

## Ser enfermera: No es únicamente cuidar

**Autores:** Jesús Molina Mula

**Categoría profesional y lugar de trabajo:**

Doctor en Ciencias de la Salud. Enfermero y Documentalista Clínico. Máster en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. Máster en Ciencias Médicas y de la Salud. Máster en Bioética. Profesor de la Universitat de les Illes Balears.

Actualmente los retos de las enfermeras han sufrido un cambio importante a nivel mundial que precisa de una intervención clara y soporte de las instituciones y organismos internacionales.

Uno de los aspectos fundamentales para el desarrollo de la disciplina enfermera implica de forma decidida el fomento, promoción e innovación en investigación y Práctica Enfermera Basada en la Evidencia (EBE). Surge la necesidad de investigar en todos los campos de la enfermería con la intención de consolidar el cuidado enfermero de calidad.

Una investigación de calidad implica una adecuada formación en materias como la documentación, metodología, diseños, lectura crítica, publicación y evidencia, entre otras, que conformarán el cuerpo de conocimientos de la enfermera y darán respuesta a las necesidades de la comunidad. Esta formación debe ser programada desde los distintos organismos e instituciones implicadas, que desde una mirada multidisciplinar, agrupen las diferentes disciplinas para alcanzar los objetivos propuestos. En estos momentos, lo cierto es, que existe una gran variabilidad en cuanto a la formación que han recibido las enfermeras en metodología de investigación desde la diplomatura en sus diferentes planes de estudio y el actual grado universitario.

Además las enfermeras ejercen una cierta resistencia, a consecuencia de la precariedad formativa por la investigación (1), que en muchas ocasiones genera un enlentecimiento de la misma y que poco a poco va alejando el marco metodológico y la evidencia de la práctica clínica, siendo necesario en la actualidad, un énfasis en la transferencia del conocimiento y la implementación de la investigación (2).

Podríamos indicar cómo la estructura del sistema sanitario y la gestión de los cuidados por parte de las instituciones, reducen la capacidad competencial de las enfermeras, priorizando la función asistencial y planteando una distribución de cargas de trabajo muy superiores a las deseables para el desarrollo profesional. Se ve la imperiosa necesidad de crear espacios donde los profesionales de enfermería pue-

dan completar su currículum para promocionar e incentivar el desarrollo de proyectos innovadores que mejoren la calidad de los cuidados de enfermería.

Tanto es así, que es necesario que desde los organismos internacionales como referente de enfermería y defensa de los intereses de la profesión enfermera establezcan colaboraciones con otros organismos relacionados con el desarrollo, la innovación e investigación para potenciar la investigación en enfermería con el aval de la experiencia de los profesionales que forman parte de dicho colectivo y el asesoramiento de agentes externos que cubran las necesidades del equipo.

Otro de los aspectos fundamentales para el desarrollo de la disciplina enfermera está íntimamente relacionado con el poder en las instituciones públicas y privadas y los cargos de responsabilidad que asumimos como profesionales.

A nivel internacional, algunos países, tanto en sus investigaciones como en las políticas de sus instituciones introducen aspectos de interés respecto a la consideración de los profesionales como fuentes de éxito en la mejora de la calidad de la atención en salud. El caso del gobierno británico, que a finales de los noventa, a consecuencia de una alta tasa de abandono de enfermeras y desmotivación profesional, puso en marcha una estrategia denominada "Making a difference" que abarcaba medidas estructurales, funcionales, de liderazgo, económicas, académicas, etc. encaminadas a favorecer la contribución de las enfermeras a la salud de los ciudadanos. En esta estrategia el propio gobierno británico reconocía abiertamente que las organizaciones sanitarias no favorecían el desarrollo profesional enfermero e impide continuamente las innovaciones en la enfermería.

Según un informe técnico de la OMS publicado en 2008 sobre la accesibilidad de los recursos de salud en varios países, nuestro sistema sanitario actual está conformado por una serie de recursos y prestaciones que intentan asegurar la atención de salud de los ciudadanos. La distribución de estos recursos

configurarán los modelos de atención que priorizarán las políticas de salud al respecto.

Como evidencia Ramió Jofre (3) la repercusión en el trabajo enfermero de los recursos del sistema sanitario viene determinado por los modelos de gestión, el carácter de las organizaciones y las organizaciones sanitarias públicas versus privadas. Actualmente, una de las formas de gestión sanitaria más concurrente describe a las organizaciones sanitarias dominadas por los médicos, que siguen en situación dominante y se resisten a la participación de las enfermeras en temas de planificación. La estructura sanitaria se articula en torno al modelo biomédico, centrado en la enfermedad, más que en el enfermo. Los cuidados aplicados por las enfermeras se articulan de forma secundaria y silenciosa.

Es entonces cuando aparece un aspecto al que hacen referencia diversos autores, sobre cómo las estructuras de poder de las instituciones sanitarias limitan la participación de la enfermera en las decisiones sobre cuáles deben ser los criterios de calidad del sistema de salud. Krairiksh y Anthony (4) se refieren aquí a una coartación de la autonomía de las enfermeras para ejercer esta participación, erróneamente confundida con la percepción de control o pérdidas de poder por el resto de miembros de la organización.

De Pedro y Morales (5) aluden a las organizaciones sanitarias como entes destinados a gestionar el conocimiento científico. Por tanto, la formación de los profesionales de la salud ha estado ligada a instituciones sanitarias. Si tenemos en cuenta que la enfermera, como se ha indicado anteriormente, no ha participado de forma clara en la planificación sanitaria, se ha mantenido por tanto, ajena a la gestión del conocimiento generado por la propias instituciones de salud. Algunos autores evidencian, mediante un análisis de la bibliografía existente en los centros sanitarios, cómo en 1996 solo un 10% de las bibliotecas hospitalarias contaban con alguna revista de enfermería y existían 12 escuelas de enfermería sin acceso a ninguna biblioteca, cuestión que aunque ha mejorado sustancialmente ha generado un histórico de la práctica enfermera desconocedoras de los resultados de investigación y mejora de los cuidados al paciente.

Así, se podrían identificar dos retos en la gestión del sistema sanitario y sus implicaciones en la práctica de los profesionales de enfermería. Por un lado la demanda de servicios de alta resolución (cirugía mayor ambulatoria, corta estancia, etc.) que se traducen en un acortamiento de las estancias y en una desorbitada ascensión de la rotación enfermo-cama,

a la vez que se dispara la atención domiciliaria a las altas hospitalarias. Y por otro lado, la demanda de servicios de soporte a una creciente dependencia en una población cada vez más envejecida y cronicada. Cuando ambas demandas se entremezclan, el sistema sanitario no puede asumir la carga asistencial con las mismas dotaciones de enfermeras, con la misma capacidad en la toma de decisiones y con una distribución de profesionales similar a la de hace veinticinco años (6).

Hau (7) subraya cómo estos retos en el modelo de gestión sanitaria actual ha obligado a muchos países a (re)plantearse los servicios que se ofertan y la provisión de profesionales. Se refiere a este modelo, como aquel que distribuye los ratios enfermera-paciente o enfermera-población como una mera frecuentación de servicios bajo una visión tradicional de la contribución enfermera en los resultados en salud. Es decir, como una estructura sanitaria basada en la formación exclusivamente empírica de las enfermeras, que desempeña tareas de eminente corte práctico. De hecho, Thompson, McCaughan, Cullum y Sheldon (8) consideraron que la formación de las enfermeras siempre ha estado condicionada por una imagen de provisión de masa laboral adiestrada a semejanza de las instituciones sanitarias. De ahí la dificultad que entraña realizar cualquier cambio en los modelos de práctica profesional en aquellas instituciones en las que este modo de pensamiento colectivo está ampliamente legitimado, siendo una barrera difícil de suprimir.

Finalmente, otro reto para la enfermera que se ha visto claramente destacado en los últimos años de crisis económica, es el afrontamiento de unos cuidados de calidad en este contexto adverso. Partiremos de cuatro premisas fundamentales: (a) el Sistema Nacional de Salud es un pilar fundamental para garantizar la solidaridad y la equidad de la sociedad, (b) la atención sanitaria debe ser un bien común organizado según el principio de cobertura sanitaria universal con independencia del nivel socioeconómico de la población, (c) la atención sanitaria equitativa y de calidad debe ser un derecho ciudadano y no un privilegio. Esta atención debe ser integral, continuada y prestada en el nivel adecuado en salud pública, atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria, y (d) las enfermeras siempre han de estar comprometidas en el buen uso de los servicios sanitarios y en mejorar la eficiencia y la calidad del Sistema Nacional de Salud.

El Código Deontológico Internacional de la Enfermería del Consejo Internacional de Enfermería (2005), aboga por que la enfermera comparta con

la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud, en particular las de las poblaciones vulnerables, que elabore declaraciones de posición y directrices que favorezcan los derechos humanos y las normas éticas, que establezca normas de atención de salud y un contexto de trabajo que fomente la seguridad y la calidad de los cuidados.

Si consideramos la situación actual de crisis económica, esta responsabilidad de la enfermera de satisfacer las necesidades de la población y mantener unos cuidados de calidad se ve afectada de forma directa. Es por ello, por lo que cualquier ajuste en salud debería estar basado en la evidencia científica sobre el posible efecto que se genere en la equidad y atención en salud. En este sentido, algunos estudios plantean (9) cómo el impacto perjudicial sobre la salud de la población derivado de las situaciones socioeconómicas desfavorables, se relaciona con la mayor o menor protección social de las personas. La OMS ya advirtió en 2009 que aunque el sector de la salud no hubiera tenido que ver con la crisis financiera, terminaría por ser el más afectado. Y es evidente que la crisis va dejando rastros negativos de su paso en las prestaciones sanitarias a medida que avanza el tiempo.

Por todo ello, asumiríamos las recomendaciones realizadas por la Comisión Deontológica del Ilmo. Colegio Profesional de Enfermería de las Islas Baleares publicadas en Mayo de 2012 en la que indican que: (a) parece injusto que los costes de la crisis recaigan sobre el derecho fundamental de la salud y que la asistencia sanitaria se limite a las personas aseguradas y cotizantes a un sistema nacional de salud excluyendo a otros colectivos; (b) las autoridades sanitarias deben plantear medidas de eficacia económica sin acortar los derechos de los ciudadanos en materia de salud. Su prioridad debe ser asegurar que puedan ser cubiertas las necesidades de salud sin tener en cuenta distinciones por condiciones sociales, económicas o nacionalidad; (c) las enfermeras/os desde su responsabilidad no pueden aceptar recortes que afecten negativamente a la salud o a la calidad y seguridad de los servicios sanitarios; y (d) las enfermeras/os desde su ética profesional y compromiso social deben continuar respondiendo a las necesidades de salud de la población, especialmente de los grupos más vulnerables.

En conclusión, las enfermeras son responsables de garantizar el desarrollo, innovación y mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en cualquier ámbito al que nos refiramos. Todo lo expuesto anteriormente son aspectos que podrían ser úti-

les en la mejora de calidad de la atención y poder compartirlos y trabajar para su desarrollo es un reto que debe asumirse con mucha responsabilidad, con la seguridad de que se estará contribuyendo una enfermera feliz y que hará feliz a sus pacientes.

## Bibliografía

1. Molina Mula J. El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras, *Index de Enferm.* 2011; 20(4): 238-242
2. De Pedro Gómez J, Artigues Vives G. Los profesionales de enfermería soportan los modelos organizacionales, los pacientes los sufren. *Evidencia.* 2008; 5(23):12-25.
3. Ramió Jofre A. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales Universidad de Barcelona; 2005.
4. Krairiksh M, Anthony MK. Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. *JONA.* 2001; 31(1):16-23.
5. De Pedro Gómez, JE; Morales Asensio, JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?. *Index de Enferm.* 2004; 13(46): 32-50.
6. Molina-Mula, J, De Pedro-Gómez JE. Impact of the politics if austerity in the quality of health-care: ethical advice. *Nursing Phylos.* 2013; 14: 53-60
7. Hau WW. Caring holistically within new managerialism. *Nursing Inquiry.* 2004; 11(19): 2-13
8. Thompson, C, McCaughan, D, Cullum, N, Sheldon TA. Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful? *J Adv Nur.* 2001; 36(3): 379-388
9. Stuckler, D, Basu, S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ.* 2010; 341:77-9.