

FIRMAS

El dominio de lo invisible y la realidad visible. Paradojas enfermeras

Por María Begoña Sánchez Gómez, miembro del Expert Clinical Advisory Panel Nanda-I, Enfermera colaboradora de la asociación Ademtra

Jueves, 14 de mayo de 2015, a las 21:41

La cuestión del “concepto” preocupa mucho cuando alguien trata de desarrollar una idea. Sin embargo, **de poco sirve intentar explicar algo que no necesita explicación**. Así, si la cuestión es hacerse visible, parece obvio que la tarea es precisamente dejarse ver. Si por el contrario la cuestión es permanecer invisible es tan sencillo como no aparecer.

La visibilidad de las enfermeras depende de muchos factores, los más importantes implican a las enfermeras y un número considerable corresponde a los actores externos a la actividad enfermera. Como digo, considerable, pero no absoluto.

Para pivotar esta reflexión, me parece oportuno describir algunos de estos elementos que, desde mi punto de vista, ejercen una influencia clara sobre la visibilidad social de las enfermeras.

En primer lugar, mi reflexión pasa por el concepto “**humildad de pensamiento**”, **idea abstracta que capta la atención de los alumnos de las escuelas** y facultades de Enfermería. Humildad de pensamiento, en términos psicológicos significa estar dispuesto a aceptar una crítica constructiva en un discurso intelectual o en el desarrollo de una competencia en cualquiera de sus componentes. Por otra parte, **el concepto empatía consiste en saber explicar a un paciente su problema de salud en términos adecuados a su nivel de conocimientos**, saber pactar los objetivos de su plan de cuidados, entender sus posicionamientos y sus valores. En síntesis la empatía supone la adaptación de la planificación en función de la realidad cultural del paciente. Sorprendentemente, en más ocasiones que las deseadas, **se confunde “empatía” con “humildad de pensamiento”**. Esta confusión tiene mucho que ver con el desarrollo histórico de la Enfermería en España desde las órdenes religiosas y militares, hasta las limitaciones institucionales para comunicarse con los pacientes, con las personas, el secretismo sobre la información de historia clínica que se le daba al paciente, y las connotaciones asociadas a la perspectiva de género. Con estas consideraciones, hablar de pensamiento crítico distorsiona considerablemente la realidad. **Es necesario que la identificación de la profesionalización comience en la formación pregrado**. Aunque no sea una exclusiva, hace falta que en la universidad se desarrolle el pensamiento crítico desde el conocimiento de las competencias profesionales, la reflexión y el conocimiento profundo de la disciplina.

En segundo lugar la ley, el concepto legal, efectivamente establece que “**no se tiene competencia sino que se es competente**”. La descripción de las competencias para la obtención del título de enfermero no deja lugar a dudas sobre cuales deben desempeñar los enfermeros en su actividad diaria. Competencias sobre las que se les evalúa y se les paga. Aunque el desarrollo jurídico deja muchas lagunas al respecto y, es tan desigual como el desarrollo de los 17 subsistemas sanitarios en España. Coexisten legislaciones autonómicas que establecen competencias y categorías profesionales enfermeras específicas y comunidades dónde es posible encontrar restos de leyes preconstitucionales.

Ante tanto concepto legal es inevitable que si yo tengo un título de enfermera en España surjan algunas preguntas ¿Qué competencias puedo desarrollar? ¿Depende de dónde trabaje...? Y ¿La ley me protege igual trabaje dónde trabaje? ¿Cómo es esto? Parece increíble que tengamos que pensar en estos términos, que la ley no desarrolle por completo por ejemplo, la llamada Ley del medicamento y **se frivole con cuestiones no profesionales sobre quién prescribe un paracetamol**, que por cierto se vende sin necesidad de receta médica. **Aún así hay quién dice que somos un peligro**. Y es entonces cuando la ley se mezcla con otras cuestiones no tan legales. Del “se es competente” hemos pasado en apenas un minuto de lectura a “**cuidado dónde te metes**” y “**cuidado con quién vas...**”

Por otra parte y pasando a un concepto más asistencial, la cuestión de cuál es el orden en que se realizan las intervenciones que tienen que ver con el cuidado del paciente. **Esto siempre ha estado jerarquizado, primero lo que diga el médico**. No deja de ser paradójico que quién pide visibilidad priorice las actividades no urgentes y derivadas de la actividad de otro profesional a costa de dejar de realizar las actividades del plan de cuidados del paciente. Actividades que se planifican para responder a sus necesidades y son tanto o más importantes que por ejemplo una extracción sanguínea no urgente. Pongamos otro ejemplo la llamada al colegio del niño de una madre hospitalizada para asegura que su hijo está en clase sin incidentes. Si las enfermeras hacemos eso, estamos interviniendo sobre la ansiedad no haciendo de secretarías.

En otro orden de cosas, y sabiendo de la complejidad del concepto, **está la cuestión del coste-efectividad de las intervenciones enfermeras**. El coste-efectividad de los cuidados. Este aspecto ha sido consecutivamente ninguneado por los gestores sanitarios en la meso y macro gestión. En el estado social actual, parece increíble que no se atienda a cuestiones de coste efectividad demostrada. **Estas cuestiones refuerzan el sistema sanitario, favorecen al paciente y hacen más visibles a las enfermeras**. Pongamos por ejemplo la gestión de centros de salud desde la Enfermería de Práctica Avanzada. La atención en centros sociosanitarios por enfermeras especialistas en Geriátría. La coordinación de la atención domiciliaria por Enfermeras Comunitarias de Enlace. La atención en las escuelas por enfermeras especialistas en Comunitaria y en Pediatría. La atención infantil tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria por enfermeras especialistas en Pediatría. La incorporación de estas especialistas, la práctica de la Enfermería de Práctica Avanzada está avalada por estudios en todo el mundo. ¿Porqué los poderes políticos no toman en consideración el coste-efectividad de las intervenciones enfermeras en la planificación del sistema sanitario? Porque si lo hacen no se percibe.

El primer motivo para no tomar decisiones, siempre desde mi punto de vista tiene que ver con ¿a quién le interesa que la asistencia sanitaria sea de calidad y barata? Es a los usuarios y pacientes del sistema sanitario público, a quienes la información para tomar decisiones siempre se les da sesgada. Tiene esto

que ver con un segundo motivo, que **los lobby de los proveedores del sistema sanitario ejercen su influencia de forma implacable**. En esta segunda idea habría que incluir algunos intereses particulares e individuales poco honestos. Y quiero hacer constar que la mayoría de los profesionales que conozco sean enfermeros, médicos, celadores... son gente honrada que trabajan en beneficio del paciente y por la sanidad pública. Ahora que pueden decir eso de "yo no creo en las meigas... pero haberlas... hailas" pues eso.

Me interesa tratar por último los conceptos ligados al equipo multiprofesional y al desarrollo de la inteligencia social.

El primero con relación al equipo multiprofesional y el desempeño de roles tiene que ver fundamentalmente con las relaciones personales y el propio desempeño de competencias dentro del equipo. El respeto existe si empieza con el respeto por uno mismo y su profesión. **Las prioridades del paciente se convierten en prioridades del equipo**. Esa visibilidad es la que percibe el paciente, el profesional, los compañeros, el público objetivo externo. Esa es la verdadera visibilidad que interesa al usuario, la del equipo de salud cohesionado, cada uno aportando y sumando por el bienestar y la salud del paciente y la familia.

Respecto al desarrollo de la inteligencia social enfermera, en España estamos en pañales. Como vengo subrayando, siempre desde mi punto de vista. Las bases profesionales innovadoras y punteras que se trabajan profesionalmente en la Enfermería de aquí no se leen en España, sino que se leen en otros lugares del mundo. Paradójicamente, el desarrollo extranjero, fundamentalmente brasileño y norteamericano, es el que se lee aquí. Pero claro, esto solo está al alcance de unos pocos que pueden leer en otros idiomas y después ¿aplicarlo? Demasiado poco para un grupo tan grande. Este punto es muy importante para las enfermeras, tanto que podríamos hacer un congreso monográfico sobre el tema y quedarían muchos temas por tocar. Esta sería una cuestión filosófica en la que entrar de lleno. Aunque forma parte de un tema sobre el que las enfermeras cuando hablamos somos calificadas de tautológicas. Y me pregunto ¿Qué mejor manera de desarrollo que hablando de profesión además con bases profesionales basadas en evidencias?

Aunque me dejo en el tintero cuestiones como la identidad, la madurez profesional, la responsabilidad del usuario o la alfabetización sanitaria, para concluir este artículo se puede decir que las enfermeras seremos visibles cuando hagamos en primer lugar aquello que es más importante para el paciente. Seremos visibles cuando hablemos de pensamiento crítico en términos de competencias profesionales. Seremos visibles cuando los usuarios nos busquen como puerta de entrada al sistema sanitario. Seremos visibles cuando se nos tome en consideración para la toma de decisiones en la planificación sanitaria. Seremos visibles cuando se financie la investigación en cuidados. Como dije al inicio parece que la responsabilidad sobre la visibilidad tiene mucho de enfermera aunque haya cuestiones, entre las descritas que dependen mucho de otros actores. Con todo, prefiero pensar que lo que está por hacer para mejorar la visibilidad enfermera, tiene mucho de la mano de los enfermeros que trabajamos en este país.