

La autonomía en la práctica de enfermería

RESUMEN

La autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía de enfermería ha sido identificada como una variable importante que afecta la percepción de la enfermera en relación con su satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería. La suposición de que un aspecto clave de la autonomía de enfermería es actuar con un juicio y práctica independiente, fue cuestionada en un estudio interpretativo que exploró la forma como las enfermeras entienden la autonomía en su práctica clínica y en su trabajo. Este artículo describe el proyecto de investigación, y explora el énfasis que hacen las enfermeras sobre los aspectos inherentes al ejercicio de la autonomía en su trabajo clínico. Las descripciones de sus relaciones con los médicos, colegas y directores de enfermería, ofrecen muchos ejemplos en los cuales la práctica autónoma puede ser respaldada y fortalecida. Este artículo también discute estas posibilidades para que este concepto se pueda llevar a cabo en tres áreas claves: crear ambientes de práctica que enriquezcan la pericia clínica y la toma de decisiones; hacer posible que las enfermeras practiquen, aplicando todas sus capacidades educativas, sus experiencias y competencias; y fortalecer la práctica multidisciplinaria con colaboración.

PALABRAS CLAVE

Autonomía de enfermería, toma de decisiones clínicas, alcances de la práctica, práctica multidisciplinaria.

ABSTRACT

Autonomy has been viewed as a key indicator of disciplinary professionalization. Nursing autonomy has been identified as an important variable that affects nurses' perceptions of job satisfaction, positive professional practice environments, and quality nursing care. The assumption that a key feature of nursing autonomy is the exercise of independent judgment and practice was challenged in an interpretive study that explored how nurses understand autonomy in their everyday clinical practice and work-life. This paper describes the research project, and explores nurses' emphasis on the relational features inherent in the exercise of autonomy in their clinical work. Their descriptions of relationships with physicians, nursing peers, and nurse managers offered ample instances whereby autonomous practice could be supported and enhanced. This paper will also discuss these possibilities for enabling nursing autonomy in relation to three key areas: generating practice environments that nurture clinical expertise and decision-making; enabling nurses to practice to the full scope of their education, experience, and competence; and fostering collaborative multidisciplinary practice.

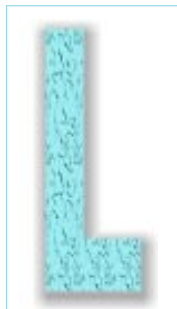
KEY WORDS

Nursing autonomy, clinical decision-making, scope of practice, multidisciplinary practice.

¹ RN PhD, Associate Professor Faculty of Nursing, University of Calgary. dtapp@ucalgary.ca

² RN MN, Director, Professional Nursing Resources, Calgary Health Region.

³ RN MSc, Director, Cardiac Sciences, Calgary Health Region.



a autonomía de enfermería es un concepto de interés para los enfermeros clínicos y para los administradores de enfermería y otros líderes. Dado que los enfermeros se han profesionalizado en el mundo entero, la autonomía en la práctica y la autonomía para aplicar un único cuerpo de conocimientos de la disciplina ha sido vista como un indicador importante de que enfermería es, sin duda, una profesión notable en su derecho propio. La autonomía ha sido relacionada con la calidad de la vida de los enfermeros, la satisfacción por su trabajo, los ambientes de práctica profesional positivos y las percepciones de la calidad del cuidado (1-6). En la literatura sobre autonomía de enfermería se han dado muchas definiciones, incluyendo los siguientes ejemplos:

- Libertad para actuar en lo que se sabe (4).
- Qué tanta independencia se tiene en el trabajo, la iniciativa y la libertad, ya sea permitida o necesaria en las actividades diarias (5).
- Control del trabajo (7).
- Considerar el juicio independiente para obtener un resultado deseado (8).
- La habilidad para desempeñar funciones en forma independiente, sin tener supervisión cercana (9).

La toma de decisiones independientes y la acción son elementos comunes de la mayoría de estas definiciones. El interés en los conceptos de autonomía, apoya el desarrollo de medidas para comparar las evaluaciones de la autonomía a través del tiempo o de diferentes áreas de práctica.

Sin embargo, el interés de este trabajo no es sólo en los aspectos teóricos o conceptuales de la autonomía de enfermería. Este trabajo se enfocará en hechos relacionados con el *ejercicio* de la autonomía o la *práctica* de ésta en el trabajo del enfermero. En los complejos ambientes de práctica del sistema del cuidado de salud actual, los enfermeros tienen el reto de practicar la autonomía como miembros de un grupo o equipo, y cada vez son más confusas las distinciones sobre los roles (10-12).

Se describe un proyecto de investigación que explora la comprensión de los enfermeros clínicos sobre la autonomía. Uno de los hallazgos más precisos en este estudio fue que la autonomía se describe como un fenómeno intensamente correlativo. Los enfermeros la perciben como la habilidad para cumplir con las metas del cuidado por medio de la práctica *interdependiente* con otros cuidadores de salud. Este trabajo explora las formas en las cuales este estudio reta muchas conjeturas sobre la práctica autónoma, y presenta hechos relacionados con la influencia de la cultura en la autonomía de enfermería, la capacidad para ejercer la práctica, y las expectativas crecientes para la práctica multidisciplinaria del cuidado de salud. Durante esta discusión se destacarán las posibilidades para fortalecer la autonomía en la práctica clínica.

El proyecto de investigación: “Comprensión de la autonomía por parte de los enfermeros clínicos”

Durante los últimos seis años, una de las regiones más grandes de Canadá ha estudiado con regularidad a los enfermeros para evaluar la satisfacción con el trabajo. La expectativa organizacional es que los directores desarrollen estrategias relevantes en sus áreas para identificar los hallazgos del estudio. Basados en los hallazgos de 2002 en el portafolio de las ciencias cardiológicas, los directores encontraron que los enfermeros que estaban trabajando en unidades cardiovasculares, clínicas de consulta externa y servicios de diagnóstico, tenían una expectativa alta de autonomía en su trabajo, pero estaban moderadamente satisfechos con ésta. El estudio no dio a los directores suficiente información para comprender las expectativas de los enfermeros y la falta de satisfacción para identificar estrategias específicas que pudieran cambiar la práctica de enfermería o apoyar el fortalecimiento de su autonomía. Con base en lo anterior, se buscó asistencia para dirigir un estudio que preguntara a los enfermeros qué significaba la autonomía, con el fin de ayudar a los directores a comprender la forma de influir en la satisfacción de los enfermeros con la autonomía en su trabajo.

La directora de ciencias cardíacas, Janice Stewart, invitó a la directora de Recursos de Enfermería Profesional, Katherine Stanfield, responsable del desarrollo profesional en la región, y a Dianne Tapp como investigadora, para desarrollar conjuntamente el proyecto de investiga-

ción. La pregunta presentada fue: ¿cómo entienden los enfermeros clínicos la autonomía en su práctica diaria de trabajo? Un acercamiento cualitativo-interpretativo basado en el proceso del grupo comprometía a los enfermeros a hacer una exploración activa sobre el significado de la autonomía de enfermería y cómo se podía incrementar dentro de sus áreas de práctica. Pequeños grupos de enfermeros discutieron ejemplos de su práctica clínica que mostraron el significado de autonomía de enfermería. La intención era escuchar la explicación de los enfermeros en sus propias palabras, permitiendo que la autonomía se interpretara dentro de una situación contextual que ilustrara totalmente las dificultades y los rasgos de la autonomía en la práctica clínica. Los enfermeros representaron varias unidades de cardiología ubicadas en tres hospitales. Se organizaron un total de 12 grupos, con 43 practicantes de enfermería (35 mujeres y 8 hombres). Los participantes se agruparon de acuerdo con su área de práctica (unidades de cuidado crítico cardíaco, unidades de cirugía o clínicas de consulta externa/educadores). Una descripción más detallada del proceso de la investigación se ha publicado en la revista *Nursing Administration*, de octubre 2004 (13).

El propósito del estudio era comprender el significado diario de la autonomía en la práctica de enfermería para apreciar cómo fortalecer y apoyar la autonomía de enfermería. Es así que los hallazgos no aclaran el concepto y el debate sobre la definición de autonomía, y no se generalizan para todos los ambientes de práctica. Sin embargo, estos hallazgos hacen que consideremos aspectos que pueden incrementar la práctica profesional de los enfermeros, al tener en cuenta los hechos percibidos que influyen en la autonomía de enfermería.

Pequeños grupos de enfermeros discutieron ejemplos de su práctica clínica que mostraron el significado de autonomía de enfermería. La intención era escuchar sus explicaciones, permitiendo que la autonomía se interpretara dentro de una situación contextual que ilustrara totalmente las dificultades y los rasgos en la práctica clínica.

Autonomía: cumplimiento continuo de las metas del cuidado al paciente por medio del conocimiento de enfermería

El equipo investigativo anticipó que los relatos de los enfermeros dan ejemplos de la práctica en los cuales hay oportunidades de tomar decisiones y actuar. Sin embargo, es importante anotar que fueron pocos los ejemplos de práctica independiente. Había algunos ejemplos de enseñanza al paciente, apoyo psicológico, comodidad e intervenciones para el dolor que se ofrecieron para ilustrar la toma de decisiones independiente y la acción. Los enfermeros experimentaron la autonomía cuando pudieron cumplir las metas del cuidado del paciente a través de sus conocimientos y habilidades. Ellos describieron la autonomía dentro del contexto de la comprensión y contribución del plan de cuidado, valorando las necesidades y la condición del paciente, comunicando en forma efectiva las preocupaciones y prioridades del cuidado, y coordinando los recursos del equipo multidisciplinario. La práctica autónoma se consideró como obvia y poco notoria cuando los enfermeros podían implementar la continuidad del cuidado.

Su sentido de autonomía estaba claramente disminuido en situaciones en las cuales el conocimiento de enfermería se ignoraba, o no era valorado. Los enfermeros ofrecieron muchos ejemplos en los cuales la autonomía tenía obstáculos, y la habilidad de comprender e influir en el plan de cuidado del paciente, resolver los conflictos o coordinar los recursos, era interrumpida o limitada. Una característica importante de la descripción de la auto-

nomía hecha por los enfermeros, era la visión que tenían de que la evolución del paciente se lograba del trabajo independiente de ellos y otros miembros del equipo de salud.

Interfase contextual y personal

Los enfermeros han citado en forma consistente la contribución de su conocimiento personal y su experiencia respecto a su sentido de autonomía. Ellos han creído que la autonomía se ha venido desarrollando a través del tiempo y se relaciona con su desarrollo personal y profesional. La autonomía fue discutida algunas veces como una conveniencia y el deseo de adquirirla estaba relacionado con las preferencias personales. ¿Qué tanta autonomía ha deseado? ¿Cuánta autonomía se le ha permitido tener? Especialmente como principiante, ¿cómo sabe cuando ha tenido mucha autonomía?

Los enfermeros estaban conscientes de su influencia en las áreas de práctica y su papel de acuerdo con su propia definición de enfermería y sus expectativas relacionadas con una práctica autónoma. Los enfermeros que estaban trabajando en unidades quirúrgicas hacían énfasis en ejemplos de autonomía en sus roles como coordinadores y al hacer planes para la salida del paciente. Aquéllos de cuidado crítico y los de laboratorio diagnóstico hacían más énfasis en la naturaleza técnica de su trabajo, en los protocolos para administrar medicamentos y en los procedimientos especializados. Los enfermeros de clínicas de consulta externa hicieron énfasis en el conocimiento técnico de una población particular a la cual le hicieron

Los enfermeros experimentaron la autonomía cuando pudieron cumplir las metas del cuidado del paciente a través de sus conocimientos y habilidades. Ellos describieron la autonomía dentro del contexto de la comprensión y contribución del plan de cuidado, valorando las necesidades y la condición del paciente, comunicando en forma efectiva las preocupaciones y prioridades del cuidado, y coordinando los recursos del equipo multidisciplinario.

seguimiento con la colaboración cercana de los médicos. Hubo consenso en que el deseo de los enfermeros de ser autónomos influye en sus decisiones en la práctica. Los enfermeros también notaron cambios en su apertura al ser cuestionados en sus decisiones, y su confianza y persistencia en el seguimiento de la solución de conflictos. La autonomía se vio como una interacción entre los rasgos personales y las preferencias y el contexto de las situaciones de la práctica.

Aspectos relacionados con la autonomía

Así como el concepto de autonomía tradicionalmente implica independencia e individualismo (14, 8), los relatos de los enfermeros revelaron que la autonomía tiene muchas interrelaciones y se apoya en el mutuo respeto y reconocimiento de todos los miembros del equipo de salud.

Relación con los médicos

Los enfermeros creen que su relación con los médicos tiene una influencia significativa en el sentido de su autonomía. La naturaleza de esta relación varía en los diferentes campos de práctica. Los enfermeros que trabajan en clínicas de consulta externa y cuidado crítico tienen un mayor acceso a los médicos para consultar la toma de decisiones. Ellos trabajan típicamente con un grupo pequeño de médicos, y tienen un sentido de camaradería por el hecho de que se conocen. Esto marcó una diferencia en la confianza mutua en el conocimiento y juicio, lo que consideran contribuye en el fortalecimiento de la autonomía. Los enfermeros que trabajan en clínicas ambulatorias se sienten más su-

pervisados por los médicos, y tienen que ganarse su confianza y reconocimiento. El deseo de ser respetados y reconocidos por los médicos se comentó en todos los grupos de discusión. Los enfermeros quieren que su conocimiento y contribución única al cuidado del paciente sean reconocidos y valorados. En las unidades quirúrgicas, algunos comentaron que era más difícil para ellos conocer a los médicos. Los enfermeros creían que los médicos apreciaban la fortaleza de trabajar con la misma persona diariamente, en vez de relacionarse con un gran número de enfermeros desconocidos, cuyo juicio clínico y experiencia eran difíciles de evaluar.

Los enfermeros creían que la autonomía disminuía cuando el conocimiento de enfermería y el potencial para contribuir al plan de tratamiento estaban subestimados, ignorados o no eran valorados por los médicos. Cuando no había respeto y reconocimiento, describieron con resentimiento sus percepciones de la jerarquía del poder de las relaciones y la disminución implícita del conocimiento de enfermería.

Los enfermeros desean un contexto de estudio y aprendizaje que permita la exploración de diferentes perspectivas. Se tuvo conocimiento de que algunas veces el enfermero simplemente no comprende las dificultades que tiene el médico al tratar al paciente o al escoger un tratamiento determinado. Los enfermeros valoran mucho las oportunidades de aprendizaje sobre nuevas drogas y tratamientos, al discutir con el médico sobre estos temas y en las revistas médicas. Con menor frecuencia se vio la necesidad de que los profesionales estén preparados para participar en debates de grupo y que sus perspectivas y decisiones sean sometidas a escrutinio y discusión.

Los enfermeros creían que la autonomía disminuía cuando el conocimiento de enfermería y el potencial para contribuir al plan de tratamiento estaban subestimados, ignorados o no eran valorados por los médicos. Cuando no había respeto y reconocimiento, describieron con resentimiento sus percepciones de la jerarquía del poder de las relaciones y la disminución implícita del conocimiento de enfermería.

Relaciones entre enfermeros

Existe conciencia de la forma como las interrelaciones con sus colegas pueden apoyar o disminuir su sentido de autonomía en la práctica. Los enfermeros discutieron la necesidad de orientar al personal nuevo y consultar con sus colegas, conocer las rutinas del servicio y ser discretos en los conflictos. Estas medidas fueron vistas como factores que incrementan la autonomía construyendo confianza y respetando las diferencias en los juicios clínicos y la toma de decisiones. Los enfermeros valoran altamente el aprendizaje en la práctica en la que son motivados a preguntar, consultar y discutir las decisiones difíciles. Estos aspectos fortalecen la autonomía y la toma de decisiones.

Los enfermeros se consideran responsables de contribuir con un clima que construya el conocimiento y la confianza, al orientar las relaciones con los menos experimentados.

Algunos enfermeros comentaron su frustración sobre la forma en que las rutinas rígidas y las prácticas estrictas (por ejemplo, “esta es la forma en que siempre lo hemos hecho”) pueden disminuir la autonomía en la práctica clínica. Ellos sugirieron que algunas veces los mismos enfermeros son los que obstaculizan la práctica autónoma. Cuando el conflicto ocurre en las interrelaciones entre compañeros de trabajo, observaron el efecto destructivo sobre la moral y la capacidad profesional de su servicio. El conflicto no resuelto fue visto como una autonomía disminuida al reducir la capacidad de actuar en lo que la persona sabe. Muchas enfermeras comentaron que la autonomía puede ser aumentada por medio de un ambiente que

apoye el aprendizaje, sin presión o sin sentirse constantemente vulnerables, ganando confianza y experiencia en una práctica específica. Algunos comentaron que de ellos dependía reconocer y establecer estas dificultades.

Los enfermeros de un servicio también reconocieron la forma en que sus roles pueden ser estructurados para limitar o apoyar la autonomía de los que dan cuidado directo. Los enfermeros de un servicio pueden convertirse en supervisores o pueden llegar a tener un control excesivo en la toma de decisiones. Algunos participantes también trabajaron regularmente como enfermeros de un servicio, compartiendo la toma de decisiones con los que dan cuidado directo. Cuando el enfermero de un servicio conoce bien al que da cuidado directo y confía en su juicio clínico y su práctica, se gana autonomía y apoyo para el trabajo independiente.

Relación con los directores de enfermería

Los enfermeros creyeron que su relación con los directores de enfermería tiene una influencia importante en su autonomía, y expresaron muchas expectativas. Enfatizaron en la necesidad de directores que apoyen la educación continuada, ya que ésta es una oportunidad para desarrollar el conocimiento profesional e incrementar la autonomía, al reforzar la competencia y confianza en la toma de decisiones. Los enfermeros sintieron que su autonomía se incrementaba cuando los directores buscaban su consejo y escuchaban sus sugerencias. También requieren que los directores reconozcan y valoren sus conocimientos y su experiencia.

Los enfermeros valoran altamente el aprendizaje en la práctica en la que son motivados a preguntar, consultar y discutir las decisiones difíciles. Estos aspectos fortalecen la autonomía y la toma de decisiones.

Los enfermeros aprecian el reconocimiento genuino de su esfuerzo y compromiso en la toma de decisiones correctas y el trabajo bien hecho, y algunas veces por los turnos pesados que tienen. Algunos enfermeros comentaron sobre sus expectativas para que no se presenten errores, y la posibilidad de que sucedan. Ellos esperan que sus decisiones sean apoyadas por el director de enfermería en situaciones difíciles (por ejemplo, "voy a estar al lado del personal de enfermería y tendré en cuenta sus juicios hasta que se pruebe que están equivocados"). Quieren que sus decisiones sean cuestionadas y sus errores discutidos, pero insisten en que la crítica y retroalimentación de los directores debe darse en forma cuidadosa y en privado. ¿Cómo se relaciona esto con la autonomía? Si los enfermeros desarrollan discreción y juicio que apoyen su práctica clínica autónoma, deben tener oportunidades de aprendizaje al tomar decisiones, algunas de las cuales pueden ser más radicales que otras. Esto requiere una atmósfera de apoyo al aprendizaje, y que si ocasionalmente se comenten errores, no se tenga temor al castigo.

Incremento de la autonomía de enfermería

Se han dado muchas indicaciones sobre la forma en que los enfermeros clínicos, los directores y administradores pueden incrementar la autonomía en la práctica de enfermería. Casi dos años después de completar el proyecto descrito, este equipo de investigación se reunió para discutir los hallazgos. Reflexionamos sobre la forma como este proyecto ha tenido influencia en nuestra práctica como administradores y directores de desarrollo profesional, y educadores de enfermería.

Quisimos ofrecerles nuestras impresiones y sugerencias basadas no sólo en los hallazgos del proyecto, sino también en nuestro esfuerzo para incorporar estos hallazgos a nuestra práctica. Las tres ideas principales que salieron de esta discusión tienen que ver con tres preguntas interrelacionadas:

1. ¿Cómo pueden la cultura, las rutinas y las normas de enfermería apoyar y fortalecer la autonomía?
2. ¿Es posible que la autonomía de enfermería sea fortalecida cuando los enfermeros practican con todas sus capacidades y no sólo orientados hacia el cuidado del paciente?
3. ¿En qué forma se puede hacer énfasis en la autonomía de enfermería en contradicción con la tendencia actual en una práctica multidisciplinaria?

¿Cómo pueden la cultura, las rutinas y las normas de enfermería apoyar y fortalecer la autonomía?

Los enfermeros que participaron en este proyecto ofrecieron muchos ejemplos y sugerencias para ilustrar cómo la autonomía puede ser incrementada y apoyada dentro del ambiente de la práctica. Muchas de estas sugerencias tienen implicaciones locales para el desarrollo profesional y la relación entre profesionales en un servicio. Varias ideas se pueden llevar a cabo por colegas enfermeros que comparten la idea de la importancia de un ambiente de práctica que haga énfasis en el desarrollo de la experiencia clínica y la toma de decisiones. La autonomía de enfermería y la toma de decisiones no son lo

Los enfermeros aprecian el reconocimiento genuino de su esfuerzo y compromiso en la toma de decisiones correctas y el trabajo bien hecho, y algunas veces por los turnos pesados que tienen. Algunos enfermeros comentaron sobre sus expectativas para que no se presenten errores, y la posibilidad de que sucedan.

mismo. Sin embargo, la habilidad de las enfermeras para poner en práctica sus conocimientos y habilidades por medio de la toma de decisiones, y el reconocimiento y la valoración de esta contribución, fueron vistas por los enfermeros como aspectos claves de su comprensión de la autonomía.

Apoyo para desarrollar la experiencia clínica y la toma de decisiones

Los enfermeros clínicos reconocen que la autonomía se desarrolla con el tiempo y está relacionada con la confianza y el juicio clínico competente. Hacen énfasis en la necesidad de tener apoyo organizacional para contar con oportunidades de educación continuada. Sin embargo, también reconocen las posibilidades dentro de la práctica para crear un clima de supervisión y consulta que ayude tanto a los principiantes como a los enfermeros experimentados a fortalecer su juicio clínico. Ellos desean oportunidades para aprender en el contexto dentro de su práctica diaria. Desean supervisar los nuevos enfermeros y ser supervisados por profesionales experimentados. Los expertos clínicos también valoran las oportunidades para consultar con sus colegas sobre dilemas de su práctica. Quieren hacer un trabajo conjunto en sus planes de cuidado, recibiendo apoyo en sus decisiones clínicas. Requieren ser considerados como responsables en la toma de decisiones, y trabajar en una atmósfera donde los errores sean oportunidades de aprendizaje y no situaciones de crítica y castigo. Desean participar en las revistas médicas para continuar aprendiendo sobre nuevas terapias y planear un tratamiento para sus pacientes. Desean ser capaces de contribuir con sus

valoraciones y conocimientos en la planeación del tratamiento.

Éstas no son expectativas extravagantes, pero llevarlas a cabo dentro de un servicio determinado requiere un compromiso. Es obvio que el liderazgo del enfermero es crucial para mantener un ambiente que apoye el desarrollo de capacidades en la toma de decisiones clínicas. ¿Cómo pueden los administradores de enfermería fortalecer y mantener este aspecto? Los directores necesitan estar a tono con las situaciones que limitan la habilidad de los enfermeros para participar en la toma de decisiones clínicas, y escuchar lo que ellos dicen en relación con estas dificultades. Dentro de estos dilemas hay importantes lecciones sobre valores, relaciones, rutinas y políticas que apoyan el ejercicio de la práctica de la autonomía dentro de su vida diaria.

El liderazgo de enfermería en el servicio puede guiar las discusiones del equipo sobre la práctica, fortalecer los cambios en las rutinas, y hacer que los enfermeros vayan más allá en su sistema de cuidado. Es posible que los directores de enfermería tengan que poner a prueba la complacencia de los enfermeros con las rutinas del servicio y las prácticas que se consideran obvias. Los líderes clínicos dentro de los servicios pueden ayudar al personal de enfermería en el desarrollo de habilidades para manejar situaciones difíciles que se pueden presentar a pesar de las buenas intenciones y habilidades. Estas situaciones son las que proporcionan confianza y discreción clínica en futuras prácticas. Las habilidades requeridas incluyen la habilidad para comunicar en forma clara los hallazgos críticos, justificar la razón principal en la toma de decisiones, y negociar una solución adecuada cuando se trabaja en equipo para establecer un plan de cuidado.

Los enfermeros clínicos reconocen que la autonomía se desarrolla con el tiempo y está relacionada con la confianza y el juicio clínico competente. Hacen énfasis en la necesidad de tener apoyo organizacional para contar con oportunidades de educación continuada.

Los directores de enfermería tienen una posición única para hacerle frente a los médicos y otros miembros del quipo de salud en la búsqueda de un ambiente que apoye la toma de decisiones de enfermería, y que promueva todo el campo de acción de su práctica. El director otorga autoridad legítima para manejar los resultados clínicos que se logran en el servicio. Además, si las relaciones profesionales son positivas y todas las disciplinas se apoyan para participar en el desarrollo del plan del tratamiento, es posible que la toma de decisiones clínicas se fortalezca. El personal de enfermería en este proyecto de investigación hizo énfasis en la importancia de conocer y ser conocido por el médico, creando una relación en donde el conocimiento y el juicio de cada profesional se valoren y sean confiables. ¿Qué se puede hacer para que las revistas médicas se organicen de tal forma que tengan en cuenta el cuidado directo del paciente y que su valoración y conocimiento se incorporen en el plan de cuidado? ¿Cómo pueden los directores hacer que las funciones de enfermería y las rutinas del servicio no sólo sean apoyo a las preferencias del médico sino que todos los miembros del equipo de salud aporten los mejores conocimientos para el cuidado del paciente?

Los administradores de enfermería pueden contribuir a fortalecer la autonomía de la disciplina apoyando a los directores para crear ambientes como los arriba anotados. Los directores pueden necesitar asesoría para iniciar estratégicamente y liderar cambios que impacten los procesos del sistema y el rol profesional. Para iniciar los cambios en los roles y las rutinas se requiere habilidades de negociación y manejo inteligente del cambio. Es posible que los directores de enfermería no puedan hacerlo inmediatamente, sino que deben seguir haciéndolo poco a poco.

¿Se puede fortalecer la autonomía de enfermería cuando los enfermeros ponen en práctica todas sus capacidades y no están limitados sólo hacia el cuidado?

Esta pregunta salió de la discusión por la forma en que los enfermeros que toman parte en el proyecto de investigación han examinado o por lo menos se han limitado a las actividades que pueden claramente ilustrar la práctica autónoma. Los enfermeros han citado algunos ejemplos de intervenciones relacionadas con la enseñanza al paciente, el apoyo psicológico, el manejo del dolor y las medidas de comodidad que el equipo de investigación pensó estarían dentro del campo de acción de la práctica de enfermería. Esta observación nos invita a preguntarnos si estas actividades son subvaloradas, volviéndose aspectos invisibles de la práctica autónoma de enfermería. Los enfermeros en este estudio han hecho énfasis, en forma repetida, en que la autonomía se disminuye cuando el conocimiento, las habilidades y la experiencia de los enfermeros no han sido valorados ni reconocidos. El equipo de investigación cuestiona si los mismos enfermeros no han reconocido y valorado estas intervenciones de enfermería que parecen estar obviamente contenidas en su práctica independiente.

Los enfermeros en el estudio describieron muchos ejemplos de riesgos al tomar decisiones que estaban por fuera del campo de acción de su práctica, incluyendo las órdenes de analgésicos, antiácidos, laxantes, antibióticos y anticoagulantes, y las órdenes de exámenes de laboratorio.

Los directores de enfermería tienen una posición única para hacerle frente a los médicos y otros miembros del quipo de salud en la búsqueda de un ambiente que apoye la toma de decisiones de enfermería, y que promueva todo el campo de acción de su práctica.

Estas actividades usualmente se presentan durante la noche, cuando los médicos no están disponibles, en especial cuando las enfermeras no desean molestar a los médicos que están de turno. Los enfermeros observaron que había diferencias en el grado de autonomía requerida y esperada entre el turno del día y el de la noche (por ejemplo, el síndrome de Cenicienta). En estas circunstancias, los enfermeros usualmente sabían que estaban infringiendo las políticas del hospital y las guías de las asociaciones profesionales relacionadas con el campo de acción de la práctica. Estas diferentes circunstancias nos alertan sobre el campo de acción de la práctica y la autonomía de enfermería.

El propósito de las guías de la práctica desarrolladas por las asociaciones profesionales afirma que los cuidadores deben “practicar de acuerdo con su educación, entrenamiento, habilidades, conocimiento, experiencia, competencia y juicio”, y “deben reflejar el grado de precisión, responsabilidad y autoridad asumidos por el cuidador de acuerdo con los resultados de su práctica” (15). Dado que las consideraciones fiscales presentaron cambios en el sistema de cuidado de salud durante la pasada década en Canadá, hemos sido testigos de la expansión en los hospitales de cuidado agudo de los asistentes con licencia y sin ésta. A pesar de que muchos estudios han documentado el efecto nocivo de la reducción en el personal de enfermeros registrados (RN) en la mortalidad de los pacientes y en los resultados que se obtienen, el alcance de la práctica tiene implicaciones en las decisiones sobre habilidades y contratos de diferentes categorías de los cuidadores de salud. Dado que los planeadores de cuidado buscan una práctica multidisciplinaria para el futuro, los profesionales de la salud han sido presionados para tener en cuenta la trans-

posición de funciones y las diferentes características de sus respectivas disciplinas.

La negociación resultante de los campos de acción de la práctica para diferentes cuidadores deja el cuidado de enfermería aún más lejos del riesgo de una reducción de las tareas que le corresponden. Los enfermeros en este estudio enfatizaron que es muy frecuente que no se tenga en cuenta la valoración holística y fisiológica de la situación del paciente. Se sintieron resentidos cuando su conocimiento no era tenido en cuenta en la planeación del cuidado. Cuando los procedimientos y la asignación de roles son revisados en la práctica, las valoraciones hechas por enfermeros experimentados son un elemento crucial que no se debe olvidar.

Por ejemplo, el área de salud ha estado revisando sus políticas en relación con las categorías de cuidadores que pueden participar en los procedimientos al administrar sangre. Por un lado, se discutió que los RN deben hacer el procedimiento técnico relacionado con la colocación de la transfusión de sangre, y que una vez queda colocada, el auxiliar de enfermería debe ser responsable del control de signos vitales: TA, pulso y temperatura. Luego, se discutió que el procedimiento de colocar la bolsa con la transfusión era una tarea técnica que podía ser hecha por el auxiliar de enfermería. Se propuso que la enfermera profesional debía hacer la valoración física y el monitoreo de una posible reacción adversa a la transfusión. Lo importante no era el control de signos vitales. La habilidad y el juicio para interpretar e intervenir ante cambios rápidos en el estado físico es lo que requiere la presencia de la enfermera profesional.

Este ejemplo invita a analizar el cuidado que se debe tener en los diferentes cam-

Cuando los procedimientos y la asignación de roles son revisados en la práctica, las valoraciones hechas por enfermeros experimentados son un elemento crucial que no se debe olvidar.

pos de acción. Nos recuerda también que las guías deben ser diferentes de los procedimientos, y no deben sustituir el juicio crítico y la discreción. Los procedimientos deben ser usados como una referencia rápida para apoyar un juicio y la toma de decisiones, en especial cuando otro colega no está disponible para ser consultado. Sin embargo, los enfermeros necesitan confiar en las fuentes de conocimiento para guiar su práctica. Es muy diferente acudir a las políticas administrativas para justificar la toma de decisiones clínicas, que utilizar la mejor evidencia disponible y establecer la razón fundamental de una acción.

Cuando el conocimiento, las habilidades y la experiencia no son reconocidos y valorados, los enfermeros no estarán dando el máximo de sus capacidades. En estas circunstancias, la habilidad para influir en la evolución del paciente será limitada. Cuando los enfermeros no pueden practicar en toda su extensión todo lo que saben, sus habilidades y experiencia, su satisfacción con la autonomía y los resultados del cuidado serán muy limitados. Esto no sólo es poco satisfactorio para los enfermeros sino también demuestra el uso inadecuado de los recursos para dar un óptimo cuidado de salud.

¿En qué forma puede el énfasis en la autonomía de enfermería ser una contradicción con la tendencia actual y el énfasis de una práctica multidisciplinaria?

Introducción a enfermería es una materia de pregrado en la que se trata de socializar a los estudiantes con el tema de

enfermería como profesión. Es interesante ver que una de las nociones importantes citadas por los teóricos sobre el tópico de la profesionalización, es que las disciplinas profesionales tienen autonomía e independencia en la práctica. Este aspecto ha sido considerado como algo idealista, que tal vez no se ha guiado a los estudiantes en forma correcta en la naturaleza de su práctica y la complejidad de sus relaciones profesionales. Henneman (16) propuso que la educación de enfermería ha estado caracterizada por "un intento bien intencionado para promover la unicidad de los enfermeros...[con una] tendencia a creer que ellos son los únicos que se preocupan del bienestar del paciente". Este proyecto ha llevado a reflexionar sobre la naturaleza de las habilidades que necesitan las generaciones actuales de enfermeros si quieren participar efectivamente en la toma de decisiones compartida, la colaboración y los acuerdos en la práctica clínica.

El llamado a una educación multidisciplinaria y la práctica parece ser el mantra de nuestros tiempos. Los planeadores de salud piden un acercamiento coordinado hacia el cuidado de salud que requiere una reevaluación de los roles independientes e interdependientes de los profesionales de la salud. Implícito en este movimiento está el deseo de mejorar la eficiencia del sistema por medio de la coordinación y colaboración, proveyendo los mejores recursos. Esto, obviamente es lo deseable, pero para lograrlo, los profesionales de la salud deben colaborar en una forma sin precedentes. Corser (17) resumió los resultados de la colaboración enfermero-médico que se han reportado en la literatura. Estos resultados incluyeron una mejoría en la satisfacción que tienen los enfermeros y los médicos con su trabajo, su productividad y la disminución del estrés. Sin embargo, el

Cuando el conocimiento, las habilidades y la experiencia no son reconocidos y valorados, los enfermeros no estarán dando el máximo de sus capacidades.

En estas circunstancias, la habilidad para influir en la evolución del paciente será limitada.

argumento más importante es el relacionado con la satisfacción del paciente, mejores decisiones y planeación del cuidado, disminución de muertes y mejor calidad del cuidado del paciente.

Las nociones de autonomía y multidisciplinaria parecen tener contrastes mutuos. Autonomía implica independencia y control, como también un territorio único o dominio de la práctica. La multidisciplinaria implica colaboración para planear la toma de decisiones en relación con aspectos compartidos donde el dominio de la práctica puede ser complemento o estar superpuesto. La autonomía clínica se presenta en situaciones complejas donde la interdependencia no es opcional ni escogida, sino que depende de la toma de decisiones de la enfermera.

Henneman, Lee y Cohen (18) afirmaron que “El respeto hacia y el reconocimiento de los conocimientos y juicios de cada miembro del grupo es un prerrequisito de la colaboración”. Los enfermeros que tomamos parte en la investigación concluimos que cuando no se tienen en cuenta el conocimiento y la experiencia de los enfermeros, se afecta la autonomía. Los enfermeros se sienten responsables del monitoreo y la coordinación de todos los profesionales que participan en la planeación del cuidado del paciente. Puede ser un reto para los enfermeros aceptar que otras disciplinas tengan la habilidad para tomar decisiones similares (por ejemplo, fisioterapeutas, dietistas). Los enfermeros necesitan percibir que su tiempo y sus esfuerzos son recursos valiosos que pueden ser consultados para ayudar y orientar diferentes aspectos del cuidado.

Los profesionales de la salud deben comunicar y negociar efectivamente si la práctica multidisciplinaria y la colabora-

ción entre colegas y médicos son verdaderamente productivas. En muchas ocasiones los enfermeros y médicos hablan diferentes dialectos. La valoración de las enfermeras es interpretativa en su contexto, teniendo en cuenta muchos aspectos de la situación del paciente, incluyendo las preferencias personales, físicas, psicológicas y sociales. Los diagnósticos médicos eliminan el contexto para aislar los síntomas más relevantes. Tanto los enfermeros como los médicos deben aprender cómo manejar estas diferencias en el lenguaje y el enfoque. Los enfermeros deben ser capaces de explicar los aspectos más importantes de sus valoraciones y la toma de decisiones que son parte del plan de cuidado. Los médicos aprenden a organizar su práctica en la presentación de casos durante las revistas médicas, en las cuales se debe coordinar la valoración clínica, indicar los problemas relevantes, explicar las causas, y discutir los diagnósticos y el tratamiento basados en la mejor evidencia. Estas prácticas de enseñanza ofrecen claves para aprender a argumentar sobre las decisiones tomadas y el plan de cuidado. Además, incluir los conocimientos de la enfermera en las revistas médicas y en las presentaciones de casos fortalece la toma de decisiones clínicas y el aprendizaje tanto de médicos como de enfermeros.

Los médicos como los enfermeros necesitan reconocer el enriquecimiento mutuo en sus relaciones profesionales. ¿Qué recompensas resultan si la colaboración es más efectiva? ¿Qué guía su práctica? ¿Cómo pueden los sistemas de cuidado organizarse para responder a las necesidades de los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud? Contestar estas preguntas requiere de sistemas que busquen comprender e influir no sólo los aspectos inmediatos. Estas respuestas requieren la capacidad para negociar, in-

Los enfermeros deben ser capaces de explicar los aspectos más importantes de sus valoraciones y la toma de decisiones que son parte del plan de cuidado.

fluir y resolver conflictos. Dichas habilidades de comunicación no son necesariamente las mismas que típicamente enfatizan la relación enfermero-paciente.

En Estados Unidos, “los hospitales eje” son conocidos por el excelente cuidado del paciente y los ambientes de trabajo profesional para enfermería (19). La comunicación efectiva entre enfermeros, médicos y administradores es una de las tres bases de un modelo de práctica profesional que proporciona un apoyo organizacional a la práctica profesional de enfermería. Un estudio reciente de Kramer y Schmalenberg (20) examinó la naturaleza de la relación médico-enfermero estudiando y entrevistando enfermeros y administradores de catorce “hospitales eje” en Estados Unidos. No fue sorpresa que el poder fuera el tema dominante en cuatro categorías en las relaciones descritas. Las dos categorías más positivas fueron la colaboración y el apoyo mutuo. Las relaciones de colegas eran aquellas en las cuales tanto los enfermeros como los médicos reconocieron que ellos estaban en posiciones de poder y conocimiento “diferente pero igual”, cada uno contribuyendo en forma importante en el cuidado del paciente. La relación de colaboración se caracterizaba por confianza mutua, respeto y poder, siendo este último desigual. El poder de los enfermeros se derivó del contacto con el paciente, la longevidad, experiencia, o conocimiento, pero había un sentido de que “lo que él [el médico] dice, es más importante que lo que yo tengo que decir”. En las dos relaciones, la norma es el aprendizaje incidental, pero la enseñanza y el aprendizaje no son el foco o la meta de la relación.

Kramer y Schmalenberg (20) concluyeron que los directores de enfermería juegan un papel crucial en el desarrollo y apoyo de un poder igual en las relaciones enfermero-médico. Ellos sugirieron que los directores pueden “sembrar y cultivar la semilla igual pero diferente” y “crear una cultura que valora, espera y premia la relación de colegas enfermero-médico. Ellos propusieron también que los directores deben apoyar los programas educativos de todo tipo ya que la competencia clínica es la base de “la igualdad de poder” en la relación de trabajo.

La práctica de la autonomía de enfermería

La autonomía es vista algunas veces como una capacidad individual o cualidad; se reconoce que la autonomía se ejercita dentro de un rol y un contexto particular. Cash (21) argumentó que la autonomía clínica es una relación social construida en una situación particular en la cual es importante considerar cómo se establecen los límites de una práctica aceptable, y los efectos reales de dichos límites en la práctica. La autonomía de enfermería no es solamente el ejercicio de la práctica independiente, sino la aprobación del juicio crítico dentro de las “complejas redes de las relaciones personales e institucionales que hacen posible la escogencia de oportunidades reales” (22). El conocimiento y el juicio de enfermería tienen lugar en las relaciones profesionales complejas y los sistemas de cuidado.

Autonomía no es lo mismo que toma de decisiones clínicas, aunque el conocimiento clínico y la competencia se ubican en el centro de la práctica autónoma. La autonomía no se define por los límites alrededor de las funciones independientes o las tareas definidas por el campo de acción de la práctica. Sin embargo, la autonomía disminuye cuando los enfermeros no pueden practicar, aplicando toda su preparación, entrenamiento, habilidades, conocimientos, competencia y juicio.

Las sugerencias presentadas en este artículo no son radicales o innovadoras. Son sugerencias que en general tienen potencial para mejorar la calidad de vida en el trabajo de las enfermeras y su satisfacción con la práctica, y mejorar los resultados clínicos de los pacientes. Éstas pueden ser introducidas exitosamente donde los enfermeros comparten el deseo de aprendizaje permanente en la práctica. El incremento de la autonomía de enfermería requiere el apoyo dentro del ambiente de la práctica para la educación continuada, la colaboración y las relaciones de trabajo positivas. Esta exploración de la autonomía en la práctica de enfermería nos recuerda que debemos preparar enfermeros que trabajen en contextos donde se valore lo que ellos hacen. Deben estar preparados no sólo para actuar con decisión basada en sus conocimientos clínicos y la valoración, sino también articular la evidencia y el juicio que guían su práctica. Los ambientes que benefician estos aspectos son aquellos que explícitamente valoran el conocimiento de enfermería, apoyan su desarrollo y fortalecen una relación positiva entre los enfermeros y el equipo de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Finn CP. Autonomy: An Important Component for Nurses' Job Satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38(3):349-57.
2. Freeman T, O'Brien-Pallas L. Factors Influencing Job Satisfaction on Specialty Nursing Units. *Canadian Journal of Nursing Administration* 1998;11(3):25-51.
3. Kramer M, Schmalenberg CE. Learning from Success: Autonomy and Empowerment. *Nursing Management* 1993;24(5):58-64.
4. Kramer M, Schmalenberg CE. Magnet Hospital Staff Nurses Describe Clinical Autonomy. *Nursing Outlook* 2003;51(1):13-19.
5. Stamps PL. *Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement*. 2 ed. Chicago, IL: Health Administration Press; 1997.
6. Tonges MC, Rothstein H, Kikarus H. Sources of Satisfaction in Hospital Nursing Design: A Guide to Effective Job Design. *Journal of Nursing Administration* 1998; 28(5):47-61.
7. Scott JG, Sochalski J, Aiken L. Review of Magnet Hospital Research. *Journal of Nursing Administration* 1999;29:9-19.
8. Keenan J. A Concept Analysis of Autonomy. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(3):556-62.
9. Blanchfield KC, Biordi DL. Power in Practice: A study of Nursing Authority and Autonomy. *Nursing Administration Quarterly* 1996;20:42-49.
10. Kennerly S. Perceived Worker Autonomy: The Foundation for Shared Governance. *Journal of Nursing Administration* 2000;30(12):611-17.
11. Porter-O'Grady T. Quantum Leadership: New Roles for a New Age. *Journal of Nursing Administration* 1999;29(10):37-42.
12. Porter-O'Grady T. Worker Autonomy: The Foundation of Shared Governance. *Journal of Nursing Administration* 2001;31(3):100.
13. Stewart J, Stansfield K, Tapp D. Clinical Nurses' Understanding of Autonomy: Accomplishing Patient Goals through Interdependent Practice. *Journal of Nursing Administration* 2004;34(10):443-450.
14. Ballou KA. A Concept Analysis of Autonomy. *Journal of Professional Nursing* 1998; 14(2):102-10.
15. Canadian Nurses Association. Joint Position Statement on Scopes of Practice. Canadian Medical Association, Canadian Nurses Association, Canadian Pharmacists Association. Retrieved July 18, 2005. http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS66_Scopes_of_practice_June_2003_e.pdf
16. Henneman EA. Nurse-Physician Collaboration: A PostStructuralist View. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22:359-363.
17. Corser WD. A Conceptual Model of Collaborative Nurse-Physician Interactions: The Management of Traditional Influences and Personal Tendencies. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal* 1998;12(4):325-341.
18. Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1995;21:103-109.
19. Havens DS, Aiken LH. Shaping Systems to Promote Desired Outcomes: The Magnet Hospital Model. *Journal of Nursing Administration* 1999;29(2):14-20.
20. Kramer M, Schmalenberg CE. Securing 'good' nurse physician relationships. *Nursing Management* 2003;34-38.
21. Cash K. Clinical Autonomy and Contractual Space. *Nursing Philosophy* 2001;2:36-41.
22. MacDonald C. Nurse Autonomy as Relational. *Nursing Ethics* 2002;9(2):194-201.