunque en el trasfondo existieran motivos más personales) entre los integrantes del grupo de los años 50 ó 60 y los emigrantes más actuales, como EJ2, que quería conocer mundo y aprender inglés (algo que en la época se consideraba poco apropiado, ya que la emigración se hacía por motivos económicos), lo mismo que argumentan muchos de los informantes enfermeros que emigraron en los últimos años:

“Me fui muy joven con la idea de aprender inglés y conocer mundo, aunque a mis padres no les gustó nada (eran los años 60), con la idea de regresar en dos años aproximadamente. Pero cuando llegué y ví todas las comodidades que había en Inglaterra en aquella época y que no había en España: calefacción, oportunidades de empleo, ideas más abiertas, etc., decidí quedarme”

EJ1 tenía más motivos, admiraba a los ingleses y además, la situación política que vivía en su lugar de origen (Valencia) después de la Guerra Civil española, su propia situación social, sin trabajo, y la experiencia de un amigo en el Reino Unido, fueron factores que le animaron a intentar conseguir trabajo y vivir su experiencia en el Reino Unido:

“Yo era muy anglófono, mantenía correspondencia con chicas inglesas y con el diccionario me arreglaba bien. En Valencia, iba a clases de Sociología y uno de los trabajos que tuve que hacer, era ver, en diferentes países, el valor social, no económico, de ciertas cosas. Para hacerlo me puse en contacto con varios consulados, que me

ayudaron, además fui a la Embajada Británica y me siguieron enviando mucha literatura. Todo junto me motivó para conocer Gran Bretaña. Un vecino mío se vino a Gran Bretaña, para trabajar en un Hospital Psiquiátrico, así que después de que me contara su experiencia por carta, me animé y escribí solicitando trabajo también en el mismo Hospital, me admitieron e inmediatamente ya me enviaron el billete para irme”

Tuvo algún que otro problema con el idioma, como muchos de los que emigraron, aunque tuvieran conocimientos previos:

“Sabía algo de inglés, ya que fui a clase al Instituto Británico durante 2 – 3 meses, en Valencia (que cerró al morir Jorge VI) y me entendía bien con el diccionario, pero tenía algún problema para entenderme con los pacientes”

Pero pudo estudiar Enfermería de Salud Mental en el Hospital al que llegó a trabajar. EJ1 contaba así su experiencia:

“Llegué el 28 de diciembre de 1955, el 29 me registré en el Consulado y el 30 estaba trabajando en la sala de Assistant Nurse, a los pocos meses me ascendieron a estudiante. Tenía clases de Anatomía, Fisiología, Higiene, etc. y al escribir en la pizarra, aprendía más fácilmente. En clase éramos dos españoles, y también había franceses, italianos, irlandeses, alemanes, escoceses,... Los días de escuela eran intensos ya que estudiábamos y trabajábamos. Vivíamos en el Hospital, en una habitación para trabajadores y me llevaba bien con todos. Los estudios eran propios del Hospital y nos preparaban para Enfermeros de Salud Mental. Comenzábamos con un primer curso general: “Preparatory Technical School”, y después un segundo curso ya específico de Salud Mental. Al obtener el título de Enfermero Psiquiátrico, pasé a Staff Nurse y al superar otro examen sería Jefe de Sala”

Desde que llegó y mientras estudiaba y trabajaba, vivía en el Hospital, pero según se fue afianzando y conociendo el país y las oportunidades que le ofrecía, decidió cambiar de trabajo, lo que hizo en más de una ocasión, tal como decía EJ1 que hacían los ingleses:

“Estuve en el Hospital, en el que estudié, hasta Diciembre de 1962. En esa fecha vi un anuncio en la revista “Nursing Times” dónde solicitaban personal para otro Hospital. Lo hablé con mi hermano, que trabajaba conmigo en el mismo Hospital (se vino cinco meses después que yo y siguió mis pasos), y decidimos solicitar los dos, para ese Hospital de Londres. Nos aceptaron y estuvimos allí hasta 1965, fecha en la que vimos otro anuncio dónde pedían un “Mental Welfare Officer” (algo parecido a Oficial del bienestar mental) en Richmond. No era un Hospital propiamente, era un trabajo del Ayuntamiento, como enfermero en una sala de adicción a drogas, de noche. Solicité, me aceptaron y estuve allí durante 20 años, hasta que me jubilé en 1992. Aunque al final, mi título se convirtió en “Social Worker” (algo entre Enfermero y Trabajador Social)”

Al mismo tiempo que cambió de trabajo, también cambió su forma de vida, ya que pasó de vivir en el Hospital dónde trabajaba, a una habitación compartida y después a un piso:

“Cuando fui a Richmond, me cambié a una bedsitter (una habitación con baño compartido) ya que antes vivía en el Hospital. Más tarde me volví a cambiar, junto con otro español, a un piso. En el que vivo actualmente, ya que lo compré”

EJ1 se adaptó al país, porque tenía ganas de quedarse e integrarse en el Reino Unido y participó activamente en asociaciones inglesas, llegando a ostentar un cargo en la asociación dónde participó activamente:

“Colaboré en una asociación inglesa: St. Mungo Community Trusth, que se dedicaba a dar cobijo a gente sin casa. Llegué a tener el cargo de Thursthee (similar a director), aunque según las normas era por tiempo limitado. Teníamos varias residencias, incluso para gente con SIDA y sin casa. El responsable era un Sir, y yo era un enlace entre las residencias y el Comité Organizador”

En el año 2009, continuaba activo, participando en el Centro Español de la Tercera Edad de Londres, también con un cargo directivo y en diferentes talleres que organizaba el centro, como un Taller de historias de vida, del que han editado un libro⁸⁵:

“Soy miembro de la Junta Directiva del Centro Social de Mayores “Miguel de Cervantes”, aquí en Londres. Al jubilarme, me apunté al Centro de la Tercera Edad y ahora estoy en la Junta Directiva, soy el Secretario y tengo mucho trabajo. También participo en diferentes Talleres, como el que impartía Lala Isla sobre nuestra memoria histórica, sobre nuestras experiencias como emigrantes, con las que vamos a editar un libro patrocinado por la Embajada española en Londres. No es el primer libro que hay sobre emigrantes españoles, existe un libro sobre la emigración española en Londres del Siglo XIX, en el que comenta que los españoles que vinieron al Reino Unido, se instalaron en Camden Town, cerca de Euston Station, eran una clase de emigrantes profesionales liberales y escritores”

A EJ4 le gustaba ser útil, así también participaba en las actividades del Centro Español de la Tercera Edad de Londres, y era miembro de varias asociaciones:

“Trato de ser útil a la comunidad española, y como soy miembro de los Samaritans del centro de Londres puedo ayudar a los españoles que llaman. También soy miembro del club anglo - español y del Centro Español de la Tercera Edad de Londres. Otra cosa que hago es ir a la prisión de mujeres de Holloway, para hablar con las presas que no hablan nada de inglés. Para ellas es reconfortante poder comunicarse con alguien que no las juzga, en su propia lengua”

EJ2, también enfermera, se adaptó a la sociedad británica, ella comentaba que le gustaba mucho el país, e incluso formó allá su familia:

“Pertenezco a la comunidad española en St. Albans, una asociación de españoles. Había y hay muchos españoles en la zona. En Inglaterra conocí a mi marido que es irlandés y que lleva tantos años como yo en Inglaterra, aún no habla español aunque lo entiende de maravilla”

EJ1 no olvida sus raíces, y explicaba que viajaba a España siempre que podía:

“Vivo en Kesington con Fulham, pero también tengo una casa en Valencia, a dónde voy tres o cuatro veces al año, si puedo”

EJ2, tampoco las olvida, y también se compró una casa en España:

“Venimos a España de vez en cuando, tenemos un apartamento en Cedeira, además aquí la sanidad está mejor que en Inglaterra y vamos al especialista cuando venimos a Cedeira”

EJ4, dividía sus sentimientos entre el Reino Unido y España, y valoraba que poseía lo mejor de dos mundos:

“No creo que pudiera ir a vivir a España definitivamente, por un lado me gustaría tener un piso pequeño allí, pero como tengo tantas hermanas y hermanos, puedo ir a pasar unos días con ellos siempre que quiero. Voy a España muchas veces. Mis nietas aquí me atan aunque no me exigen las responsabilidades que tenía en los años sesenta y setenta con mis hijos... Con los trabajos que hago estoy semijubilada y tengo lo mejor de los dos mundos”

5 - DISCUSIÓN

Como viven los profesionales de enfermería españoles en Reino Unido, ha constituido el motivo de este trabajo: sus aspiraciones, sus motivaciones, la defensa de su identidad, la idea o no de permanencia, sus relaciones laborales y sociales, su forma de moverse en esta ciudad tan cosmopolita y multicultural, al mismo tiempo, tan grande y tan pequeña,... y tantas otras preguntas. Es decir, su vida cotidiana en una ciudad en la que diferentes personas pueden vivir en diferentes distritos cercanos, inmersos en una sola existencia social pero, a la vez en distintos mundos culturales, teniendo en común solamente su ciudad y sus servicios, defendiendo o ignorando su imagen identitaria original, y adaptándose o no a su nueva situación.

El fenómeno estudiado y las personas que en él intervienen, se encuentran en continuo cambio y adaptación, aunque si se observa a lo largo de los años, es posible encontrar situaciones similares, como las vividas por emigrantes españoles en los años 50 ó 60 del pasado siglo XX, dónde muchos de ellos trabajaron como enfermeros, y vivieron algunas situaciones como las de los enfermeros españoles emigrantes en los primeros años de éste siglo XXI.

Uniendo todos lo anterior, se encuentran múltiples aspectos que influyen en los enfermeros españoles en el Reino Unido (categoría fundamental sobre la que se ha centrado etnográficamente este estudio), y que les llevan o no a generar y defender su etnicidad en un país extranjero, ejerciendo, además, un importante papel en sus dinámicas de adaptación o inadaptación en ese país, y en su convivencia diaria.

5.1 – Contexto formativo y contexto laboral: cuando son diferentes

5.1.1 - La formación pregrado ¿prepara para trabajar en el extranjero?

Cuando la formación pregrado y el contexto laboral son diferentes, como ocurre en el caso de los enfermeros españoles emigrantes en el Reino Unido¹⁶⁴, ocurre un choque cultural: por un lado sus estudios universitarios pregrado, realizados en España, les capacitan para ejercer cualquier tarea relacionada con sus cometidos, incluidas las técnicas, y por otro, al llegar al Reino Unido a trabajar, no pueden aplicar todo lo que estudiaron, además deben realizar de nuevo los estudios referentes a la realización de determinadas técnicas, para poder aplicarlas en su trabajo diario como enfermeros. Este hecho genera una disparidad entre sus conocimientos y sus actividades profesionales¹⁶⁵, y el entorno laboral al que se enfrentan.

Es uno de los problemas más frecuentes, con los que se encuentran los enfermeros formados en España, lo que crea un conflicto de competencias entre los profesionales españoles y los británicos¹⁶⁶, fundamentado en la diferente comprensión del significado de cuidar. Para cada colectivo, existen tareas más importantes que otras, en el cuidado de un paciente, pero no son coincidentes entre ambos colectivos, así por ejemplo, un enfermero español (motivado por sus prácticas en un Hospital español, y por la cultura existente en él) le dará mayor importancia a la correcta realización de determinadas técnicas, en cambio, un enfermero británico pondrá especial énfasis en que el paciente, cuando se vaya de alta hospitalaria, tenga en su domicilio todos los cuidados que precise, tanto sociales como de enfermería.

Esta predilección de alguno de los enfermeros, por la parte técnica de los cuidados, lo ratifica Moreno⁴⁹, al expresar que un buen número de alumnos de enfermería en España, afirman preferir las tareas técnicas, influenciado posiblemente por la prioridad expresada por las enfermeras más veteranas del entorno dónde realizan sus prácticas¹⁶⁷, prioridad que proviene del antiguo rol que desempeñaban las enfermeras como auxiliares del médico, dónde simbólicamente, la técnica significaba igualar con el status médico:

“Todavía el rol de auxiliar del médico, maquillado de rol técnico, ejerce una atracción no solo sobre las enfermeras veteranas, sino también entre las más jóvenes. Una buena parte de los estudiantes de enfermería confiesan que su mayor interés por la profesión está determinado por las técnicas, más que por los pacientes, así que nada les hace tanta ilusión como ponerse una bata blanca y colgarse un fonendoscopio, aunque sea para ir a cafetería. La tecnología médica sigue siendo un fetiche, un símbolo de status”

La formación pregrado de Enfermería en España se dirige hacia un cuidado integral del paciente, en todos sus ámbitos, desde atender a sus necesidades básicas hasta aplicarle las técnicas necesarias para administrarle los cuidados que precise para su recuperación o para el mantenimiento de su salud. El concepto teórico es similar en el Reino Unido, pero la parte más técnica de dichos cuidados, es decir, todo lo referido a acciones como venopunción, sondaje vesical, sondaje gástrico, etc. se contempla como una formación adicional que debe realizarse una vez finalizados los estudios pregrado, mediante días de estudio, retribuidos por el Hospital o Centro de Salud dónde la enfermera se encuentre trabajando en ese momento, o incluso la realizan enfermeras especializadas en una técnica concreta.

Un ejemplo práctico, se puede observar a la hora de realizar venopunciones (extracción sanguínea venosa y colocación y conservación de vías para administrar sueros u otra medicación intravenosa): en España es una técnica que se enseña y practica, casi desde el comienzo de los estudios pregrado de Enfermería. En el Reino Unido, en cambio, para poder aplicarla es preciso que, una vez finalizados los estudios pregrado de Enfermería y, cuando la enfermera lleva un tiempo determinado trabajando (a criterio de su superior), debe realizar un curso, allí llamado “training”, de duración variable, dependiendo del Centro Sanitario y de la Universidad de referencia del Hospital dónde trabaja dicha enfermera.

Los enfermeros españoles, aunque posean los conocimientos necesarios por sus estudios en España, también deben realizar el curso si quieren aplicar dichas técnicas en su trabajo en el Reino Unido. Normalmente no se contempla la convalidación, aunque existen excepciones, favorecidas por la necesidad de profesionales, tal como lo comentaba E11:

“En éste momento aún no puedo poner vías (llevo aquí dos meses), necesito un “Study day” ó “training” para hacerlo, aunque una enfermera de nivel superior me dijo que si lo hice en España, lo puedo hacer, pero es bajo su responsabilidad, están necesitados de enfermeras y si yo lo sé hacer, tiempo que ahorran”

En el Reino Unido, generalmente, la venopunción es una técnica realizada por los Médicos, lo que concierne de forma contraria a los Médicos españoles que trabajan allá. Ellos no suelen estar acostumbrados a practicar ésta técnica en España, y allí deben realizarla en numerosas ocasiones (en España, la formación médica pregrado a menudo ha prescindido, si no de formar en prácticas de punciones, sí de que los médicos en ejercicio desarrollen éstas tareas, alejándolos de las Enfermeras), lo que conlleva anécdotas como la que comentaba E1:

“Hace un mes llegó un médico nuevo a la planta de hospitalización dónde yo trabajo, yo no sabía que era español hasta que, ante un paciente que precisaba que le pusiéramos un suero porque lo veíamos deshidratado (y eran las tres de la mañana), se le llamó (ya que en Inglaterra los médicos deben pinchar al paciente cuando la medicación es intravenosa) y al llegar a la planta, lo primero que preguntó fue: ¿hay alguna enfermera española trabajando aquí? No sabía colocar una vía intravenosa”

Cada Hospital actúa de forma diferente: unos con un “día de estudio” conceden todas las habilitaciones necesarias, otros les obligan a realizar cada “training” por separado; y algunos, incluso, se los dan por hechos antes de comenzar a trabajar, según las necesidades de cada Centro Sanitario. Esta disparidad de criterios suele obedecer a las necesidades de personal de Enfermería, es decir, ante una necesidad urgente de Enfermeras, y ante una enfermera española recién llegada, posiblemente le den por realizados todos los “trainnings” o simplemente le exijan una demostración de que sabe realizar éstas técnicas. E13 comentaba lo que le sucedió:

“Como necesitaban que empezara a trabajar inmediatamente por falta de personal, la supervisora me dio por hechos todos los “trainnings” necesarios: de vías, de sondas,... de todo. Me dijo que si aprendiera en España, para ella estaba todo correcto y podía empezar a hacer las técnicas cuando quisiera”

Dentro de las responsabilidades de Enfermería en el Reino Unido, un aspecto que posee mucha importancia, es el apartado social: dentro de los cuidados de enfermería que se aplican a un paciente en el Reino Unido, se incluyen aspectos como prepararlo para el alta hospitalaria, valorando si precisa ayuda al regresar a su hogar o si es necesario contactar con la Trabajadora Social, así como contactar con la Enfermera que le corresponde en su Centro de Salud, para que vaya a visitarle y a continuar los cuidados, además de elaborar y enviarle un informe de enfermería sobre su estado, y enviárselo también a su médico de cabecera. Resumiendo, es preciso procurar el bienestar del paciente, también fuera del Centro Hospitalario.

Este aspecto choca con la forma de trabajar en España: el trabajo de una enfermera hospitalaria se limita al Hospital dónde ésta ingresado el paciente, es decir, si está ingresado en un Hospital significa cuidados hospitalarios, y si está siendo atendido en un Centro de Salud, la actuación de la enfermera se amplía al ámbito de su domicilio, si lo precisa. Actualmente se ésta intentando un ligero cambio por parte de la diferentes Centros Sanitarios, fomentando el informe intercentros, un informe de enfermería que se enviaría al alta hospitalaria de un paciente, hacia su enfermera de Atención

Primaria, es decir, de su Centro de Salud. E1 comentaba su experiencia al comenzar a trabajar en Londres:

“Cuándo un paciente se va de alta, yo debe preocuparme de que en su casa tenga todos los cuidados necesarios, por lo que tengo que ponerme en contacto con su enfermera del Centro de Salud más cercano a su casa, con su médico, con la trabajadora social,... y con todos los profesionales que pueda necesitar, cuando regrese a su casa y, además les envió un informe a cada uno. ¡Eso en España no lo hacía!”

Otro problema importante con el que se encuentran los enfermeros españoles cuando comienzan a trabajar en los Hospitales del Reino Unido, es al adaptación a su puesto de trabajo¹⁶⁸, conocer el funcionamiento del sistema sanitario y del Hospital, que aunque los organizadores dicen que siempre tienen un periodo de adaptación, no siempre es cierto, ya que depende de las necesidades de personal que tenga el Hospital, es decir, a mayor necesidad menor periodo de adaptación. Para los enfermeros que fueron al Reino Unido a través del Programa de la Embajada Británica, éste periodo de adaptación era una de las promesas que les hacían en España, a la hora de contratarlos, unas veces cumplían íntegramente el tiempo de adaptación predeterminado, sea de quince días o de dos meses, y otras veces no era posible.

Para algunos enfermeros, el contrato en el Reino Unido, era su primer trabajo como tales, para ellos la adaptación fue diferente, ya que al no haber trabajado antes, solamente conocían el sistema español como alumnos de enfermería, sin responsabilidades. Además, también existían programas especiales de adaptación, como el que tuvo la posibilidad de realizar E10, que estaban dirigidos a personas que no trabajaban en ese momento, pero que poseían la titulación necesaria, y también a personas extranjeras, principalmente, su duración era de año y medio, aproximadamente. Mientras realizaba éste Programa especial, hacía todos los cursos necesarios para aplicar técnicas, y al mismo tiempo percibía un salario:

“Me vine por mi cuenta, porque me gustaba el país, y hablaba bastante bien inglés, antes no había trabajado nada en España, solo conozco el trabajo por las prácticas que hice mientras estudiaba Enfermería. Al llegar me apunté al Rotational Program (programa para personas que hace tiempo que no trabajan o gente nueva del extranjero o que finalizó sus estudios hace poco tiempo, es como un “gran training” que incluye muchos pequeños “training”: medicamentos, sacar sangre, gases, etc. y dura entre 6 meses y año y medio, cobrando igual que trabajando y familiarizándose con la rutina del Hospital), después trabajé dos años en el Kingsdon Hospital”

En casos como el de E1, la adaptación fue diferente, ya que al realizar su formación pregrado en el Reino Unido, conocía su sistema sanitario y organizativo. Ella cursó sus estudios de enfermería en el Reino Unido, después regresó a España, dónde tuvo muchos problemas de adaptación, tal como comentaba, y más tarde decidió volver de nuevo al Reino Unido, al no poder trabajar en España, tal como a ella le gustaba:

“Volví a trabajar a España porque me dijeron que aquí (Galicia) había trabajo y además me convalidaban el título inglés, y más que nada, por estar en mi casa con mi familia, pero al llegar me encuentro que la enfermería aquí no se parece en nada a la inglesa, aquí lo importante es pinchar y hacer técnicas, y eso no lo estudié yo en Londres, así que empecé a trabajar y no sabía hacer nada, bueno pues tuve suerte que la subdirectora de enfermería del Hospital de aquí, me ofreció que si yo hacía prácticas durante unos meses en el Hospital, para aprender y, claro, sin cobrar, después me darían un contrato eventual. Bien, me lo dieron, y al acabar: al paro. En el siguiente contrato, bien: me llamaron para una planta, la de Ginecología y estuve allí todo el contrato. Pero en el siguiente, me llaman para el “apoyo”, no sabía lo que era y cuando me enteré, aguanté dos días y me fui, ¡eso no es enfermería ni nada! ¿como se puede trabajar? Si entras a las ocho y te dicen: “vete a Laboratorio a pinchar y cuando termines nos llamas a Dirección, para ver a dónde te enviamos” y después, me paso la mañana danzando por ahí: dos horas en Medicina Interna dando medicación, bajo a Cirugía a ayudar en las curas,... y puedo terminar la mañana con un traslado a Coruña, así que dejé el contrato y me volví para Londres, allí sabía que había trabajo y además podía escoger dónde quería trabajar y por encima conocía el sistema, claro que estaba lejos de casa, pero... ¡que remedio me queda, si en España no tengo el trabajo que quiero!”

Su adaptación al puesto de trabajo en España, fue al revés, es decir, dónde ella no se adaptaba era en su país de origen, al desconocer el funcionamiento y la organización del sistema sanitario. En su caso, después de un periodo de aprendizaje y de trabajo en su país de origen, conociendo ya ambos sistemas sanitarios, tomó la decisión de trabajar en el Reino Unido, por ser más afín a sus expectativas laborales.

Algo similar les puede ocurrir a las enfermeras foráneas que acuden a trabajar a España: aunque el sistema sanitario español no contempla periodos de adaptación, se pueden realizar en algunos casos, dependiendo de la Dirección de cada Hospital. EBE1, enfermera inglesa, trabajó en el año 2003 en un Hospital gallego, ella vivía en España desde hacía más de siete años, pero que no había trabajado como enfermera, hasta esa fecha:

“Cuando me decidí a trabajar en España y me apunté en las listas de trabajo, pensé que lo primero que harían sería darme un curso de adaptación a este sistema sanitario o por lo menos trabajar un tiempo bajo la tutela de

una enfermera española como en mi país, pero no fue así: cuando me llamaron para trabajar, me preguntaron que Servicios conocía, si había trabajado antes en España y si sabía realizar las técnicas que hacen la enfermeras en España, como solo había trabajado en mi país me pusieron en Consultas, pero es que ¡tampoco sabía nada de aquello! Y además ¡estaba sola! sin compañeras a las que preguntar. Fue un caos”

En el Sistema sanitario español, no se contempla un periodo de adaptación, además se supone (desde el punto de vista español) que toda enfermera está capacitada para trabajar como tal, en cualquier tarea relacionada con su profesión. EBE1 solamente trabajó un mes en el Hospital, no se sentía cómoda y sus compañeras protestaban porque no realizaba su trabajo correctamente. Ella no podía hacerlo porque no lo conocía. Es solo un ejemplo, entre otros casos que se pueden encontrar: se observa un choque cultural en ambos sentidos, que se produce al existir un cambio de ubicación, desde un lugar conocido hacia otro desconocido, aunque no lo parezca tanto.

Se suponía que con el Tratado de Bolonia y la unificación de titulaciones a nivel europeo, el contenido curricular se unificaría y también las prácticas de la profesión, solventando las diferencias que pudieran existir¹⁶⁹. Pero cada país tiene su propia cultura organizacional, con unas prácticas que aunque se adaptan continuamente a las nuevas tendencias, poseen una idiosincrasia propia¹⁷⁰, reflejada en el trabajo diario de una enfermera y en las actitudes de los pacientes y de su familia. Lo que supone que, actividades similares sean comprendidas de distinta forma según cada cultura¹⁷¹, otorgándoles significados y simbolismos diferentes.

5.1.2 - ¿Es necesaria la formación continuada?

“En la mayor parte del mundo moderno, parece que las necesidades utilitarias van a ser, a la larga, el único factor de importancia que impulse el deseo de instruirse”

Foster GM (1992)¹⁷²

La cultura de una empresa se refuerza a través de la formación, mediante las actividades formativas transmite valores propios y al mismo tiempo, actúa de puente entre diferentes grupos informales¹⁷³. La formación continuada es un elemento básico del desarrollo personal, y tiene repercusiones indiscutibles en el modelo europeo de competitividad y de desarrollo económico y social, hasta el punto de que, la relación entre formación y empleo se convierte en tarea de todos, y en parte del trabajo cotidiano, además de una obligación permanente de cada individuo¹⁷⁴

Culturalmente, la formación continuada es valorada de forma diferente en cada lugar, tanto puede servir como promoción o simplemente como conocimiento, pero siempre es un valor añadido a la profesionalidad en las organizaciones. Como se ha explicado, en el Reino Unido la formación continuada tiene un aspecto obligatorio (que es preciso cumplir para poder trabajar) y otro más voluntario. Este último, se encuentra influenciado por la designación, para realizar determinado curso de formación continuada (que financia el propio Hospital), por parte de los superiores.

Una primera impresión, extraída de los diferentes testimonios recogidos acerca de éste tema, podría conducir a preguntar ¿quiénes hacen los cursos: las personas que le “caen simpáticas” a la supervisora correspondiente o existe un reparto equitativo? Se puede intuir cierta competición entre los enfermeros de una Unidad para realizar cursos, y sobre todo por los beneficios añadidos: que pueden suponer méritos para ascender de nivel, días libres para estudiar, etc., aunque simultáneamente conlleve ciertas obligaciones, como comentaba E1 anteriormente: obligación de exponer lo aprendido ante compañeros, responsabilidades añadidas,... entre otras.

Se desconoce cuales son los motivos para que una Responsable envíe a una u otra persona a realizar ciertos cursos, pero desde luego el aspecto subjetivo parece estar presente, tal como comentaba E1, en el año 2003:

“Tengo muchas ganas de asistir al curso de Úlceras Cutáneas, pero mi supervisora no me manda, ya se lo dije varias veces pero no sé si tendrá algún problema conmigo, bueno ya sé que tengo un carácter difícil a veces, pero creo que es porque hace poco llegó a la planta una keniana, que finalizó sus estudios hace poco tiempo y que

piensa que ya lo sabe todo, y le está haciendo mucho la pelota, además se le queja de que yo la corrijo mucho ¡porque hace cada burrada! y como tengo una voz fuerte dice que le riño”

NOTA: E1 consiguió hacer el curso que quería, pero un año después.

El lugar de procedencia de la enfermera aludida por E1: Kenia, podría tener relevancia para obtener el favoritismo de la supervisora, ya que podría estar en juego la discriminación positiva ó “no discriminación racial”, aunque la enfermera española consideró que lo que prevaleció cara a la supervisora, fue ser más agradable que ella misma. Este testimonio refleja aspectos de subjetividad y de lucha por conseguir agradar a la persona que dispone de la capacidad de decisión, y a la vez, alcanzar un puesto mejor en la organización.

Los problemas que E1 tiene con sus superiores, también podrían estar derivados de su particular forma de ver y de aplicar su trabajo, que le hace acentuar su responsabilidad, interpretándola desde su particular punto de vista, y reaccionando de forma exagerada para los locales (aunque en su país de origen podría ser considerada normal), ante situaciones en las que no está de acuerdo con las actuaciones de compañeros o de sus superiores, tal como ella comenta:

“Yo tengo un carácter difícil y me enfrento continuamente a mi Supervisor, porque él se casa con quién le dore la píldora, y si yo le riño a una enfermera a mi cargo (de nivel inferior) por no ser responsable de su trabajo y no hacer bien las cosas, ella se lo dice al supervisor y él me riño a mí. El otro día me pasó eso con una enfermera nueva, que en vez de ponerle a un paciente la dosis de insulina en Unidades, se la iba poner en centímetros (sabes que eso lo mataba directamente, una unidad de insulina no es un centímetro, es muchísimo menos), en ese momento me doy cuenta y le digo: ¿Qué vas a hacer? ¿No ves que tienes que ponerle Unidades y no centímetros, que lo vas a matar? Ella me dijo que sabía lo que hacía. Claro está que no dejé que se lo pusiera. ¡Pues encima va y se queja al supervisor de que la traté mal! ¡Y más aún, el Supervisor me riño a mí, sin saber de que iba el problema!”

A través de éste comentario se puede observar que la enfermera nueva, no quiere ceder y admitir su error, y como mecanismo de defensa, utiliza lo que ella considera una agresión, para defender su actitud. Además, se observa que el concepto de responsabilidad profesional es diferente para cada enfermera: si para una enfermera lo importante es no causar daño innecesario al paciente, para la otra es su propia autoestima, en detrimento del paciente, priorizando la actitud personal ante el cuidado.

Lo que queda claro, es que los diferentes roles que desarrolla cada miembro de una organización, suponen la presencia de diferentes intereses y perspectivas, tal como lo refiere Colobrans¹⁷⁵, y que

conduce a definir las culturas que coexisten en una organización, en éste caso en el sistema sanitario británico:

“Dentro de cada uno de éstos grupos igualmente pueden hallarse diferencias, entre sus especialidades departamentales, su capacidad técnica o sus diferencias sociológicas tipo, edad, sexo, nivel de formación, etc., que definirá las características de las varias culturas del trabajo que convergen en una organización”

La cultura de una empresa, posee unos significados que permiten a los miembros de la misma, interpretar sus propias experiencias en el marco de las necesidades de la empresa para la que trabajan. Colobrans¹⁷⁵ piensa que éste aspecto ayuda a pulir tensiones y conflictos que ocurren en el seno de la empresa, para reconducir hacia la productividad, pero en el complejo mundo de la empresa sanitaria pública, no siempre es así, ya que aunque cada enfermera interpreta sus experiencias personales, en función del marco en el que trabaja, no siempre es cierto que la cultura de empresa existente ayude a limar tensiones.

Éste aspecto sería responsabilidad de los superiores, pero se han descrito casos en éste estudio, como el de E7 y E8, dónde la falta de adaptación y el conflicto cultural que sufrieron, no fue reconducido por sus superiores, lo que llevó hacia un abandono de su puesto laboral, retornando a su país en un corto periodo de tiempo (menos de dos meses). En otros casos, el conflicto fue reconducido y orientado a la productividad, como en el caso de E6, en Ipswich, dando la razón a las ideas de Colobrans. E6 lo relata en una carta y con un lenguaje peculiar, reproducido literalmente:

“Aki s supone k tenemos una persona asignada en la planta a la k llaman mentor k s supone k es la encargada d enseñarte como funcionaba aki las cosas y d prepararte para trabajar en la planta a cambio d lo cual recibe un dinero, pues bien, mi mentor trabaja a tiempo partido y d noche, así k no le ví el pelo en los dos meses k tenemos de "training". Esto m dio bastantes problemas pk nadie s encargo d enseñarme nada en esos dos meses, solo se pasaban la pelota d unso a otros y me mandaban a lavar pacientes, hacer kamas, limpiar habitaciones, si como lo lees limpiar, no m preguntes como lo awante pk no lo se ni yo. Yo durante esos dos meses no me kanse de decirle a la encargada de las "spanis nurses development" k no staba bien en la planta, k no aprendía nada, k no konocía a mi mentor, y lo uniko k hacien era decirme k ya iría todo mejor k lo iban a solucionar pero no hacien nada. Puse todas mis esperanzas en el final d esos dos eternos meses para dejar d trabajar como "supernumery" y empezar a ser "staf nurse" cuando para mi sorpresa al fin de esos dos meses (en navidades ya) como no m veían preparada (como iba a estarlo si nadie m había enseñado nada) m ponen en plantilla pero como auxiliar y además sin komentarmelo, el día k m entere decidí dejarlo lo pase muy mal pk empeze a llorar cuando l estaba diciendo a la sister k kería irme y dejarlo y va ella y m dice k no tiene tiempo d atenderme k m vaya a llorar a otro lado. La supervisora d enfermería d urgencias (yo trabajo en observacion) vino a hablar konmigo y tb la encargada del development y como vieron k yo lo estaba pasando tan mal m dijeron k iban a intentar mejorar las cosas en mi planta y si no mejoraban m cambiaban d planta. Desde entonces todo el

mundo es muy amable konmigo, estuve un mes mas d supernumery trabajando kon mi mentor y ahora estoy d staff nurse y ahora k todo va bien estoy bastante kontenta, pero m parece muy triste k lo haya tenido k pasar tan mal y haya tenido k amenazar kon irme pa k kambien su akitud conmigo”

En general, la formación continuada es valorada por los enfermeros, de forma diferente en ambos países: en el Reino Unido existe una formación continuada que es requisito imprescindible para poder trabajar y al mismo tiempo otra, que puede servir para actualizarse y también para subir de nivel y de responsabilidad. En España, la formación continuada, es considerada (generalmente) como un mérito añadido, útil en ciertos casos como preparación ante nuevas tecnologías o tendencias de enfermería, que es necesario conocer, o como puntuación para las listas de contratación o de adjudicación de plaza fija, también es útil para subir de nivel en la carrera profesional. La disparidad de significados es amplia, aunque no tanto como podría parecer.

Para los enfermeros españoles, la experiencia en el Reino Unido, supone un cambio en la valoración de la formación continua, acostumbrados a que los “cursillos” (como son llamados en España) solo sirvan para sumar puntos en las listas de contratación o para tener más méritos a la hora de conseguir un puesto fijo en la Sanidad, al mismo tiempo que pueden aparecer dificultades para realizarlos, como: realizarlos en su tiempo libre, dificultades para asistir, pago por parte de la enfermera,... se encuentran en el Reino con lo contrario. Para los enfermeros británicos también son méritos, que pueden dirigir tanto hacia un ascenso de nivel o la consecución de un trabajo mejor, como al mantenimiento de su puesto de trabajo, pero se facilita su realización.

En todos los casos, lo que busca el enfermero es un beneficio personal, que puede reflejarse tanto en el prestigio profesional como en un aumento de salario, en un mejor puesto laboral o en una elevación de sus estatus profesional. Foster¹⁷² explica que las motivaciones por aprender, son de intensidad distinta pero, según su experiencia destacan dos, sobre las demás: el deseo del beneficio económico y el atractivo del prestigio:

“A ellas se deben, probablemente, la inmensa mayoría de los cambios que se han producido y están produciéndose actualmente. La primera consiste en el deseo de beneficio económico, la segunda es el atractivo del prestigio y de una categoría elevada. Las dos motivaciones están relacionadas, dado que las ganancias económicas generalmente suelen conferir mayor categoría”

Si las ideas de Foster se aplicaran al caso de las enfermeras españolas en el Reino Unido, se confirmarían en algún aspecto, aunque el significado no fuera totalmente literal, ya que el beneficio

económico puede que no exista y tampoco las ansias de poder, pero sí, que la formación continuada otorga cierto reconocimiento entre sus compañeros, al conocer algo que desconocen los demás. Además de cara a sus superiores, el enfermero se convierte en una persona más formada en ciertos aspectos del cuidado y esto, puede favorecer su ascenso profesional. Claro que esto no tiene porque ser siempre así, y en otras ocasiones, el reconocimiento esperado no llega, como explica E2.

Por otra parte, trabajar como enfermera en el Reino Unido, ofrece otras oportunidades difíciles de conseguir en España, como la posibilidad de estudiar una especialidad. Además, la enfermera que cursa una especialidad, tiene la posibilidad de continuar trabajando y por lo tanto cobrando un salario, disponiendo de todos los días que precise para poder finalizar sus estudios, que además financiará el propio Hospital. Claro que, a cambio, la enfermera firmará un determinado compromiso de permanencia en el Centro.

Según los datos de la Embajada británica en España, en el año 2003, solamente un 5% de las enfermeras que se encontraban trabajando en ese momento mediante su Programa, estaban estudiando una especialidad, concretamente Matrona. Así, para una enfermera española, que obtenga su título de Matrona en el Reino Unido, al regresar a trabajar a su país, la titulación le puede suponer una importante ventaja, debido a la escasez de Matronas que existe en España.

Esta oportunidad, con las condiciones citadas anteriormente, no la podría tener en España, ya que los estudios de una especialidad de enfermería, los debe financiar el propio estudiante, aunque perciba un salario durante su periodo de prácticas, además tendrá que dedicarse plenamente para conseguir su título, siendo sumamente dificultoso compaginar trabajo y estudios.

5.1.3 - El trabajo enfermero

Tal como se puede observar a lo largo del estudio, existen diferentes opciones para trabajar en el Reino Unido: mediante el PRE (ya finalizado), a través de una Agencia de contratación o sin mediadores, contactando directamente con un Hospital concreto.

En éste estudio, se ha prestado un especial interés al PRE, por ser el programa que en el momento del estudio estaba funcionando en mayor medida, y en el que participaban un mayor número de enfermeros. La representante de la Embajada Británica ha facilitado datos de participación y de desarrollo del Programa entre los años 2001 y 2003, que figuran en las tablas de la pag. 118. Analizándolas, y sin olvidar la fecha a la que corresponden los datos, se observa lo siguiente:

- En ese momento, existía escasa promoción hacia los niveles E y F. Como se recordará, una enfermera recién incorporada a su vida laboral, empezaba en el nivel D, al igual que las enfermeras recién incorporadas provenientes de países diferentes del Reino Unido.
- Este dato acerca de la escasa promoción profesional, no concuerda con lo referido por la representante de la Embajada Británica, sobre la promesa de ascenso de nivel profesional dentro del segundo año de permanencia en el país. Pueden existir diferentes interpretaciones, por un lado la falta de interés de algunas enfermeras en promocionar, con la intención de no adquirir más responsabilidades, tal como dice E1:

“A mi me quieren ascender, pero yo no quiero ¿porqué me tengo que enfrentar a la gente? Para eso están los jefes. No me da la gana, ya me llega cuando tengo que hacer de jefecilla por eso de las bandas. Quieren que haga el curso de Gestión, pero no, ¡eh! No quiero ser jefe ni estudiar más”

Y por otro, la dificultad de promocionar, debido a que la procedencia es considerada como un factor importante a la hora de optar y de otorgar un puesto, tal como vuelve a comentar E1:

“Los jefes y jefecillos suelen ser británicos o ingleses, mi jefa es escocesa, pueden ser de cualquier sitio, pero los que conozco son británicos. Para ser jefecillo, depende de las necesidades del Hospital y, también de lo trepa que sea una persona”

- Solamente alrededor de un 5% de las enfermeras que continuaban trabajando, se encontraban estudiando para Matrona en dichas fechas. El acceso a dichos estudios, mucho más sencillo en el Reino Unido que en España, supone una ventaja importante para los enfermeros españoles, tanto ante la expectativa de regreso (como se ha citado anteriormente) como a nivel profesional en el Sistema Británico de Salud. El hecho de cursar estudios de especialización, demostraría como aprovechar los recursos y las oportunidades que se ofrecen, durante el periodo de estancia en el país. E13 decidió aprovechar la oportunidad de especializarse y estudió para Matrona, se fue a Bristol con el PRE en 2002, y en el año 2005 comentaba su experiencia:

“Me fui en el año 2002, trabajé de enfermera en el Hospital y después decidí estudiar para Matrona, por las facilidades que me daban. Yo me adapté y me integré bien, pero la mayoría de los compañeros que se vinieron conmigo, en mi mismo grupo (del Programa de la Embajada Británica) pienso que ya regresaron, no conseguían integrarse y muchos hacían vida solo entre españoles”

- Una explicación a este hecho, entre otras muchas, podría ser la idea de pronto retorno, es decir, la corta estancia en el Reino Unido, tal como refiere E5:

“Tengo intenciones de regresar en uno o dos años, aunque me parece una experiencia interesante”

- El porcentaje de retorno antes de dos años, se situaba alrededor del 14%, pero existían algunos Hospitales con un porcentaje del 100%: Hospitales de Preston and Chorley, Frimley Park y Rnoh, frente a otros con un porcentaje de ningún retorno anterior a los dos años: Royal United Bath, Hertfordshire, Addenbrookes, West Hertfordshire, Papworth ó Ipswich. Sería interesante poder valorar los motivos de un porcentaje tan alto de retorno: condiciones laborales, relaciones con compañeros, desintegración, relaciones sociales... Aunque alguna explicación podría encontrarse en las diferencias de trato otorgado a los profesionales, tal como se aprecia en los testimonios de enfermeras que trabajaron en Hospitales tan distantes como Bristol (E13) o Ipswich (E5):

E13: “Al llegar me trataron mejor que me decían en la Embajada Británica, en España: estuve 15 días adaptándome, sin trabajar, con el curso de inglés, con turismo por la ciudad y alrededores,... y además me pagaron igual, me buscaron alojamiento, y cuando empecé a trabajar, aparte de tener un tutor 15 días, mis compañeros me ayudaban y no esperaban que hiciese muchas cosas”

E5: “Todo es diferente a lo que nos contaron en España, no tuvimos tutor que nos enseñara, cada día era una persona diferente que nos hacía poco caso, no nos ayudaron en el alojamiento, tuvimos que firmar papeleo que

no entendíamos y nadie nos explicaba, para las enfermeras que trabajan en las plantas de Medicina Interna, parece como si no estuviéramos allí, no nos hacen ni caso, ahora entiendo perfectamente porque no quieren trabajar en el Hospital”

O de estereotipos tan marcados como subraya PEE1:

“Los ingleses del sur de Londres tiene fama de ser más cerrados y los del norte de Londres, más abiertos, más receptivos y mucho más comunicativos”

- El número de enfermeros que cambió de Hospital era escaso, solamente un 1% de las personas que se incorporaron a trabajar en el Reino Unido como enfermeros. Este pequeño porcentaje podría deberse, entre otras razones, al corto periodo de tiempo de estudio o a hechos como la comodidad de los participantes, el buen trato recibido (citado anteriormente por E13) o la expectativa de pronto retorno (también citado anteriormente por E11). Al mismo tiempo, el cambio, podría estar motivado por la expectativa de un mejor trabajo, tal como comenta E12:

“Aunque llevaba poco tiempo en Ipswich, tenía ganas de cambiar, por acercarme a Londres y por mejorar mis condiciones laborales, así que vi la oferta de una vacante cerca de Wimbledon, con vivienda, con mejor sueldo, y cerca de Londres, así que la solicité, pasé todas las entrevistas y me aceptaron”

O por la búsqueda de mejores condiciones laborales, como dice E6, ya que estaba muy descontenta en su puesto de Ipswich:

“Estoy cansada de Ipswich, lo he pasado muy mal, sobre todo al principio, quiero irme de aquí, no sé si para otro Hospital de Inglaterra o incluso barajo el irme para Estados Unidos, creo que esto lo voy a soportar poco tiempo más, las condiciones laborales aquí no son nada buenas”

Si fuera posible actualizar los datos (algo sumamente dificultoso), se podría determinar el porcentaje de continuidad relacionado con la situación geográfica y las condiciones laborales de cada Centro Sanitario, o si los datos continuaron en el mismo porcentaje durante toda la duración del PRE, también si la cantidad de enfermeros participantes estimada, fue la esperada, etc.

De los datos aportados por EB1 (representante del PRE), se pueden apreciar las diferencias existentes entre lo citado por ella y los testimonios de enfermeros participantes en dicho Programa. Cada persona, dependiendo de sus expectativas y experiencias, las expresa desde su propio punto de vista.

Así, algunas opiniones de enfermeros participantes difieren de las de EB1, desde el momento de acogida en el Hospital al que fueron contratadas (como comenta E5 o E6) hasta el desarrollo de su proceso de adaptación, pasando por la elección del puesto de trabajo, el lugar de residencia ofertado o los cursos de inglés o de adaptación al sistema prometidos. Otras, concuerdan con los datos ofrecidos por EB1 acerca del desenvolvimiento del PRE, como E11 o E13.

A través de los comentarios de los enfermeros participantes en ésta investigación y también, en el citado PRE, se aprecia que la actitud de los responsables del Hospital y de los compañeros, es fundamental para que el proceso de adaptación se consolide. Otro aspecto importante y coincidente, es la ciudad de ubicación del Hospital: los enfermeros que fueron destinados a Ipswich, estaban más descontentos que los que fueron a Bristol o a Cardiff. Tanto pudo favorecer el descontento, la ciudad, sus habitantes y su desenvolvimiento sociocultural, como los compañeros y los responsables, que trabajaban en el Hospital.

Al mismo tiempo, las expectativas personales, las relaciones o los problemas familiares en España, las necesidades personales, etc. Influyen en la valoración de las distintas percepciones de los participantes.

Problemas similares se pueden encontrar entre las personas que accedieron a un contrato para trabajar como enfermera en el Reino Unido, a través de una Agencia de contratación¹⁷⁶. Aumentando, en éste caso, los fraudes y las promesas incumplidas por parte de algunos contratadores, especialmente de Residencias de ancianos¹⁷⁷, como comentaban E9, A11 o E10.

Sin mediadores, también existían problemas, en este caso, especialmente referidos a los trámites burocráticos y a la realización de la entrevista previa a la contratación. Fundamentados, la gran mayoría, en el desconocimiento existente en España, sobre las características propias de la enfermería británica y de su organización y funcionamiento.

5.1.4 - Categorías profesionales y promoción laboral

Las categorías profesionales de enfermería en los Hospitales británicos, han sufrido un importante cambio a partir del año 2007, tal como se ha explicado anteriormente, pero como en todo cambio, pueden observarse diferentes significados. Para empezar, simbólicamente el concepto “nivel” es mucho más explícito y concreto que “banda”: banda puede abarcar un espacio más amplio e inconcreto que “nivel”. “Nivel” posee un significado fijo, es decir, nivel 4 corresponde a enfermeras recién incorporadas a trabajar. En cambio, el concepto “banda” ocupa un espacio con límites menos concretos y más indefinidos, al abarcar diferentes niveles anteriores.

Antropológicamente, el término “banda” es más oscilante y puede crear problemas de identificación con el rol laboral, forzando a asumir otras identidades laborales. Bordieu¹⁷⁸ explica que los rituales que acompañan al trabajo, tiene por función hacer legítimo, disimulándolo, el choque entre dos principios opuestos:

“Los ritos que acompañan al laboreo... tiene por función hacer lícita, disimulándola, la colisión entre dos principios opuestos”

Estos significados de ambos términos, son aplicables al proceso de cambio en las categorías profesionales de la enfermería, tal como lo explicaba E1, durante una visita a España en el verano de 2007. Su caso puede ser representativo de un tipo de actitud ante el cambio. E1 se encontraba en el nivel E, correspondiente a una enfermera con experiencia, y tenía asumido su rol profesional dentro de ese nivel, al que le correspondían unas tareas y unas responsabilidades determinadas. Ella llevaba once años seguidos trabajando en el Reino Unido y, aún teniendo la formación y las características precisas, no quería ascender de nivel, para evitar asumir más responsabilidades de las que ya tenía, al mismo tiempo que no deseaba cambiar su identidad ni la identificación que tenía con su puesto de trabajo:

“¿Sabes que cambió eso de los niveles? Ya sabías que yo no quería subir de nivel, bueno pues ahora es por bandas, y me obligan a asumir responsabilidades que antes tenían las enfermeras de niveles superiores al mío, todo porque ahora estoy en esa banda, y encima sin cobrar más sueldo! ¡lo hacen por ahorrar!”

Con el cambio, cada banda no asumía un solo nivel profesional, sino que asumía varios, obligando a su vez, a los profesionales de enfermería, a asumir nuevos roles y por lo tanto nuevas identidades

laborales. La banda en la que sus superiores encuadraron a E1, abarca a los antiguos niveles E y F, y por lo tanto, también las responsabilidades inherentes a ambos, creando una oscilación continua en su trabajo diario, entre los citados niveles anteriores E y F. Es de lo que se queja E1:

“Ahora, si en mi turno no hay una enfermera de nivel más alto que el mío, tengo que quedar de jefa del turno, tanto en la planta como incluso en el edificio. Así que ¡fíjate! Ahora si ingresa una urgencia tengo que dejar a mis pacientes, a los que tengo asignados, e ir a Urgencias a recoger al paciente e ingresarlo, sea en mi planta o en otra... ¡No me parece justo! Encima, que yo no quería esas responsabilidades...”

Desde el punto de vista organizativo, las enfermeras que asumen diferentes papeles estarían más preparadas para los cambios que se puedan producir. Lo que, a la vez que provoca una confusión de responsabilidades, favorece la adopción de diferentes identidades entre las enfermeras (puede ser al mismo tiempo enfermera de base y jefa de turno), lo que también puede producir una confusión entre las enfermeras del equipo, como le sucedió a E1, en un turno de noche en la que ella era la jefa del turno, en enero de 2009:

“Hace una semana me tocaba llevar el busca (es decir, ser jefa de turno) y claro, tenía que organizar el trabajo y repartir pacientes y tareas entre las enfermeras del turno. Al asignar los pacientes, una enfermera nueva me dijo que ella no tenía porque ir con los pacientes que yo le decía (porque no le apetecía, claro) Yo le tuve que decir que, en ese momento, la jefa era yo y tenía que hacer lo que yo le decía, después me di cuenta que, esa enfermera, los días anteriores me vio como una enfermera más y no entendía (o no quería entender) que ese día me tocaba a mí ser jefa, por lo de las bandas, ya sabes”

Desde el punto de vista de E1, este cambio de niveles a bandas, también supone un importante ahorro económico para el Sistema Sanitario Británico, en época de crisis:

“Es un ahorro para el Sistema Sanitario y se benefician los jefes, claro que con tanta noticia de crisis económica y de que no tienen dinero, te tienes que aguantar si quieres trabajar, porque ya corren rumores de ceses y de que no tienen dinero para contratar a mas personal”

Por lo que éste cambio, presupone una normalización de la disponibilidad, lo que revierte en un importante ahorro, ya que con ésta nueva modalidad, no es necesario que en cada turno exista una responsable de nivel F o superior. Con el nuevo modelo, una enfermera de nivel E sería suficiente, ya que tanto el nivel E como el nivel F se encuentran en la misma banda y por lo tanto pueden realizar las funciones de Jefe de turno.

A la vez que se realiza el cambio al sistema de bandas, se produce también un aumento de sueldo generalizado, que no es igual para todo el personal, sino que está condicionado a los objetivos conseguidos, que a su vez serán valorados por los superiores. Antropológicamente puede observarse un ritual significativo (aumento de salario junto a un cambio laboral importante), realizado con la finalidad de suavizar el cambio, proceso siempre contradictorio para sus actores, de naturaleza subjetiva y poco claro, por lo menos en sus comienzos, tal como comenta, de nuevo E1:

“Con este cambio, encima de que no me gusta, tengo que caerle bien a la supervisora, porque claro... ¿Cómo va a valorar que lo que yo hago está bien? ¿Cómo va a valorar que formo equipo con mis compañeras? ¿Como va a valorar que trato correctamente a mis pacientes? ¿Qué es lo correcto o lo incorrecto? Está todo tan en el aire que, claro... si yo le caigo mal a mi supervisora, ella va a decir que lo hago mal, aunque esté perfectamente hecho...”

Continuando con una interpretación antropológica de los rituales en la empresa, Paterson¹⁷⁹ considera que la función simbólica del rito pone de relieve las necesidades de la organización frente a las necesidades individuales, además contribuye a reorganizar o a crear las condiciones sociales y las formas de pensamiento, lo que coincide con lo sucedido en el Reino Unido:

“Los rituales eran necesarios para los procesos de decisión de los organismos sociales humanos, para que se pudieran adaptar a un medio en rápida evolución”

Este aspecto simbólico, también puede referirse al ascenso o a la promoción laboral. Los enfermeros españoles que trabajan en el Reino Unido y que participaron en este estudio, comentan a través de sus experiencias, la dificultad de conseguir ascender de nivel (actualmente banda) en el ámbito hospitalario. Además, un comentario mayoritario entre los participantes, citaba una característica que encontraron entre las personas con cargos de responsabilidad en los Hospitales británicos: la mayoría de sus jefes o superiores, eran ingleses. E13 lo ratifica:

“Un 20% de mis compañeros eran ingleses, eran los que tenían cargos de responsabilidad, el resto tenían categorías D y E, pero eran hindúes, filipinas y africanas”

Si ya existe competencia para poder realizar determinados cursos de formación continuada, la misma situación puede ocurrir para acceder a un cargo superior o para subir de nivel profesional. Lo que no impide que exista la discrecionalidad del adjudicante, y que sea determinante a la hora de decidir quién promociona o no. Aunque se pretenda evitar, la subjetividad del superior estará presente al interpretar aspectos tanto de valoración objetiva como subjetiva¹⁸⁰.

5.2 – Extranjeros cualificados y fronteras

El concepto que abarca el término frontera es amplio, universal, histórico, político, jurídico, moral,... a la vez, abre y cierra puertas, y establece límites (tanto físicos como simbólicos), que las personas pueden derribar o conservar dependiendo de determinadas circunstancias¹⁸¹. Frontera y límite, son conceptos que existen y existirán por mucho tiempo, ejemplos de representación física de la frontera con sus límites, pueden ser, entre otros muchos, el control de pasaportes al entrar en un país, la entrada en una discoteca o la cabina de los tickets en la entrada de un museo, entre otros muchos.

En ellos se puede apreciar una representación simbólica¹³: traspasar una frontera o un límite, es como entrar en una casa ajena, dónde al pasar la puerta se aceptan las reglas que existen dentro de la casa, dejando fuera las de la persona invitada e introduciéndose en un lugar diferente, en el que solamente entrará quién designe el dueño de la casa. En la casa propia, se busca la seguridad que proporciona, al entrar en ella y al conocer sus normas. Esto se refleja en el hecho de ser europeo y poder trabajar en cualquier país de Europa, ya que mediante el Tratado de libre circulación entre países europeos, significaría como sentirse en el propio país, frente a la posibilidad de trabajar en un país fuera de la comunidad europea, y de la consiguiente pérdida de seguridad y de ventajas, que supone salir de Europa (simbólicamente: su casa). Un correo electrónico enviado al Foro de ADEX¹⁸², lo explica:

“Quizás una de las cosas a las que tendrás que acostumbrarte en Australia será la de dejar el cobijo de la legislación europea y ser un ciudadano “no-australiano”, por lo tanto para entrar en el país con intención de trabajar deberás tener un visado de trabajo”

Pero, no solamente existen fronteras físicas y visibles, también existen fronteras invisibles: cada sociedad, cada cultura, cada grupo social, por el simple hecho de existir, se rodea de fronteras o “murallas”, marcadas por límites y tensiones, que condicionan la forma de ser de las personas. La frontera produce seducción en ciertas personas, inquietas, insatisfechas o aventureras, personas que rechazan los rígidos moldes sociales y que buscan mayores posibilidades en otros ámbitos¹⁸³. Lo demuestran diferentes correos electrónicos enviados al Foro de ADEX¹⁸⁴, por enfermeros en busca de trabajo en otros países, aunque también con ansías de aventura y conocimiento:

“Hola... me llamo... y soy de Barcelona. Hace poquito que he descubierto este Foro, pero ya me estoy animando, porque veo que hay gente con muchas ganas de viajar y conocer nuevas culturas... pues el caso es que yo desde hace tiempo tengo la idea de irme a Australia a trabajar como enfermera... de Australia me han hablado maravillas!!! Y me gustaría saber más porque sé que algún día me iré allí!!!”

“He visto que hay mucha curiosidad y mucho movimiento respecto a trabajar en el extranjero. Yo también lo estaba barajando como una buena posibilidad... a mi me gustaría preguntar si alguno de vosotros ha trabajado o está pensando en trabajar en Alemania o en Suecia, pues son los países que me llaman más la atención. Igualmente si sabéis de alguien que haya vivido la experiencia o de alguna web de información específica del empleo de enfermería en esos países, os lo agradecería ¿sabe alguien como está el panorama?”

A través de las fronteras, los grupos sociales entran en contacto (aunque sean diferentes culturalmente), pero ese contacto, necesario e interesado, implica entendimiento e intercambio: son zonas de interacción dinámica entre diferentes culturas. Esta convivencia fronteriza es la base para que historiadores y antropólogos argumenten que la conmensurabilidad cultural es posible, como una contaminación cultural o aculturación, expresada de muy diferentes formas y existente en la gran mayoría (por no decir en todas) de las culturas¹⁸⁵.

La frontera une y separa, es comienzo y final de algo, lo que denota su variabilidad y su creación cultural, con propiedades representativas, políticas, morales y simbólicas¹⁸⁵. La frontera es la base para que existan diferentes culturas, sin fronteras es difícil la diversidad, cada cultura marca sus propios límites, especificando algo o mucho de su organización interna, su código moral, su estructura,... y protege, a su vez, de los peligros externos, con el fin de facilitar la convivencia interna del grupo⁵⁰.

La frontera nos recuerda al otro, aproximándonos hacia él y haciéndonos ver que le necesitamos y que el otro nos necesita, que tenemos una forma de vida porque él tiene otra, es decir, que somos “nosotros” porque existe “él”, y que por tanto, para comunicarnos necesitamos respetarnos mutuamente: esa comunicación se da en la frontera. Necesitamos traspasar esa frontera para poder conocernos mejor a través del otro: la frontera enriquece y humaniza. Barth¹⁸, pretende demostrar que las fronteras étnicas son conservadas por un conjunto de rasgos culturales:

“La persistencia de la unidad dependerá de la persistencia de las diferencias culturales y su continuidad puede ser especificada por los cambios en la unidad producidos por cambios en las diferencias culturales que definen sus límites... gran parte del contenido cultural que en un momento dado es asociado con una comunidad humana no está restringido por estos límites”

Al mismo tiempo que la frontera es necesaria, es difícil especificar los límites de una cultura: el contenido cultural de un grupo puede modificarse, ya que presenta una evolución continua y organizada, y como forma construida que es, pretende orientar temporalmente, buscando referentes para dicha orientación, así los límites cambian según se precise la adaptación¹⁸⁶.

La tecnología actual derriba barreras e intenta crear una sociedad globalizada y universal, basada en la igualdad de los derechos humanos, pero al mismo tiempo, las personas pretenden conservar la distinción y las raíces en las pequeñas relaciones entre los distintos grupos culturales. Esta dualidad se encuentra también en la actualidad: al mismo tiempo que se habla de globalización y de similitudes, también se diferencia y se discrimina¹⁸⁷. Es decir, por un lado se suprimen fronteras mediante tratados políticos y por otro, se crean fronteras de convivencia, basadas en diferencias culturales. Las fronteras regulan movimientos entre uno y otro lado de la línea divisoria, sea ésta física o simbólica, política, económica o cultural. A modo de sinopsis, Turner¹⁴ explica su función:

“Las fronteras... son modos de regular flujos entre espacios sociales más que de aislar unos de otros, y el control de las relaciones a través de éstos límites está estrechamente ligado con el ejercicio del control dentro de los territorios”

En la Unión Europea, éstas fronteras oficiales, están suprimidas para sus miembros, pero continúan existiendo otras fronteras menos explícitas, más simbólicas, que también afectan a los enfermeros españoles en el Reino Unido. Por un lado, se mueven fácilmente entre ambos países, sin problemas ante las fronteras oficiales, pero por otro, transitan a través de otras fronteras, que posiblemente no sean apreciadas en una primera impresión, pero que se reflejan en las actitudes de los nuevos compañeros de trabajo, en aspectos laborales y también en el ámbito sociocultural.

5.3 - Escasez de enfermeras y movilidad profesional

La escasez de enfermeras es un problema mundial, que presenta mayor incidencia en unos países que en otros. Las causas de dicha escasez no son las mismas en todos los países, aunque sí el efecto: un empeoramiento de la atención sanitaria a la población¹⁸⁸. Los países más desarrollados suelen presentar una mayor carencia de enfermeras, para cubrir así las necesidades existentes, debido sobre todo al envejecimiento poblacional y a la falta de estudiantes de enfermería que reemplacen a los que se jubilan o abandonan. En los países menos desarrollados¹⁸⁹, la escasez de enfermeras se puede producir por la carencia de recursos para formarlas y, las que se pueden formar optan por salir del país en busca de mejores condiciones laborales, que no podrían obtener en sus países de origen¹⁹⁰, ocurriendo así el fenómeno conocido como “fuga de cerebros”¹⁹¹.

El impacto puede ser muy importante en los países de origen¹⁹², ya que personas suficientemente capacitadas en su país, con alta competencia profesional, y que dominan el inglés, marchan hacia otros países dónde les ofrecen un puesto de trabajo y un nivel de vida, mejor que el que pueden disfrutar en su país de origen, como comentan Thupayagale y Tshweneagae¹⁹³. Este impacto es más fuerte en países en vías de desarrollo, ya que la calidad y el nivel de los cuidados de enfermería pueden sufrir de forma importante, como explica Kingma²¹.

Un informe del Centro Internacional sobre la Migración de las Enfermeras¹⁹⁴ identificaba en el año 2006, la escasez de profesionales sanitarios como uno de los principales obstáculos para alcanzar las Metas de desarrollo sanitario para el milenio. La citada escasez de profesionales sanitarios (entre ellos, las enfermeras), se puede encontrar en la agenda de todos los gobiernos afectados, incluyendo mecanismos que ayuden a planificar estrategias para satisfacer las demandas de éste personal¹⁹⁵, fomentando su estabilidad, además de establecer programas, a mas corto plazo, de reclutamiento de profesionales en países extranjeros³⁴.

El Reino Unido es uno de los países que presenta una escasez, ya cronificada, de profesionales sanitarios, entre ellos de enfermeras¹⁹⁶. Estudios como el de Aiken y Sloanes¹⁹⁷, identificaban como las habilidades del personal de enfermería, en los cuidados de un paciente, influían en los resultados del Hospital, por lo que las autoridades británicas escogen profesionales en países con reconocida formación y habilidades, como en España. Otros estudios realizados en el Reino Unido, como el de Murphy¹⁹⁸, también encontraban que los niveles de cuidados dependían de enfermeras entrenadas. Al no existir profesionales suficientes en el país ni personas suficientes autóctonas que deseen formarse como tales¹⁹⁹, precisa recurrir a los citados programas de reclutamiento de enfermeras extranjeras, ya que sino la calidad de la atención se resentiría.

Todo esto conduce a analizar el punto de partida: ¿porqué no hay enfermeras/os suficientes en el Reino Unido? A lo largo de éste estudio han surgido diferentes teorías de porqué puede suceder éste hecho, en éste país. Algunos piensan que las personas británicas no quieren estudiar Enfermería, por los bajos salarios, en relación al nivel de vida. Coinciden en éste aspecto PEE1, E11 o E13:

PEE1: “Si vas al pub de la esquina, encontrarás a alguna camarera que solamente de propinas saca más dinero que el sueldo de un mes de una enfermera”

“Un conductor de metro gana cuatro veces más que una enfermera”

“El Marco económico está muy deteriorado, hay poca paga en relación con el nivel de vida de Londres, los sueldos son muy bajos”

“Las inglesas creen que las españolas vienen al Reino Unido para que los salarios se mantengan igual de bajos, aunque últimamente, los sueldos subieron bastante”

E11: “Encima está mal pagada la profesión”

E13: “Bajo sueldo en relación con otras profesiones”

También coinciden en reconocer el escaso prestigio social que tiene la profesión de enfermera en éste país, en relación con otras profesiones y con otros profesionales sanitarios:

PEE1: “Tengo claro el motivo de la escasez de enfermeras en el Reino Unido, también de maestros y policías: ..., escaso o nulo prestigio social, gran diferencia de estatus con los médicos, ellas se quedaron ahí estancadas, ya que los médicos tienen mucho prestigio y además se lo creen.”

PEE1: “Los índices sanitarios ingleses son mucho más malos que los españoles, todo es “pantalla”, existe más amabilidad figurada en las enfermeras inglesas, pero que su labor, es equivalente a la de las auxiliares de enfermería españolas y con menor relevancia social”

E11: “No tiene demasiado prestigio social, allí es una profesión más de entre muchas”

E13: “Pienso que no se estudia para enfermera por el bajo reconocimiento social... Además, la relación enfermera – médico, es algo más distante que en España”

Además, está el argumento de los turnos de trabajo con nocturnidad, escasos días libres, trabajo en días festivos,... y además toda la responsabilidad hacia la vida de los pacientes, como explicaba E11:

“Otro motivo para la escasez puede ser los turnos de trabajo, también la responsabilidad”

Otras dificultades estarían en la adaptación al estilo de vida, a la cultura y a la sociedad británica, o la gran cantidad de enfermeras especializadas que existen en el Sistema de Salud británico o la posibilidad de realizar otros estudios más fáciles y favorecedores de un mayor progreso, tanto social como económico, o incluso no estudiar:

PEE1: “Aquí es difícil la adaptación social para todos, incluso alemanes o similares, y el clima tampoco ayuda”

E11: “No hay enfermeras suficientes porque hay demasiadas categorías de especialización, lo que hace que se necesiten muchas enfermeras”

PEE1: “Los ingleses prefieren estudiar algo más fácil y mejor pagado, o no estudiar, ya que encontrar empleo no es difícil, hay muchas oportunidades, además sus ídolos futbolistas o similares, son casi analfabetos y están multimillonarios”

Sin olvidar, que algunas de las actividades que realiza una enfermera, son desconocidas para el público, como explican Buresh y Gordon²⁰⁰. Autores como Clark y Steward¹⁸⁹, coinciden con las teorías aportadas por los participantes en el estudio, explicando la poca atracción que tiene la profesión de enfermería, sobre todo en países menos desarrollados:

“La profesión de enfermera es poco atractiva, debido a que las remuneraciones son muy bajas y las condiciones de trabajo penosas, por lo cual es difícil fomentar las vocaciones y evitar que dejen la profesión. La falta de higiene, la carencia de medicinas, suministros y equipos, el alto número de pacientes por enfermera, la escasez de médicos, las epidemias de sida y de otras enfermedades graves, hacen muy penosa la práctica de la enfermería en muchos países en desarrollo... Puede ser también una profesión peligrosa...”

Este tema, podría ser objeto de un amplio debate, ya que puede parecer una contradicción que en la cuna de la Enfermería: Florence Nightingale²⁰¹ fue su fundadora, esta profesión se encuentre escasamente reconocida, a nivel social.

Por otro lado, debido a la escasez de enfermeras, en ocasiones se pueden producir contrataciones abusivas, de las que ya alertaba el Consejo Internacional de Enfermería²⁰², con turnos de trabajo excesivos (con o sin aumento de salario, dependiendo de la empresa) o que impliquen realizar tareas que no corresponden a su categoría profesional (como tareas de limpieza de suelos y mobiliario, etc. que en otros centros realizan limpiadoras o camareras), que pueden hacer desistir a posibles aspirantes²⁰³. Uno de éstos contratos abusivos²⁰⁴, los sufrieron tres enfermeros, que fueron a trabajar a

una Residencia de ancianos en el Reino Unido²⁰⁵, y lo comentaban en una Lista de correos en el año 2001:

“Contactamos con un enfermero español, ex profesor de una Universidad de Inglaterra y con treinta años de experiencia en ese país. Nos envió información y nos facilitó los trámites para trabajar en Inglaterra.... Nos dijo que el cambio podía ser brusco para los que teníamos que trabajar de Auxiliares... el alojamiento estaba previsto... Un gran futuro nos esperaba... La realidad: el alojamiento era una casa desamueblada (solo tenía camas) compartida con 8-9 personas. Imposible... y carísimo el cambio de alojamiento... El trabajo: en una Nursing Home (casa geriátrica coordinada por enfermeros) con el suelo enmoquetado y... los pañales contados para los residentes incontinentes... sin guantes. La enfermería básica de la que nos habló aquel hombre consistía en empezar a las cinco de la mañana, levantar a los 45 abuelos, lavarlos, cambiarlos, vestirlos y llevarlos a todos al comedor antes de las 8 de la mañana, siendo solo 3 ó 4 trabajadores para luego dejarlos todo el día en la misma silla ...no nos olvidemos que cuando por la noche los residentes dormían, era cuando teníamos que pasar la aspiradora por los salones, limpiar los sillones, los vasos, platos, poner a lavar y secar sus ropas, ¿Y a eso se le llama enfermería básica?”

Lo mismo le sucedió a E10, en el año 2000, al comenzar a trabajar en una Residencia de ancianos en el Reino Unido, él fue contratado a través de una Agencia de Empleo británica que realizó entrevistas de trabajo en España:

“Me vine a Londres al mismo tiempo que E9 y más gente para una Residencia de ancianos, me prometieron muchas cosas y después todo fue diferente, incluso el trabajo, bueno prefiero no contar...”

Estos hechos, han llevado a diferentes Gobiernos y organizaciones internacionales, a establecer unas directrices éticas para la captación y la contratación de enfermeras, informando clara y verazmente de las condiciones laborales²⁰⁶. El programa de reclutamiento británico citado, cumplía dichos requisitos²⁰⁷, aunque según algunos enfermeros participantes en el estudio y también en el citado PRE, como E6, E2, E10 o E5, referían que en algunos Hospitales no cumplían lo que les habían prometido en España o que la información era incompleta

A consecuencia de dicha escasez, se produce la movilidad de enfermeras desde sus países de origen hacia otros²⁰⁸, generalmente esperando mejorar sus expectativas. Este flujo de profesionales sanitarios, preocupan a los gobiernos tanto de unos como de otros países²⁰⁹. Según datos de la OCDE³¹, un porcentaje significativo de los médicos y enfermeros, sobre todo en países anglosajones, son extranjeros, concretamente un 20% de enfermeros formados en África Subsahariana trabajan en países de la OCDE.

El Reino Unido es uno de los países de destino preferidos por las enfermeras³¹ que desean trabajar en otro país. En el año 2001¹⁸⁹, había en ese país, enfermeras procedentes de noventa y cinco países diferentes, y aproximadamente el 43% de las enfermeras que se dieron de alta en los años 2002 y 2003, eran extranjeras. Entre ellas también había españolas, ya que el PRE, constituyó un incentivo importante en la decisión de trabajar en otro país, además de otros factores. E12 coincidía en definir al país como atractivo, al decidirse a trabajar en el Reino Unido frente a otras opciones como Italia.

Clark y Steward¹⁸⁹ exponen que uno de los principales inconvenientes de ésta movilidad de enfermeras profesionales, es la pérdida de profesionales en los países de origen, sobre todo en los países menos desarrollados, con la consiguiente pérdida de capacidad para prestar cuidados de calidad, aunque por otra parte, también supone beneficios para las enfermeras implicadas, como una mejora en su calidad de vida y la de sus familias.

Esta teoría concuerda en parte, con lo que ocurría en España en el momento del estudio, la dificultad de encontrar empleo como enfermera suponía que los enfermeros decidían emigrar para mejorar su calidad de vida encontrando un empleo estable, por un lado y consiguiendo un desarrollo profesional y personal, que sería difícil de obtener en España en ese momento.

5.4 – Etnicidad, Identidad y barreras

5.4.1 - Relaciones interétnicas

“Parece ser que la mayor parte de la gente necesita cierto sentimiento de identificación personal con pequeños grupos, para experimentar seguridad psicológica y satisfacción en su trabajo cotidiano”

Foster GM (1992)¹⁷²

Los grupos sociales se necesitan unos a otros, sus contactos se basan en un tipo de relación interesada o de interés común. Cada grupo étnico, posee unas características propias, aunque con cierta contaminación o adaptación cultural, consecuencia de las relaciones intergrupales. El vínculo que los comunica, depende de la complementariedad de algunos de sus rasgos característicos y de sus mutuas necesidades¹⁸. En los casos en que dicha complementariedad no existiera, la interacción podría ser dificultosa²¹⁰. Esta interrelación, crea campos de actuación comunes, sobre los que se articula. En los sistemas poliétnicos o multiétnicos, como es el caso del Reino Unido, Barth explica que el mantenimiento de los límites debe ser efectivo para lo que se precisa que las diferencias culturales reconocidas sean estables y estén estandarizadas:

“Los mecanismos que mantienen los límites deben ser muy efectivos, por los siguientes motivos:

- su complejidad está basada en la existencia de diferencias culturales complementarias e importantes
- estas diferencias deben estar estandarizadas dentro del grupo interétnico
- las características culturales de cada grupo étnico deben ser estables”

Convertir a los otros en extraños, y por lo tanto pertenecientes a otro grupo étnico, conlleva el reconocimiento de unos límites, a través de los cuáles, persiste la unidad cultural, también implica reconocer diferencias y posibles dificultades en las relaciones con los otros (extraños para el grupo) Jociles²¹¹ explica que la identidad étnica se construye:

“Los rasgos culturales que se van a considerar propios son aquellos que nos permiten distinguarnos en mayor medida de lo que nos queremos distanciar”

En el momento de interactuar, personas pertenecientes a grupos distintos, reducen sus diferencias, con el fin de lograr un entendimiento²¹². Dicha interacción requiere de una congruencia de códigos, valores, y estructuras que permitan la persistencia de las diferencias culturales, es lo que Barth¹⁸ llama “similitud o comunidad de cultura”. Es una experiencia que ocurre a diario en ámbitos laborales como el de la Enfermería, sobre todo en países dónde los profesionales poseen diferentes orígenes, como en el Reino Unido. Los límites étnicos constituyen un aspecto básico de la vida social de un grupo o

comunidad, canalizando esa vida social y desarrollando una compleja trama de relaciones, ya que como dice Augé²¹³:

“Una frontera no es una barrera, es un paso, ya que señala, al mismo tiempo, la presencia del otro y la posibilidad de reunirse con él”

Las relaciones entre grupos, originan todo tipo de actividades e intercambios, lo que incluye diferentes modos de aceptación del extranjero. En una organización poliétnica y burocratizada, con un amplio desarrollo de las comunicaciones, como algunas sociedades actuales entre ellas la británica, los límites étnicos son difíciles de distinguir y también de mantener.

Se pueden encontrar ejemplos en lugares tan próximos como un barrio de cualquier ciudad europea: a Londres emigran personas de diferentes partes del mundo, que tienen que convivir a la hora de trabajar, muchas de ellas intentan olvidar las fronteras que suponen una diferente cultura o un diferente color de piel, buscando la interrelación que necesitan al encontrarse en circunstancias similares en un país extraño²⁰. Como suele ser el caso de las enfermeras españolas en el Reino Unido.

De la misma manera, algunas personas emigrantes con una cultura diferente a la del país receptor, cuando se encuentran en un entorno dónde deben convivir con personas de procedencias diferentes de la suya, como en el ámbito laboral, pueden intentar extrapolar su cultura a su nuevo lugar de trabajo. Incluso creando gethos dónde sólo son admitidas personas de su entorno anterior, de su país de origen, y considerando a los otros como extranjeros que le pueden arrebatar sus derechos adquiridos²¹⁴. Casos como éste, se han comentado a lo largo del estudio, como el del grupo de sanitarios nigerianos, que trabajaban con AI1 en un Hospital psiquiátrico y que solamente se relacionaban con compañeros de su misma procedencia ó como las enfermeras filipinas que trabajaban con E11, y que la veían como a una competidora, que le podía arrebatar parte de sus ingresos:

AI1: “Mis compañeros de Ghana, Zimbabwe, Nigeria, son muy racistas y rechazan a los blancos, solamente se relacionan entre ellos con importantes relaciones de sumisión, sobre todo por parte de las mujeres, intentan imponer esas mismas relaciones a las otras mujeres blancas, por lo que la relación con ellos es difícil o casi nula”

E11: “Siento racismo con las filipinas, pienso que me ven como a una competidora, que les voy a sacar dinero y trabajo, es como una discriminación por amenaza del status que tienen aquí”.

El equilibrio demográfico es un punto importante en las relaciones y en la adaptación al medio. Cuando un grupo depende de la explotación de un hueco, su población no podrá exceder de un límite, que se corresponderá con la capacidad de ese hueco, lo que implica un control sobre el número de personas que lo ocupan, así la variación de las dimensiones de un grupo repercutirá en el otro grupo²¹⁵. BEM1 explica que en el Reino Unido, es difícil comprender cual es un grupo mayoritario y cual minoritario²¹⁶, desde un punto de vista demográfico, debido a la existencia de un gran número de personas procedentes de países extranjeros y étnicamente diferentes:

“Ahora en Londres, no sabemos si los grupos minoritarios son minoría o si la minoría es el grupo mayoritario, hay tantos emigrantes que es difícil definirlo”

En relación con el Reino Unido y, más concretamente Londres, hay personas que como BEM1 piensan que existe la necesidad de emigrantes y mano de obra para mantener la producción en el país, pero al mismo tiempo se lamenta del dinero que se gasta el Gobierno en mantener a la población ilegal y de la política de discriminación positiva existente²¹⁷, es decir, piensa que es necesario delimitar la población emigrante:

“Soy consciente de que existe mucha emigración ilegal, porque es difícil entrar, pero también que el Gobierno gasta mucho dinero con esa gente ilegal, ya que tiene servicios sociales gratuitos: salud, educación, etc. Pienso que el Gobierno es demasiado tolerante con la emigración y sus problemas, y no mira lo que tiene en casa: el problema de los ingleses con las diferentes costumbres que los emigrantes pretenden mantener aquí, en el Reino Unido. Me gustaría que el Gobierno no fuera tan blando y que les dijera que si están aquí, deben adaptarse a las costumbres de aquí. Además, el emigrante en éste país, puede conservar toda su identidad sin ningún problema”

Lo que BEM1 comenta, referente a lo que sucede en el Reino Unido, Provansal²¹⁸ lo explica en relación a Francia, explicando que ciertos poderes políticos se cuestionaban la eficacia de las políticas de respeto por las diferencias culturales:

“En opinión de los propios poderes públicos, las políticas desarrolladas a partir de la idea directora de “respeto de la diferencia” acaban creando más problemas añadidos que soluciones reales para la sociedad francesa. Es así como, aún más recientemente, se abre una reflexión crítica en torno a la instrumentación de las diferencia cultural en tanto que forma actual de segregación y de discriminación social”

Para las enfermeras españolas, es diferente, ya que su propio hueco aún dispone de sitio: la plena ocupación del mismo no existe, ya que persiste la escasez de enfermeras en el Reino Unido, lo que no impide que algunas enfermeras británicas puedan pensar que personas extranjeras (como las

enfermeras españolas) invaden su territorio y por lo tanto surja un conflicto²¹⁹, lo que a la vez, provocaría un rechazo por parte de las enfermeras autóctonas hacia las recién llegadas.

Roosens⁴⁸ estudió el proceso de construcción de la frontera étnica, para él el problema de base, estaba en que las fronteras étnicas no habían sido delimitadas con precisión. Si se aplica al Reino Unido, las minorías extranjeras emigrantes crean presión hacia los nativos británicos, desplazándoles en aras de una discriminación positiva hacia la integración, y creando a la vez, problemas de convivencia entre ambos colectivos. SB1, secretaria médica británica, lo comentaba en el transcurso de una conversación, referida a los emigrantes y su relación con el sistema de salud público:

“Es una pena, pero un británico ahora tiene que esperar mucho tiempo para ser atendido en una consulta, porque un emigrante árabe, africano o asiático tiene preferencia ante él, no me parece justo, pero el Gobierno dice que así facilita la integración, yo pienso que es todo lo contrario, porque lo que sucede es que los británicos rechazamos cada vez más a los de fuera, porque nos viene a quitar nuestros derechos. Nosotros pagamos toda la vida para que ellos se beneficien, no me parece justo”

Si el sistema político proporciona a la población seguridad y protección uniforme, que abarque a grandes núcleos de población, se facilitarían las oportunidades de contacto físico entre diferentes grupos étnicos, aún sin un entendimiento común entre ellos, con el fin de que las diferencias culturales se reduzcan al mínimo posible a lo largo del tiempo. En el caso contrario, se creará una forma de represión de los contactos interétnicos, manteniendo las diferencias culturales mientras persista dicha situación.

Los medios de comunicación también juegan un importante papel en el mantenimiento de las identidades, entre las personas que se desplazan, como en el caso de las enfermeras españolas, conservando sus vínculos etnonacionales y manteniendo una comunicación que los acerca a su país de origen y a su ámbito más conocido, como explica Kottak²²⁰:

“Los medios electrónicos de comunicación de masas juegan un papel clave en la preservación de las identidades étnica y nacional entre las personas que han llevado una vida transnacional. En tanto que los grupos se desplazan, se mantienen vinculados entre sí y con su patria a través de los medios de masas”

5.4.2 - Xenofobia, identidad,...

Las migraciones suponen un movimiento de personas que van más allá de la mera movilidad²²¹. Estas personas, poseen su propia identidad e intentan buscar su hueco dentro de la sociedad receptora. Pero esta búsqueda se desarrolla en un entorno hostil, diferente del propio, y puede conducir hacia una renuncia de su identidad²²². Aunque, si las ventajas socioeconómicas conseguidas por dicha pérdida, suponen un importante avance en sus objetivos, en un primer momento prevalecerá dicho avance y cuando la situación personal se afiance, es posible que se retome el tema de la identidad. Lo corrobora P2, periodista brasileño:

“Aquí en Londres es fácil conservar la identidad y las costumbres de tu país, hay muchas minorías, que no lo son tanto, hay de todos los países y, bueno, los árabes son caso aparte, esos ya no solo viven como en sus países, a veces incluso intentan imponerte sus reglas”

La escuela americana, considera la etnicidad derivada de la inmigración y relacionada con el movimiento de poblaciones. La refiere tanto a un fenómeno social como cultural, algo construido y referido solo vagamente, a un lugar de procedencia étnico: por ejemplo, español puede ser una identidad étnica en Londres, pero nunca en España. Por otro lado, la escuela europea²²³ considera etnia como sinónimo de pueblo, es decir, justamente lo contrario. Dos formas de entender un concepto, pero significativamente marcadas por un contexto cultural y a su vez, político.

Los individuos inmigrantes²²⁴, minoritarios en la sociedad receptora, pueden reproducir una doble identidad, es decir, mostrar una identidad en público afín a la sociedad receptora y otra identidad en privado, más acorde con su origen étnico. E1 lo refiere en relación a una compañera de origen hindú:

“En el trabajo somos todas iguales, pero mi compañera, respeta su origen y sus costumbres en su vida privada: se casó por su rito hindú, le escogieron marido (aunque ella estaba de acuerdo), ¿te acuerdas que te dije que me invitó a su boda? y fui, y ahora en su casa, con su familia, actúa como una hindú, aunque de puertas para fuera sea una más. A mi no me gustan las normas, ya lo sabes, ni las inglesas ni otras, y no es la primera vez que me presento en su casa sin llamarla ni nada, y tengo visto lo que te digo, siempre me acogen bien, pero también me dice que debo llamarla antes de ir”

Casos como el anterior, es posible observarlos en diferentes sociedades, como la británica o la española entre otras, en las que individuos de diferentes étnias (hindús, musulmanes, etc.) conviven

laboralmente, en medio de individuos del país receptor. Aunque a la vez, en su tiempo libre reivindicquen sus tradiciones y sus celebraciones particulares. E1 comenta al respecto:

“Este Hospital parece un mapamundi, aquí tenemos hindús, zulús, filipinas, irlandesas,... y más, y, todos convivimos y nos relacionamos en inglés, los pacientes lo aceptan con normalidad”

En aras de la tolerancia, organizaciones, empresas y/o sistemas públicos, permiten mantener algunos rasgos étnicos en el ámbito laboral, como la indumentaria de un uniforme: un ejemplo podrían ser los policías británicos (entre otros muchos trabajadores), si son sijs pueden llevar un turbante como el de su cultura pero con los colores del uniforme británico. AI1, lo comenta al hablar sobre su solicitud para trabajar en el aeropuerto de Heathrow:

“Los miembros de policía hindús o británicos de origen hindú, de étnia sij, pueden utilizar un turbante en su indumentaria tradicional, se lo permite el Gobierno británico, aunque con los colores oficiales del Reino Unido. Fíjate cuando vayas al aeropuerto o cuando veas a los “bobies” por la calle”

En otras ocasiones, la permisividad va tan lejos que se retiran símbolos reconocidos por la población mayoritaria del país, que puedan ofender a las minorías étnicas que viven en el país receptor, como la cruz de S. Jorge que figuraba en las ambulancias, lo que a E1 le indignó bastante:

“¡Fíjate dónde llega la paranoia en este país (se refiere al Reino Unido) que hasta retiraron esos símbolos de las Ambulancias! Sí, esas cruces, que hasta ahora nadie sabíamos lo que eran ni lo que significaban, que estaban en todas las Ambulancias. Bueno, yo ahora me enteré, era la cruz de S. Jorge, y significaba algo así como la derrota de los moros por S. Jorge y es un símbolo muy inglés”

El grupo minoritario puede ver a los miembros de la sociedad receptora como xenófobos²²⁵, basándose en su actitud de intolerancia a sus tradiciones, lo que refuerza su identidad de origen⁴⁵. BEM1 lo comenta en relación a la noticia sobre una futura implantación de los documentos de identidad británicos, para los que se precisaba una fotografía. Esta noticia suscitó un importante debate en la sociedad británica en el año 2004, ya que los hombres de origen árabe no querían que se fotografiara a sus mujeres, porque sus costumbres no lo permitían:

“Los musulmanes, quieren mantener aquí sus costumbres, ni tan siquiera quieren que sus mujeres se hagan el documento de identidad, porque en sus países de origen, no se les puede fotografiar la cara descubierta”

Por otra parte, la sociedad receptora, puede ver a los emigrantes como enemigos, dentro de su país, porque no respetan sus costumbres o por invadir parcelas propias²²⁶: como las enfermeras extranjeras, reclutadas para solventar la importante escasez de profesionales en el país, entre otros casos. BEM1 continúa expresando sus ideas, que piensa que comparten muchos compatriotas británicos:

“Me gustan mucho las personas asiáticas por su inteligencia, disciplina y respeto a los derechos del otro. Los hindús se integran en el país y son apreciados, por trabajadores, aunque tienen sus propios círculos y no salen de ellos, es decir, dentro de esos círculos, se casan, tienen amigos, es su comunidad, y en raras ocasiones salen de ellos y se relacionan con ingleses u otros emigrantes. Ellos siguen sus costumbres y su cultura, pero sin molestar y sin intentar imponerla, no como hacen los musulmanes, que quieren imponer sus ideas porque sí”

Analizando éstos hechos pormenorizadamente, se puede apreciar que hubo una invasión de un hueco social, que podría haber sido cubierto por individuos afines étnicamente, pero el poder gubernamental, lo soluciona con individuos étnicamente diferentes. Lo que defiende la existencia del rechazo social, no solo como sensación sino como hecho.

Además, puede explicar las difíciles relaciones entre los nativos británicos y los extranjeros, aunque sean europeos y de tez blanca. Por un lado, la oficialidad británica declara al país como no racista, persiguiendo toda discriminación racial. Y por otro, en el día a día se puede llegar hasta extremos como lo que le sucedió a un grupo de amigos españoles y británicos, al salir de una representación de la ópera “Carmen” de Bizet, en Londres, entre ellos estaba E1 que lo comentaba:

“La persona que hacía el papel de D. José, era de color, y una persona del grupo de amigos, que era española y muy purista, dijo que le gustara la obra pero que le chocó que una persona de color representara dicho papel de D. José, entonces otra española del grupo le respondió que no podía decir eso, porque los ingleses la iban acusar de racista, a lo que la persona anterior (la que era muy purista) contestó, que sí Plácido Domingo se pintaba la cara de negro para representar Otelo, la persona que hacía de D. José pudo pintarse de color claro para representar el papel, pero entonces los ingleses del grupo le dijeron que si se hiciera eso, se consideraría como racismo”

Un ejemplo de la falta de convivencia intercultural, y de los “gethos” que pueden formar personas de ciertas comunidades, se puede encontrar en barrios londinenses como Finsbury Park ó Tufnell, dónde la gran mayoría de sus habitantes son personas de origen árabe (del norte de África en el primer caso y de la península arábiga en el segundo), algunos incluso integristas, que mantienen las costumbres de

sus países de origen, evitando la contaminación de las costumbres autóctonas. Británicos como EM1, expresan su rechazo hacia esos barrios y evitan relacionarse con sus integrantes:

“No me gusta nada pasar por esos barrios, todo está dirigido a ellos, sus tiendas, sus vestimentas (las mujeres van con velo), las mezquitas,... parece que entramos en otro país. Si me tengo que bajar del autobús para hacer un cambio, tengo la impresión de que me miran como un bicho raro, que no encajo allí, que ese sitio no es Londres. El número de musulmanes está aumentando mucho en el Reino Unido, sobre todo del norte de África, como en Finsbury Park. Los musulmanes tienen muchos hijos y los europeos pocos, por lo que se están extendiendo mucho, además como en su religión, por matar a una persona no musulmana pueden ir al cielo, a algunos no les importa matar ni tampoco morir por su dios”

Cada persona emigrante, o “actor étnico” como les llama Douglass²²⁷, posee la habilidad de activar o desactivar aspectos de su etnicidad dependiendo de las circunstancias. Es un doble juego que puede llevar hacia el desarraigo o hacia la integración, sin olvidar los términos intermedios más frecuentes ni el camino hacia el conflicto étnico.

Sin contraste simbólico – cultural entre dos culturas no existe diferente etnicidad y por lo tanto no existe confrontación ni personalidad social diferenciada. Las mayores diferencias suelen darse entre culturas sumamente diferentes o lejanas en localización, así suele ser más frecuente un choque cultural entre un asiático y un europeo que entre un francés y un alemán, por citar un ejemplo. Aunque a veces, ocurre lo contrario y encontramos más afinidades entre un hindú y un inglés. Las circunstancias personales de cada individuo son imprescindibles a la hora de valorar su etnicidad. M1 explica su experiencia durante su estancia como Médico en prácticas, en un hospital escocés:

“Mis compañeros muy bien, sobre todo los de Sri Lanka y los de Egipto, los ingleses muy sosos, me llevaba mejor con los de fuera de Europa que con los europeos, parece una contradicción”

No podemos olvidar que cada individuo es único y aunque se encuentra inmerso en un grupo social, o mejor dicho en diferentes grupos sociales, sus circunstancias personales priman a la hora de hablar de su o de sus identidades.

La convivencia laboral entre individuos de diferentes étnias²²⁸, también puede sufrir cambios y transformarse a través del tiempo, del contacto y del conocimiento personal, en una relación social que abarque fuera de los límites del ámbito laboral. Un ejemplo de convivencia intercultural, se puede

apreciar en la relación que mantiene E1 con una compañera de trabajo de origen hindú, concretamente sij, que la invitó a su boda:

“Nos llevamos bien, solamente me invitó a mi y a otra compañera (de entre más de 20 personas que somos en la Unidad), pero en la boda quería que me vistiera como ellos con su traje típico, menos mal que no tenían uno de mi talla, me parecía que iba a hacer el ridículo”

En ésta expresión se aprecia la buena relación existente, algo difícil en Londres, según la propia E1, y a la vez, la defensa de su identidad. A E1, le parecía una idea ridícula, en sus palabras, vestirse con un traje hindú, pero en el fondo podría describir que ella sentía que no pertenecía al grupo, y por otra parte, también indicaba que su compañera deseaba que todo el grupo fuera uniforme en sus costumbres, mediante su vestimenta:

“No me dejaron sola un momento, supongo que pensarían que me iba a perder, porque muchas veces hablaban en su idioma y no me enteraba de nada, la ceremonia era por el rito hindú y musulmán, aparte de que la ceremonia duró tres días”

Lo que podría indicar, tanto la aceptación del grupo de su compañera, como la convivencia intercultural o que su cultura (la hindú) tiene obligación de dar acogida al invitado. Pasado el momento del ritual de la boda, la vida de los británicos de origen hindú, como su compañera, continúa con sus costumbres y con su particular interacción, dentro de una sociedad multicultural, como es la londinense:

“Ahora trabajamos juntas igual que antes y con la misma buena relación, pero ahora ella, fuera del trabajo vive en su mundo y en sus costumbres, no es lo mismo que antes que podíamos salir a tomar un café juntas, ahora solamente sale con nosotras a la cena oficial del trabajo, y no se como será más adelante, si tiene hijos...”

Rex⁸ explica que los sijs emigrantes en el Reino Unido, configuran una comunidad dinámica, que aunque mantiene sus costumbres, rituales y simbología, aprovecha todas las oportunidades que les ofrece el país, aunque mantiene los límites sociales y culturales que definen sus relaciones sociales con los otros. De ahí que a E1 le ofrezcan toda su hospitalidad durante el ritual del matrimonio, al mismo tiempo que reservan momentos exclusivos para ellos y además intentan que se sume a sus rituales con su mismo aspecto, con su vestuario. Este episodio puede considerarse un ejemplo de lo que afirma Barth¹⁸ acerca de de las diferencias culturales y de su persistencia mediante la conservación de ciertos rasgos culturales:

“Las fronteras étnicas son conservadas en cada caso por un conjunto de rasgos culturales. Por tanto, la persistencia de la unidad dependerá de la persistencia de éstas diferencias culturales y su continuidad puede ser especificada por los cambios en la unidad producidos por cambios en las diferencias culturales que definen sus límites”

Puede entenderse también, como un ejemplo de convivencia en un entorno multicultural, como el londinense, dónde es posible apreciar la adaptación al puesto de trabajo: las dos, E1 y su compañera hindú, son enfermeras y trabajan en la misma Unidad de Hospitalización, cada una posee un origen étnico diferente, pero interactúan entre ellas, reconociendo a la otra, a su cultura y a la vez, realizando prácticas similares (dentro de su rutina laboral), en un entorno cultural diferente al de la procedencia de cada una.

La enfermera de origen hindú, nació en Londres y acepta y practica algunas costumbres derivadas de su entorno laboral, como es el invitar a una amiga / compañera de confianza a asistir a un acto íntimo y personal, como el rito de su boda o también, participar en la cena anual del Hospital dónde trabaja. Pero a la vez, vive inmersa en sus tradiciones familiares, con sus prácticas rituales, ejemplarizadas por su boda, en un barrio con predominio de personas de origen hindú (ya sea en primera, segunda o tercera generación), como explica Douglass²²⁷:

“Existe un conjunto de preceptos que regulan las situaciones de contacto y que permiten una articulación en algunos dominios de la actividad y, por otro, un conjunto de sanciones que prohíben la interacción étnica en otros sectores, aislando así ciertos segmentos de la cultura de posibles confrontaciones o modificaciones”

E1 corrobora lo dicho por Barth¹⁸, al explicar que ella solo asistió a parte de la ceremonia, ya que había partes de la misma reservadas a personas con la misma religión que los novios:

“Solo fui a una parte de la ceremonia de la boda, duró tres días y había partes de la boda que solo eran para ellos y solo podían asistir personas de religión musulmana, conmigo fueron muy amables, intentaban que no me sintiera aislada y siempre había alguien conmigo”

Al mismo tiempo que la enfermera de origen hindú presenta su etnicidad como una alternancia entre dos mundos, considerando que se siente plenamente adaptada en el país dónde nació (Reino Unido), también se observa como la informante española intenta preservar también su identidad, desplegando una defensa de sus referentes –el vestuario- frente a la cultura de su compañera, como explica

Jociles²¹¹. Al mismo tiempo, que se siente alagada por participar en una ceremonia, que ella considera singular e inusitada, a la que solamente se invitó a dos personas de toda la Unidad dónde trabaja. Podría resumirse el episodio relatado, con las siguientes palabras de Barth¹⁸:

“Es evidente que los límites persisten a pesar del tránsito de personal a través de ellos...”

**5.5 – Emigración enfermera:
choque cultural, adaptación, relaciones sociolaborales,...**

5.5.1 - La experiencia migratoria

“Cuando una persona decide emprender una experiencia migratoria, lleva en su mente un proyecto de vida, con toda una serie de expectativas”

Moreno, 2008⁴⁹

La migración supone un cambio en la vida individual y social de una persona, un choque cultural que ocurre, incluso entre personas procedentes de países con culturas similares. Es un momento de adaptación y aprendizaje, al mismo tiempo que un reto personal, tal como señala Nuria Roca²²⁹, que tarde o temprano lleva aparejado un conflicto sociocultural, tanto por el choque que produce como por la dificultad de adaptación a un nuevo modelo de sociedad, a nuevas costumbres, a nuevas relaciones, a nuevas formas de trabajo,... Benet²²⁵ explica que las migraciones son tan antiguas como el ser humano, y entiende por migración:

“Una movilidad geográfica u horizontal de personas que se desplazan de forma individual o grupal por un tiempo lo suficientemente largo como para que implique vivir en el país y desarrollar en él actividades cotidianas”

Diferentes teorías tratan de explicar los movimientos migratorios, unas se centran más en aspectos colectivos y otras más en aspectos individuales, algunas explican motivos económicos o demográficos y otras, inciden en las leyes de oferta y demanda. Actualmente la tendencia, se centra en la globalización⁴⁹ y en la mezcla de los factores citados anteriormente. Además, el desarrollo de las comunicaciones, la rapidez en los medios de transporte y la difusión del conocimiento, favorecen la movilidad de las personas, tanto por su coste como por su rapidez. Lo que facilita la posibilidad de trabajar en un país extranjero, y poder regresar al país de origen con una periodicidad relativamente corta. EI20, que se presentaba como Consultor de reclutamiento y trabajaba para una Agencia de contratación de enfermeras británica, en el año 2002, lo explicaba en una página de Internet¹³⁰:

“Cuando yo vine a España en mis primeras vacaciones en 1973 recuerdo que el vuelo de Londres a Madrid me costó 92 libras (25.000 pts) ida y vuelta. Eso representaba mi retribución salarial de un mes y medio... Hoy en día hay muchos más vuelos, cuestan igual o menos que hace 30 años, y solamente con hacer un par de noches se puede pagar un vuelo para venir a ver a los amigos a España”

Para comprender porqué se producen los movimientos migratorios, es necesario analizar tanto los factores que existen en la sociedad de origen para que esto ocurra, como los factores existentes en la

sociedad receptora para que surja la atracción o el efecto llamada en los posibles emigrantes, sin olvidar los factores personales e individuales que ayuden a tomar la decisión de emigrar²³⁰.

Por otro lado, las políticas de cada país receptor⁴⁹ son importantes para que cada persona afronte el proceso que supone emigrar, así, países como los anglosajones (entre ellos el Reino Unido), aceptan ampliamente el hecho emigratorio, basándose en su propia fundación como países²⁹. Además, Meillassoux²³¹ explica que los países con pasado colonial suelen buscar trabajadores en sus antiguos dominios, ofertando condiciones que favorezcan la decisión de emigrar, como comentan Solano y Rafferty²⁹. La política del gobierno británico en materia de emigración es considerada por algunos emigrantes como una de las que más oportunidades ofrecía en el año 2004, lo comentaba el marido de BEM3, británico de origen portugués, y también EM1:

BEM3: “Las personas que emigran desde países árabes, de Oriente Medio o asiáticos, tiene como meta el Reino Unido, porque saben que después de pasar la cuarentena oficial (no sé cuantos días son en un edificio del Gobierno) los sueltan y mientras que se tramitan sus papeles, el Gobierno británico, les da casa, un dinero que les llega para vivir, y todos los derechos de los ciudadanos británicos, y es un trámite que puede tardar años, y mientras viven medianamente bien (mejor que en su país) y pueden conseguir un trabajo y enviar dinero a su país) Creo que el Gobierno quiere cambiar esto, para mí, se están excediendo”

EM1: “¿Sabes dónde vivo yo, en Tewksbury? ¿no te fijaste en las casa que parecen algo desconchadas, cerca de la mía, esas que dices tú que les falta una mano de pintura? Pues son casas del Gobierno en las que viven emigrantes del Este, de Hungría, Rumania y de por ahí. Vienen aquí, les dan casa y dinero para mantenerse, y no piensan en trabajar ¿para qué? Si ya los mantiene el Gobierno ¿Cómo no vamos a ser racistas, si los estamos manteniendo y no producen nada?”

Los motivos de los españoles para emigrar hacia el Reino Unido, han sufrido cambios a lo largo del tiempo: después de la Guerra Civil española, se emigraba principalmente por problemas políticos, en los años 50 - 60 se emigraba por problemas económicos, y actualmente los motivos son más ambiguos, abarcan desde la búsqueda de un trabajo estable hasta la huida por problemas sociales o personales en los que se intenta poner distancia de por medio, sin olvidar la aventura y las ganas de conocer mundo, u otras formas de trabajar, el aprendizaje de un idioma, y muchos más. PEE1, ratifica éstas ideas:

“El tipo de emigración cambió, en los años 50 y 60 se emigraba por problemas económicos principalmente y se pensaba en regresar a casa, cosa que no sucedía. Hoy en día se emigra por problemas sociales o personales en los que se intenta poner distancia de por medio, aunque se disfrace de aventura para conocer mundo”

Las ansias de nuevas experiencias, de conocer otras culturas y otras formas de trabajo, son los motivos que argumentan un buen número de enfermeros españoles, emigrantes en la época actual, además de buscar su desarrollo personal y profesional, con lo que coinciden Graham y Norman²³². Una gran parte de éstos enfermeros, son personas jóvenes, que finalizaron sus estudios recientemente, por lo que no consiguen un trabajo estable en España²³³, y algunos incluso no consiguen ningún trabajo, sea estable o no. Por otra parte, su juventud les ayuda a buscar aventura y conocimiento. EI16 se lo comenta a un compañero que deseaba trabajar en el Reino Unido:

“Si ves que en España no encuentras trabajo, puedes venirte aquí, porque es una experiencia bonita, y puedes ahorrar algo, te estás un añito o así, luego a ver que nos ofrece nuestro hermoso país”

Pero no todas las motivaciones pasan por la aventura o la búsqueda de un trabajo, en otras ocasiones, los motivos son otros y similares en diferentes épocas históricas. Así, el descontento por el trabajo en España²³⁴, como comentaba E5, o la huida de problemas personales o familiares, son motivos que expresaban algunos de los enfermeros participantes en el estudio²²⁵. Sin olvidar, otro motivo argumentado por personas de cualquier profesión o procedencia, como es el aprendizaje de un idioma, en éste caso, del inglés, como M1, M2, E1 ó E12, entre otros.

Coincidiendo con Roberts²³⁵, la emigración es un factor que afecta al equilibrio poblacional, ya que por un lado alivia la presión demográfica de un pueblo y por otro, lo despoja de individuos útiles para el desarrollo, como ocurre en el caso de las enfermeras de países en desarrollo. Presidentes de los Colegios de Enfermería, especialmente africanos e hispanoamericanos, de países más afectados por la emigración de sus enfermeras hacia países más desarrollados (dónde encuentran mejores condiciones laborales), explican como les afecta de forma negativa²⁶:

“Las campañas de reclutamiento son terriblemente efectivas, ofrecen trabajo, alojamiento y permiso de residencia para las enfermeras y sus familias y, así, todos ellos abandonan su país en bloque, por lo que la decisión difícilmente se va a revocar”

La emigración de las enfermeras ha aumentado de forma significativa en los últimos años, favorecida por el aumento de las contrataciones internacionales²³⁶. Uno de los países que basan la resolución del problema de la escasez de enfermeras, en una política de contratación internacional, es el Reino

Unido. Según datos del Consejo Internacional de Enfermeras²³⁷, en el año 2004 el número de países de procedencia de los profesionales de enfermería, había aumentado:

“El número de países de origen, objeto de la contratación internacional de enfermeras, ha aumentado de manera constante durante años. En el Reino Unido, el número de países de origen de los trabajadores ha pasado de 71 en 1990 a 95 en 2001”

Enfermeros participantes en esta investigación resumen su experiencia como emigrantes y enfermeros, mayoritariamente como positiva en general: difícil en sus comienzos (al igual que refieren Ogilvie et al. en un estudio realizado en Canadá²³⁸) y satisfactoria en su desarrollo. Aunque otros expresan lo contrario, aunque los menos. Todos comentan que han sufrido y superado diferentes dificultades, incluso aquellos que se podían sentir amparados, como los participantes en el PRE, han sentido indefensión. Pero al superar el reto, han visto como aumentaba su autoestima. Los peligros y las dificultades de la emigración existen, lo ratifica en un informe del Consejo Internacional de Enfermería²³⁹:

“Las más de las veces, la movilidad profesional se percibe como factor positivo para la persona, y se acepta como tal. Sin embargo, también deben reconocerse los peligros que pueden comportar”

Los citados problemas y/o peligros pueden ser de origen muy diverso, pero uno de los más importantes está en las contrataciones y en los abusos²³⁹ cometidos por empresas sin escrúpulos ni ética alguna. En ocasiones, los problemas se presentan en forma de unas condiciones laborales prometidas, que las empresas contratantes no cumplen (se ha explicado algún caso a lo largo de la investigación, como le sucedió a E2, a E9 ó a E10, entre otros) o que la información dada previamente es difusa e incompleta, incluso con costes añadidos, de los que no habían sido informados, entre otros muchos. A lo largo del estudio, se han constatado éstos casos en enfermeras contratadas a través de agencias independientes y, en mucha menor medida entre las enfermeras contratadas a través de Programas respaldados por organismos gubernamentales.

Entre las ventajas que pueden obtener la emigración internacional de las enfermeras, el Consejo Internacional de Enfermeras²³⁹ destaca la oportunidad de formación y de práctica profesional, el desarrollo personal y el carácter transcultural de la enfermería, además del intercambio de conocimientos y culturas que genera²³⁷, entre otros. Concretamente éstos aspectos citados, son coincidentes con algunas de las opiniones expresadas por los enfermeros participantes: E13 aprecia la

oportunidad de poder estudiar una especialidad como la de Matrona, E11 destaca la opción de conocer otra forma de trabajar, E1 destaca el carácter transcultural de las enfermeras que trabajan con ella, entre otros testimonios.

Una de las características frecuentes entre la emigración enfermera más actual, es que presenta un retorno al país de origen en un plazo relativamente corto, diferenciándose de la emigración de los años 50-60²⁴⁰, cuyos integrantes aún permanecen en el país receptor, dónde además desarrollaron su proyecto de vida, como se explica en el Documento temático 5 del CIE²³⁷:

“Es importante señalar que la migración no se limita a una corriente unidireccional de salida del país de origen al país de destino: puede ser que las enfermeras dejen un país para trabajar en otro, y luego vuelvan a su país de origen o se trasladen a un tercero”

Los motivos que los enfermeros argumentaron para retornar, fueron variados y diferentes, cada persona lo explica desde su punto de vista y elaborando su propia estrategia: unos dicen que finalizó su aventura, otros que encontraron trabajo en España o en otro país, otros que tienen problemas personales o “morriña”. Algunos lo entendieron como fracaso, otros tuvieron una mala información previa a la experiencia, y otros culpan a los “ingleses” de su regreso,... E11 se replanteaba su retorno continuamente, lo que en algunos momentos dificultaba su integración:

“Tengo novio en Ferrol, empecé a salir con él justo antes de venirme al Reino Unido y, tengo mucha morriña. Muchas veces me planteo si estoy bien aquí, si estoy haciendo lo correcto y lo que debo, me planteo volver pronto, por la morriña, aunque en el fondo me siento bien aquí, bien tratada. Aunque mi relación con los galeses es difícil, me relaciono con otros extranjeros, aunque si hay una cena en el Hospital voy a cenar y se preocupan durante la cena de que me sienta integrada. Tengo una relación cordial con ellos, no los considero amigos, pero no me siento rechazada y pienso que me respetan bastante por ser española y no como dicen de las filipinas que parecen unas muertas de hambre”

E11 habla de “morriña”, también E14 recurre a ella para explicar su regreso, una palabra que puede condensar muchos porqués de los informantes (es una palabra utilizada habitualmente en Galicia): sus dudas, sus anhelos, su deseo de retorno al mismo tiempo que de permanecer, sus temores ante el futuro, sus incertidumbres,... Es una palabra que utilizada simbólicamente, refleja y a la vez resume, los deseos de retorno al ambiente conocido y familiar, al mismo tiempo aporta seguridad ante una situación incierta, sobre todo en un ambiente extraño y diferente, considerando la dualidad del momento: deseo de regreso y al mismo tiempo de permanencia.

E11 retornó a los dos años de irse, y se reintegró perfectamente a su vida anterior y al Sistema Sanitario español, apreciando como positiva su experiencia en el Reino Unido. A AI1, en cambio, después de más de ocho años en el Reino Unido, al retornar le costó bastante readaptarse de nuevo en España, tanto en el ámbito laboral como sociocultural, ya que después de ese tiempo fuera de su entorno, sus relaciones y el ambiente que ella conocía, habían cambiado.

Diago²⁴¹ comenta la dualidad del extranjero cuando vuelve a su país de origen, basándose en una clasificación simbólica de las categorías de extranjero y forastero, categorías que adquiere un emigrante después de unos años fuera de su lugar de origen, lo que conlleva un importante desarraigo, similar a lo que le ocurrió a AI1.

En general, hoy en día, el retorno no se percibe como un fracaso, sino que es considerado como el final de una experiencia vital importante.

5.5.2 - Choque cultural, adaptación, relaciones,...

A través de los diferentes testimonios recogidos, se puede reconocer la experimentación del choque cultural: los primeros meses después de la llegada al país extranjero, suponen una de las etapas más difíciles del proceso de la emigración²⁴²: Comenzar a trabajar, la vivienda, los compañeros, las relaciones laborales y sociales, la ciudad, las costumbres locales, los momentos de ocio,... son todos aspectos que influyen de forma importante en la adaptación o no de una persona. Cada una elabora su propia estrategia²⁴³, muchas veces en función de sus expectativas de retorno. Como explica Foster¹⁷²:

“Todos lo que llegan por primera vez a una nación extranjera experimentan lo que se llama choque cultural en mayor o menor grado. Según dice el antropólogo K. Oberg, que popularizó ésta expresión, el choque cultural es una enfermedad, una dolencia profesional del individuo trasplantado de repente al extranjero. Es un trastorno mental, que no suele advertir la víctima... le parece que todo está equivocado, y cada vez habla con menos recato de los defectos del país que creía iba a gustarle... se debe en parte a los problemas de comunicación con los demás”

Foster entiende el choque cultural¹⁷² como un desconcierto y desconocimiento del lugar a dónde se llega, lo que provoca a la vez, ansiedad y frustración, por haber dejado atrás costumbres, hábitos conocidos y penetrar en una cultura desconocida:

“El choque cultural se acrecienta con la ansiedad resultante de haber dejado atrás todas sus costumbres habituales”

Son muchas y diferentes las causas que pueden provocar éste choque cultural, pero las más importantes se centran en el desconocimiento de la realidad que se encuentran al llegar al país. Estos profesionales cualificados, al llegar a los países receptores, suelen encontrarse con una realidad muy diferente a la que ellos esperaban: desde el idioma (que en muchos casos pensaban que dominaban y al llegar descubren que no lo entienden, como dice E11), hasta el trabajo diario como enfermeros: las diferentes actividades, las técnicas y la organización, que contrastan con lo que conocían previamente en su país (como explica E6), pasando por las relaciones laborales o sociales (como comenta E1), muy diferentes de las que se pueden mantener en España¹⁷².

Es entonces cuando se generan choques culturales, rechazo por parte de profesionales del país, dificultad en las relaciones sociales y con el idioma, culturas de trabajo diferentes, etc. Todo ello provoca diferentes reacciones en las personas implicadas, además conlleva pérdidas a nivel

psicosocial²²⁵: lejanía de familiares, pérdida de status, alteración de su autoestima,... que implican desde la adaptación al país receptor hasta el rápido regreso al país de origen. Un caso de adaptación rápida, sería el de E12, entre otros:

“No quiero relacionarme con españoles, vengo a aprender inglés y a conocer la forma de vida inglesa, así que tengo amigos ingleses y de todas las nacionalidades”

Y de inadaptación, sería el de E7 y el de su novia E8 (entre otros), que concuerdan con lo que dice Pagés²⁴⁴:

“Más del 90 por ciento de los enfermeros y enfermeras españoles que aceptan un empleo en hospitales de países del entorno europeo, regresan antes de finalizar el contrato de trabajo, decisión en la que influye muchísimo el dominio de la lengua nativa del país de acogida, y a lo que se une una larga retahíla de factores, como el clima, la comida y alejamiento de la familia”

Al salir de España, la mayoría de las personas participantes en el estudio, tenían unas ideas preconcebidas de cómo sería el Reino Unido, sus gentes, sus costumbres, su cultura,... ya que algo habían leído. También les habían explicado algún aspecto en España, las personas que los habían contratado, tanto desde el PRE como desde Agencias de contratación británicas, y algunos incluso habían consultado a través de Internet. Posiblemente, para los empleadores era suficiente la información aportada, pero no así para algunos de los implicados.

Pero algunos enfermeros participantes en éste estudio afirman que la información ofrecida por los responsables del PRE era suficiente, como explicaban E13 o E11. En otros casos consideraron que la información dada fue errónea, como E5 o E6. Lo mismo les ocurrió a algunos enfermeros contratados desde una Agencia de Empleo británica, que comentaban que les proporcionaron una información errónea o conscientemente escasa e incompleta, como E10, AI1 o E9. Desde el Consejo Internacional de Enfermeras²³⁹, indican que es necesaria una información fiable para decidir trabajar en otro país:

“Los movimientos profesionales deben decidirse sobre la base de una información fiable acerca de las principales personas que estén interesadas en ellos, el proceso de contratación, las condiciones de empleo, las prestaciones, los gastos posibles y las repercusiones que ejercerán sobre la calidad de vida actual y futura de las enfermeras”

Por otra parte, el Reino Unido es un país enmarcado en Europa y muchos enfermeros, consideraban que se encontraba en un entorno cercano, de ahí que pensaran que algo cambiaría pero que no sería demasiado y que se adaptarían estupendamente. En algunos casos el contraste les ayudó a superar el reto como a E12 o a E10, pero en otros fue al contrario, como a E7 ó a E8. Una de las diferencias en la adaptación de una persona emigrante, se encuentra en sus motivos para emigrar: si solamente busca ganar dinero, posiblemente su integración sea difícil, pero si emigra para conocer, aprender o para disfrutar de un país, posiblemente será más fácil, como explicaban E1 o E12.

Los enfermeros españoles que emigraron al Reino Unido, encontraron allá una gran diversidad de personas¹⁰ procedentes de muy diferentes países, tanto en su mundo laboral como en el ámbito sociocultural. Además, cuanto mayor sea la ciudad dónde trabajan, mayor será la diversidad de sus habitantes. Estas personas, aunque se parezcan entre ellas, y en su lugar de trabajo realicen las mismas actividades, son sorprendentemente diferentes, aunque la diferencia se aprecie mejor en un ámbito más familiar²⁴⁵. Ese ámbito familiar, al que en España es fácil acceder debido a la cultura española, en el Reino Unido tiene un difícil acceso, ya que los británicos consideran que la intimidad es algo que no se debe invadir²⁴⁶.

Este aspecto de la cultura británica les resulta chocante a muchas personas, por lo que a veces se recluyen en su propio colectivo, sin relacionarse con otros, como le sucedió a E7, lo que propicia la inadaptación. EB1 explicaba ésta inadaptación debido a que los enfermeros españoles emigrantes hacían vida social preferentemente con otros españoles como ellos, y se encerraban en un círculo del que era difícil salir.

Relacionarse entre los enfermeros españoles solamente, sin interaccionar con otros emigrantes o con autóctonos, supone crear ghettos que conducen inevitablemente a la inadaptación. Enfermeras como E11 o E12 preferían evitarlo y relacionarse con otros extranjeros y con autóctonos, para adaptarse e integrarse en el país. En otros casos, ese acceso a un ambiente más cercano, se consigue después de muchos años como E1, que se relacionaba con una compañera británica.

La mayoría de los enfermeros participantes en el estudio reconocen la dificultad para establecer relaciones con los nativos, al igual que explican Andrés y de Andrés²⁴⁷, les sucedía a otros emigrantes españoles, en países como Bélgica. Ellos consideran mucho más fácil conseguir relacionarse con otros extranjeros, sean compañeros de trabajo o no. Algunos llegan más lejos, como M2, que pensaba que la dificultad se encontraba en el concepto diferente sobre ciertas actividades, que pueden tener

personas de distintas procedencias. Ella hablaba concretamente del término *diversión* y comparaba su concepto cultural español con el de sus compañeros de origen chino o hindú.

Otro aspecto que influye de forma importante en la adaptación, es el lugar de trabajo: no es igual trabajar en ciudades del norte del país, donde se consideran bien aceptadas (lo reflejan artículos periodísticos citados en el estudio⁵¹) como en el sur, donde el carácter de sus habitantes es más cerrado, como explica E2. Además el clima también afecta en a la adaptación, aunque de manera menos importante, como refieren los implicados, coincidiendo con Alderman²⁴⁸.

Junto a aspectos laborales y socioculturales, la actitud de cada persona es fundamental a la hora de buscar o no la adaptación o la integración en el país receptor, sus motivaciones, sus expectativas, sus propios problemas,... son factores que influyen en la adaptación y en la forma de relacionarse, de los enfermeros españolas emigrantes.

5.5.3 - Idioma, lenguaje,...

El lenguaje o el idioma que utilizan los enfermeros españoles en sus comunicaciones, tanto entre compañeros de diferentes procedencias como entre otras personas de la misma procedencia, es un lenguaje reconocido por los miembros del grupo en el que se encuentren en cada momento, y con cada grupo utilizan un idioma similar o diferente, sea inglés, español o spanglhis, tal como dice Hannerz.¹⁰:

“Es un hecho que en la vida corriente no siempre utilizamos una sola y misma lengua, y esto es un signo tangible de que la vida no se desarrolla únicamente dentro de una estructura nacional”

El lenguaje es un reflejo de la cultura de un grupo, tanto por su vocabulario como por su contenido semántico o su significado específico. Se origina en la vida diaria, de dónde toma sus referencias y se comparte con otros, siguiendo unas normas preestablecidas, además Berger y Luckmann²⁴⁹, explican que se expande de una forma tan flexible que permite objetivar un gran número de experiencias:

“El lenguaje tiene una expansividad tan flexible como para permitirme objetivar una gran variedad de experiencias que me salen al paso en el curso de mi vida”

El lenguaje específico utilizado por el grupo es un lenguaje propio, adaptado a cada ambiente, localizado y enmarcado dentro de una cultura propia, que es comprendido por el colectivo que lo utiliza de forma habitual. Este tipo de lenguaje es muy creativo y cambiante, tal como expresa Luria²⁵⁰ dependiendo de un medio geográfico e incluso en su propio ambiente: las palabras o expresiones “pasan de moda” con mucha rapidez, al mismo tiempo se crean nuevas palabras, como comenta Neveu²⁵¹, algunas derivadas de las normativas de un idioma y otras de creaciones propias o importadas de otro lugar geográfico. La creatividad puede surgir de forma consciente o inconsciente, pero en un siguiente estadio se vuelve consciente y se difunde con gran rapidez a todo el colectivo.

De ahí que parte de los enfermeros estudiados, utilicen un idioma especial o propio en sus comunicaciones informales, el spanglhis, tal como lo expresan E10, E11 o E13, entre otros. Poseer un lenguaje propio refuerza la consistencia interna del grupo y la impresión de pertenencia por parte de sus miembros y además, es una manera de diferenciarse frente a los demás, como lo expresa Escalera²⁵².

Además, refleja la forma en que el grupo entiende la realidad y como pretende comunicarla a los demás, de acuerdo con su función social. También expresa las reacciones emocionales de las personas que lo hablan y, que al mismo tiempo se sienten unidas e identificadas entre sí, reforzando la consistencia interna del grupo y diferenciándose de los demás.

En muchos casos la utilización del spanglhis viene derivada de problemas con el idioma, es decir, con el inglés. La gran mayoría de participantes en éste estudio reconocen haber tenido problemas con el inglés en los primeros momentos de llegada al Reino Unido. En unos casos por considerar que tenían unos buenos conocimientos del idioma previamente y encontrarse, que al llegar al país, no eran suficientes para comunicarse con sus compañeros y con sus pacientes. En otros, porque debido a la apremiante necesidad de personal en los hospitales británicos, el nivel de inglés exigido era bajo o medio, y lo suplían con cursos ofertados por los empleadores.

Algunos enfermeros, como E10, (aunque los menos) tenían previamente, un buen nivel de inglés, lo que les sirvió para encontrar un mejor empleo¹⁶⁸, adecuado a sus conocimientos y a sus expectativas. Pero la mayoría coinciden en que hasta llegar al Reino Unido, no supieron realmente cual era su nivel de inglés, y muchos necesitaron realizar cursos de inglés “in situ” para reforzarlo y para mejorar su comunicación. Coincidiendo con lo explicado por Siguan²⁵³:

“No todos los forasteros que se instalan en un país europeo son inmigrantes pobres en busca de subsistencia, También abundan los extranjeros establecidos en otro país por motivos profesionales,... La influencia de todos estos factores hace que determinadas zonas geográficas y, en primer lugar las grandes ciudades de Europa, se conviertan en espacios cosmopolitas dónde se utilizan muchas lenguas”

Por otra parte, todas las personas que trabajan en un mismo Centro, como puede ser un Hospital, necesitan hablar un idioma común para poder establecer una comunicación, tanto con los pacientes, como entre compañeros, o con otros profesionales, con los familiares, etc. Al mismo tiempo, todas esas personas poseen una cultura, similar o diferente, además de su propia identidad, demostrada en sus relaciones sociales, sus rituales, su modo de vestir, o en el barrio dónde viven. Que, a la vez, no deberían mostrar en el ámbito laboral, dónde existe una cultura y un idioma común. E1 comentaba un suceso referente a éste tema:

“El otro día me riñó mi supervisora porque estaba hablando con un médico recién llegado, que es de Barcelona, en español (él me comentaba que se alegraba de encontrar a alguien que conociera como era la medicina en España, además de la inglesa, pero no quería que le entendieran lo que me estaba diciendo) Mi supervisora me

dijo que estábamos en el Reino Unido y que allí se hablaba en inglés exclusivamente. Casi nunca hablo en español en el trabajo, solo cuando me peleo con Juan (enfermero español que trabaja en mi Unidad y, hasta ahora, como estoy enfadada con él, le regaño en inglés ó también, cuando digo algún taco, pero rápidamente mis compañeras me dicen que debo hablar inglés, que no me entienden”

Kottak²²⁰ explica que las lenguas se ajustan a los cambios culturales, evolucionando y adaptándose, pero que su núcleo y su estructura permanecen intactos aunque la vida de sus hablantes se encuentre en continuo cambio:

“Mediante los cambios en la superficie, las lenguas se ajustan a los cambios culturales rápidos. Sin embargo, el núcleo de una lengua –su estructura profunda- puede permanecer virtualmente intacto mientras se evolucionan las vidas de sus hablantes”

5.6 - Cuidados transculturales:
cuando la emigrante es la enfermera

Enfermar e ingresar en un hospital, son momentos cruciales en la vida de una persona²⁵⁴, al encontrarse en un ámbito desconocido y diferente a su medio habitual. Este hecho favorece que un paciente se sienta indefenso e incómodo por su situación, al mismo tiempo, si ese paciente es emigrante, se puede acrecentar su miedo²⁵⁵ ante la situación desconocida, e incluso en algunos casos, ante un escaso conocimiento del idioma²⁵⁶.

En un mundo multicultural como el que existe en el Reino Unido, se encuentran personas procedentes de diferentes países, entre ellos profesionales de enfermería que trabajan allí²⁵⁷, algunos de ellos, incluso en ciertas ocasiones cuidan a pacientes con su misma procedencia. Así, es frecuente que se produzcan situaciones en las que paciente y enfermera sean ambos emigrantes. M1 explicaba que los pacientes estaban acostumbrados a las enfermeras y a los médicos extranjeros

La sociedad británica tiene asumido su multiculturalismo desde hace muchos años (su pasado colonial influye en ello²⁹), además la actual dinámica social de movilidad entre países diferentes, también supone un aporte importante. Por ello, en la política de los Hospitales británicos es muy importante respetar las costumbres y las creencias de cada paciente, tanto ante sus decisiones personales como ante aspectos culturales como las comidas. E1 lo explicaba al hablar de las comidas que puede ofrecer a sus pacientes y a los derechos que tienen, que pueden chocar con las costumbres españolas.

Todo ello demuestra la aplicación de cuidados transculturales en los Hospitales británicos, lo que implica cuidar respetando valores, creencias y prácticas de los pacientes que una enfermera tiene a su cargo, aceptando y respetando las diferencias culturales. En lo que influye, de forma importante, las experiencias de cada enfermera y de cada paciente, como explica Leininger⁵⁷:

“La diversidad de cuidados que brinde éste profesional no será de calidad a menos que las experiencias vitales de esas personas, así como sus propias interacciones con el ambiente que les rodea, estén cubiertas, sean entendidas, analizadas y articuladas”

La cultura y la identidad de cada enfermera interaccionan con las culturas existentes en el contexto que desenvuelve sus cuidados, lo que puede conllevar a la creación de barreras entre enfermera y pacientes, implicando cuidados de calidad inferior, como explica Kingma²⁵⁸. Para las enfermeras españolas, cuidar a pacientes británicos o de otra procedencia, supone aceptar la existencia de costumbres diferentes, lo que en un primer momento puede producir un choque, provocado por las

diferentes culturas y por la diferente comprensión del mundo de la salud²⁵⁹. Spector²⁶⁰ explica que las enfermeras que comprenden los cuidados culturales, aprecian la diversidad de la sociedad:

“La enfermera que desarrolla un conocimiento básico y una comprensión de los Cuidados Culturales puede apreciar la diversidad total de la sociedad y las necesidades de los pacientes”

Ejemplos de estos contrastes se aprecian en los testimonios de distintos enfermeros. Temas como la comida, la higiene, el cuidado por parte de la familia, el trato personal o la cantidad de partos existentes, son aspectos que lograron cambiar los conceptos de salud de los enfermeros españoles emigrantes en el Reino Unido:

“E11: hay muchos obesos, se puede comer bien pero la gente come mal en general. Yo llevo mi fiambra con comida al trabajo, mis compañeros comen mal, mucho dulce o sándwiches de patatas fritas, etc. Mi concepto de salud cambió en el Reino Unido: hay poca higiene en las personas y en los hospitales (desde mi punto de vista, marcado por la cultura española)”

“E12: Me parecía todo un poco frío y extraño, era la primera vez que salía de España. Los familiares pasan un poco, no hay cultura de cuidar, sobre todo a mayores”

“E1: Cuando hice el curso de cardiotorácica y estuve en la planta de privados de mi Hospital, había dos pacientes que eran Lorees, y nada más llegar me viene la secretaria a decirme que a fulanito solamente se le podía llamar Lord, yo le dije que le llamaría como me diera la gana, y cuando fui junto a él, le pregunté como quería que le llamara y sin levantar si quiera el periódico, me dice que por supuesto que Lord, y me fui sin despedirme ni nada, ante maleducados, yo paso. Entonces me tocó ir a ver al otro Lord, y le digo Sir lo que fuera ¿Cómo desea que le llame? Y me dijo que como quisiera, que había empleado muy bien la palabra Sir, es decir, acompañada del nombre, y entonces me explicó el significado, ese si que era una persona educada. Allí, en Privados había de todo”

“E13: Desde mi trabajo de matrona pude comprobar que hay más partos de extranjeras que de británicas. Mi concepto de salud cambió adaptándome al sistema británico, teniendo en cuenta que no había trabajado en España antes de ir al Reino Unido. Con la comida, como al estilo español, la comida inglesa es mala y no cocinan demasiado bien”

La sociedad actual propicia la creación de relaciones interculturales, de dónde surge la dimensión transcultural de los cuidados, aspecto fundamental de los modelos de competencia cultural²⁶¹, definido como:

“La integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes y las interacciones apropiadas y efectivas con los otros”

La teoría de la enfermería transcultural y los cuidados transculturales, surgió a principios de los años 60, de la mano de Madeleine Leininger²⁶², fruto de sus estudios y experiencia clínica, aunando la Antropología con la Enfermería²⁶³, aunque fue publicada en 1978. La Enfermería transcultural se centra en el cuidado y en el análisis comparado de las culturas existentes en el mundo, favoreciendo la investigación etnográfica e incidiendo en las experiencias de las personas, contrastándolas con las prácticas de los profesionales sanitarios⁵⁶:

“La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten razonablemente a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes^{263,}”

Al mismo tiempo, los profesionales de enfermería, también se encuentran inmersos en la transculturalidad, por sus experiencias y vivencias, por lo que al mismo tiempo que cuidan, sus cuidados se ven influenciados por las mismas, como explican Cowan y Norman²⁶⁴. Casos como el de E4, no son la excepción:

“Empecé a estudiar Biología en Alicante, pero conocí al amor de mi vida: una pintora, y quise ser artista, la seguí a Barcelona y estuve con ella durante 4 años. Después me dejó y me hice monje Hare Chrisna durante 16 años, con ellos estuve en diferentes países, también en la India, aunque allí solamente 4 meses y fue dónde descubrí que aquello no era para mí. Entonces regresé a Londres, trabajé de Portero en un Hospital y después decidí estudiar enfermería y ahora estoy trabajando en el Hospital Brompton de Londres”

Por otra parte, los pacientes que son atendidos por estos profesionales enfermeros, tanto agradecen los cuidados recibidos, si fueron aplicados según las costumbres del país dónde se realizan como expresan sus quejas por la atención recibida, demostrando el choque de enfrentarse a cuidados culturalmente diferentes. Opiniones como las de BEM1 (británicas), que se quejaba que la trataran mal en el parto de su hijo, porque la persona que la atendió era de origen africano o ó BEM2, que comentaba lo bien atendida que se sintió, aunque después de su intervención quirúrgica estuvo con ella una enfermera de extranjera ó EM1, que agradeció los cuidados recibidos durante su intervención, lo demuestran:

“BEM2: Cuando me operaron del quiste de ovario estaba muy nerviosa, pero al despertar vi junto a mí a una enfermera muy morena, me pareció que era o española o hispanoamericana, que me daba la mano y me

tranquilizaba, la verdad es que me sentí muy bien, no la volví a ver, me gustaría darle las gracias por lo amable que fue conmigo”

“EM1: Cuando me operaron del colon, tenía mucho miedo, pero me atendió una enfermera, creo que era del Este, y fue tan agradable que entré muy tranquila en Quirófano, después en la habitación, había de todo, pero en general estaba contenta”

Lástima que en algunas ocasiones, los cuidados aplicados culturalmente por obligación, en el Reino Unido, por enfermeras españolas, no sean comprendidos como tales²⁶⁵. E1 cuando tenía que ofrecer diferentes tipos de comida, según la procedencia de cada paciente, aplicaba cuidados culturalmente competentes, aunque para ella era una obligación y en cierto modo, tedioso. En ningún momento se daba cuenta de que estaba aplicando a sus pacientes, cuidados culturalmente competentes.

En el mundo multicultural en el que vivimos, los cuidados transculturales representan un modelo que incorpora valores, creencias y modos de vida a los cuidados que ofrece una enfermera⁵⁹, de forma que sean congruentes con las diferentes culturas y estilos de vida, de los pacientes a su cargo, como explica Rohrbach²⁶⁶:

“La manera reflexiva de conocer el cuidado universal y cultural asocia el conocimiento y la investigación a la experiencia de campo, sirviendo de guía para comprender otras maneras de ver el mundo, para conocernos mejor a nosotros mismos y para encaminarnos hacia un cuidado cultural, originariamente humanista”

CONCLUSIONES

Las principales Conclusiones que surgen de éste trabajo de investigación son las siguientes:

1. Los contextos formativo y laboral británicos son diferentes de los españoles, lo que influye en la organización y en la realización del trabajo enfermero, ya que aunque tenga el mismo objetivo en ambos países: cuidar, otorga a la enfermera responsabilidades diferentes y es realizado de forma distinta, por lo que la interacción de profesionales de diferentes países, conduce hacia un importante choque cultural
2. Las dificultades en el proceso de adaptación de los enfermeros estudiados, estuvieron influenciadas por el desconocimiento sobre su destino laboral: entorno laboral, cultura, organización, sociedad, ciudad a dónde iban destinados, costumbres,... por el trato recibido al comenzar a trabajar, por las relaciones con sus superiores y con sus compañeros, por el cumplimiento de las promesas iniciales (aunque en menor medida), por sus propias motivaciones para emigrar, por su personalidad,... Estos enfermeros reconocen dificultades en su adaptación al país y al entorno laboral en el Reino Unido, aunque consideran que su adaptación, al cabo de un tiempo fue buena (excepto los que regresaron antes de finalizar su contrato)
3. Generalizando, de la investigación se extraen tres grupos de enfermeros emigrantes españoles, que trabajan o trabajaron en el Reino Unido, diferenciados principalmente por los motivos para emigrar, por la forma de encontrar trabajo y por las expectativas de permanencia en el país receptor:
 - años 50 - 60: motivos para emigrar principalmente económicos, también sociopolíticos, su permanencia en el país fue larga (continúan en la actualidad)
 - años 2000- 2009: a través del Programa de Reclutamiento de la Embajada Británica en España (PRE): personas jóvenes en su mayoría, motivados por conseguir un empleo estable y con una dosis de aventura y deseo de conocer otro país, tanto en su aspecto laboral como sociocultural, con unas perspectivas de retorno relativamente cortas
 - mediante Agencia de contratación o por libre: motivos para emigrar muy diferentes, desde la huida de problemas personales o familiares en España hasta la búsqueda de empleo estable, su permanencia en el país varía, aunque no es tan corta como la del grupo anterior

4. La escasez de profesionales en el Reino Unido viene dada por el bajo reconocimiento social de la profesión de enfermera, por el bajo salario laboral en comparación con otros profesionales menos cualificados y con menores responsabilidades, por los turnos de trabajo, por la facilidad para encontrar trabajo con menor responsabilidad y mayor salario, por la importante diferencia de status social con los médicos o por antiguos estereotipos acerca de la cuidadora - enfermera, referidos a los cuidados básicos que realiza, entre otros motivos aportados por los participantes en el estudio
5. Los enfermeros españoles estudiados perciben como problemas más frecuentes a su llegada al Reino Unido: la imposibilidad de realizar técnicas que aplicaban en España, los aspectos sociales y familiares del cuidado de un paciente, déficit en el conocimiento del idioma, aplicar cuidados básicos al paciente, desconocimiento de la organización sanitaria británica, la dificultad para establecer relaciones con autóctonos, entre otros. Y como principales ventajas: la posibilidad de realizar formación continua o especializada financiada, conocer otra forma de trabajar como enfermera, desarrollarse personal y profesionalmente, entre otras.
6. Durante el periodo de estudio, existían mayores posibilidades de trabajar como enfermera, en el Reino Unido que en España. Entre las diferentes modalidades de contratación de enfermeras en el Reino Unido, estaba el Programa de reclutamiento de enfermeras de la Embajada Británica en España (PRE), que además de facilitar los trámites, abrió el camino a nuevas opciones laborales para los enfermeros españoles. Otras opciones de contratación eran: Agencias de empleo (la principal desventaja era el tipo de contrato) o por libre (la principal desventaja era el desconocimiento de los trámites burocráticos)
7. Los enfermeros estudiados consideraron difíciles las relaciones sociales con los autóctonos y más fáciles con otros extranjeros o con españoles, aunque, a mayor permanencia en el país y en el trabajo, más y mejores relaciones sociales
8. Aunque oficialmente no existe racismo en el Reino Unido, los enfermeros estudiados refieren cierta xenofobia hacia lo extranjero, incluidas las enfermeras foráneas, lo explican basándose en la multiculturalidad existente, la gran cantidad de extranjeros y la excesiva discriminación positiva existente

9. Para comunicarse con la población utilizan inglés, pero muchos de los enfermeros participantes en éste estudio utilizan Spanglhis, como lenguaje común y representativo de su grupo, defensa de su identidad o simplemente por “dejarse llevar por el entorno” Al mismo tiempo, las redes sociales como Internet son las herramientas de comunicación más importantes entre los enfermeros emigrantes en la actualidad en el Reino Unido
10. Los motivos para retornar fueron variados, desde la finalización del proyecto personal o el cumplimiento de los objetivos propuestos, hasta la inadaptación o el incumplimiento de las promesas iniciales de los organizadores, pasando por el deterioro en las relaciones socioculturales en el Reino Unido, la “morriña” o la búsqueda de empleo en su lugar de origen
11. Los enfermeros españoles emigrantes de los años 50-60, vivieron experiencias, en algunos casos, similares a las de los actuales enfermeros españoles emigrantes, y también a las de los emigrantes no cualificados de su misma época. Los entrevistados pertenecientes a éste grupo, no retornaron de forma definitiva, aunque viajan frecuentemente a España
12. Propuesta de acciones:
 - Sería aconsejable formar a las enfermeras en la diversidad, tanto para aplicar cuidados a personas inmigrantes como para favorecer la adaptación a nuevos entornos laborales, cuando la que emigra es la enfermera
 - Ayudar a comprender la emigración como un proceso en el que están incluidos los enfermeros españoles cualificados y emigrantes
 - Fomentar el diálogo intercultural para favorecer un adecuado intercambio profesional entre enfermeras de diferentes países
 - Incluir un enfoque antropológico en los cuidados aplicados a un paciente, favorecería la adaptación de los enfermeros emigrantes
 - La enfermera también puede ser emigrante, por lo que es aconsejable formar a los estudiantes para afrontar esa posibilidad

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Ulrich BT. Liderazgo y dirección según Florence Nightingale. Barcelona: Masson; 1996.
- ² Portes A, Böröcz J. Migración contemporánea. Perspectivas teóricas sobre sus determinantes y sus modalidades de incorporación. En: Malgesini G, compiladora. Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial. Barcelona: Icaria: Fundación Hogar del empleado; 1998. p.43-110.
- ³ Enplenitud [sede web]. Latin Seniors Inc; 2002 [actualización 19/03/2002; acceso 03/05/2004]. Matozza F. Emigración a Europa: Oportunidades para comunitarios y extracomunitarios. Disponible en: <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=725>
- ⁴ Linard A. Las migraciones en un mundo globalizado. Rev Fom Soc 2000; 218(55):271-286.
- ⁵ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2007 [actualización 25/10/2007; acceso 02/11/2007]. Lista de correos. Haloperidol. Trabajo de Enfermería en otros países. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ⁶ Augé M. Los “no lugares” Espacios del anonimato. 4ª ed. Barcelona: Gedisa; 1998.
- ⁷ Lacomba J. Historia de las migraciones internacionales. Madrid: Los libros de la catarata; 2008.
- ⁸ Rex J. La metrópoli multicultural: la experiencia británica. Rev Antropol. 1995; (9):21-45.
- ⁹ James H. Londres. Barcelona: Alhena Media; 2007.
- ¹⁰ Hannerz U. Conexiones transnacionales. Cultura, gente, lugares. Madrid: Cátedra; 1998.
- ¹¹ Wilson AN. Londres. Historia de una ciudad. Barcelona: Random House Mondadori; 2005.
- ¹² González E. Historias de Londres. Barcelona: Edícola-62; 2002.

-
- ¹³ Lisón Tolosana C. Antropología de la frontera. *Rev Antropol Soc.* 1994; (3):75-104.
- ¹⁴ Turner T. Clase, cultura y capitalismo. Perspectivas históricas y antropológicas de la globalización. En: García JL, Barañano A. *Culturas en contacto. Encuentros y desencuentros.* Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2003. p.65-110.
- ¹⁵ García JL, Barañano A. *Culturas en contacto. Encuentros y desencuentros.* Madrid: Ministerio de Educación, cultura y deporte; 2003.
- ¹⁶ Álvarez Munrriz L, Antón Hurtado F, editores. *Identidad y pluriculturalidad en un mundo globalizado.* Murcia: Godoy. Universidad Internacional del Mar; 2002.
- ¹⁷ Warnier JP. *La mundialización de la cultura.* 1ª ed. Barcelona: Gedisa; 2002.
- ¹⁸ Barth F. *Los grupos étnicos y sus fronteras.* México: Fondo de Cultura Económica; 1976.
- ¹⁹ Anta Félez JL. Identidad y multiculturalidad: una mirada paradójica. *Rev Antropol Exp [Revista en Internet]* 2004 [acceso 20/01/2005]; (4). Disponible en: <http://www.ujaen.es/huesped/rae>
- ²⁰ Ciudad virtual de Antropología y Arqueología. Recursos de investigación [sede web]. Equipo NayA; 1995 [actualización 31/10/2006; acceso 21/04/2007]. Agier M. Lugares y redes. Las mediaciones de la cultura urbana. Disponible en: <http://www.naya.org.ar/articulos/urbana09.htm>
- ²¹ Kingma M. Nurse migration and the nursing shortage. Interview by Paul Padilla. *Imprint.* 2006; 53(3):18-24.
- ²² Prieto Báez B, Gómez Núñez MP, Sánchez Miguel MC, Díaz Hernández S. Situación de la Enfermería en Europa. *Rev Salud 2000.* 2007; (114):21.

-
- ²³ Soria ha mostrado su preocupación por los posibles “desequilibrios” que puedan producirse en el mercado laboral sanitario. Diario El mundo. 02/10/2007; [acceso 04/11/2007]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/10/02/>
- ²⁴ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2007 [actualización 30/10/2007; acceso 04/11/2007]. Lista de correos. Castro E. Novedades del ministro Bernat Soria ¿Buenas?. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ²⁵ Oulton JA. The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy Polit Nurs Pract.* 2006; 7(3 suplemento):34S-39S.
- ²⁶ Lapetra I. La escasez de enfermeras, tema central de la Conferencia del CIE. *Enferm Facultativa.* 2007; (107):10.
- ²⁷ Consejo Internacional de Enfermería. Las alternativas a la migración de las enfermeras se tratan en un Foro Internacional. *Sew News [Revista en Internet]* 2003 [acceso 03/05/2004]; (2):2-3. Disponible en: <http://www.icn.ch/sewnewsp.htm>
- ²⁸ Christmas K, Hart KA. Workforce shortages are a global issue. *Nurs Econ.* 2007; 25(3):175-177.
- ²⁹ Solano D, Rafferty AM. Can lessons be learned from history? The origins of the British imperial nurse labour market: a discussion paper. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44(6):1055-1063.
- ³⁰ Kingma M. New Challenges, emerging trends and issues in regulation of migrating nurses. *Policy Polit Nurs Pract.* 2006; 7(3 suplemento):26S-33S.
- ³¹ Rodríguez CB. ¿Por qué se mueven los trabajadores sanitarios? *Rev Econ salud [Revista en Internet]* 2006 [acceso 17/07/2009]; 5(2):70-74. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/52/08_pdf/trabajadores.pdf

-
- ³² Consejo Internacional de Enfermería. Enfermeras del Reino Unido dejan la profesión (Nursing Standard 29/08/2001). Sew News [Revista en Internet] 2001 [acceso 10/09/2003]; (3):7. Disponible en: <http://www.icn.ch/sewaug-oct01sp.htm>
- ³³ Chelsea and Westminster Healthcare. Our workforce. Maintaining a strong position in a competitive labour market. London: NHS Trust; 2000/2001. Annual report.
- ³⁴ Robinson S, Murrells T, Griffiths P. Investigating the dynamics of nurse migration in early career: a longitudinal questionnaire survey of variation in regional retention of diploma qualifiers in England. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45(7):1064-1080.
- ³⁵ Buchan J. The impact of global nursing migration on health services delivery. *Policy Polit Nurs Pract.* 2006; 7(3 suplemento):16S-25S.
- ³⁶ Cañas G. Los enfermeros ganan terreno frente a los médicos. *Diario El País.* [edición digital]. 30/03/2009; [acceso 02/04/2009]. Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/sociedad/enfermeros/ganan/terreno/frente/medicos/elp...>
- ³⁷ El médico interactivo [sede web]. *El médico interactivo*; 2002 [actualización 31/03/2002; acceso 20/05/2002]. Salir de España para ejercer la profesión. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/emigrantes.htm>
- ³⁸ Romero G. La regulación de la enfermería española, ejemplo a seguir. *Enferm Facultativa.* 2007; (107):11.
- ³⁹ Dean E. Meet the workforce of the future – nurses from the European Union. *Nurs Stand.* 2009; 24(8):12-13.
- ⁴⁰ Hernández Velasco I. La sanidad británica contratará a 5.000 enfermeras españolas. *Diario El mundo.* 08/11/2000; [acceso 29/05/2002]. Disponible en: <http://www.el-mundo.es/2000/11/08/sociedad/08N0073.html>

-
- 41 Consejo General de Enfermería. Aportación de la enfermería a la sanidad europea. Análisis comparativo en España. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2005.
- 42 Ea EE. Facilitating acculturation of foreign - educated nurses. Online J Issues Nurs. 2008; 13(1):5.
- 43 Brush BL, Sochalski J. International nurse migration: lessons from the Philippines. Policy Polit Nurs Pract. 2007; 8(1):37-46.
- 44 JT. Faltan 3.700 enfermeros en la sanidad coruñesa. Periódico 20minutos. 28/05/2009; p.4.
- 45 Pujadas JJ. Etnicidad. Identidad cultural de los pueblos. 1ª ed. Madrid: Eudema; 1993.
- 46 Attewell A, editor, Mowbray P. Florence Nightingale Museum. Guidebook. London: The Florence Nightingale Museum Trust; 1997.
- 47 Nightingale F. Cartas desde Egipto. Barcelona: Plaza&Janés; 2002.
- 48 Roosens, E. Creating Ethnicity: the Process of Ethnogenesis (Frontiers of Anthropology). Newbury Park, CA: Sage Publications; 1989.
- 49 Moreno Preciado M. El cuidado del otro. Barcelona: Bellaterra; 2008.
- 50 Lisón Tolosana C. Las máscaras de la identidad. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 1997.
- 51 Webster J. Las “nurses” españolas. Diario El País [suplemento]. 07/12/2003; p.27-30
- 52 Buechler HC. Spanish Galician migration to Swizerland: Demographic processes and family dynamics. En: Buechler HC, Buechler JM, editores. Migrants in Europe. The role of family, labour, and politics. 1ª ed. New York: Greenwood Press; 1987. p.221-264.
- 53 Isla L. Londres, pastel sin receta. 1ª ed. Barcelona: Plaza&Janés; 2002.

-
- ⁵⁴ Roosens, E. The primordial nature of origins in migrant Ethnicity. En: Vermeulen H, Gover C. The anthropology of Ethnicity beyond "Ethnic Groups and boundaries". Amsterdam: Het Spinhuis; 1994. p.81-107.
- ⁵⁵ Kearney M. The Local and The Global: The Anthropology of Globalization and Transnationalism. *An Rev Anthropol.* 1995; 24:547-565.
- ⁵⁶ Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura Cuidados.* 1999; (6):5-8.
- ⁵⁷ Ibarra Mendoza X, Siles González J. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index Enferm [Revista en Internet]* 2006 [acceso 10/10/2008]; (55). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/6274.php>
- ⁵⁸ Galao Malo R, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I, Moran Antón M. ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. *Evidentia [Revista en Internet]* 2005 [acceso 05/06/2008]; 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>
- ⁵⁹ Siles González J, Cibanal Juan L, Vizcaya Moreno MF, Gabaldón Bravo EM, Domínguez Santamaría JM, Solano Ruíz MC, García Hernández E. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura Cuidados.* 2001; (10):72-87.
- ⁶⁰ Spector R. Valoración de la herencia cultural. *Cultura Cuidados.* 2001; (9):74-81.
- ⁶¹ Purnell LD. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura Cuidados.* 1999; (6):91-97.
- ⁶² Lillo Crespo M, Galao Malo R, Casabona Martínez I, Mora Antón M. Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia [revista on-line]* 2004 [acceso 05/06/2008]; 1(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php>

-
- ⁶³ Henry RR. Measles, Hmong, and Metaphor: Culture Change and Illness Management under Conditions of Immigration. *Med Anthropol Q.* 1999; 13(1):32-50.
- ⁶⁴ Maestre Alfonso J. *La investigación en Antropología social.* Barcelona: Ariel; 1990.
- ⁶⁵ March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. En: Mercado FJ, Delgado D, Calderón C, compiladores. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud.* México: Universidad de Guadalajara; 2002. p.461-479.
- ⁶⁶ Siles González J, Solano Ruiz C, Cibanal Juan L. Holismo e investigación cualitativa en el marco de la Antropología de la complejidad. Una reflexión sobre la pertinencia metodológica en Ciencias socio-sanitarias y humanas. *Cultura Cuidados.* 2005; (18):68-83.
- ⁶⁷ Ceballos Velásquez ME. Prólogo. En: Wolcott HF. *Mejorar la escritura de la investigación cualitativa.* 1ª ed. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2003. p.xiii.
- ⁶⁸ Wiesenfeld E. El lugar del/a investigador/a en las investigaciones cualitativas: ¿Promesas (IN)cumplidas?. En: Mercado FJ, Delgado D, Calderón C, compiladores. *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica.* México: Universidad de Guadalajara; 2002. p.327-346.
- ⁶⁹ Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* Barcelona: Paidós; 1992.
- ⁷⁰ De Andrés J. El análisis de discurso en un estudio sobre cuidados a los ancianos. En: Mercado FJ, Delgado D, Calderón C, compiladores. *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica.* México: Universidad de Guadalajara; 2002. p.377-386.
- ⁷¹ González Echevarría A. Etnografía y método científico. En: Aguirre Baztán A. *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural.* Barcelona: Boixareu Universitaria; 1995. p.49-63.

-
- ⁷² Morse JM. Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. 1ª ed. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2003.
- ⁷³ Leininger M. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morse JM. Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2003. p.114-137.
- ⁷⁴ Muecke M. Sobre la evaluación de las etnografías. En: Morse JM. Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. 1ª ed. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2003. p.218-243.
- ⁷⁵ De Miguel JM. Introducción al campo de la Antropología médica. En: Kenny M, De Miguel JM, compiladores. La Antropología médica en España. Barcelona: Anagrama; 1980. p.11-40.
- ⁷⁶ Augé M. El oficio de antropólogo. Sentido y libertad. 1ª ed. Barcelona: Gedisa; 2007.
- ⁷⁷ González Río MJ. Métodos y técnicas de investigación en Antropología. [Unidades didácticas] Alicante: Departamento de Sociología II, Psicología, Comunicación y Didáctica. Universidad de Alicante; 1999-2000.
- ⁷⁸ Ruzafa Martínez M. Estudio de la satisfacción y calidad de vida laboral del personal de enfermería español que trabaja en hospitales ingleses [tesis doctoral]. Murcia: Departamento de Filosofía. Universidad de Murcia; 2005.
- ⁷⁹ Mapa de los barrios de Londres [sede web]. [acceso 20/09/2008]. Disponible en: http://losmejoresdestinos.com/mapa_londres_barrios.gif
- ⁸⁰ Mapa del Reino Unido [sede web]. [acceso 20/09/2008]. Disponible en: http://www.e-mapas.com/mapas/El_Reino_Unido/GB.html
- ⁸¹ Oficina Nacional de Estadística del Gobierno Británico [sede web]. Londres; 2010 [acceso 10/02/2010]. Disponible en: <http://www.statistics.gov.uk>

-
- ⁸² Ministerio de Trabajo e Inmigración [sede web]. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2004 [acceso 23/01/2010]. Datos sociológicos de la Emigración española en el Reino Unido. Disponible en: <http://www.mtin.es/es/mundo/consejerias/ReinoUnido/emigración/datos.htm>
- ⁸³ Bristol Hospital [sede web]. [acceso 10/03/2007]. Disponible: <http://www.bristolhospital.org/jobs/nursing.htm>
- ⁸⁴ Boyle JS. Estilos de Etnografía. En: Morse JM. Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2003. p.185-214.
- ⁸⁵ Isla L, coordinadora. Aventuras en la nostalgia. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2008.
- ⁸⁶ Pla M, Sánchez-Candamio M. La elaboración y formalización de registros de la observación participante en la investigación psicosociológica cualitativa. En: Mercado FJ, Delgado D, Calderón C, compiladores. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. México: Universidad de Guadalajara; 2002. p.107-130.
- ⁸⁷ Castro R. Uno de hombre con la mujer es como una corriente eléctrica: Subjetividad y sexualidad entre los hombres de Morelos. En: Mercado FJ, Delgado D, Calderón C, compiladores. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. México: Universidad de Guadalajara; 2002. p.181-209.
- ⁸⁸ Ciudad virtual de Antropología y Arqueología. Recursos de investigación [sede web]. Equipo NayA; 2006 [actualización 31/10/2006; acceso 21/04/2007]. Moreyra E, González JC. Antropología visual. Disponible en: <http://www.naya.org.ar/articulos/visual02.htm>
- ⁸⁹ Gastaldo D. Introducción al tratamiento de los datos: ¿Hay información sana e información enferma?. En: Mercado FJ, Delgado D, Calderón C, compiladores. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. México: Universidad de Guadalajara; 2002. p.231-235.

-
- ⁹⁰ Minayo MCS. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En: Mercado FJ, Delgado D, Calderón C, compiladores. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. México: Universidad de Guadalajara; 2002. p.239-269.
- ⁹¹ Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ª ed. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2002.
- ⁹² Comelles J. Ve no sé dónde. Trae no sé qué. Algunas reflexiones sobre el trabajo de campo en Antropología de la salud. *Arxiu d'è Etnografia de Catalunya*. 1989; (7): 205-235.
- ⁹³ Nursing & Midwifery Council. Standard of proficiency for pre-registration nursing education. London: Nursing & Midwifery Council; 2002-04.
- ⁹⁴ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 04/11/2007; acceso 26/11/2007]. Castro E. La formación de Enfermería en el Reino Unido. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ⁹⁵ Manrique A. Formación de Enfermería en la Unión Europea. Zaragoza: Consejo Autonómico de Diplomados en Enfermería de Aragón; 1995.
- ⁹⁶ University of Cumbria [sede web]. Cumbria (Reino Unido): University of Cumbria; 2004 [actualización 20/03/2004; acceso 25/05/2004]. Cursos. Disponible en: <http://www.ucsm.ac.uk/courses/health/nursing.php>
- ⁹⁷ NHS Careers (National Health Service) [sede web]. Embajada británica en España; 2002 [actualización 2002; acceso 20/05/2002]. Contratación de enfermeros para el Reino Unido. Enfermeros. Las funciones y responsabilidades del enfermero de grado D. Disponible en: <http://www.ukinspain.com/nurses/enfermeros.htm>
- ⁹⁸ López Camps J. La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional. Barcelona: Fundación La Caixa; 2004.

-
- ⁹⁹ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 04/11/2007; acceso 04/11/2007]. Castro E. Los diferentes profesionales de la salud. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁰⁰ Enfermería21 [sede web]. Madrid: Enfermeria21; 2007 [actualización 13/08/2007; acceso 02/11/2007]. Foro. david g. Laboral y empleo. Trabajo de Enfermería en otros países. Diferencias entre UK e Irlanda. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ¹⁰¹ Romero G. El Senado analiza la enfermería británica. *Enferm Facultativa*. 2009; (127):16-17.
- ¹⁰² Pérez Díaz F. Trabajar en el Reino Unido. *Metas Enferm*. 2000; 3(25 suplemento):8.
- ¹⁰³ Departamento RRHH Grupo Comar. Tipos de formación. En: *Curso Xestión da Formación en Organizacións Públicas e Privadas [Material didáctico]*. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2000-01.
- ¹⁰⁴ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 04/10/2006; acceso 30/03/2007]. Castro Sánchez E. Carrera profesional en el Reino Unido. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁰⁵ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 04/11/2007; acceso 26/11/2007]. Castro E. “Agenda for Change”. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁰⁶ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 23/06/2007; acceso 26/11/2007]. Foro. Castro E. Inglaterra ahora. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁰⁷ Royal College of Nursing. *Agenda for change, A guide to the new pay, terms and conditions in the NHS*. London: Royal College of Nursing; 2005.

-
- ¹⁰⁸ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 04/11/2007; acceso 04/11/2007]. Castro E. Condiciones laborales de Agenda for Change. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁰⁹ Castro E. Profesorado Universitario en el Reino Unido. Acceso para profesionales de Enfermería. Rev Ítaka [Revista en Internet] 2005 septiembre [acceso 05/01/2007]; (0):2-3. Disponible en: www.adex2004.com
- ¹¹⁰ Consejo General de Enfermería de España [sede web]. Madrid: Consejo general de Enfermería de España; 2005 [actualización 2005; acceso 09/02/2010]. Acuerdo de 18 de noviembre de 2005 de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Marco sobre Criterios Generales del Modelo de Carrera Profesional de la Comunidad de Madrid para el Personal Diplomado Estatutario Fijo. Criterios a tener en cuenta que deberá seguir la normativa que desarrolle la carrera profesional. Disponible en: www.cge.enfermundi.com
- ¹¹¹ Buchan J. Planning for change: developing a policy framework for nursing labour markets. Int Nurs Rev. 2000; 47(4):199-206.
- ¹¹² Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2000 [actualización 12/10/2000; acceso 04/11/2003]. Foro Enfermería21. El Reino Unido llama a 20.000 enfermeras jubiladas... Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ¹¹³ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 04/11/2007; acceso 26/11/2007]. Castro E. Crisis de contrataciones en el Reino Unido. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹¹⁴ España exporta profesionales. Diario El País. 29/10/2001; [acceso 20/05/2002]. Disponible en: <http://www.elpais.es/suplementos/educa/20011029/38enfermeria.html>
- ¹¹⁵ Estrella Digital/Efe. Londres. El Reino Unido contratará a 5.000 enfermeras españolas. Estrella Digital. 08/10/2001; Cultura. [acceso 20/05/2002]. Disponible en: http://www.estrelladigital.es/001108/articulos/sociedad_medios/enfermeras.htm

-
- ¹¹⁶ Parish C. Spanish nurses claim they weren't consulted on deal. *Nurs Stand.* 2000; 15(11):4.
- ¹¹⁷ Embajada británica en España [sede web]. Madrid: Embajada británica en España; 2003 [actualización 23/05/2003; acceso 05/09/2003]. El gobierno británico busca enfermeras en Valencia y Barcelona. Disponible en: <http://www.ukinspain.com>
- ¹¹⁸ Goacher A. Give and take. *Nurs Stand.* 2001; 15(47):21.
- ¹¹⁹ Cerdá H. La emigración de las batas blancas. *Diario El País* [edición digital]. 03/12/2002; [acceso 09/02/2010]. Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/salud/emigracion/batas/blancas/elpepusal/20021203el...>
- ¹²⁰ Reino Unido ya ha contratado a mil enfermeras. *Diario ABC.* 13/01/2005; p.47
- ¹²¹ Castro E. Crisis enfermera en el Reino Unido. *Rev. Ítaka* [Revista en Internet] 2005 [acceso 05/01/2007]; (1):2. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹²² Lapetra I. España afrontará un déficit de 200.000 enfermeros. *Enferm Facultativa.* 2009; (122):6-8.
- ¹²³ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2004 [actualización 26/02/2004; acceso 30/06/2004]. Foro Enfermería21. Amelia. Re: Resultados entrevistas. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ¹²⁴ Embajada británica en España [sede web]. Madrid: Embajada británica en España; 2006 [actualización 12/2006; acceso 04/11/2007]. Trabajar en la Sanidad Pública y Servicios Sociales de Reino Unido. Disponible en: <http://www.ukinspain.com>
- ¹²⁵ Organización Colegial de Enfermería [sede web]. Madrid: Organización Colegial de Enfermería; 2006 [actualización 27/07/2006; acceso 04/11/2007]. La Embajada Británica continúa contratando enfermeras españolas para trabajar en hospitales del Reino Unido. Disponible en: <http://www.enfermundi.com/boletincge/anteriores/num58.htm>

-
- ¹²⁶ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 23/06/2007; acceso 25/11/2007]. Foro. [RU] Se cierra el convenio RU – Iberia!!!. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹²⁷ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 23/06/2007; acceso 25/11/2007]. Foro. Maite. [RU] Inglaterra ahora. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹²⁸ NHS now spends 24 M pounds a year on Agency nurses. Evening Times. 25/02/2003; [acceso 09/04/2003]. Disponible en <http://www.eveningtimes.co.uk>
- ¹²⁹ Hospitals pay 230 M pounds for nurses. London Evening Standard. 31/03/2003; [acceso 09/04/2003]. Disponible en <http://www.thisislondon.com>
- ¹³⁰ Colegio Oficial de Enfermería de Granada [sede web]. Granada: Colegio Oficial de Enfermería de Granada; 2002 [actualización 2002; acceso 05/03/2002]. Pérez F. Se necesitan enfermeros/as en Inglaterra. Cientos de puestos disponibles inmediatamente. Disponible en: <http://www.ocenf.org/granada/REINOUNIDO.htm>
- ¹³¹ Consejo Internacional de Enfermería. Pluriempleo en el Reino Unido. Sew News [Revista en Internet] 2004 julio - septiembre [actualización 13/07/2004; acceso 03/05/2005]; (2):4. Disponible en: <http://www.icn.ch/sewnews.htm>
- ¹³² Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 22/03/2007; acceso 07/12/2007]. Foro. Maite [RU] Inglaterra ahora. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹³³ Baker Street [sede web]. Valladolid: Baker Street; 2010 [actualización 31/03/2010; acceso 31/10/2010]. Ofertas. Disponible en: <http://www.bkstreet.com/ofertas/HCL0110ER.html>
- ¹³⁴ Royal Bromptom Hospital [sede web]. London: Royal Bromptom Hospital; 2007 [actualización 01/01/2007; acceso 10/03/2007]. Recruitment & Temporary Staffing Office. Disponible en: <http://ww2.rbht.nhs.uk/services/hr/recruitment>

-
- ¹³⁵ Royal Collage of Nursing and Midwifery [sede web]. London: Royal Collage of Nursing and Midwifery; 2003 [actualización 08/04/2003; acceso 08/04/2003]. Employment. Disponible en: <http://www.wnb.org.uk>
- ¹³⁶ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 23/04/2009; acceso 17/07/2009]. Foro. Adri [RU] Situación laboral actual en UK. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹³⁷ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 30/10/2007; acceso 07/12/2007] Administrador. Que saber antes de irse. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹³⁸ Agregaduría Laboral de la Embajada Española en Londres Estudio sobre la emigración española hacia Reino Unido en los años 1960-70. [no publicado]. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 1990.
- ¹³⁹ Buchan J. Enfermeras cruzando las fronteras: ¿"fuga de cerebros" o libertad de movimientos? [Editorial Invitado]. *Int Nurs Rev en español*. 2001; 48(2):69-71
- ¹⁴⁰ EP/Santiago. La embajada del Reino Unido en España pide enfermeras gallegas para los hospitales británicos. 09/04/2003; [acceso 10/09/2003]. Disponible en: <http://www.elcorreogallego.es/periodico/20030409/Galicia/N184624.asp>
- ¹⁴¹ Sanz Arroyo C, Campos Carratalá P. ¿Cómo trabajar en la Unión Europea?. *Metas Enferm*. 1998-99; (11):45-49.
- ¹⁴² Iliffe J. Nursing workforce issues: An international perspective. *Australian Nurs J* [Revista en Internet] 2001 julio [acceso 09/04/2003]. Disponible en: http://www.anf.org.au/pubs_anj/pubs_anj_0107.html
- ¹⁴³ San Segundo G. El éxodo de las batas blancas. *Med Econ* [ed española]. 2006; 3(11): 27-36.

-
- ¹⁴⁴ EEUU busca enfermeros en Galicia y les ofrece sueldos de 46.000 euros. *La Voz de Galicia*. 16/10/2002; Galicia: 6.
- ¹⁴⁵ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2001 [actualización 28/07/2001; acceso 10/04/2002]. Lista de correos. Marisol MC. Re: Trabajo en el extranjero. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ¹⁴⁶ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2002 [actualización 16/05/2002; acceso 26/11/2003]. Lista de correos. ps. Trabajo en Francia. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ¹⁴⁷ ROL de Enfermería [sede web]. Barcelona: ROL de Enfermería; 2004 [actualización 11/03/2004; acceso 10/05/2004]. Foro. Empleo. Ofertas de empleo en Francia. Disponible en: <http://www.e-rol.es/anunci/empleo.htm>
- ¹⁴⁸ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 06/09/2007; acceso 07/12/2007]. Foro. [Irlanda] osetegordete o foster...alguien, please!. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁴⁹ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 06/04/2006; acceso 07/12/2007]. Manual de supervivencia para Enfermería española en Francia. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁵⁰ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 31/05/2009; acceso 17/07/2009]. Foro. Castro E [RU] Interview. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁵¹ The Lancet. What's in a name? [editorial]. *Lancet*. 2000; 356(9248):2111.
- ¹⁵² Ciudad virtual de Antropología y Arqueología. Recursos de investigación [sede web]. Equipo NayA; 2002 [actualización 2002; acceso 21/04/2007]. Lillo Crespo M, Casabona Martínez I.

-
- Subculturas de identidad en el ámbito sanitario: enfermería en Cuidados Intensivos. Disponible en: http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuel_lillo_crespo.htm
- ¹⁵³ Webster J. Se exportan enfermeras. Diario el País [suplemento]. 06/05/2001; p.21-30.
- ¹⁵⁴ Ember C, Ember M. Antropología cultural. 8ª ed. Madrid: Prentice Hall; 1997.
- ¹⁵⁵ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2002 [actualización 24/03/2002; acceso 04/04/2002]. Lista de correos. Pascual D. Inglaterra y los españoles. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ¹⁵⁶ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2002 [actualización 23/03/2002; acceso 05/04/2002]. Lista de correos. Joshua. Re: Inglaterra y los españoles. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ¹⁵⁷ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2002 [actualización 23/04/2002; acceso 04/05/2002]. Lista de correos. Sifonsingas. Inglaterra y los españoles. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ¹⁵⁸ Enfermero español en Londres. [Blog en Internet]. Londres: Castro E; 2003 [actualización 15/03/2003] [acceso 05/05/2003]. Disponible en: <http://spanishnurseinuk.blogspot.com>
- ¹⁵⁹ Morín E. La identidad humana. El método V. La humanidad de la humanidad. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Cátedra; 2001.
- ¹⁶⁰ Stavans I. Pocos saben que el Spanglhis tiene 150 años de historia. Periódico La Voz de Galicia. 7/11/2005; p.55.
- ¹⁶¹ Enfermero español en Londres. [Blog en Internet]. Londres: Castro E; 2003 [actualización 15/05/2003] [acceso 30/05/2003]. Disponible en: <http://spanishnurseinuk.blogspot.com>
- ¹⁶² Administrador. Editorial. Rev Ítaka [Revista en Internet] 2005 septiembre [acceso 20/05/2006]; (0):1. Disponible en: www.adex2004.com

-
- ¹⁶³ Díaz Palomares MJ, Igor A, directores. *La Noria* (Revista en español en Londres). 2003; 15:3
- ¹⁶⁴ Martínez Riera JR. *Enfermería y Europa*. *Rev Enferm*. 2004; 27(5):360-366.
- ¹⁶⁵ Tregunno D, Peters S, Campbell H, Gordon S. International nurse migration: U-turn for safe workplace transition. *Nurs Inquiry*. 2009; 16(3):189-190.
- ¹⁶⁶ Dean E. Foreign nurses disadvantaged by migration rules on diplomas. *Nurs Stand*. 2009; 23(51):10.
- ¹⁶⁷ Alberdi Castell RM, López Fernández C. Espacio enfermero vs espacio europeo. *Rev Enferm*. 2004; 27(10):712-716.
- ¹⁶⁸ Ruzafa Martínez M, Madrigal Torres M, Velandrino Nicolás A, López Iborra L. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Rev Gac Sanit*. 2008; 22(5):434-442.
- ¹⁶⁹ Germán Bes C. Tuning. Sintonía Enfermera para el Espacio europeo de Educación Superior. *Rev Enferm*. 2004; 27(10):689-696.
- ¹⁷⁰ Hancock P. Nurse migration: the effects on nursing education. *Int Nurs Rev*. 2008; 55(3):258-264.
- ¹⁷¹ Blythe J, Baumann A. Internationally educated nurses: profiling workforce diversity. *Int Nurs Rev*. 2009; 56(2):191-197.
- ¹⁷² Foster GM. *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. 2ª ed. en español. México: Fondo de cultura económica; 1992.
- ¹⁷³ Solé F, Mirabet M. *Guía para la formación en la empresa*. Madrid: Civitas; 1997.

-
- ¹⁷⁴ Peleteiro Fernández A. La formación a lo largo de la vida. En: Libro de ponencias: 2as Jornadas sobre formación continua “El futuro de la Formación Continua”. Santiago de Compostela: Confederación de Empresarios Galega; 1996. p.165-172.
- ¹⁷⁵ Colobrants J. Antropología de la empresa. En: Prat J, Martínez A, editores. Ensayos de Antropología cultural. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 1996. p.262-269.
- ¹⁷⁶ Kingma H. Nurse migration and the global health care economy. *Policy Polit Nurs Pract.* 2008; 9(4):328-333.
- ¹⁷⁷ Smith P, Mackintosh M. Profession, market and class: nurse migration and the remaking of division and disadvantage. *J Clin Nurs.* 2007; 16(12):2213-2220.
- ¹⁷⁸ Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid: Taurus; 1991.
- ¹⁷⁹ Segalen M. Ritos y rituales contemporáneos. Madrid: Alianza Editorial; 2005.
- ¹⁸⁰ Foucault M. Microfísica del poder. Madrid: Las ediciones de la piqueta; 1992.
- ¹⁸¹ Cohen AP. Culture, identity and the concept of boundary. *Rev Antropol Soc.* 1994; (3):49-62.
- ¹⁸² Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 28/08/2007; acceso 17/12/2007]. Foro. Castro. [Australia] Solicito ayuda a quien pueda ayudarme. Disponible en: <http://www.adex2004.com>
- ¹⁸³ Mercier P. Historia de la Antropología. 6ª ed. Barcelona: Península; 1995.
- ¹⁸⁴ Asociación Española de Enfermería en el extranjero [sede web]. Asociación Española de Enfermería en el extranjero; 2004 [actualización 28/08/2007; acceso 17/12/2007] Foro. atilekar. [Australia] Solicito ayuda a quien pueda ayudarme. Disponible en: <http://www.adex2004.com>

-
- ¹⁸⁵ Gómez García P. Cual es la identidad de la identidad étnica. En: Anuario Etnológico de Andalucía 1995-1997. Sevilla: Consejería de Cultura. Junta de Andalucía; 1999. p.157-164.
- ¹⁸⁶ Cohen AP. The symbolic construction of community. 1ª ed. London: Tavistock Publications Ltd; 1985.
- ¹⁸⁷ O'Brien - Pallas L, Wang S. Innovations in health care delivery: responses to global nurse migration -- a research example. Policy Polit Nurs Pract. 2006; 7(3 suplemento):49S-57S.
- ¹⁸⁸ Lapetra I. El déficit mundial de enfermeras empeora las prestaciones sanitarias. Enferm Facultativa. 2005; (82):6-8.
- ¹⁸⁹ Clark PF, Steward JB. Globalización del mercado laboral de los profesionales sanitarios. Rev Int Trab. 2006; 125(1-2):41-70.
- ¹⁹⁰ Yearwood EL. The crisis of nurse migration in developing countries. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2007; 20(3):191-192.
- ¹⁹¹ Brush BL. Global nurse migration today. J Nurs Scholarsh. 2008; 40(1):20-25.
- ¹⁹² Singh JA, Nkala B, Amuah E, Mehta N, Ahmad A. The ethics of nurse poaching from the developing World. Nurs Ethics. 2003; 10(6):666-670.
- ¹⁹³ Thupayagale – Tshweneagae G. Migration of nurses: is there any other option? Int Nurs Rev. 2007; 54(1):107-109.
- ¹⁹⁴ Little L, Buchan J. Autosuficiencia de la enfermería en el contexto mundial. Ginebra: Centro Internacional sobre la migración de las enfermeras; 2007.
- ¹⁹⁵ Milton CL. The ethics of nurse migration: an evolution of community change. Nurs Sci Q. 2007; 20(4):319-322.

-
- ¹⁹⁶ Buchan J. Nursing shortages and evidence-based interventions: a case study from Scotland. *Int Nurs Rev.* 2002; (49):209-218.
- ¹⁹⁷ Aiken L, Sloane D. Hospital organization and culture. En: McKee M, Healy J, editores. *Hospitals in a changing Europe*. Philadelphia (EEUU): Open University Press; 2002. p.265-278.
- ¹⁹⁸ Murphy S. La atención sanitaria en el Reino Unido. Cambios y nuevas tendencias. En: Manrique A, Ovalle M. *Enfermería y Comunidad Europea*. Zaragoza: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería; 1993. p.193-200.
- ¹⁹⁹ Malgesini G. Revisión crítica del enfoque neoclásico. El debate demográfico - ocupacional en el mercado europeo [Introducción]. En: Malgesini G, compiladora. *Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial*. Barcelona: Icaria: Fundación Hogar del empleado; 1998. p.11-42.
- ²⁰⁰ Buresh B, Gordon S. *From silence to voice*. Ottawa (Canadá): Canadian Nurses Association; 2000.
- ²⁰¹ Hernández Conesa J. *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana de España; 1995.
- ²⁰² Consejo Internacional de Enfermería [sede web]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 2007 [actualización 2007; acceso 17/07/2009]. Retención y migración de las enfermeras. Disponible en: <http://www.icn.ch/swish.htm>
- ²⁰³ Century Public Relations [sede web]. Century Public Relations; 2002 [actualización 27/05/2002; acceso 09/04/2003]. Leading Nursing Agency refutes. Disponible en: http://www.prestige-nursing.co.uk/news/press_releases/102249544225536.shtml
- ²⁰⁴ Oulton JA. En discusión: contratación ética. *Int Nurs Rev.* 2001; 48(1):77.

-
- ²⁰⁵ Metas de Enfermería [sede web]. Madrid: Enfermería21; 2001 [actualización 31/07/2001; acceso 10/04//2002]. Lista de correos. Arboleda T. RV: Enfermeros en Inglaterra. Disponible en: <http://www.enfermeria21.es>
- ²⁰⁶ McElmurry BJ, Solheim K, Kishi R, Coffia MA, Woith W, Janepanish P. Ethical concerns in nurse migration. *J Prof Nurs.* 2006; 22(4):226-235.
- ²⁰⁷ Squires A. International recruitment: many faces, one goal – part 1. *Nurs Manage.* 2008; 39(9):16-21.
- ²⁰⁸ Cutcliffe JR, Yarbrough S. Globalization in nursing. Globalization, commodification and mass transplant of nurses: part 1. *Br J Nurs.* 2007; 16(14):876-880.
- ²⁰⁹ Khaliq AA, Broyles RW, Mwachofi AK. Global nurse migration: its impact on developing countries and prospects for the future. *Health Q.* 2009; 12(1):125-138.
- ²¹⁰ Morera Pomarede MJ, Roca Capará N. El aprendizaje reflexivo de la diversidad cultural. *Rev Enferm.* 2007; 30(10):59-64.
- ²¹¹ Jociles Rubio MJ. “Lo extraño está en nosotros”: La identidad étnica de dos zonas fronterizas (La Terra Alta y el Bajo Aragón catalanoparlante). *Rev Antropol Soc.* 1995; (4):19-42.
- ²¹² Ciudad virtual de Antropología y Arqueología. Recursos de investigación [sede web]. Equipo NayA; 1991 [actualización 31/10/2006; acceso 21/04/2007]. Martín Barbero J. Dinámicas urbanas de la cultura. Disponible en: <http://www.naya.org.ar/articulos/jmb.htm>
- ²¹³ Augé M. Por una antropología de la movilidad. 1ª ed. Barcelona: Gedisa; 2007.
- ²¹⁴ Hylland Eriksen T. Small places, Large issues. An introduction to Social and Cultural Anthropology. 2ª ed. London: Pluto Press; 2001.
- ²¹⁵ Hylland Eriksen T. Ethnicity & Nationalism. 1ª ed. London: Pluto Press; 1993.

-
- ²¹⁶ Chapman M, McDonald M, Tonkin E. Introduction - History and Social Anthropology. En: Tonkin E, McDonald M, Chapman M, editores. *History and Ethnicity*. 1ª ed. London: Routledge; 1989.
- ²¹⁷ Gill G. The health needs of the Slovak Roma community in Sheffield. *Community Pract*. 2009; 82(3):34-37.
- ²¹⁸ Provansal D. Antropología de las migraciones. En: Prat J, Martínez A, editores. *Ensayos de Antropología cultural*. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 1996. p.256-261.
- ²¹⁹ Raghuram P. Interrogating the language of integration: the case of internationally recruited nurses. *J Clin Nurs*. 2007; 16(12):2246-2251.
- ²²⁰ Kottak CP. *Antropología. Una exploración de la diversidad humana*. 6ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 1997.
- ²²¹ Ciudad virtual de Antropología y Arqueología. Recursos de investigación [sede web]. Equipo NayA; 2006 [actualización 31/10/2006; acceso 21/04/2007]. Barreto M. Ciudadanía, globalización y migraciones. Disponible en: <http://www.naya.org.ar/articulos/global01.htm>
- ²²² Zabusky SE. Boundaries at work: Discourses and Practices of Belonging in the European Space Agency. En: Bellier I, Wilson TM, editores. *An Anthropology of the European Union. Building, Imagining and Experiencing the New Europe*. 1ª ed. Oxford - New York: Berg; 2000. p.179-200.
- ²²³ Bonte P, Izard M. *Diccionario Akal de Etnología y Antropología*. 1ª ed. Madrid: Akal; 1996. Europa; p.270-74.
- ²²⁴ *Diccionario Larousse de la lengua española*. 1ª ed. Barcelona: Larousse; 2006. Inmigrante; p.658.

-
- ²²⁵ Benet RM. Etnografía en una comunidad emigrante. En: Aguirre Baztán A. Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Barcelona: Boixareu Universitaria; 1995. p.316-322
- ²²⁶ Marwick A. The time of the Troubles. London: Pelican; 1982.
- ²²⁷ Douglass W, Lyman SM, Zulaika J. Migración, etnicidad y etnonacionalismo. Bilbao: Servicio Editorial Universidad País Vasco; 1994.
- ²²⁸ Vázquez Blanco MG. Percepción do feito migratorio actual. En: Cid Fernández XM, Domínguez Alberte XC, Soutelo Vázquez R, coordinadores. Migracións na Galicia contemporánea. Desafíos para a sociedade actual. Santiago de Compostela: Sotelo Blanco; 2008. p.363-379.
- ²²⁹ Roca N. Inmigración y salud. Rev Enferm. 2001; 24(10):28.
- ²³⁰ New Zealand Nurses' Organisation. Nurse migration needs further research. Kai Tiaki Nurs Nz. 2006; 12(4):9.
- ²³¹ Meillassoux C. Antropología económica del fenómeno migratorio. En: García JL, Barañano A. Culturas en contacto. Encuentros y desencuentros. Madrid: Ministerio de Educación, cultura y deporte; 2003. p.147-170.
- ²³² Graham I, Norman L. A reflective discussion: questions about globalization and multiculturalism in nursing as revealed during a student/staff Exchange programme. Int J Nurs Pract. 2008; 14(3):189-194.
- ²³³ Iríbar A. Enfermeras sin fronteras [Portada]. Diario El País [edición digital]. 18/02/2001; [acceso 04/08/2007]. Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/negocios/Enfermeras/fronteras/elppor/20010218elpne...>
- ²³⁴ Consejo Internacional de Enfermería [sede web]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 2003 [actualización 2003; acceso 03/05/2004]. Carrier-Walker L. Un nuevo

-
- estudio internacional muestra que las condiciones de trabajo son el principal factor de la migración de las enfermeras. Disponible en: http://www.icn.ch/PR22_03sp.htm
- ²³⁵ Roberts JH. The impact of global inequities on health professional migration. *Policy Polit Nurs Pract.* 2008; 9(4):323-327.
- ²³⁶ Kirk H. Towards a global nursing workforce: the brain circulation. *Nurs Manage.* 2007; 13(10):26-30.
- ²³⁷ Consejo Internacional de Enfermeras. Migración internacional de las enfermeras. Tendencias y consecuencias para la política general. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2006. Documento temático 5.
- ²³⁸ Ogilvie LD, Burgués - Pinto E, Caufield C. Challenges and approaches to Newcomer Health Research. *J Transcult Nurs.* 2008; 19(1):64-73.
- ²³⁹ Consejo Internacional de Enfermeras. Movimientos profesionales y migración: preguntas esenciales. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2002.
- ²⁴⁰ López de Lera D. Tendencia das políticas de inmigración en España. En: Cid Fernández XM, Domínguez Alberte XC, Soutelo Vázquez R, coordinadores. *Migracións na Galicia contemporánea. Desafíos para a sociedade actual.* Santiago de Compostela: Sotelo Blanco; 2008. p.363-379.
- ²⁴¹ Diago Marco M. Emigrantes y forasteros: dos formas de clasificación simbólica. En: VII Congreso Internacional de Estudiantes de Antropología. Miranda do Douro (Portugal): Universidade de Tras os Montes e Alto Douro. Extensão de Miranda do Douro; 1999. p.51-54.
- ²⁴² Barquero González A, León López R, Fera Lorenzo DJ, Arenas Fernández J. Requisitos y aspectos fundamentales para trabajar en el extranjero. *Metas Enferm.* 2002; 5(47):55-58.
- ²⁴³ Fernández – Martorell M. *Antropología de la convivencia.* 2ª ed. Madrid: Cátedra; 2009.

-
- ²⁴⁴ El Día.es [sede web]. El Día.es; 2003 [actualización 24/06/2003; acceso 23/julio/2003]. Pagés G. Londres no tiene “feeling”. Disponible en: <http://www.eldia.es/2003-06-24/VIVIR/vivir9.htm>
- ²⁴⁵ Estébanez S. Roces culturales. Rev La Noria. 2003; (15):7
- ²⁴⁶ Fox K. Watching the English. The Hidden Rules of English Behavioral. Londres: Hodder; 2004.
- ²⁴⁷ Andrés Orizo F, de Andrés Cuartero M. La inmigración española en Bélgica. 1ª ed. Madrid: Consejería Laboral y de Asuntos Sociales de la Embajada de España en Bélgica. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales; 1999.
- ²⁴⁸ Alderman C. Spanish highs. Nurs Stand. 2001; 15(28):18.
- ²⁴⁹ Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad. 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1999.
- ²⁵⁰ Azurmendi Ayerbe MJ. Psicosociolingüística. Bilbao: Servicio Editorial de Universidad del País Vasco; 2000.
- ²⁵¹ Neveu C. European Citizenship, Citizens of Europe and European Citizens. En: Bellier I, Wilson TM, editores. An Anthropology of the European Union. Building, Imagining and Experiencing the New Europe. 1ª ed. Oxford - New York: Berg; 2000. p.119-136.
- ²⁵² Escalera J. Territorialidad e identificaciones colectivas. En: Anuario Etnológico de Andalucía 1995-1997. Sevilla: Consejería de Cultura. Junta de Andalucía; 1999. p.145-156.
- ²⁵³ Siguan M. Las lenguas en la construcción de Europa. En: Lamo de Espinosa E, editor. Culturas, Estados, Ciudadanos. Una aproximación al multiculturalismo en Europa. Madrid: Alianza Editorial; 1995. p.103-126.

-
- 254 Moreno M, González P. Inmigración y formación transcultural. *Educare21* [Revista en Internet] 2005 [acceso 03/12/2005]; 20. Disponible en: <http://www.enfermería21.com/educare/>
- 255 Fernández Molina MA. Fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco hospitalario. *Cultura Cuidados*. 2006; 10(20):62-68.
- 256 Moreno Preciado M, Agudo Gisbert E. Formación y transculturalidad: El cuidado del paciente inmigrado desde la perspectiva del estudiante de enfermería de primer año. *Cultura Cuidados*. 2006; 10(20):55-61.
- 257 California Childcare Health Program. Salud y competencia cultural. [Módulo del currículum para los Defensores de los cuidados de salud del niño del California Training Institute]. San Francisco (EEUU): S. Francisco School of Nursing. Department of Family Health Care Nursing. University of California; 2006.
- 258 Kingma M. Nurses on the move: diversity and the work environment. *Contemp Nurse*. 2008; 28(1-2):198-206.
- 259 Keane C. Globality and Constructions of World Health. *Med Anthropol Q*. 1998; 12(2):226-240.
- 260 Spector R. Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cultura Cuidados*. 1999; (6):66-72.
- 261 American Academy of Nursing. Promoting cultural competence in and through nursing education. New York: American Academy of Nursing; 1993.
- 262 Leininger M. *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices*. New York: McGraw-Hills; 1995.
- 263 Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gac Antropol*. 2006; (22):22-32.

-
- ²⁶⁴ Cowan DT, Norman I. Cultural competence in nursing: new meanings. *J Transcult Nurs.* 2006; 17(1):82-88.
- ²⁶⁵ Martsolf DS. Cultural aspects of orthopaedic nursing. *Orthop – Nurs.* 1999; 18(2):65-71.
- ²⁶⁶ Rohrbach C. En búsqueda de un cuidado universal y cultural. *Invest. Educ Enferm.* 2007; 25(2):116-121.