«LAS ENFERMERAS ENTRE EL DESAFÍO Y LA RUTINA. Una mirada al siglo XXI» es un libro atrevido que indaga en la profesión, que identifica sus deficiencias y hace aportaciones serias y valientes.

Ya en su primer libro «ENFERMERÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. De enfermeras de médicos a enfermeras de la Comunidad» (Díaz de Santos, 1989), M.ª Victoria Antón Nardiz demostró su compromiso profesional y se aventuró a compartir sus ideas, sus dudas y sus propuestas de futuro.

En este libro nuevamente se interroga y se cuestiona sin miedo, y sus preguntas no dejan indiferentes:

- ¿Tenemos como colectivo un proyecto de futuro?
- ¿Qué imagen social tiene la enfermería?
- ¿Existe o no existe un malestar generalizado en el colectivo profesional?
- ¿Nos parece adecuada la formación?
- ¿Cuál es nuestra postura ante la crisis del estado de bienestar?

La autora nos obliga a entrar en el debate profesional desde una postura contemporánea, abierta y comprometida con su tiempo.

Nos encontramos, como señala Raúl Villar, Rector de la Universidad Autónoma de Madrid, en su prólogo, ante un libro muy recomendable y útil para todos los profesionales de la Enfermería, independientemente de donde realicen su trabajo.

ISBN: 84-7978-366-4

9 788479 783662

E-mail: ediciones@diazdesantos.es
Internet: http://www.diazdesantos.es

Mª VICTORIA ANTÓN NARDIZ

LAS ENFERMERAS ENTRE EL DESAFÍO Y LA RUTINA

Mª VICTORIA ANTÓN NARDIZ

LAS ENFERMERAS ENTRE EL DESAFÍO Y LA RUTINA

Una mirada al siglo XXI

DIAZ DE SANTOS

M.ª Victoria Antón Nardiz

LAS ENFERMERAS, ENTRE EL DESAFÍO Y LA RUTINA

Una mirada al siglo XXI

DIAZ DE SANTOS

Lo escrito aquí es fruto de una reflexión, a veces fría, a veces cálida, sobre un colectivo formado por personas: hombres y mujeres, mujeres y hombres, con una mirada puesta, todos en común, en un futuro inmediato en el que nuestros niveles de formación, investigación, y el día a día, presten el mejor servicio a la humanidad.

Si he optado por el título genérico de *enfermeras* es porque, hoy por hoy, la profesión la ejercen mayoritariamente mujeres. Que el lector/la lectora cambie a su capricho el género (masculino o femenino) sin olvidar nunca esa mirada puesta en el siglo XXI y siguientes.

La autora

© M.ª Victoria Antón Nardiz, 1998

Reservados todos los derechos

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, la transmisión de ninguna otra forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Ediciones Díaz de Santos, S. A.
Juan Bravo, 3A. 28006 MADRID
España

ISBN: 84-7978-366-4
Depósito legal: M. 28.341-1998

Diseño de cubierta: Ángel Calvete
Fotocompuesto en: FER, S. A. Bocángel, 45. 28028 Madrid.
Impreso en: Lavel, S. A.
Encuadernación: Rústica-Hilo, S. L.

A mi hija América, el mejor regalo que me ha dado la vida, por aceptarme como soy.

A Arnoldo Liberman, terapeuta, escritor, melómano y amigo entrañable que ha apoyado, animado y sostenido este libro y a su autora.

Con él aprendí que ser enfermera no es sólo una profesión, sino una forma de estar en la vida y desde esa mirada el proyecto profesional se enriquece y se amplía, rompe los límites de lo laboral y se adentra en la vida empapándose de ella.

Con Arnoldo compartí la convicción de que enseñar el OFICIO DE CUIDAR no es sólo impartir clases de anatomía, o técnicas de enfermería, y que la literatura, la música, el teatro, los viajes, nos ayudan a comunicarnos mejor, y CUIDAR, a fin de cuentas, no es mucho más que crear un encuentro terapéutico con el otro.

A las enfermeras y enfermeros desconocidos.

Contenido

Prólogo XI

Agradecimiento XV

PRIMERA PARTE: EL PUNTO DE PARTIDA

1. Desde mi propia mirada 3
2. El origen del libro 5
3. Su destinatario 7
4. Los interrogantes en que vivimos 8
5. Finalizando el siglo xx 9
6. El siglo xxi y la crisis de la sanidad pública 12

SEGUNDA PARTE: OTEANDO EL HORIZONTE

1. Una mirada al futuro 21
2. La sociedad en el próximo milenio 22
3. La sanidad en el próximo mileno 25
4. La enfermería en el próximo mileno 28
5. La enfermera domiciliaria 31

TERCERA PARTE: EL PORVENIR DE LA FORMACIÓN

1. De la pizarra y la tiza a Internet 43
2. ¿Universidad o casita de muñecas? 45
3. Nuevas metodologías educativas 49
4. La formación práctica 54

5. Universidad abierta. Programas de intercambio 61
6. Investigar en enfermería 63
7. La licenciatura y el doctorado 67
8. De la enfermería cooperante a la enfermería transcultural 70

CUARTA PARTE: LOS PROBLEMAS DE HOY

1. Historia de un malestar 77
2. La ausencia de líderes 88
3. El liderazgo en enfermería 90
4. ¿Quién cuida a la enfermera? 94
5. El valor social de la profesión. Diferentes imágenes 100
6. La confusión de los nombres 110
7. El desprestigio de la función asistencial 112
8. La incomunicación médico-enfermera 118
9. ¿Quién teme al técnico? 122
10. El riesgo de los dogmas 126

QUINTA PARTE: DESPEDIDA

1. La enfermera no tiene quien la escriba 135

Bibliografía 139

Prólogo

Me resulta muy grato presentar este libro al lector. He conocido su cuidada elaboración, y este hecho me permite afirmar, sin temor a equivocarme, que estamos ante un libro muy recomendable y útil para todos los profesionales de la Enfermería, independientemente de donde realicen su trabajo.

La profesión de enfermería, al igual que otras profesiones sanitarias, tiene una especial relevancia en nuestra sociedad, al ser la salud uno de los bienes más apreciados. Tradicionalmente se ha asumido que para desempeñar esta profesión sólo hacía falta buenas dosis de vocación, buen carácter, capacidad de servicio y probada abnegación. Sin embargo, si bien estas cualidades son importantes, y yo diría que imprescindibles para ejercer la profesión, la formación universitaria que se da actualmente en las Escuelas de Enfermería y concretamente en la de la Comunidad de Madrid, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid, da, además, al profesional en ciernes una formación académica muy sólida. Ello le permite la discusión al mismo nivel con otros profesionales de la salud de determinados aspectos sanitarios, facilitándole, asimismo, su inclusión en equipos de trabajo multidisciplinales de gran calidad. Esta mejor formación académica no debe suponer sólo una ventaja para la profesión, sino que obligatoriamente debe traducirse en una atención sanitaria de los pacientes a los que se asiste, ya que si no fuera así, éste, que es el objetivo final de esta profesión, no se vería cumplido.

Para conseguir este alto nivel de formación, y teniendo en cuenta el carácter eminentemente práctico de estos estudios, la relación entre el sistema sanitario y asistencial y el educativo es fundamental. Un buen equipo de profesionales clínicos, grupos reducidos de

alumnos en cada una de las unidades asistenciales y una buena relación entre la formación teórica y la práctica permitirá el desarrollo de habilidades profesionales y el entrenamiento en la observación y el razonamiento crítico necesarios para formar profesionales en consonancia con los avances de la ciencia, las necesidades del país y los requerimientos éticos de la profesión. Además de saberes científicos, la formación universitaria debe proporcionar al estudiante un conjunto de mecanismos intelectuales que le permitan la renovación de conocimientos a lo largo de su vida profesional.

Basándose en su propia experiencia como Directora de la Escuela de Enfermería citada, la autora del libro nos expone sus ideas sobre la formación de estos profesionales, hace un recorrido por las diferentes etapas por las que ha pasado la enfermería y nos sitúa en los momentos presente y futuro de esta profesión. Mirar de frente los problemas, identificarlos, airearlos, enfrentarse a ellos cara a cara y tratar de resolverlos es la filosofía que la ha impulsado a escribir este libro, además de establecer un diálogo vivo y consecuente, por medio de la escritura, con la profesión que ha llenado y llena gran parte de su vida.

En los diferentes capítulos expone sus reflexiones de una manera sencilla en la forma de tratarlas, pero enérgicas en sus planteamientos. Algunos párrafos entresacados del libro nos pueden dar una primera aproximación de las ideas de la autora acerca de la realidad y la formación de estos profesionales:

«Nosotros, las enfermeras y los enfermeros, todavía no somos conscientes de que gran parte de la demanda sanitaria de la población del s. XXI *serán cuidados de enfermería, por la población anciana, las enfermedades degenerativas, las minusvalías, la asistencia a domicilio y todo lo que configura el perfil del próximo milenio.»*

«El sistema sanitario, para ser efectivo, va a precisar del diálogo entre todos los que en él trabajan. Y este diálogo no puede reducirse a ámbitos, niveles o centros sanitarios, sino que ha de abrirse a todas las ofertas del sistema». «Hemos de dialogar hospital con atención primaria, los profesionales de la ciudad con los rurales, los de la sanidad pública con los servicios privados; sólo de esta forma ahorraremos dinero, ahorraremos esfuerzos y ahorraremos sufrimientos y problemas a los usuarios.»

«La formación universitaria va a garantizar una enfermera eficaz en el medio hospitalario, perfectamente preparada para la tecnología y los cuidados sencillos o complejos del paciente ingresado, pero en el medio domiciliario, campo que ocupará a un gran número de enfermeras, posiblemente no se esté abordando la formación con todo el interés que requiere y es sobre ese campo sobre el que hay que incidir.»

«Enseñar sin duda es un reto, pero enseñar de cara al siglo XXI *exige de todos nosotros una reflexión valiente que nos permita encontrar nuevas vías para que el alumno aprenda aquello que realmente necesita saber y de la forma más adecuada a su tiempo y a su mundo.»*

«La Universidad en comparación con la vieja escuela tiene una actitud diferente frente al alumno, al que considera protagonista activo de la formación. No asume la tutela al viejo estilo de las escuelas, sino que pone en sus manos los medios para aprender, consciente de que aquel que no lo desea no aprenderá.»

«Podemos enviar a un alumno a una planta de medicina interna a observar, o a realizar unas actividades muy delimitadas, y encontrarnos con que, el mismo día que inicia sus prácticas el paciente sufre una parada cardiaca: el alumno se ve implicado en unas actividades de urgencia muy dificiles de entender y, si el paciente muere, el estudiante con dieciocho o diecinueve años habrá vivido en su primera mañana de prácticas clínicas situaciones que teníamos programado que viviera a lo largo de tres años.»

«Abogo por la riqueza de un colectivo de enfermería de amplia base donde se encuentre reconocido el cuidador familiar o voluntario, e ir reconociendo la pirámide con diferentes niveles de técnicos, auxiliares, diplomados, diplomados especialistas, licenciados y doctores... Redefinir de cara al futuro el lugar del técnico, del auxiliar en la provisión de cuidados nos permitirá identificar mejor el lugar propio del Diplomado.»

«Las Escuelas Universitarias de Enfermería deben preparar a los enfermeros/as para trabajar en una sociedad de religiones, culturas, costumbres y estilos de vida variados, potenciando actitudes para

erradicar prejuicios y favoreciendo una actitud profesional de ENTENDER al otro, para mejor ATENDERLE.»

«En la actualidad, superadas en gran parte las trabas de la dependencia, del autoritarismo hoy fuera de juego, hemos de recuperar el diálogo con nuestro principal compañero de proyecto: el médico. La suma de dos profesionales preparados y comprometidos es la mejor garantía para el usuario.»

«La sociedad necesita de todos, la sociedad esta enferma de demasiadas cosas: algunas las conocemos desde hace tiempo y sabemos la forma de curarlas, otras todavía estamos en los inicios, pero ser enfermera es asumir al paciente entero, con sus circustancias, su familia, su edad, su estado de ánimo, sus dificultades para vivir su propio problema. Ser enfermera es sacar a la luz una serie de cuidados que después exigirá probablemente de la colaboración de auxiliares, técnicos u otros del abanico sanitario.»

En definitiva éste es un libro atractivo, interesante y valiente que habla mucho de la personalidad de su autora, y que debiera ser leído con interés y detenimiento por el gran colectivo de enfermería y por todo aquel profesional que quisiera valorar una atrevida proposición del futuro sanitario en nuestro país.

Tengo la fortuna de conocer bien a la autora, María Victoria Antón Nardiz, desde los inicios de la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Fui el primer representante de la Universidad Autónoma de Madrid en su Patronato fundacional, hasta que mi traslado al cargo de rector me apartó de la tutela directa de la Escuela. Sin embargo, para entonces ya había adquirido un profundo afecto por Mariví y por todo el personal de la Escuela. También un enorme aprecio por la labor que allí se realiza. Toda la sensibilidad, coraje, sentido común y conocimiento de la profesión de la autora no caben en unas páginas impresas, pero el libro es una muestra de su personalidad.

Madrid, enero 1998

RAÚL VILLAR
Rector de la Universidad Autónoma de Madrid

Agradecimiento

Uno siempre escribe de lo que no sabe pero quiere saber; por eso lo que plasma en el papel es su obra, enriquecida con lo que de alguna forma sustrajo de los demás, lo que escuchó, lo que le contaron, las discusiones que tuvo, lo que aprendió o leyó, es decir la obra propia es casi siempre la consecuencia de esa dinámica de compañeros, amigos, colegas, con los que uno convive, trabaja, disfruta y a veces pelea.

Por eso es difícil escribir un agradecimiento en el que quepan todos y tampoco nos sirven un etcétera impersonal, y uno tiene por fuerza que arriesgarse y agradecer a los que están en su memoria y saber que otros se quedarán afuera.

Por eso inicio este agradecimiento con los que tengo a mi lado cada día: Milagros, Carmen, Sole, Jesús, Asunta, Olvido, Loly, Amador, Elena, y los que estuvieron antes, Pepe, Nuria, María.

Los colegas docentes de los que aprendo son muchos y todos igual de queridos: Lola, Carlos, Juan Luis, Óscar, Natharet, María José entre otros.

También están los que me ayudaron entre candilejas a reflexionar y por los que siento admiración y cariño: Armando Bauleo, Luis Branda, Santiago Kovadloff, Daniel Schoffer.

Y los alumnos, que cuando salga este libro serán más de quinientos los que habrán pasado por la Escuela: son el motor de este libro, ya que con ellos aprendí que ser docente no es más que hacerse las mismas preguntas que el estudiante.

Pero para escribir hace falta tener amigos que te apoyen, te animen, y yo tengo la enorme suerte de contar con muchos y buenos amigos: Irma, Fran, M.ª Teresa, Daniel, Paloma, Lourdes, Perico, China, Miren, Luis, Carlos, Javier y muchos otros.

De entre los amigos, hoy quiero evocar a Rafa, que se fue después de una corta pero difícil enfermedad, en la que reconocí los aciertos y las carencias de nuestra profesión y me convencí del efecto terapéutico que producen los buenos enfermeros.

A todos los aquí nombrados y a muchos otros les debo la ilusión y el empuje para escribir estas páginas.

PRIMERA PARTE

EL PUNTO DE PARTIDA

1. DESDE MI PROPIA MIRADA

Quisiera adentrarme en el difícil camino de retratar a un colectivo, amplio, diverso y extendido a su vez por un país vasto y diferente.

Sin embargo, me sería imposible hacer modestas propuestas de futuro si no tengo ante mí esa fotografía, siempre incompleta, siempre discutible, del grupo profesional al que pertenezco.

Y de esa fotografía que quisiera plasmar en el libro, ir identificando los rasgos más claros, o al menos aquellos que más me preocupan y exigen mi atención, aceptando que es desde mi personal punto de vista desde el que voy a valorar unos aspectos y despreciar otros, y que posiblemente otro autor pondría su peso y su interés en aspectos diferentes.

El siglo XX nos deja un colectivo de enfermería cuyos signos más relevantes serían los que a continuación expongo:

Excelentes posibilidades para la formación

Nunca a lo largo de su historia la enfermería ha tenido acceso a una formación básica de un nivel tan alto como finalizando el siglo XX.

El marco universitario permite una formación de calidad, nuestro lugar en la Universidad es indiscutible y, aunque en muchos casos se mantiene bajo el título de Universidad una formación similar a la del ATS, los nuevos planes de estudio y el interés y entusiasmo de los docentes augura un excelente futuro si asumimos con seriedad cambios imprescindibles.

Falta de líderes

Nuestro país, al igual que otros de nuestro entorno y como muchas otras profesiones, vive una época de ausencia de líderes.

Las organizaciones profesionales no tienen arraigo real en el colectivo. Los colegios profesionales, sustentados con las cotizaciones de todos los trabajadores, no despiertan ningún interés en ellos, los sindicatos en muchos casos se han ido transformando en agencia de formación, y la población enfermera en general no identifica líderes claros a los que escuchar.

Dudas ante el desafío

La enfermería vive en este final de siglo una situación de parálisis ante el desafío.

La sociedad del siglo XXI va a precisar de cuidados de salud en una proporción muy superior a otras décadas, pero los profesionales no acaban de creérselo y asumir la responsabilidad de prepararse, corriendo el peligro de dejar pasar una oportunidad única que otros colectivos no dudarán en aprovechar.

Problemas de identidad

La enfermera asistencial vive unas condiciones de vida y trabajo que la llevan a considerarse el escalón más bajo del colectivo y ve en la docencia, la investigación y la gestión lugares a donde llegar y donde encontrar su auténtica identidad, o al menos su pleno desarrollo profesional.

Por su parte las enfermeras docentes, las que ocupan lugares de planificación y gestión, y algunos grupos minoritarios de investigadoras, van configurando una élite demasiado distante de los asistenciales, y el colectivo profesional, muy compacto en otros tiempos, se desgaja hoy en «semiprofesiones» dependiendo del lugar que ocupe.

Malestar generalizado

Se percibe dentro del colectivo un malestar condicionado a muchos y diferentes elementos, desde las oscilaciones en el empleo, los sueldos bajos, la falta de futuro profesional y de reconocimiento social.

El malestar es un problema objetivo de la enfermería que no se delimita a su entorno profesional, sino que, por su lugar en el sistema, por su cercanía al usuario, por la imprescindible empatía que se precisa para una relación terapéutica, el efecto de ese malestar afecta a la población a la que atiende y puede convertirse en un problema del sistema sanitario.

Las enfermeras, al no encontrar el apoyo necesario en las organizaciones profesionales, ni en los colegios, ni en los sindicatos, corren el riesgo de volcar su desencanto en el propio trabajo, generando un malestar dentro del sistema.

Los dogmas

Las enfermeras empiezan a tener verdades indiscutibles, planteamientos aceptados unánimemente que no admiten crítica, ni análisis.

Propuestas importadas de otros países, de otros sistemas, se van introduciendo con términos difíciles de entender por la mayoría de la profesión.

Nos definimos con demasiada facilidad con expresiones ampulosas: «Somos los únicos que atendemos íntegramente al paciente», «los únicos capaces de...», y es difícil plantear interrogantes sencillos y llanos a esas grandes verdades, ya que se viven como oscuros ataques.

Valgan estos aspectos para dar una idea de lo que quisiera tratar en este libro, que únicamente intenta iniciar un diálogo sobre la profesión que ha llenado y llena gran parte de mi vida.

2. EL ORIGEN DEL LIBRO

Cuando en 1990 la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid, por medio del Servicio de Formación en el que trabajaba, me encargó elaborar el proyecto de una posible Escuela Universitaria de Enfermería, puso ante mí una de las propuestas más interesantes que se me han hecho nunca y una de las más arriesgadas.

¿Quién no ha pensado más de una vez cómo debería ser la Universidad? ¿Quién no ha criticado alguna vez la formación de los profesionales e incluso su propia formación?

Yo no fui una excepción: debatí sobre la formación de la enfermería muchas veces, reivindiqué posibles soluciones y, tal vez por eso, cuando me dieron la oportunidad de entrar de lleno en la batalla, lo primero que hice fue tratar de recordar, de sacar del fondo de mí esa imagen de cómo debían ser las enfermeras, cómo me hubiera gustado que me enseñaran a mí, qué me faltó, qué me sobró, cómo viví mi propia experiencia de estudiante, mi identidad y con qué seguridad o inseguridad abordé el mundo del trabajo.

Por ese camino, en principio el más simple y el más mío, empecé la aventura de escribir sobre un sueño, *la enfermera y el enfermero*; una profesión, la enfermería; un mundo de trabajo con sus vivencias, sus expectativas, sus desafíos, sus frustraciones, para, a partir de allí, ser capaz de perfilar desde la Universidad a ese profesional que respondiera a su auténtica función social.

Saber cómo preparar a ese profesional para que pueda ser un auténtico cuidador de la salud ha sido y es el reto del proyecto en el que me sumergí al asumir la dirección de la Escuela. Y de la reflexión previa, de los seis años transcurridos, del sinfín de momentos en que tuve que pararme a pensar dónde, en qué mundo trabajarían estos estudiantes que pasaban con nosotros tres años, surgió la necesidad de escribir y compartir estas reflexiones.

Sin embargo, para no apropiarme en este libro del trabajo del equipo docente con el que empezamos la Escuela, decidí posponerlo y proponer al equipo que plasmásemos en el papel nuestra experiencia, pues considerábamos que podría ser de interés para otros en similares situaciones.

Una vez que estuvo en imprenta el libro colectivo *La Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid: Un proyecto en marcha*, retomé mi propia obra.

En estas páginas he vertido mi idea profesional, una imagen llena de matices que reflejan mi propia experiencia, mis vivencias, enriquecida sin duda con las vivencias y experiencias de todos los que conocí a lo largo de más de un cuarto de siglo de trabajo.

También en él están muchas de mis dudas, dudas que todavía no he resuelto, preguntas que me hago y a las que no encuentro respuesta o no me gusta la que hallo.

Quiero pensar en alto acerca de esta profesión, y mirar de frente sus problemas, identificarlos, airearlos, enfrentarme a ellos cara a cara, y tratar con vosotros, los que desde todos los lugares del sistema los vivís día a día, de resolverlos.

La acogida de mi primer libro, *De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad*, fue también un factor de enorme importancia a la hora de escribir éste.

Aquel libro fue la asunción de mi compromiso con la enfermería comunitaria. En él plasmaba algunas ideas, y posiblemente pocas de ellas fueran nuevas.

Algunas colegas vieron reflejadas en mi libro sus propias reflexiones, sus proyectos, sus vivencias; tal vez eso fue una de sus virtudes: que pertenecía al mundo de las enfermeras y muchas se sintieron identificadas.

Hoy este libro rubrica mi compromiso con la docencia, con un lugar privilegiado desde donde influir en el futuro a partir de la formación de los alumnos, y por ello con una enorme carga de responsabilidad.

Animada por la idea de que el primer paso para resolver un problema es identificarlo, estas páginas intentan ese objetivo y tienen un destinatario prioritario, al cual se las dedico especialmente.

3. SU DESTINATARIO

Este libro está dedicado con especial interés a los/las enfermeros/as asistenciales, a los enfermeros del zueco y la bata, a aquellos que desde lugares tal vez poco conocidos nos enseñan las dificultades de la profesión, a los que no tienen tiempo para ver la propaganda de cursos y congresos, y posiblemente tienen dificultad para obtener permisos o becas para ir, que libran los miércoles o veranean en ciclos diferentes a las esposas o maridos, los que cuando enferman se preocupan por el/la compañero/a que cargará con su trabajo, a todos ellos y ellas cuya profesionalidad quisiera recuperar en estas páginas, se lo dedico, con inmenso cariño.

4. LOS INTERROGANTES EN QUE VIVIMOS

Dicen que son los niños los que más preguntas hacen, dicen que son ellos los que, insatisfechos con la respuesta, hilvanan un interrogante con otro hasta dejar exhausto al adulto.

Me pregunto si eso es del todo cierto a la vista de mi propia realidad.

Me pregunto si no será la edad Adulta, con mayúscula, la edad de los interrogantes, puesto que, a diferencia de las cuestiones del niño, que insatisfecho con las respuestas por la necesidad de avanzar sigue preguntando, nuestra edad no encuentra aquellas que rellenen los vacíos de nuestras dudas.

Después de etapas de mi vida en que creí tener respuesta para todo, respuestas enérgicas, inmutables, fuertes, hoy me encuentro ante un eterno interrogante.

Y en lugar de padecer por ello, disfruto de este estado constante de cuestionamiento, ya que no son las respuestas las que me alimentan, sino las preguntas las que me abren el apetito.

Preguntas acerca de todo, y en ese todo está colocada también mi profesión, tal vez porque forma parte de las pasiones de mi vida que para mi suerte, como dijo Stendhal («no hay mayor placer que tener por oficio la propia pasión»), se entrelazan.

Elegí la profesión de enfermeria cuando no sabía que era una profesión, cuando entendía sin ponerle palabras que era una opción de vida, un oficio que deseaba practicar, un conjunto de actividades que desde la infancia identifiqué con mi carácter, con mis planes y con mis sueños.

Identifiqué mi futuro por el olor, olor a éter de las clínicas, color blanco de las paredes, de los uniformes, con un silencio, con un ritual que luego fui perdiendo al acercarme a él.

Deseé ser enfermera por encima de todo y sin dudas. Tal vez por eso, cuando en la escuela de enfermeras a la que intenté ingresar fui rechazada por una mínima lesión cardiaca que nunca me había causado problemas, sentí que el mundo se me venía encima.

No había en mi vida otra opción, otra posibilidad, y no estaba dispuesta con diecisiete años a renunciar a un sueño forjado desde que tuve uso de razón.

Hice un segundo intento en otra escuela y «colé», y de esa forma me introduje en el mundo que había soñado.

Hubo momentos de infinito placer y frustraciones enormes, emoción ante un problema resuelto o el nacimiento de un niño y dolor profundo ante el sufrimiento ajeno, ante la muerte en soledad.

Pronto, posiblemente demasiado pronto, descubrí los defectos del sistema sanitario, las injusticias, la desigualdad, y fui testigo de la impasible comodidad de médicos y enfermeras ante la demanda sonora o muda de los que pedían atención, cercanía, comprensión.

Ya desde la escuela identifiqué el muro que separaba el mundo del paciente del de los profesionales.

Cargada de carpetas con historias, pasé visita con médicos prestigiosos, que arrullados por un coro de alumnos hablaban del cuerpo tendido en la cama como en una lección de anatomía en vivo, dejando que alumno tras alumno palpara, auscultara, revisara aquel conjunto de órganos enfermos con ojos, que miraban asustados a la espera de alguna palabra dirigida a ellos, palabra que casi nunca llegaba y que si llegaba exigía la traducción de alguna enfermera que quedaba al final de la procesión tapando al paciente y explicando qué querían decir términos oscuros como laparoscopia, histerectomía, extrasístoles o anemia ferropénica.

Han pasado tres décadas y en este tiempo he estado en diferentes lugares, he conocido muchas formas de trabajar, he viajado por diferentes países y ahora, cuando creí que llegaba a la edad de la madurez, entendida como la posesión de las respuestas, el conocimiento sin grietas, me encuentro con que las preguntas se agolpan y cada pregunta sugiere otra, y no espero la respuesta sino la puerta que abrir tras la duda, y tal vez por eso hoy, desde este lugar del cuestionamiento, me atrevo a iniciar estas páginas para preguntarme sobre mi profesión a las puertas del año 2000.

5. FINALIZANDO EL SIGLO XX

El momento en que vivimos, la necesidad de ser contemporáneos con nuestro tiempo y nuestro mundo, nos obliga, finalizando el siglo XX (siglo que ha sido generoso con la enfermería, con su formación, con el acceso a lugares de poder, con la apertura a nuevas

miras metodológicas y científicas), a reflexionar sobre el momento en que vivimos y las perspectivas de futuro.

Vivir el presente no es igual a ser contemporáneos: se puede vivir el hoy y no sentirse identificado con la situación ni asumir su lugar en el avance profesional.

Ser contemporáneos es vivir, ser y estar en un determinado momento histórico y sentirse comprometido con él, sintiendo la necesidad de conocer qué está pasando en el mundo en general y su repercusión en mi mundo personal, familiar, social y naturalmente profesional. Es tener bien abiertos los ojos, incluso para descubrirnos impotentes ante la realidad, incluso para demostrarnos que tenemos todavía mucho que aprender.

Abrir los ojos supone leer el periódico todos los días y captar, como con un radar, aquello que tiene que ver conmigo.

Noticias sobre la anorexia en edades tempranas, la campaña publicitaria de una empresa de tabaco, las drogas, el alcohol, el juego, la crisis del Estado de bienestar, la depresión, la medicalización de la sociedad, y preguntarme qué tiene que ver conmigo.

Cuando las patologías las entendíamos como un conjunto claro de síntomas y signos de libro, supimos asumir el papel que nos correspondía, pero ahora el reto es otro y hemos de construir una parte que no tuvimos en cuenta anteriormente y reanudar el camino.

Ahora necesitamos abrir bien los ojos y ver más allá, porque los problemas de la sociedad de hoy no se pueden abordar con los ojos de un colectivo.

A nadie se le escapa que el sida, las enfermedades crónicas, degenerativas, la depresión, la anorexia, la ludopatía no pertenecen a ninguna disciplina en exclusiva, ni a ningún profesional, y nadie puede ni debe asumirlo en solitario. De igual forma nuestro reto del futuro nos obliga a abrirnos a los avances realizados en nuestro país y en el resto del mundo.

El futuro de una enfermería progresista pasa por salir del aislamiento sabiendo que el mundo de las comunicaciones nos abre un horizonte enorme de posibilidades. Nuestra profesión, tal vez por su condición de cuidado y quién sabe si también por ser mayoritariamente femenina, ha sido una profesión de vecindad, con un aire de provincianismo, cerrado o ajeno a lo que pasa fuera.

Nuestro trabajo nos juega la trampa de lo cotidiano, de lo cercano, de lo que tiene que ver en muchos casos con la relación personal y directa, y la trampa que nos tiende, y nos ha venido tendiendo

siempre, es que para hacer lo que hacemos sólo hace falta vocación, buen carácter, capacidad de servicio y una cierta dosis de abnegación.

Estos conceptos, que intelectualmente rechazamos, nos siguen jugando a traición y es tal vez por ello por lo que el colectivo profesional no ha mostrado especial interés en saber qué opinan de tal o cual tema las enfermeras inglesas o cómo se trabaja en Francia o cuáles son las competencias de las enfermeras en Estados Unidos.

Cuando por una inclinación personal, por investigación, docencia, o simplemente por el gusto a los viajes, tienes la oportunidad de conocer otros países, otras enfermeras, otras formas de hacer, el mundo se te abre y lo que ves en Jerusalén tiene que ver con tu trabajo en Leganés y lo que escuchaste en Inglaterra te sirve para modificar tu tarea, o contenidos docentes que han puesto en marcha en Finlandia te animan a introducirlos en tu propia escuela. La comunicación con el mundo es una necesidad profesional, no es un capricho ni un *esnobismo*.

A la hora de plantear alternativas a nuestra situación profesional y política hemos de conocer situaciones en países similares al nuestro. El reto de la contemporaneidad es fundamental para una enfermería progresista que no quiere quedarse en el vagón de cola del desarrollo.

Para avanzar en ese progreso imprescindible, la profesión de enfermería tiene la obligación histórica de recapacitar acerca de los últimos tiempos en los que ha realizado cambios de gran trascendencia y pararse a pensar si esos cambios han llevado a una mejor calidad de vida de las personas a las que atiende.

Todo lo realizado: *curriculum* universitario, formación amplia e interdisciplinar, reforma de la atención primaria, creación de niveles de poder, y otros cambios que pertenecen a estos últimos veinte años, ¿han servido para que el individuo reciba una mejor atención de nosotros?, ¿o han sido reformas endogámicas que supusieron ventajas para la profesión pero no para la sociedad? Sólo poniendo el punto de mira en la sociedad a la que atendemos, sólo pensando en ella, podremos evaluar los cambios acontecidos en la profesión.

La reflexión que aquí propongo no pretende dar respuesta sino abrir interrogantes que nos sirvan para conocernos mejor, entendernos mejor y, con una enorme honestidad, para planificar el futuro.

- ¿Tenemos como colectivo un proyecto de futuro?
- ¿Nos sentimos preparados para atender y cuidar a la sociedad del siglo XXI?
- ¿Conocemos su perfil y cuáles serán sus necesidades?
- ¿Qué imagen social tiene la enfermería?
- ¿Conocemos las causas que llevan al abandono profesional a casi un 25 por 100 de titulados?
- ¿Tenemos alguna propuesta para frenar ese abandono?
- ¿Existe o no existe un malestar generalizado en la enfermería?
- ¿Nos parece adecuada la formación en enfermería?
- ¿Cuál es nuestra postura ante la crisis del Estado de bienestar?

6. EL SIGLO XXI Y LA CRISIS DE LA SANIDAD PÚBLICA

En la década de los años ochenta tuve la oportunidad de participar en la reforma de la atención primaria, y me siento orgullosa de haber tenido un pequeño lugar en aquella transformación, para muchos utópica, de un nivel de asistencia ambulatoria moribundo que hoy, rejuvenecido, está dando serios y positivos frutos.

Al igual que Alma Ata en 1978 mostró la crisis de los sistemas sanitarios, identificó sus errores e injusticias e hizo propuestas para salir adelante, hoy, a finales del siglo XX, nos encontramos con una crisis ante la que nadie puede cerrar los ojos.

El siglo XX finaliza con un enorme déficit económico en el campo sanitario. La sanidad pública, sostenida mediante financiación del Estado, ha ido creciendo en sus prestaciones, ante una sociedad que al prolongar la esperanza de vida ha multiplicado el consumo de servicios. El coste del desarrollo tecnológico y farmacológico para enfrentarse a los problemas de la sociedad se ha elevado.

El Estado del bienestar con cobertura total corre riesgos importantes de quiebra, al no haber crecido por igual el producto interior bruto (PIB), fuente de ingresos con las que se financia el Sistema.

El gasto sanitario en España ha ido creciendo:

- En 1970 suponía el 3,7 por 100 del PIB.
- En 1980, el 5,7 por 100 del PIB.
- En 1990, el 6,9 por 100 del PIB.
- En 1995, el 7,7 por 100 del PIB.

La situación en relación a otros países europeos es similar. Los retos comunes son:

- Envejecimiento progresivo de la población.
- Crecimiento del gasto sanitario.
- Innovaciones tecnológicas.
- Nuevas demandas sociales.

Frente a esta situación, los países diseñan estrategias y llevan a cabo reformas. Alemania e Irlanda proponen una mayor participación del usuario en el gasto, mientras que Holanda pretende reducir el número de camas, el Reino Unido dar un presupuesto de medicamento para los médicos generales, Alemania que se facilite la elección de hospital, Irlanda que se financien los hospitales basados en la actividad, y todos buscando una mayor eficiencia. Suecia, con un gran número de ancianos y discapacitados, regula los derechos de los cuidadores en el domicilio y reserva un presupuesto para ellos, además de contar con trescientas organizaciones que los apoyan.

En Holanda el fármaco se financia si es el más barato, y se definieron prestaciones sanitaria, y de bienestar, la fertilización no se considera estrictamente sanitaria y después de mantener hasta los dieciocho años la asistencia dental, a partir de esa edad la paga el usuario.

Estados Unidos, con un gasto proporcional superior a cualquier otro país, el 14 por 100 del PIB, gasta el 25 por 100 en burocracia y sólo cubre una población reducida con controles de calidad anticuados.

En Nueva Zelanda, entre otras medidas, se priorizan en el presupuesto para Sanidad Pública los grupos de población y no los tratamientos.

El National Health Service del Reino Unido, macroeficiente, macroequitativo y macrorresponsable, resulta en la realidad concreta ineficaz, con un despilfarro evidente, poco equitativo y con poca respuesta a las necesidades del paciente.

Empezaron, con las medidas económicas propuestas por la Pri-

mera Ministra Tacher, por reducir los cargos y representantes regionales en los Ministerios, manteniendo sólo los representantes municipales y, en palabras de uno de ellos, «los médicos tuvieron que aprender a contar», y redujeron gastos innecesarios en aparataje que muchos no sabían utilizar. Se incentivó a médicos y hospitales que no tenían lista de espera, pero se generó la trampa de no incluir en las listas de espera más nombres, y en conjunto los resultados de las reformas en la Sanidad del Reino Unido no han sido ni mucho menos los esperados.

En Holanda, con un sistema sanitario similar al nuestro, un seguro obligatorio para todos y seguros privados, éstos eligen a la población sana, mientras el sistema público es deficitario por entrar en él ancianos, minusválidos y una cifra de inmigrantes alta, muchos de ellos con problemas de salud.

En Francia se gasta el 10 por 100 del PIB y existe una cierta conciencia de despilfarro que llevó en 1995 a elaborar un plan con medidas urgentes. La respuesta popular fue una huelga.

España no es ajena a esta situación, y ya desde el Informe Abril (1991-1992) se inició una reflexión importante, y son muchas las medidas que se han llevado a cabo. Presupuestos más cerrados, bajar los precios de los medicamentos..., y finaliza el siglo preparando una ponencia parlamentaria que analice la situación y debatiendo sobre formas mixtas de financiación y otras propuestas, conscientes de que es necesario plantear alternativas si no se quiere dejar una herencia de desprotección a las generaciones futuras.

El sector sanitario español tiene características propias:

- Un sistema público de cobertura universal, con un amplio nivel de prestaciones.
- Un gasto sanitario por encima de la renta per cápita.
- Pocas camas.
- Muchos médicos.
- Pocas enfermeras y dentistas.
- Un bajo nivel de participación del usuario.

La reforma sanitaria que el país va a tener que afrontar en la próxima década no es fácil. Difícilmente una sociedad que ha vivido un relativo Estado de bienestar estará dispuesta a prescindir de alguno de los servicios a los que se considera acreedora desde su condición de contribuyente.

Debates económicos, ponencias parlamentarias, seminarios sobre la crisis y artículos en los periódicos forman parte de la comidilla de expertos y ciudadanos, pero todavía la enfermería, que supone el 40 por 100 de la población trabajadora en el sistema sanitario público, no tiene una postura clara ante el problema.

Nosotros, al igual que el resto de los colectivos, tendremos sin duda que asumir los recortes que fije el Estado, pero deberíamos al menos intentar participar en el debate.

Ya en 1989, en el 19 Congreso Internacional de Enfermeras celebrado en Seúl, se avanzaba y definía algunas de las lagunas de nuestra profesión, y la que se remarcaba con mayor ahínco era la falta de conocimiento del sistema económico en el que estamos incluidos.

Los aspectos administrativos no forman parte del conocimiento colectivo, y hoy la enfermera no sabe lo que cuesta ella ni lo que cuesta su trabajo, por lo que difícilmente podrá entrar en el debate de recortes sin cifras.

¿Cuántas enfermeras intervienen en el análisis político y económico del actual sistema sanitario público?

¿Cuántas enfermeras desde puestos de responsabilidad se aprestan a escuchar para poder intervenir haciendo propuestas?

En la actualidad los economistas están irrumpiendo en el sistema sanitario como salvadores de la crisis. Auditorías, comisiones, todo tipo de expertos se ofrecen para salvar la sanidad pública, pero dudo mucho de que sean capaces de incluir en el cómputo monetario aspectos relativos al bienestar, el dolor, la comunicación, los cuidados, que forman una parte muy rica de nuestro aporte para la mejora de la salud y en consecuencia para la reducción del gasto.

Sin embargo, sería injusto pedir a los economistas que incluyan en su análisis elementos humanistas si nosotros, los enfermeros, no asumimos entrar también en su mundo para poder dialogar.

Es imposible en el momento en que vivimos tratar de abordar los problemas del futuro sin conocer los aspectos básicos de macro y micro economía; es absurdo tratar de convencer a los políticos y economistas de la necesidad de la enfermería si no sustentamos nuestras demandas con datos de costo y datos de eficacia, calidad, eficiencia.

Muchos países similares al nuestro, que han tenido que llevar a cabo reformas por las mismas razones que nos vemos obligados

en nuestro país a abordar, se plantearon que los recursos eran suficientes pero estaban infrautilizados.

Nuestro país no dejará de analizar ese factor y me pregunto si la enfermería está preparada para responder con datos y argumentos efectivos.

Frente a una situación de crisis como la que estamos viviendo en estos momentos, la toma de decisiones no tiene demasiado campo donde elegir:

- Reducir prestaciones: decisión política que costará impopularidad al gobierno que lo plantee.
- Aumento de los impuestos: situación similar a la anterior.
- Reducción del gasto en personal, tecnología, farmacia, etc., con nuevas propuestas.

Por todo ello creo que la administración ha de ser un campo más de actuación profesional, y no me estoy refiriendo solamente a la enfermera con competencias administrativas anexas al cargo, sino al colectivo en general.

Los aspectos relativos a la evaluación de nuestro trabajo, conceptos de calidad, competitividad, incentivos, mecanismos de participación en la contención del gasto deben ser introducidos en el mundo laboral de una forma asequible para que la enfermera pueda saber cómo es su propio trabajo, su rendimiento, su productividad, y de esa forma intentar modificarla.

Si supiera cuánto cuesta una visita domiciliaria, posiblemente las planificaría de otra forma, elegiría aquellas que más la necesitan y dejaría para periodos más prolongados las de segunda necesidad.

Si supiera cuánto cuesta la consulta de enfermería, cambiaría tal vez su horario y la haría más rentable.

Hace tiempo que se empezaron a escuchar propuestas por parte de la administración sanitaria de dar a conocer a los pacientes el coste de lo que consumen, sin por ello tener que aportar ninguna suma, sino únicamente para ir creando la cultura del gasto como elemento regulador.

Mientras escribo estas reflexiones tengo la tentación constante de justificarme, como si mi ideología estuviera en entredicho cuando hablo de pesetas. Tal vez ese pudor a hablar de dinero en relación con la salud no sea un prejuicio mío, y sea éste un campo que hay que analizar para entender por qué cualquier reflexión económica en el mundo de la salud produce rechazo.

Podemos plantear que los números deshumanizan la relación con el paciente; podemos plantear que todo esto suena a comercio con la salud, un bien que no es comercial; podemos hablar de injusticias a la hora de restringir por algún lado el gasto, pero si hoy no pensamos y hacemos las reformas necesarias analizando pros y contras, mañana la reducción será seria y obligada en un sistema que habremos dejado que quebrase para no perder popularidad.

Hemos de tener claro que los recursos son limitados, mientras la demanda es ilimitada, y decidir dónde poner más recursos supone decidir dónde poner menos.

Y esta decisión no sólo compete a los que dirigen el país y a los responsables del sistema sanitario a nivel de macroeconomía; me estoy refiriendo a la enfermera de base. Si no somos capaces de repensar nuestro campo, ponerle cifras, decidir prioridades, asumir riesgos, evaluar y poner límites, posiblemente los cambios que hayamos de afrontar en el futuro nos los impongan por decreto.

Nosotros, las enfermeras y los enfermeros, todavía no somos conscientes de que gran parte de la demanda sanitaria de la población del siglo XXI serán cuidados de enfermería por la población anciana, las enfermedades crónicas, degenerativas, las minusvalías, la asistencia a domicilio y todo lo que configura el perfil del próximo milenio.

Para poder abordar todo ese campo hemos de priorizar, valorar con cifras la efectividad de nuestras acciones, desechar lo que no resulte realmente eficaz, aunque nos dé la seguridad de lo ya conocido.

Tenemos que ser capaces de analizar nuestras acciones y poner en tela de juicio lo que hacemos, incluso aquello por lo que en un momento luchamos y que tal vez hoy hemos de revisar. Si no lo hacemos no estaremos dando un paso imprescindible para colocarnos como profesión en un lugar de avanzadilla del sistema sanitario.

La necesidad de personal de enfermería en el futuro es indiscutible, pero los ámbitos de trabajo, nuestro campo de actuación, los usuarios potenciales, las nuevas patologías, los avances científicos y metodológicos que configurarán nuestro mundo profesional deberían ser un reto que nos obligara a prepararnos concienzudamente para atenderlos, de forma que nos hiciéramos necesarios y la sociedad nos considerase imprescindibles.

SEGUNDA PARTE

OTEANDO EL HORIZONTE

1. UNA MIRADA AL FUTURO

Está finalizando un siglo, y todos, de forma individual o colectiva, nos preguntamos cómo será el próximo milenio.

Sin duda el año 2001 no será muy diferente del 1998, pero la vida se mide por plazos, por fechas, y hoy nos encontramos a dos pasos de un siglo sin estrenar, y es necesaria esa mirada contemporánea, la mirada de quien se siente parte del mundo y comprometido con él y sus problemas, para poder pensar en nuestro porvenir profesional.

Quisiera en este capítulo ser capaz de transmitir la necesidad del colectivo de enfermería de reflexionar sobre los cambios que, sin ningún género de dudas, van a acontecer en los próximos veinte años.

Plantearse cuál va a ser nuestro rol, dónde, cómo y con quién vamos a trabajar, qué se nos va a pedir, y cuánto de eso conozco y cuánto debo aprestarme a aprender, sería el planteamiento honesto y realista del colectivo. De ninguna manera podemos perfilar nuestro futuro desde el universo reducido de nuestra propia profesión.

No serán enfermeras rodeadas de enfermeras, metidas en un despacho y aisladas del mundo, las que nos puedan guiar en el futuro, sino enfermeras y enfermeros imbricados en la sociedad, con conciencia de equipo, con capacidad para hacerse preguntas, y con la humildad de quien carece de respuestas.

En el próximo milenio seremos un colectivo vivo si somos capaces de redefinirnos cada día basándonos en los condicionantes sociales, políticos, económicos...

Pero si nos dedicamos a teorizar dogmáticamente sobre nosotros, sobre nuestro papel, si nos creemos capaces de definirnos sin

abrir la puerta a la realidad, el futuro que nos espera será el vagón de cola del sistema sanitario, mientras otros ocuparán nuestro lugar y darán respuesta a las necesidades que nosotros no supimos o no quisimos ver.

Y quisiera añadir también que, si bien en los años ochenta la reforma de la atención primaria modificó un nivel asistencial y sin duda sus efectos se están percibiendo hasta hoy en el resto de los ámbitos sanitarios, la reforma que hemos de plantearnos de cara al futuro supone una vuelta de tuerca que también afectará a todo el sistema sanitario.

Empecemos por tanto haciéndonos algunas preguntas acerca de los tres elementos fundamentales:

El perfil social:

- ¿Cómo será la sociedad del futuro?
- ¿De qué enfermará?
- ¿Qué necesidades tendrá?

La política sanitaria:

- ¿Cómo será el sistema sanitario?
- ¿Qué cambios se avecinan?
- ¿En qué nos puede afectar?

El perfil profesional:

- ¿Qué enfermera necesita el país?
- ¿Cómo hemos de prepararnos?

2. LA SOCIEDAD DEL PRÓXIMO MILENIO

Muchos serían los elementos a tener en cuenta a la hora de abordar la salud de una sociedad con tantos matices diferentes.

No es mi intención hacer un retrato sino adelantar algunos aspectos que previsiblemente caracterizarán a la sociedad española en las primeras dos décadas. La descripción puede ser muy larga, pero si algo está claro es la *prolongación de la esperanza de vida.*

En consecuencia la sociedad que vive más años sufre y sufrirá de patologías crónicas y degenerativas y convivirá con ellas mucho

tiempo, lo que condicionará la demanda de atención y la oferta del sistema, y prioritariamente será la enfermería el mayor aporte.

Si entre el 20 y el 25 por 100 de nuestra sociedad será mayor de 60 años, será preciso definir mejor este grupo etario, que, con casi una tercera parte de la vida por vivir, no podemos seguir considerando como un bloque compacto uniforme y que se incluye en el término «anciano».

Será necesario redefinir el concepto de viejo, anciano, y cambiar en las encuestas y otros registros un sistema que agrupa exclusivamente por edades, con una cierta especificidad a cada grupo etario: lactante, escolar, adolescente, adulto, pero que al llegar a los sesenta considera «sesenta y más años....», unificando sesenta, setenta, ochenta y noventa.

Cumplir 60 años en una sociedad que se aventura a prever otros 20 o 30 por delante cambiará sin duda la dinámica social, las necesidades vitales, los aspectos relativos a la vida cotidiana, y obligará a los expertos a facilitar campos de actividad para quienes se saben capaces de continuar creando, trabajando, reflexionando, como lo han venido haciendo en los últimos 20 años.

Entre los 60 y los 70 años surge un grupo de población todavía joven, capaz física e intelectualmente, cuyas necesidades de salud deben ser estudiadas en profundidad. Hombres y mujeres atractivos, inteligentes, lúcidos, conviven con sus colostomías, los pañales para la incontinencia, el control de la hipertensión y los ejercicios para frenar la osteoporosis, y no encajan en el término «ancianos».

Las necesidades de cuidados de este grupo habrá que redefinirlas a partir de un perfil nuevo del «sesentón», y posiblemente lo que hasta ahora entendíamos como «programa de salud del anciano» sea sólo una pequeña parte de los cuidados de salud de este colectivo, cuidados que posiblemente se centren en prevención de riesgos, control y seguimiento de patologías crónicas. Definir cuáles son realmente sus necesidades será tarea de la enfermería dentro de un equipo multiprofesional.

Otra de las características sociales será que los avances científicos y tecnológicos de la medicina salvarán cada vez más vidas, vidas que hace unos años se habrían perdido por falta de UVIs móviles o de personal tan preparado como el que el sistema tiene y tendrá, pero esas vidas salvadas del cáncer, de accidentes, mediante cirugía, o con tratamiento farmacológico, posiblemente dejen al paciente con limitaciones o minusvalías más o menos graves

y precisarán de una enfermería preparada en el campo de la ortopedia, de la rehabilitación básica, para ayudarles a aprovechar al máximo sus capacidades, ya que no se contentarán con convertirse en vegetales al cuidado de sus familiares.

Los avances en la recuperación de las capacidades perdidas les llevarán a exigir al sistema una atención similar a la que se provee en otros países, y los profesionales tendremos que asumir que el aprovechamiento de las capacidades de cada paciente es la asignatura pendiente de quienes se preocuparon en curar, en salvar la vida, y muchas veces se olvidaron de prever que esa vida que habían ayudado a salvar podría ser un infierno por abandono u olvido.

El tratamiento de las enfermedades crónicas y degenerativas ha vivido un enorme avance que ha supuesto para los pacientes que las sufren la posibilidad de llevar, en muchos de los casos, una vida autónoma, conociendo los riesgos de su enfermedad y adiestrados para administrar su propio proceso.

Por otra parte la cirugía plástica, cirugía en edad avanzada, unidades de dolor, cuidados a pacientes terminales, terapias de apoyo, y un sinfín de demandas, vendrán de una sociedad avanzada en ciencia y tecnología, cuyos avances son inmediatamente conocidos por la sociedad, la cual los reclama en su propio beneficio.

España tendrá en el próximo siglo los problemas que ya han ido apareciendo en éste: drogadicción, alcoholismo, violencia, abusos, depresiones, malos tratos, todos ellos consecuencia de una forma de vida propia de las sociedades avanzadas, competitivas, con desempleo, inmigración desde la pobreza o desde las guerras, desarraigos sociales y muchas otras causas.

Esas patologías no se reducirán al ámbito de los servicios de salud mental, sino que las sufrirán pacientes a los que estaremos tratando por otros problemas, estarán en la comunidad y habremos de asumirlos y saber cómo atenderlos, al igual que las alteraciones en la nutrición: bulimias, anorexias.

Por otra parte los problemas sin solución, a los que la medicina dio la espalda durante mucho tiempo, exigen atención.

El dolor, la fase terminal, son un campo más a asumir dentro del sistema sanitario.

Si analizamos este panorama, veremos que una de sus características va a ser la *continuidad de los cuidados* de enfermería, no la intensidad de los mismos, ni la tecnología, sino la continuidad.

Pero no podemos dejar de lado la sociedad sana, a la que habremos de cuidar en su salud, la que podrá mejorar su calidad de vida modificando hábitos, desechando errores, asumiendo nuevas formas de alimentación, de ocio, de ejercicio: todo ello configura la función de la enfermera no sólo a la hora de potenciar la calidad de vida sino también ayudando a prevenir los problemas.

La ciencia avanza y el conocimiento de las causas de la enfermedad va configurando un mapa de riesgos que puede ser previsto con cierta seguridad.

Hoy sabemos que la concepción de la salud y la enfermedad, las ideas acerca de la vida cotidiana y los hábitos condicionan la posibilidad de enfermar.

Cambiar esa concepción, desechar errores, asumir nuevas pautas de conducta es fundamental para mantener la salud, y eso no se consigue fácilmente.

La educación para la salud, que abarca desde los medios de comunicación hasta el encuentro individual o grupal entre el enfermero y la sociedad, va a ser fundamental para el futuro.

Gran número de patologías están condicionadas por el estilo de vida propio de nuestra sociedad: el estrés, la vida sedentaria, la falta de ejercicio, el tabaco, el alcohol, la alimentación y la posibilidad de modificar el estilo de vida pueden ser un campo importante de competencia de la enfermera.

Podríamos seguir definiendo las características previstas para el ciudadano del próximo milenio, pero creo que sería buen momento éste para dar el siguiente paso.

3. LA SANIDAD EN EL PRÓXIMO MILENIO

Desde el inicio de este libro he tratado de no olvidar los aspectos que influyen en el sistema sanitario y por tanto condicionarán su desarrollo.

La economía, como he remarcado anteriormente, será un elemento regulador a la hora de prestar servicios y, si tenemos en cuenta que la demanda de servicios se incrementa al mismo tiempo que la tecnología, así como la medicina y la industria farmacéutica avanzan, podemos prever que no todos los avances estarán a disposición de todos.

La sociedad que ha vivido en un estado de bienestar exigirá cada vez más, y en esa exigencia de servicios el sistema tendrá que arbitrar las medidas para ofertar una atención justa para todos y, cuando la limitación de recursos obligue a elegir, a priorizar, que sea el más desprotegido el que reciba más.

Si bien será la administración, entendida como políticos y gestores, la que decida cómo administrar los recursos, la enfermería puede y debe tener su propia competencia en este campo, y organizar, administrar y repartir su tiempo, su esfuerzo, sus medios y sus conocimientos basándose también en las necesidades de la sociedad y teniendo en cuenta siempre a los menos favorecidos. Si durante etapas anteriores fue el médico el principal personaje y alrededor de él se fue constituyendo el sistema sanitario, hoy la figura fundamental va a ser el administrador, y el elemento que va a condicionar el sistema sanitario será *la economía*.

Ya en el inicio del libro planteaba que, al igual que en 1978 la Conferencia de Alma Ata mostró la crisis de los sistemas sanitarios, identificó sus errores e injusticias e hizo propuestas para salir adelante, hoy, a finales del siglo XX, hemos de realizar los ajustes necesarios para mantener un Estado de bienestar que responda a los principios de justicia y equidad, pero que se paga con dinero.

El próximo siglo nos deparará una España europeísta, desarrollada, con hospitales provistos de alta tecnología donde se lleven a cabo intervenciones quirúrgicas o pruebas, tratamientos complejos, diagnósticos de gran fiabilidad y terapias sofisticadas.

Los hospitales se dedicarán a resolver los problemas puntuales, pero el cuidado postoperatorio, los tratamientos largos, la rehabilitación y la convalecencia serán en el domicilio o en centros que sin duda, antes o después, el sistema habrá de ofertar, tales como hospitales de día, de cuidados mínimos, de terminales o residencias.

La estructura asistencial con dos niveles claramente marcados, atención primaria y especializada, habrá de sufrir un cambio, no sólo en su funcionamiento, sino también en la actitud de los profesionales.

Un hospital abierto, comunicado con la atención primaria de una forma fluida y eficaz, basado en la continuidad de los cuidados y en evitar baches en el proceso de atención a los pacientes, exigirá de todos la desaparición de las fronteras que hasta ahora se levantaban entre la atención primaria y la atención especializada.

La enfermería de ambos niveles va a ser imprescindible para el sistema sanitario, y el lugar que ocupemos en el futuro no será el resultado de la incomunicación, sino que, al contrario, ha de ser la propuesta conjunta de una profesión ante una sociedad que va a precisar cuidados de enfermería por encima de todo.

Hasta ahora, y tras la reforma de la atención primaria de los años ochenta, se marcaron dentro del sistema sanitario dos grandes bloques: atención primaria y atención especializada. Desde entonces hasta la fecha, más de una década, ambos ámbitos han crecido aislados el uno del otro. Sólo algunos profesionales, de algunos servicios hospitalarios, compartieron su tiempo entre los dos niveles.

La situación de desconocimiento de ambos niveles, que fue una característica de los años ochenta, se mantiene hasta nuestros días.

La enfermera de atención primaria no ha dado los pasos necesarios para comunicarse mejor con el nivel hospitalario; la enfermera de hospital se ha enquistado en su idea de que atención primaria es un lugar cómodo, una especie de balneario de enfermeras cansadas del hospital.

Esfuerzos puntuales para crear redes de comunicación entre ambos niveles, sea el informe de enfermería al alta, sea el informe al ingreso, no acabaron de cuajar, ya que ninguno de las dos profesionales vio el beneficio de esta comunicación, posiblemente porque cuando el paciente sale de nuestro ámbito no nos sentimos comprometidos con él.

Algunas experiencias de formación continuada mixta entre ambos niveles generaron encuentros para analizar su trabajo desde las dos perspectivas y, si bien una buena parte del tiempo se ocupaba en aclarar el valor de cada campo de trabajo en relación con el otro, estos encuentros fueron en la mayoría de los casos los únicos momentos de diálogo entre profesionales.

El sistema sanitario, para ser efectivo, va a precisar del diálogo entre todos los que en él trabajan. Y éste no puede reducirse a ámbitos, niveles o centros sanitarios sino que ha de abrirse a todas las ofertas del sistema.

Hemos de dialogar hospital con atención primaria, los profesionales de la ciudad con los rurales, los de la Sanidad Pública con los de los servicios privados, y sólo de esa forma ahorraremos dinero, ahorraremos esfuerzos y ahorraremos sufrimiento y problemas a los usuarios.

4. LA ENFERMERÍA EN EL PRÓXIMO MILENIO

«En un estudio realizado para los Estados Unidos, el mayor aumento de empleo que se prevé entre el año 1992 y 2005 es el de los trabajadores de la sanidad a domicilio y el segundo es el de los analistas y programadores de sistemas de computación.

El primero crece mucho porque la productividad global del sistema sanitario se expansiona poco a poco, lo cual obligará a descargar a los hospitales en beneficio de la hospitalización domiciliaria.

Proceso que no ahorrará mano de obra sino que la aumentará hasta colocarla en el primer lugar. Dicho de manera concreta: los trabajadores de la sanidad a domicilio, con un aumento cercano al 140 por 100, significarán el aumento más elevado».

(Cita textual de Ernest Lluch en el artículo «Costos crecientes y éxitos sanitarios públicos», aparecido en la *Revista de Administración Sanitaria*, vol. 1, enero-marzo de 1997.)

* * *

Posiblemente la enfermería se reparta entre las salas del hospital implementadas con ordenadores y rayos láser, quirófanos y unidades de urgencia, donde su aportación será fundamental en la recuperación de la salud de pacientes, y el medio domiciliario, donde deberá moverse entre cuatro paredes y sin los medios ni los apoyos a los que está acostumbrada.

La formación universitaria va a garantizar una enfermera eficaz en el medio hospitalario, perfectamente preparada para la tecnología y los cuidados sencillos o complejos del paciente ingresado, pero el medio domiciliario, campo que ocupará a un gran número de enfermeras, posiblemente no se esté abordando en la formación con todo el interés que requiere, y es sobre ese campo sobre el que quisiera incidir.

La atención primaria ya forma parte del aprendizaje de los diplomados en enfermería, pero la diferente intensidad de unas Universidades a otras puede poner en peligro un campo que podría dar trabajo a gran número de egresados en el futuro.

Dentro de la atención primaria centramos nuestro interés desde los años ochenta en las consultas de enfermería, y hoy también ese campo precisa de una reflexión.

Debemos analizar seriamente las consultas de enfermería de seguimiento de crónicos y valorarlas desde aspectos tales como coste, beneficio, eficacia y eficiencia, y posiblemente nos inclinemos más a trabajar con grupos de pacientes de similares características, y no forzosamente en el centro de salud, y reduzcamos las consultas de enfermería individuales.

Si somos sinceros tendríamos que aceptar lo que J. E. Torra refería en las III Jornadas Andaluzas de Enfermería en Atención Primaria, Andújar, 24, 25 y 26 de octubre de 1996:

«Gran parte de la enfermería en atención primaria se ha volcado en el campo más cómodo, en el de la consulta programada, ha llegado a tener a los crónicos "supermimados" y ha considerado que el trabajo en domicilios y con la comunidad era una pérdida de tiempo».

Citar a cuatro pacientes programados mientras en la consulta médica de al lado la demanda alcanza los 60 pacientes no es una situación excepcional.

Negarse reiteradamente a hacerse cargo de pacientes directamente del médico y resolverles su problema sin hacerles volver otro día ha sido la postura de demasiados enfermeros y enfermeras que desaprovecharon la oportunidad de hacerse imprescindibles para la sociedad. Mantener esa postura no sólo es imposible desde aspectos administrativos, sino que es éticamente insostenible.

Enfermeras y enfermeros universitarios, pagados con los impuestos de todos y en una Sanidad que va a recortar sus gastos, no pueden decidir cuántos pacientes programados citan, ni cuántas visitas hacen, o en el peor de los casos decidir si hacen o no visitas domiciliarias.

Las consultas de enfermería se podrán mantener para seguimiento de algunos casos que precisan ser atendidos de forma individual, pero al igual que estimo la necesidad de asumir el campo domiciliario de forma mayoritaria también considero que éste es el momento de plantearnos trabajar con grupos de pacientes y olvidarnos del encuentro individual cuando el contenido se repite en diferentes entrevistas.

Sin duda, cuando una enfermera ha encontrado su lugar en la consulta, se la prepara concienzudamente y ha llegado al manejo de la entrevista con buenos resultados, el salto al trabajo grupal puede producirle temor o, mejor dicho, «debe producirle temor».

Por ello démonos el tiempo necesario para reflexionar. No se trata de que en un mes cambiemos la dinámica del centro de salud, renunciemos a las consultas de enfermería, e incluyamos a todos los pacientes en grupos; eso sería una falta de responsabilidad profesional que nos llevaría al fracaso.

Lo que planteo es que en el futuro, y en ese término entiendo que debe haber un tiempo previo para prepararnos, hemos de asumir el campo de lo grupal, que las experiencias en nuestro país y en otros demuestran que los individuos que padecen los mismos problemas pueden ser elementos de apoyo entre sí, que el intercambio de experiencias tiene efectos muy beneficiosos y que la enfermera puede ser un dinamizador de estos encuentros.

Y voy más allá: cuando los grupos de ayuda, las asociaciones de pacientes, el voluntariado empiezan a encontrar un lugar de gran repercusión dentro del sistema sanitario y su labor repercute en todo él, es preciso reflexionar acerca del encuentro entre la enfermería y estas organizaciones más cercanas al paciente que los profesionales y aprovechar su dinámica, sus lugares de encuentro, para aportar nuestro trabajo.

Tenemos que convencernos que el centro de salud será nuestro lugar de referencia, el lugar a donde iremos puntualmente a por material, a llevar el registro de nuestras actividades, donde nos reuniremos semanalmente para encuentros, sesiones, trabajos en equipo, pero el tiempo mayor lo pasaremos fuera, trabajando con grupos o visitando a los pacientes en sus domicilios.

Es necesario que desde ahora nos planteemos cada vez más seriamente que la enfermera por la calle, la enfermera en los pisos subiendo escaleras, es lo que la sociedad necesita, y tengamos claro que, si aceptamos el reto de la asistencia domiciliaria como el eje de nuestro futuro profesional en la atención primaria, nos haremos un lugar a la cabeza del sistema sanitario.

Pero si no asumimos esa responsabilidad y seguimos sentados en el centro de salud con cuatro pacientes programados, otros profesionales, técnicos, auxiliares o médicos ocuparán nuestro sitio y nosotros quedaremos como reliquias de un pasado del que no quisimos o no supimos salir.

Por tanto, teniendo como perspectiva de futuro el trabajo con grupos de la comunidad y el trabajo a domicilio, creo que debemos prepararnos seriamente.

Al igual que en el inicio de la reforma de la atención primaria se

invirtió en formación continuada como garantía para llevar a cabo el proyecto, será preciso elaborar un programa docente que garantice en los enfermeros y enfermeras de atención primaria los conocimientos, las habilidades y la actitud precisa para abordar este nuevo campo.

Habrá que abordar elementos relativos a dinámica grupal, el conocimiento de la comunidad, sus roles, sus instituciones, las bases de la participación comunitaria, para poder sustentar nuestro trabajo.

Disciplinas como la psicología y la sociología nos pueden ayudar a configurar un programa básico de entrenamiento. Y sin duda será fundamental que los alumnos o los profesionales pasen por una experiencia grupal para entender la dinámica interna.

Los grupos operativos en la enseñanza en enfermería fueron una experiencia que vivimos en la Escuela durante cinco años, no sin dificultades, y esta metodología, u otra, será imprescindible a la hora de abordar el trabajo grupal.

De igual forma las características del aprendizaje de adultos, las técnicas adecuadas y todo lo que pueda dar seguridad a quien se adentra en este campo serán de gran ayuda.

5. LA ENFERMERA DOMICILIARIA

> «Sueño que algún día las enfermeras del mundo irán a los domicilios a cuidar y a curar a las personas que sufren y no tienen la suficiente atención. Pero eso tal vez sea para el año 2000».
>
> FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910)

Parece que el sueño de Florence Nightingale tiene visos de cumplirse con los datos que aporta Ernest Lluch en el capítulo anterior, y por tanto parece coherente que los enfermeros y enfermeras nos preparemos para cumplir eficazmente con nuestro rol.

Los cambios que el sistema sanitario está llevando a cabo en los ultimos años, presionado por problemas económicos e incluso desde perspectivas que consideran el ámbito familiar un lugar mejor para los pacientes que el hospital, se han llevado a cabo sin tener en cuenta que los familiares tenían que asumir nuevas tareas, sin contar con ellos ni valorar sus posibilidades.

La familia como cuidadora muda, sin derechos, víctima de la imprevisión politicoadministrativa, está recibiendo una carga de trabajo extra que, si bien se justifica desde los lazos afectivos de sangre, no está teniendo desde el sistema sanitario un cuidado para que se asuma de forma paulatina y con la información y los medios precisos.

Ante esta perspectiva, los que creemos que hemos de mirar un poco más allá de nuestros días, consideramos que el sistema sanitario tiene que articular propuestas y modificar su estructura para incluir a la familia como un elemento más del sistema.

Por eso tal vez la asignatura pendiente de médicos, enfermeras y de todos los sanitarios frente a esta nueva etapa sea *definir y delimitar el rol de la familia en el cuidado y la atención del paciente a domicilio.*

El salto del medio hospitalario, como lugar de resolución de problemas, al medio domiciliario, y por tanto comunitario, no es un cambio sencillo, ni hay que dar por hecho que estamos capacitados para asumirlo sin una preparación previa.

La salida del equipo de salud a la calle, la apertura del hospital a la sociedad, la desaparición de las fronteras entre la atención primaria y la hospitalaria nos presentará problemas que siempre existieron, pero que al no traspasar las puertas del hospital hemos podido no verlos.

De igual forma, los problemas de salud condicionados al ámbito psicosocial de los ciudadanos, el maltrato en la infancia, los abusos, la violencia, que llegaron de forma excepcional a los hospitales, los encontraremos mucho más a menudo en el medio domiciliario, así como los problemas nutricionales como bulimia y anorexia y las enfermedades mentales, que son hoy todavía problemas aislados dentro del sistema sanitario, ubicados única y exclusivamente en los departamentos de salud mental.

Paralelamente a la convicción de que en el futuro estarán en el domicilio gran parte de nuestros clientes, desde los bronquíticos crónicos hasta los minusválidos, los pacientes con sida y los depresivos, y todos dirigirán una parte de sus necesidades y de sus demandas a los profesionales de enfermería, es necesario que desde ahora nos planteemos seriamente que en el ámbito comunitario y en el domiciliario está el futuro de gran parte de la profesión.

Los usuarios todavía no saben lo que la enfermería les puede dar, pero si nosotros somos capaces de ir abriendo nuestra oferta a

medida que nos vamos preparando para atenderla con calidad, posiblemente en el 2020 nos encontremos con que la enfermería ha recuperado desde el hospital, desde los centros de salud y desde el medio domiciliario, el prestigio que se merece, y ocupe un lugar fundamental en el sistema sanitario.

Características del trabajo a domicilio

Hace ya muchos años yo hacía un símil de la visita domiciliaria con el cuento de Caperucita.

Entre Caperucita (enfermera) y la abuelita (paciente en el domicilio) existía un lobo (todo tipo de problemas) que hacía muy difícil el encuentro entre la abuela y la nieta.

De los lobos, de los miedos y de la necesidad de visitas a la abuelita vamos a tratar en estas páginas.

Si aceptamos como válido que hemos de asumir el campo domiciliario como ámbito prioritario para la enfermería comunitaria, es necesaria una reflexión en profundidad que nos ayude a entender las claves de un espacio diferente de asistencia.

El trabajo a domicilio difiere mucho del trabajo en el hospital o en el centro de salud, y es necesario tener en cuenta esta premisa; de lo contrario cometeremos el error de considerar que el trabajo a domicilio es la prolongación del hospital, «la hospitalización a domicilio», como se ha considerado durante mucho tiempo.

Sin intención de polemizar en los términos, considero que sería un error denominar *hospitalización a domicilio* la atención que el personal sanitario presta en el domicilio de las personas que lo precisan. Sería más adecuado *domiciliación de la asistencia sanitaria*, o algún término que defina mejor lo que supone que el sistema sanitario se amolda a ese hábitat con sus recursos, sus avances técnicos y sus profesionales.

No es una prolongación del medio hospitalario en peores condiciones, es el ámbito del paciente, su casa, su lugar, donde vive y posiblemente ha vivido siempre, donde convive con otras personas y donde hay una dinámica, un estilo de vida propio e independiente de nosotros, que no está sujeto a nuestras normas como en el hospital, sino que por el contrario tiene las suyas propias, a las que debemos amoldarnos.

Posiblemente los profesionales de la salud nos manejemos con

cierta facilidad en el conocimiento de las patologías, sus síntomas, sus complicaciones, y posiblemente seamos unos expertos en el manejo de las pruebas y de los tratamientos, por lo que podríamos plantear que sabemos cada vez más del proceso y somos capaces de asumirlo en un paciente concreto con sus características personales.

Sin embargo me atrevería a afirmar que todavía no hemos avanzado lo suficiente para entender cómo se armoniza *un diagnóstico con un paciente y con su familia*.

Sabemos mucho o poco de una enfermedad, pero tenemos que seguir aprendiendo cómo vive un determinado paciente su enfermedad, y dar un paso más acerca de cómo la vive en su medio familiar. Un tumor en un muchacho de doce años no es simplemente un tumor, un crecimiento anómalo de células, es un quebranto familiar que exigirá para su atención y cuidado que tengamos en cuenta a todos, al niño, a sus hermanos, a sus padres, a sus amigos, que le facilitemos un tipo de vida que le mantenga unido al mundo, que le distraiga, que no se cree a su alrededor un duelo precoz. Tenemos que saber más del cáncer, del sida, de la vejez y más de quien lo vive y del medio en que lo vive.

La medicina ha avanzado, la enfermería ha avanzado, pero el mayor avance de la sanidad ha sido permitir la entrada de otras disciplinas, y de esa forma la psicología, la sociología, la antropología, de la mano de sus profesionales, nos dan las claves para entender la relación del niño con su medio, nos ayudan a entender los roles dentro de la familia, los rituales de salud o enfermedad, el peso de determinados tabúes.

La concepción multidisciplinar de la salud ha abierto posibilidades de aprendizaje y nos ha dado herramientas para nuestro trabajo; es preciso ir a esas fuentes a leer, a estudiar, a consultar para dar ese gran paso de la concepción individual de la salud a la concepción familiar y colectiva.

La familia como parte del sistema de salud

La familia cuida, la familia previene, la familia protege, rehabilita y apoya la reinserción del paciente.

La familia asume gran parte de casi todos los procesos de enfermedad, desde el primer síntoma hasta el último, y sólo cuando le

sobrepasa acude al sistema sanitario oficial para consultar, obtener medicamentos o resolver problemas insuperables.

La familia es parte del sistema de salud, tanto cuando está en el domicilio cuidando al paciente, como cuando dentro del ámbito hospitalario asume las tareas que el sistema delega en ella, sin ningún tipo de contrapartida.

La familia vigila el suero de los pacientes hospitalizados, en muchos casos realiza la higiene diaria, les da de comer, recuerda datos, es un elemento más a la hora de cuidar al paciente y sin su ayuda posiblemente el hospital habría de invertir en contratar más personal; sin embargo, nadie considera al familiar dentro del hospital como alguien que, a cambio de sus trabajo, podría tener un buen sillón para descansar, un lugar donde ducharse, tal vez una comida diaria subvencionada o un mínimo reconocimiento por parte de los sanitarios.

La evidencia de que el sistema sanitario, el conjunto de todos nosotros, médicos, enfermeras, etc., no considera a la familia como parte del sistema es prueba de que no asumimos que, puesto que va a atender al familiar paciente, es nuestra obligación ineludible adiestrarles para su función.

Si realmente reconociéramos que el familiar va a ser un elemento fundamental en el cuidado del paciente, dedicaríamos un tiempo a adiestrarle, a enseñarle cómo lavar a un paciente inmovilizado, levantarle sin dañarse la espalda, planificar los cuidados, movilizar sus extremidades, lavar su boca, manejar el instrumental básico, organizar un horario, todo lo que va a tener que hacer en cuanto le demos el alta al paciente, y que sin nuestro apoyo se convertirá en un trabajo agotador.

Los familiares no saben lavar a un paciente encamado de la forma que nosotros aprendimos en la Escuela, no saben cómo lavarle la boca, no conocen los productos más adecuados, no saben dónde encontrar una cama articulable o dónde pueden hacer una peluca de su propio pelo antes de perderlo con la quimioterapia.

La función de la enfermera en el domicilio no es fácil de delimitar; nuestro sistema sanitario no va a proveer de enfermeras que estén con los pacientes en el domicilio todo el día, ni muchas horas, y el reto es que la familia obtenga de nosotros todo el apoyo, el adiestramiento y que consigamos crear relaciones de ayuda que le den la seguridad que precisa.

No se trata por tanto de llegar al domicilio y dar órdenes o con-

sejos; se trata de empatizar con ellos y con su problema y asumir que tenemos los conocimientos que ellos necesitan y el rol adecuado para enseñar, y arremangarnos y preparar el baño con los utensilios de una casa, con sus toallas, sus sábanas, sus baldes, su agua caliente y su jabón líquido, explicándole al cuidador cómo hacerlo, por qué movilizamos al paciente de una forma o de otra, por qué utilizamos tal o cual producto y cuál le recomendamos de acuerdo con su economía.

La enfermera domiciliaria precisa, además de sus conocimientos científicos, sus habilidades técnicas, una capacidad de amoldarse a situaciones diferentes con una gran dosis de sentido común y de imaginación.

Tenemos que cambiar nuestra forma de relacionarnos con la familia «cuidadora» y dejar de decir: «Lo que usted tiene que hacer es...», para pasar a «¿Cómo podríamos planificar juntos su cuidado, teniendo en cuenta las condiciones de la casa, los horarios familiares, los recursos con los que contamos?».

Atender a un paciente oncológico a domicilio, orientar a una esposa asustada que desea que su marido permanezca en el hogar pero tiene miedo a los problemas imprevistos, supone mucho más que dejar material desechable en cantidad suficiente.

Dar seguridad es dejar números de teléfono para todas las horas del día y la noche, festivos y vacaciones, prever situaciones, informar no sólo de la medicación, sino también de la necesidad de visitas, de distracción del paciente y del cuidador, de los beneficios de hablar del problema, de la inseguridad ante comentarios en el pasillo, de la posibilidad o imposibilidad de tener relaciones sexuales, de todo lo que configura la vida del ser humano y preocupa a un paciente y su familia.

La enfermera domiciliaria, además de revisar sus constantes, aplicar la medicación, realizar las curas o todo aquello que precise según el diagnóstico, tendrá que ayudar al paciente y a la familia a convivir saludablemente con la enfermedad en casa.

Las enfermeras de equipos de atención primaria, aquellas que ya llevan un largo entrenamiento en este campo, que entendieron cuál era su función, su responsabilidad y su futuro, hace tiempo que saben todo esto, pero lamentablemente no son la mayoría. No es casual que muchas de las visitas domiciliarias se hayan convertido en meras aplicaciones de técnicas a domicilio, sin que la enfermera se implique más: es la consecuencia lógica del miedo a no saber cómo actuar.

Hasta hace poco nuestra competencia se limitaba a un encuentro entre la enfermera y el paciente; ahora el encuentro va a ser *enfermera-paciente-familia*, y las familias también han cambiado.

Desde cualquier medio de comunicación nos encontramos estudios sociológicos sobre la familia española actual y las perspectivas de futuro. Familias monoparentales, ancianos en residencias, parejas de hecho, hijos de diferentes padres, parejas de homosexuales, pisos compartidos por diferentes motivos, configuran un amplio abanico de lo que la enfermera encontrará cuando salga de las cuatro paredes del hospital.

La enfermera domiciliaria ha de aprender a moverse en el medio doméstico, sea éste cual sea: piso compartido, parejas heterosexuales u homosexuales, pisos grandes o pequeños, donde los ancianos pasan días enteros casi en soledad, o donde seis niños pululan alrededor de una mujer cansada. Entender la dinámica de esas familias y amoldar las pautas de tratamiento y cuidado del paciente dentro de esta nueva dinámica social será el reto profesional.

La pregunta que debemos hacernos es si estamos preparadas para afrontar ese mundo complejo y variado que existe fuera del centro de salud.

La enfermera domiciliaria no es una continuidad de la enfermera hospitalaria pero con maletín, es un giro en la concepción de la salud en la que pasa de la valoración prioritariamente biológica que se vive en el hospital a una valoración en la que la familia y el medio comunitario tienen un peso fundamental en los procesos, de forma que sin perder de vista los aspectos concretos de diagnóstico, tratamiento, pruebas, controles, se habrá de valorar la calidad del entorno del paciente y hacerlo lo más terapéutico posible con los medios a su alcance.

Algunas características del trabajo a domicilio

A pesar de todo lo que hagamos para completar el equipamiento a llevar en el trabajo a domicilio, definir al máximo la metodología de trabajo, prepararnos para todo tipo de familias, el simple hecho de traspasar las puertas del hospital o el centro de salud y adentrarnos en la vida cotidiana, con o sin uniforme, tiene riesgos.

El primero es la *inseguridad* que produce enfrentarse en solitario ante situaciones imprevisibles. Posiblemente una enfermera en

una sala de cirugía no consulte casi ninguna de las actividades, puesto que las conoce y maneja, pero sabe que si tuviera una duda habría muchos profesionales dispuestos a resolvérsela. El trabajo domiciliario impone una tensión a la enfermera, especialmente en los primeros encuentros, cuando todavía no conoce al paciente o a la familia, o cuando los procesos son complicados, los riesgos muchos, o las expectativas puestas por la familia en la enfermera son desproporcionadas.

Sin embargo, esta situación ha sido y es habitual para muchos profesionales sanitarios tanto médicos como enfermeras, tanto rurales como de urgencias, o los que se dedican a actividades privadas. Además de la soledad el trabajo domiciliario tiene riesgos físicos, accidentes, atracos, sustos e inclemencias meteorológicas, pero posiblemente los que más preocupan a la enfermera, o a cualquier trabajador que pase muchas horas en la calle, sea el encuentro con la violencia callejera, los atracos, el riesgo de accidentes, así como el encontrar en el domicilio signos de maltrato, el alcohol, las drogas, el abandono, la miseria, la promiscuidad o el hacinamiento.

El hospital «filtra» estos problemas, y los comportamientos de pacientes y familiares sufren un control que impide situaciones problemáticas. ¿Qué hacer cuando encuentras en un domicilio a un niño supuestamente maltratado, o un ambiente violento, o un cuidador alcohólico, o un anciano absolutamente despreciado por la familia?

¿Qué hacer ante la familia que insiste en cuánto le queda de vida al anciano, con innegable deseo de que sea el mínimo?

¿Cómo reaccionar en estos casos?

Nuevamente la respuesta ante lo desconocido está en la formación: *No sabemos, pero podemos aprender.*

Necesitamos aprender a manejar situaciones difíciles de la mano de las disciplina adecuadas. Practicar la técnica de la entrevista, *roll-play*, escenas temidas, son medios para conocer nuestras propias reacciones y nos dan las herramientas para actuar mejor. Controlar la angustia, manejar la transferencia del paciente, descargarse de las situaciones vividas que nos dejaron marca, no se consigue a fuerza de voluntad ni de negación, sino en el aprendizaje.

Para poder comprender la importancia de nuestro rol en el medio domiciliario es imprescindible una formación previa desde la

Universidad y una formación continuada dentro de los centros, la cual no tiene que ser exhaustiva en contenidos teóricos, sino prioritariamente dirigida a la acción, facilitando a la enfermera que analice junto con sus compañeros las dificultades de su trabajo.

Las enfermeras que ostentan cargos de responsabilidad en las áreas deberán programar talleres, cursos, seminarios u otro tipo de experiencia docente donde trabajen esos problemas con un experto y vayan aprendiendo cómo actuar en situaciones difíciles.

Los avances tecnológicos deben llegar al domicilio

Siempre la atención domiciliaria será más económica que la hospitalización, pero no podemos caer en la injusticia de considerarlo un servicio mínimo, con recursos tercermundistas.

El paciente en el domicilio puede y debe ser atendido con la máxima garantía de calidad y estamos obligados a buscar la forma de alcanzarla.

Un campo pendiente de cara al futuro será facilitar los elementos: mobiliario, ortopedia, etc., que mejoren la calidad de vida a enfermos, ancianos, minusválidos y a sus cuidadores.

La enfermera, junto con otros profesionales fisoterapeutas, trabajadores sociales, debe adentrarse en este campo y buscar elementos de apoyo al cuidado, a la convalecencia, la recuperación o la reinserción social de los pacientes.

El domicilio como ámbito de convalecencia, donde permanecen encamados, semieencamados, inválidos, debe ser equipado de aquellos elementos que faciliten la vida. En principio los más simples: barras, manivelas en las puertas, asientos para retretes, cucharas especiales, mesas de cama, timbres, teléfonos, sistemas de alarma.

Pero debemos avanzar mucho más, y en una época en que los niños manejan juguetes electrónicos, en que los ordenadores están al alcance de muchos y las comunicaciones no tienen casi límite, es injusto que un tetrapléjico ocupe su tiempo mirando la televisión, o precise de ayuda para pasar las páginas de un libro, cuando podría aprovechar sus capacidades restantes y con la ayuda de las nuevas tecnologías tener acceso al mundo, a estudiar, escribir, leer o jugar al ajedrez sin ayuda.

La televisión nos ofrece día a día escenas de películas de otros países donde los pacientes manejan con la boca, con la cejas, con un dedo, instrumentos que les hacen parcialmente independientes, y avanzar en ese campo es un factor más del cuidado. Esta asignatura pendiente debería ser abordada por la enfermería desde el inicio, desde la escuela, acercando a conocer la industria, sugerir avances, pedir demostraciones, averiguar precios, usos. Convertir a la enfermera domiciliaria en una experta en aparataje de apoyo al paciente sería un gran avance para el paciente y también para el colectivo.

Por otra parte, si detectamos que uno de los problemas de la enfermería domiciliaria es encontrarse ante situaciones imprevistas para las que no tiene solución y precisa apoyo o consejo, tendremos que solicitar apoyos tan simples y tan al alcance de la mano como teléfono móvil comunicado únicamente con el centro de salud o con el equipo de guardia.

Siguiendo por el camino de facilitar el trabajo a la enfermera para hacerla más rentable, podemos analizar lo que cuesta su desplazamiento en barrios populosos, donde pasa mucho tiempo recorriendo calles distantes que le roban un tiempo precioso por el que es pagada y le producen un cansancio que, analizado desde planteamientos de coste-eficacia, obligaría al sistema a facilitar un medio de transporte colectivo que movilice a las enfermeras por el barrio y aproveche al máximo sus recursos de personal.

TERCERA PARTE

EL PORVENIR DE LA FORMACIÓN

1. DE LA PIZARRA Y LA TIZA A INTERNET

He afirmado categóricamente al inicio del libro que una de las características más interesantes de la enfermería al finalizar el siglo es la posibilidad que tiene de acceso a una formación de calidad, su lugar indiscutible en la Universidad y la posibilidad de desarrollarse a la par con otras disciplinas universitarias. Sin embargo también anunciaba que algunas escuelas universitarias mantienen un esquema de formación y una concepción del profesional que nos recuerda las viejas escuelas de ATS.

Valgan estas reflexiones para introducirme en una tema apasionante y casi ilimitado en su análisis .

De la pizarra y la tiza al ordenador conectado a Internet

Enseñar sin duda es un reto, pero enseñar de cara al siglo XXI exige de todos nosotros una reflexión valiente que nos permita encontrar nuevas vías para que el alumno aprenda aquello que realmente necesita saber y de la forma más adecuada a su tiempo y a su mundo. Estamos en la era de la comunicación, de la información exhaustiva y al alcance de la mano, y eso exige de todos nosotros un esfuerzo por cambiar nuestra forma de enseñar.

Una de las reflexiones que puede ayudarnos es asumir sin ningún rubor que el desarrollo de la ciencia de la información en las últimas dos décadas ha creado un abismo generacional nada despreciable. Entre los estudiantes de dieciocho años y los docentes de cincuenta hay un tramo en el que se ha desarrollado una tecno-

logía a la cual los jóvenes fueron entrando desde niños sin ninguna dificultad, mientras que los mayores precisamos de un reciclaje no siempre fácil y asequible.

En veinte años hemos pasado de la pizarra y la tiza al ordenador personal conectado a Internet; asumir esa diferencia es el punto de partida para acortarla.

Nuestros estudiantes tendrán acceso a las bibliotecas de todas las Universidades, entrarán en contacto con colegas de muchos países, podrán visualizar desde su casa experiencias profesionales, aulas a distancia, videoconferencias, y ese futuro cercano debe cambiar la forma de enseñar en la Universidad si no queremos convertirnos en restos arqueológicos. La ciencia avanza, la tecnología avanza mientras la sociedad va cambiando, y la enfermería, que ha realizado cambios de gran trascendencia, no puede ser un espectador pasivo.

Antes de que finalicen su carrera los alumnos que la inicien hoy, se habrán publicado avances científicos que posiblemente cambien la cirugía tradicional y la metodología diagnóstica en algún aspecto, estudios de investigación nos hablarán de las percepción del dolor, de la valoración de la salud de las nuevas generaciones, de nuevas dietas o de terapias alternativas que condicionen el desarrollo mundial. Tratar de preparar a los futuros estudiantes para ese mundo con métodos tradicionales atrofiados es inconcebible.

Los aspectos que quisiera tratar en este capítulo van dirigidos a la formación universitaria y centrados naturalmente en el campo que mejor conozco, pero la reflexión posiblemente fuera válida para cualquier docente, ya que la Universidad española en su conjunto, y no sólo la formación del diplomado universitario en Enfermería, tiene ante sí un reto de gran magnitud.

Vaya por delante un reconocimiento sincero a los docentes de las escuelas universitarias y a los que nos precedieron, porque los avances llevados a cabo por nuestro colectivo deberían servir de acicate al resto.

* * *

Las ideas que a continuación quisiera verter son fruto de una reflexión compartida con otros y sustentada en la experiencia vivida en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad (en adelante EUE), con un equipo que tiene entre sus virtudes la de debatir sobre todo y no aceptar nada por decreto.

Por otra parte a lo largo de mi vida profesional he tenido ocasión de conocer a personajes de gran valía, españoles y extranjeros, a los cuales nunca me fue difícil acercarme y comentar mis ideas, preguntar mis dudas y compartir propuestas.

De entre todos ellos quisiera hacer especial mención, al profesor Armando Bauleo, del Instituto Psicoanalítico de Venecia, que supervisó el proyecto de la Escuela, al Profesor Moshen Prywes, de la Universidad de Bersheva, en Israel, de quien, diez años antes, aprendí la línea lógica de aprendizaje integrado en la comunidad; al profesor Luis Alberto Branda, de la Universidad de McMaster en Canadá, que nos ayudó a introducir el aprendizaje basado en problemas en nuestra metodología docente y me recordó la necesidad de escuchar a los alumnos; a la profesora June Clark, de la Universidad de Middlesex, en Londres, entonces presidenta del Royal College Of Nurses, al profesor Eduardo Menéndez, de Chile, que nos recordó el papel activo de la población en la salud, al profesor Santiago Kovadloff, de Argentina, que nos animó a recopilar nuestro bagaje intelectual; a Fernando Savater y a Victoria Camps, que aceptaron mi invitación y vinieron a nuestra Escuela; a todos ellos pude abordar sin dificultad a pesar de su prestigio, confirmando que las personas más valiosas son a veces las más asequibles, y nos aportaron aires nuevos, ideas nuevas que después, digeridas y amoldadas a nuestra realidad, nos permitieron avanzar.

2. ¿UNIVERSIDAD O CASITA DE MUÑECAS?

Para poder introducirnos en la formación universitaria de la enfermería y desde allí analizarla con la mirada puesta en el futuro, es necesario reflexionar sobre la historia reciente, la vivida por quien escribe estas páginas y por gran parte de las enfermeras y enfermeros en ejercicio, y de esa forma valorar las dificultades y también los enormes avances que este colectivo ha llevado a cabo en el último cuarto de siglo.

La formación de las enfermeras mujeres ha estado marcada, hasta los años ochenta, por las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios, la mayoría regentadas por religiosas, las cuales no tuvie-

ron dificultad para esculpir su modelo de enfermera, ya que muchas de sus alumnas provenían de colegios de monjas y la escuela fue la continuidad de una historia, sin altibajos notables, en cuanto a ritmos, rutinas, reglamentos. Se valoró más la blancura del uniforme que los conocimientos, el buen comportamiento que la investigación y muchas veces los profesores no pasaban de ser mediocres conocedores de la materia que impartían.

Entre esto y el colegio de monjas, donde muchos estudiamos el bachillerato, poca diferencia había; tal vez por ello nunca nos dimos cuenta de lo que podía ser la Universidad, ni de lo que nos estábamos perdiendo en aquellas casitas de muñecas.

Escuelas de monjas o instituciones seglares dieron un aire a la mujer enfermera que no salpicó al hombre que estudiaba en la Universidad. Sin embargo, la Universidad no fue sinónimo de formación universitaria.

La formación del hombre enfermero hace dos décadas fue diferente a la de la mujer enfermera tanto en su aprendizaje teórico como en sus prácticas clínicas, pero la diferencia mayor fue que ellos no recibían el mensaje que empapaba la nuestra.

Sería interesante saber si la razón para que, a lo largo de los años, nuestros colegas varones buscaran como lugares de trabajo aquellos más alejados de la cabecera del paciente se debió a que no les enseñaron esa abnegación, entrega, espíritu maternal que empapó nuestra formación, y al no haber aquellos aspectos, la profesión se quedó en un algo de minimedicina que no satisfizo sus propias aspiraciones, buscando lugares más técnicos en laboratorios, servicios de radiología, etc.

Hoy todo aquello es historia y nos encontramos con un reto diferente. La formación del enfermero y la enfermera es la misma y ahora nos queda saber cómo hacer para que la Universidad, por medio de las escuelas universitarias integradas o adscritas, deje en el alumno una experiencia universitaria.

Es claro que las escuelas corren el riesgo de seguir siendo casitas de muñecas para formarse niñas-enfermeras, pero no es menos cierto que la palabra Universidad puede estar totalmente vacía de contenidos universitarios y ser sólo un lugar, un recinto, un título a la puerta y un sinónimo de abandono, de mala práctica, de falta de responsabilidad y de desencanto por parte de los alumnos. Hacer que las EUE sean auténtica Universidad es un reto y dependerá de la idea que cada cual tenga de la Universidad, y ésta es la mía.

La Universidad en comparación con la vieja escuela tiene una actitud diferente frente al alumno, al que considera protagonista activo de su formación. No asume la tutela del alumno al viejo estilo de las escuelas, sino que pone en sus manos los medios para aprender, consciente de que aquel que no lo desee no aprenderá.

La Universidad no tiene un sistema de control exhaustivo del alumno, de su asistencia, de su conducta, de su forma de actuar. No entra en ello; admite que allí lleguen los que desean y hayan podido ingresar, y su aspecto, su motivación, su comportamiento, dentro de los límites de la convivencia, están permitidos.

Sin embargo, confieso mi propia debilidad, que muchas veces percibo también en mis colegas docentes, en la tendencia a controlar a los alumnos de enfermería. El hecho de que en tres años pasen del aula a la UVI, de las prácticas como alumnos a la responsabilidad directa del paciente, sin un tiempo de internado, sin un tiempo de tutorización profesional, nos asusta a los docentes, y presionados por esa idea queremos asumir el control de su aprendizaje.

Nos es difícil dejar al alumno su obligación de saber y la responsabilidad de su trabajo futuro, y creemos que estando sobre ellos lo harán mejor.

Al estudiante de enfermería en algunas ocasiones lo asumimos como un objeto pasivo, y los recortes de tiempos, las nuevas asignaturas de difícil inclusión dentro de las tradicionales materias, generan en los docentes la queja de «Así no podremos formar buenos profesionales», como si nuestra función fuera esculpir un profesional pasivo.

Sin embargo, si revisamos los contenidos de las asignaturas, veremos que por lo general no son algo que el alumno no pueda encontrar en los libros, en los periódicos, en las bibliotecas. Muchas veces nuestras clases se quedan anticuadas casi antes de darlas y las repetimos años atrás año. Tomamos datos de libros publicados hace tiempo, y con ellos armamos un bloque compacto del tamaño de las horas que el programa nos ha adjudicado, y en esas condiciones le pasamos el bloque al alumno.

Si nos preguntáramos por qué hemos incluido tal o cual contenido, tal o cual tema, y fuéramos sinceros, tendríamos que reconocer que en la mayoría de los casos elegimos esos contenidos porque son los que nosotros manejamos mejor, lo que creemos «dominar», y la razón por la cual el alumno debe aprender exactamente esos contenidos y no otros es que se los exigiremos para aprobar, sin re-

flexionar que aprobar tal y como lo concebimos ahora no es nada, aprobar es limitar al alumno a que sepa lo poco que sé, y que lo sepa como yo lo sé, con las mismas palabras, que conteste a mis preguntas, no que se haga preguntas. Que consulte los libros que yo manejo, y a veces que no consulte ninguno.

Sin embargo, la información circula de una forma que el alumno tiene acceso a ella por medios muchos mas sofisticados y exactos que la figura del profesor. Ya no podemos de ninguna manera restringir los programas a contenidos concretos sino enseñarle la forma de encontrar la información lo más actualizada posible del tema que está en estudio.

De ninguna manera un profesor sabrá más de prevención de contagio, de anatomía, de comportamiento humano, de efectos secundarios de tal o cual medicamento que lo que el alumno pueda encontrar. Olvidar al profesor como fuente única de información nos llevará a nuevas posibilidades que enriquecerán al alumno, al profesor y a la propia Universidad.

Profesores dispuestos a aprender con ellos y sobre todo comprometidos con ellos.

Profesores que preparan las clases y las hacen dinámicas, donde los alumnos participan como elementos fundamentales, profesores que promueven trabajos con conciencia de estar aprendiendo también.

Profesores que se convierten en tutores de su aprendizaje, ya que lo que el alumno necesita es la figura del profesor que orienta, que apoya, que ayuda en la búsqueda.

No estoy hablando de autosuficiencia del alumno, de total autonomía, no porque la considere un error, sino porque la mayoría de los alumnos necesitan de un buen profesor para avanzar.

El reto está en facilitar al estudiante que termine la materia, la asignatura, el módulo sabiendo más que yo, enseñándome a mí, trayendo a clase lo que yo todavía no he consultado.

Si aceptamos la premisa de reformar la enseñanza por otra más activa donde el alumno sea el motor de su propio aprendizaje, tendremos que aceptar que investigar, debatir, criticar, sacar sus propias conclusiones será la consecuencia inmediata.

Si al estudiante de enfermería le permitimos reflexionar libremente, adquirirá una actitud crítica y posiblemente lo primero que critique sea el sistema educativo en el que se está formando y el sistema sanitario en el que se incluirá en breve.

Desde esa mirada crítica del alumno, la figura del profesor tradicional corre peligro, se resquebraja si no sabe entrar de lleno con él en el debate.

De la mirada crítica, aceptada por los docentes, nacerá el deseo de investigar, de saber el porqué, y es función de la Universidad animarles a analizar, animarles a cambiar, destapar la utopía de que es posible mejorar, de que es posible cambiar el sistema.

3. NUEVAS METODOLOGÍAS EDUCATIVAS

> «Quizás haya que recordar también que nuestra existencia está directamente relacionada con el producto que somos capaces de dar, por lo que tendremos que evaluar si ese producto es de calidad, si responde a lo que la sociedad demanda de nosotros, o si por el contrario estamos formando a perfectos teóricos que precisarán posteriormente de un segundo aprendizaje para integrarse en el mundo laboral».

Esta reflexión del profesor Jesús Rodríguez Osorio, de la EUE de la Comnidad en un documento interno de la Escuela, puede valernos de introducción a este capítulo.

Es necesario introducir metodologías participativas, donde el alumno se convierta en protagonista de su propio aprendizaje, y en esa línea podemos hablar de nuestra experiencia en aprendizaje basado en problemas.

Esta forma de trabajo, en que el alumno busca la información, selecciona, profundiza, desecha, frecuenta bibliotecas, hace búsquedas bibliográficas, supone más trabajo y más tiempo para todos, y especialmente para el alumno, un tiempo que a veces no tienen y que nos obliga a reestructurar su formación, y supone un estado de ansiedad que no vive con la misma intensidad cuando se sienta pasivamente a escuchar a un profesor.

Pero la ansiedad, como otros sentimientos, es parte inherente del aprendizaje, ya que la información que los alumnos de enfermería van recibiendo, tanto de los libros como en el aula o en las prácticas con enfermos, no debe dejarles indiferentes.

El encuentro con el mundo sanitario toca en muchas ocasiones sus emociones más profundas, afecta a las vivencias que sobre la

enfermedad o la muerte acontecieron en su casa, en su familia, es algo consustancial a la profesión de enfermería, donde alumnos de menos de 20 años se ven enfrentados a situaciones límite, se encuentran en lo cotidiano con la muerte, con el dolor, o con la vida, el cuerpo abierto, o desnudo; todo eso les afecta y es necesario ayudar al alumno para que lo digiera a la luz de su propio mundo y de esa forma vaya madurando hacia la producción.

Porque cuando el alumno ha vivido plenamente el aprendizaje nos devuelve su propia producción, su producto intelectual, el conocimiento asumido, que ya formará parte de su bagaje, y que sin duda será mucho más rico que los apuntes tomados escuchando a un profesor.

El aprendizaje basado en problemas (ABP) como metodología participativa ha transformado nuestra experiencia docente y ha convulsionado mi identidad de profesor.

De forma tímida iniciamos en 1993 los contactos con la Universidad de McMaster en Canadá y de la mano del profesor Luis Alberto Branda comenzamos una reforma en la enseñanza cuyas consecuencias no se reflejan únicamente en el aprendizaje de los alumnos, sino también en una nueva dinámica en la Escuela.

Algunas de las asignaturas en las que introdujimos el ABP van dando frutos que, insisto, no se refieren únicamente al conocimiento de contenidos del alumno, sino a la vivencia de profesores y alumnos.

Los alumnos están aprendiendo a aprender, no saben más, no tienen más conocimientos, no podrían repetir de memoria la lista de medicamentos o el reglamento de régimen interno de un hospital, pero saben dónde está la información y cuáles son las vías para conseguirlas.

Hemos entendido que pretender contener en tres años todo lo que el enfermero y la enfermera van a necesitar para su desarrollo profesional es querer almacenar el océano.

El reto es analizar nuestro proyecto educativo e identificar claramente qué es lo que el alumno necesita saber para desempeñar su rol profesional, siempre con una perspectiva de futuro que prevea las reformas posibles, al menos para una década.

La función enfermera se caracteriza por tener que tomar decisiones de mayor o menor envergadura de forma continua, por pasar de un paciente a otro con características diferentes y dolencias distintas y atenderle en un plazo corto, teniendo en cuenta todas sus individualidades.

Esa dinámica tienen que aprenderla durante su formación, ya que en el ejercicio profesional de nada le servirán los conocimientos aprendidos de memoria, que no sólo se olvidan antes de recibir el título, sino que se quedan en muchos casos obsoletos.

Las enfermeras se ven obligadas a integrar cambios, tanto en métodos de diagnósticos como en tratamientos o controles, a la velocidad en que la institución los va introduciendo; por ello los tres años de formación básica han de ser años en los que les enseñemos a aprender, les habituemos a lo que será la dinámica laboral, y eso supone una reflexión seria y valiente por parte de los profesores y una mirada ávida de conocer experiencias en otros lugares.

Formación centrada en la comunidad

No sólo la metodología docente exige una reflexión; también los contenidos, la forma de programarlos, los lugares de práctica, las visitas, todo debe configurar un proyecto educativo acorde con los tiempos.

La formación centrada en la comunidad es otro de los planteamientos fundamentales.

Que el alumno se acerque a la población desde el inicio de su carrera, que la conozca sana y enferma, que sepa sus recursos y los medios que influyen directa e indirectamente en su salud, es fundamental para saber en el futuro comunicarse con ella.

Iniciar al alumno en primer curso en una experiencia centrada en la comunidad, en el barrio, en la población, dejará una marca fundamental en su formación.

Para que los alumnos de enfermería realmente sean profesionales comprometidos con la población sana y enferma y entiendan que salud y enfermedad no son exactamente los extremos de una línea sino situaciones por las que se pasa, y hay momentos en que alguien *es sano aunque esté enfermo*, o *es un enfermo aunque esté sano*, es preciso que se adentre en el conocimiento de la sociedad en su estado «natural», tanto en la teoría como en las prácticas clínicas.

La historia natural de la enfermedad, u otro esquema que permita ir entrando desde la salud al sistema sanitario, nos servirá de guía, y nos obligará a iniciar las prácticas clínicas desde la comunidad, donde en principio se encuentra la población en estado saludable, para pasar después al centro de salud y al hospital, para in-

troducirse en las situaciones de enfermedad en consultas, salas de hospitalización, servicios más o menos tecnificados, e ir completando el ciclo de los tres años con el regreso a la comunidad donde estarán en el futuro, y en muchos casos en el presente, la diálisis, las convalecencias, los enfermos terminales, los oncológicos, etc.

Este esquema en el cual el alumno se acerca a la comunidad esté donde esté nos permite formar a un profesional capaz de desarrollar su trabajo en cualquier ámbito donde se lleve a cabo el encuentro enfermera-paciente con la misma capacidad, sean el hospital o la atención primaria, la alta tecnología y el domicilio, las residencias de ancianos y el campo de la salud mental, las urgencias y los crónicos.

La idea base por tanto es formar a un profesional preparado para actuar en situaciones de salud y enfermedad, y aunque el sistema sanitario trabaja prioritariamente con individuos enfermos y se centra en curar su dolencia, su capacidad para la promoción de la salud, y en la educación sanitaria estará asegurada.

Este planteamiento de la historia natural de la enfermedad como guía teórica y práctica de la formación en Ciencias de la Salud la escuché, en 1980, al profesor Moshen Prywes, de la Universidad de Bersheva, Israel, en el I Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria, y pude leerlo en *Cuadernos de Salud Pública*, n.° 70, *Formación de personal de salud: ejemplos de nuevos programas docentes*, publicado por la Organización Mundial de la Salud en 1978.

Sus intervención explicando el programa de formación de médicos en Israel me impresionó vivamente y diez años después recuperé su mensaje y fue uno de los pilares del proyecto de la Escuela.

Pido perdón al profesor Prywes por poner mis palabras a sus ideas, como le comenté en un encuentro entrañable que tuvimos catorce años después, cuando me recibió en su casa de Jerusalén.

El profesor Prywes describía la dinámica de formación tradicional de los médicos y los cambios que ellos habían llevado a cabo de la siguiente forma:

> «El recorrido del estudiante de medicina en su formación desde que entra en la facultad de medicina hasta que sale con su título bajo el brazo es el siguiente:
>
> En primer lugar se encuentra con el cadáver, el cuerpo sin vida y en trozos, en la sala de disección. A continuación irá encontrándose con el paciente en quirófano, anestesiado, en la sala de hospitalización, acostado y por lo general mudo, siendo otros médicos y enfermeras los que hablarán de él, y posiblemente termine la carrera sin haber vivido nunca un encuentro con un ciudadano enfermo o sano de pie, hablando, y opinando sobre su salud.
>
> Sin embargo, cuando termine la carrera posiblemente el primer contrato lo consiga para alguna consulta ambulatoria, donde por primera vez se encontrará con un ciudadano que habla, no está anestesiado, ni dormido, ni mudo, ni en trozos, y con quien tendrá que entablar una entrevista para la obtención de datos, posiblemente sin que nunca nadie le haya enseñado los elementos que la condicionan.
>
> El paciente le tratará de explicar las dificultades para seguir un tratamiento, una dieta, las consecuencias de una baja laboral, a un médico que en su formación nunca escuchó quejas ni ninguno de estos argumentos cuando sus profesores le enseñaban de forma dogmática cuál era el tratamiento de tal o cual dolencia, sin tener en cuenta los condicionantes del paciente».

La experiencia de Bersheva, que tiene reflejos en otras universidades como se puede constatar en las publicaciones de la OMS, nos orientaron en la organización del programa teórico y práctico de la Escuela, el cual completamos y acomodamos a nuestra realidad.

Entender que la alumna de enfermería había de entrar desde la salud a la enfermedad, desde el medio más común del individuo al más excepcional, sería la garantía de que el futuro profesional tendría una concepción integral de la salud.

Por otra parte, al iniciar su andadura en el medio comunitario, centro de salud, trabajo a domicilio, acercamiento a las instituciones sociales, configuraría una idea de los condicionantes de la salud y los recursos que la población tiene.

Como apoyo a nuestra concepción en 1995, nos incluimos en la Red de Instituciones Educativas en Ciencias de la Salud Orientadas en la Comunidad, Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences (dirección P.O. Box 616, 6200 MD Maastrich, The Netherlands), cuya publicación *Newsletter* nos aporta información y nos permite compartir nuestro proyecto con otras instituciones similares.

4. LA FORMACIÓN PRÁCTICA

Al igual que reflexionamos sobre la forma de enseñar en la Universidad lo que entendemos como conocimientos teóricos, con mayor razón habremos de plantearnos cómo facilitar al alumno el aprendizaje práctico, teniendo en cuenta que en los estudios de enfermería la práctica clínica ocupa el 50 por 100 de las horas lectivas.

También soy consciente de que esta reflexión no podrá limitarse a la «formación en práctica clínica de los enfermeros», sino que por fuerza nos veremos empujados a reflexionar en profundidad sobre la formación en prácticas clínicas en Ciencias de la Salud.

Sin duda la profesión de enfermería es eminentemente práctica, y así lo entendieron a lo largo de la historia, por lo que el aprendizaje en la acción ocupó el mayor tiempo, mientras que la formación teórica en algunas etapas fue casi un adorno.

Sin alejarnos tanto en el tiempo, tal vez sería interesante conocer los cambios que la formación práctica ha llevado a cabo recientemente.

En los estudios de ATS había un matiz importante de «formación en el trabajo». Trabajando se aprendía lo que se necesitaba para, pasado un tiempo, realizar exactamente la misma función como trabajador asalariado. La estudiante de enfermería sabía que llevaría un uniforme diferente pero haría «de enfermera» desde el primer día de clase.

Durante tres años esa alumna realizaba las mismas actividades que la enfermera asalariada, se contaba con ella en los hospitales y si bien su nivel de responsabilidad era menor que el de la profesional, las cargas eran en muchos casos desproporcionadas a su edad y a sus conocimientos.

Los hospitales contaban con esa ayuda y las escuelas asumían que las alumnas estuvieran periodos muy largos en un único servicio, al cual llegaban a habituarse, y les costaba cambiar a otro.

La formación del diplomado arranca con las mismas pautas sufriendo un cambio importante con la modificación del plan de estudios, el cual delimita los tiempos de formación, y genera una crisis en muchos docentes, que no pueden entender una formación profesional con tan reducidas prácticas.

Sin embargo, el reto que lanza la Universidad no es inocente. La estructura modular, la limitación de las prácticas, nos obliga a todos

a repensarnos a qué van los alumnos a los centros y a analizar por qué se defiende que los alumnos deben estar más tiempo en un mismo lugar.

La Universidad, al reducir el tiempo, nos obliga a plantearnos más claramente los «objetivos», ya que cuando era tan prolongado, su misma permanencia en el servicio nos «garantizaba» (aspecto discutible) el aprendizaje.

La realidad desde el punto de vista de muchos de nosotros es que el alumno se manejaba mejor con la planta, con el servicio, en la repetición, pero su figura de alumno, la responsabilidad del profesional de enseñarle, se perdía al cabo de las tres primeras semanas, ya que después la repetición de las acciones con mayor o menor habilidad ocultaba la profunda ignorancia del alumno acerca del cómo, del porqué y otras cuestiones.

Pero el debate sobre la reducción de las prácticas clínicas todavía no se ha terminado, y muchas escuelas mantienen a los alumnos en sistemas antiguos, aduciendo que con menos tiempo no se garantiza el aprendizaje.

Por eso tal vez es interesante pararnos a pensar sobre este aspecto e interrogarnos sobre los principios por los cuales los alumnos van a las prácticas, intentando no dejarnos influir excesivamente por la tradición y permitiéndonos, aunque sea artificialmente, hacernos algunas preguntas básicas.

Para ello el paso fundamental es no aceptar dogmáticamente ninguna verdad y poner absolutamente todas en tela de juicio:

- ¿Por qué realizan los alumnos prácticas clínicas?
- ¿Para qué las realizan?
- ¿Son imprescindibles o pueden ser sustituidas por otra experiencia similar preparada artificialmente?
- ¿Podemos enseñar un programa preestablecido en una realidad cambiante e imprevisible?
- ¿Cuánta es la influencia de los profesionales asistenciales en la formación de la identidad del alumno?
- ¿Se puede aprender la práctica desligada de la teoría?

Los elementos que deberíamos analizar para poder responder a estas preguntas son:

- La realidad.
- El contacto con profesionales con los que se identifican.

- El proceso del aprendizaje del alumno en prácticas.
- La conexión entre la formación teórica y práctica.

La realidad

Posiblemente una de las mayores dificultades que tenemos cuando nos adentramos en el tema de las prácticas clínicas sea su propia naturaleza: la realidad, y la realidad funciona independientemente de nosotros y no está condicionada a los objetivos del programa docente.

Podemos enviar a un alumno a una planta de medicina interna a observar, o a realizar unas actividades muy delimitadas de cuidado al paciente, y encontrarnos con que el mismo día que inicia sus prácticas el paciente sufre una parada cardíaca, la alumna se ve implicada en unas actividades de urgencia muy difíciles de entender y, si el paciente muere, la estudiante, con 18 o 19 años, habrá vivido en su primera mañana de prácticas clínicas situaciones que teníamos programado que viviera a lo largo de tres años.

El esfuerzo de los docentes por hacer la realidad más cercana a nuestra idea lleva a una frustración que es preciso analizar:

- O decidimos que los alumnos se formen en la realidad y asumimos los riesgos, trabajando única y exclusivamente en organizar lo que depende de nosotros, sin que la realidad se altere.
- O bien decidimos crear una realidad (existen experiencias en otros países) fingida para que el alumno actúe como si fuera real. Actores que actúan como pacientes y problemas inventados con trampa, con complicaciones añadidas.

Es evidente que, aunque los objetivos de un alumno en un rotatorio de prácticas sean realizar tal o cual actividad, tal y cual técnica, vivir tal o cual experiencia, es posible que otras circunstancias cambien totalmente la situación y no se realicen las actividades programadas y sí otras que surgieron debido a una epidemia de gripe, un brote, un aumento de alergias, accidentes u otras causas.

El contacto con los profesionales

Los profesionales de enfermería que el alumno encuentra en sus prácticas clínicas pueden ser un extraordinario ejemplo, unas figuras a las que imitar o también unas figuras que pueden torcer su aprendizaje al transmitirle su desencanto, su falta de interés por el buen hacer, etc.

Posiblemente no será ese el enfermero cercano al alumno aquel que voluntariamente asume su tutela o aquel que de forma responsable se siente observado por el alumno y actúa en consecuencia, pero la realidad, al igual que tiene pacientes con situaciones imprevisibles, también tiene profesionales que vierten en el alumno enseñanzas negativas.

Como apuntaban las profesoras Carmen Albéniz y Soledad Benito de la EUE de la Comunidad, en un documento interno de la Escuela sobre la práctica clínica, «teoría y práctica»:

> «El sistema educativo trata de formar a una enfermera que aplique una serie de conocimientos que son la base de la disciplina enfermera. Una parte de las enfermeras asistenciales no sienten la necesidad de incorporar dichos conocimientos a su trabajo, ni tan siquiera se llegan a plantear la necesidad.
>
> Otra parte del colectivo ha ido evolucionando en la concepción de cuidar, integrando nuevos conocimientos, marcando la filosofía de la atención de enfermería, utilizando en los centros el proceso de atención de enfermería como método de trabajo.
>
> Estas dos posturas dan como resultado la convivencia de enfermeras con discursos diferentes. Discursos como que no se ha avanzado como que la profesión no se reconoce, como que existen enfermeros quemados, como que no hay elementos motivadores, etc., en contraposición con grupos convencidos de que se ha recorrido un camino importante, que se han logrado avances y que es posible continuar intentando conseguir el lugar que la profesión se merece tener.
>
> La contradicción de esta situación es transmitida al alumno».

Siguiendo con esa reflexión el alumno se encuentra ante la disyuntiva de «representar» durante su formación el papel de profesional de avanzadilla, realizando actividades tal y como le enseñan en la Escuela y le animan los «buenos» profesionales, pero consciente de que cuando finalice sus estudios y se incorpore al mundo laboral no podrá trabajar según lo aprendido ni tendrá las fuerzas sufi-

cientes para cambiar la situación y se adaptará a la rutina del lugar.

La relación entre el sistema asistencial y el educativo es absolutamente fundamental para tratar de derribar ese muro.

Y no deberíamos olvidar que existe un factor importante en la formación práctica de los alumnos de enfermería, y es que todos los que participan en ella, los asistenciales que los tutorizan, no perciben ningún pago por ese trabajo y, por el contrario, asumen una carga nada despreciable sobre sus espaldas.

Plantear la figura del profesor asociado, o del tutor u otra con una retribución económica o algún tipo de incentivos, podría ser una posibilidad de compromiso y por tanto de exigencia.

El proceso de aprendizaje en la práctica

El alumno en su tiempo de formación no sabe lo que va a necesitar conocer para ser profesional.

Acude a las prácticas en lugares diferentes y, desde su situación de alumno, observa, critica, colabora, se equivoca, actúa de la mano de buenos o malos profesionales y en la mayoría de los casos no se implica en la vida de la planta, del servicio, del centro de salud.

Mientras vive como alumno va introduciendo en su mundo de conocimientos actos, técnicas, conductas que ve, enseñanzas que recibe, pero su preocupación posiblemente sean los exámenes, la evaluación del rotatorio, las notas, recordar tal o cual técnica por si la enfermera le da posibilidad de actuar.

La experiencia nos dice que una vez conseguido el título, el primer día del primer trabajo, cuando te encuentras con esa porción del mundo sanitario bajo tu responsabilidad, hay un proceso de ansiedad, miedo e inseguridad que acompaña y que recoloca la identidad, y el alumno se desintegra en profesional irresponsable, asustado e inseguro.

A partir de entonces, lo que de verdad aprendió, lo que ya forma parte de su bagaje de conocimientos propio, aparecerá para reforzar su seguridad, y el resto tendrá que volver a aprenderlo.

No digo recordar, sino aprender.

La capacidad de atención de un alumno en sus prácticas está condicionada a múltiples elementos que facilitan o imposibilitan el aprendizaje; por eso la ansiedad de sus primeras experiencias profesionales le llevará a buscar en su interior todo lo que se supone debía haber aprendido.Y no serán conocimientos memorísticos los

que le darán seguridad sino situaciones por las que pasó y en las que tuvo que actuar.

Esta reflexión me obliga a plantear cómo hacer para que la formación práctica, su paso por la realidad, deje el poso del conocimiento.

Tal vez la respuesta esté en la conexión entre la formación práctica y la formación teórica.

La conexión entre las prácticas clínicas y la teoría

¿Es la práctica la que se debe amoldar a la enseñanza teórica, o es la enseñanza teórica la que debe armarse en relación con la práctica?

La neumonía aguda es un tema en una clase, y cuando ven al paciente con neumonía no les parece que sea ese el caso que el profesor les explicó tan claramente.

Los síntomas no son los mismos, la imagen no se corresponde con el sujeto que tienen delante y en muchas ocasiones vuelven a aprender aquello por lo que sacaron un notable en el examen.

Por eso tal vez me pregunto si el esquema lógico es ir del libro al paciente o por el contrario ir del paciente a la búsqueda de información.

Si vieran al paciente y a partir de él, de su historia, síntomas, signos, antecedentes, pruebas, iniciasen la búsqueda de información para llegar al conocimiento de la patología, de las características del paciente, de sus necesidades, posiblemente la integración sería evidente y nunca lo olvidarían. Y tal vez con un número de experiencias reducidas llegaríamos a alcanzar los mismos resultados.

El entronque de la teoría y la práctica es fundamental, hay experiencias en otras Universidades, y nuestra Escuela va planteando tímidos avances que posiblemente en el futuro se vayan consolidando.

Nuevamente, al igual que en otros campos, será necesario salir de nuestro pequeño mundo y observar la formación en otras Universidades en otros países, y entre todos ir conformando ese *puzzle* docente en el que todos los elementos deben configurar un todo armónico.

Y en este *puzzle* deberán estar las instituciones sanitarias, desde los gestores hasta los enfermeros, sin despreciar a todos los traba-

jadores de la sanidad; la Universidad y los expertos en formación; los usuarios con su voz a favor o en contra de que se les utilice como elementos de aprendizaje, las nuevas tecnologías en educación, y en resumen todo lo que influye en la formación de los enfermeros.

Las posibilidades de los nuevos planes de estudio

Muchas son las críticas a los nuevos planes de estudio y sin duda que habrá que reformar algunos aspectos, pero quisiera resaltar algunos que me parecen extraordinariamente importantes.

La inclusión en los planes de estudio de los créditos de libre configuración, que no pretenden incidir en las asignaturas tradicionales sino por el contrario dar a los alumnos la posibilidad de completar su formación en otros temas y en otros ámbitos diferentes a los de su Escuela o Facultad, creo que es un paso importante.

Que el alumno de enfermería pueda elegir estudiar asignaturas relativas a las artes, las letras, las matemáticas, el teatro, las terapias alternativas, y pueda hacerlo en su institución o en otra, donde se encontrará con otros alumnos diferentes, es otro paso más hacia una formación más amplia y pluralista.

Hoy todavía los créditos de libre configuración son sólo una posibilidad; hay dificultades concretas para que el estudiante pueda acceder a otras Facultades y casi siempre acaba por elegir las que su institución le ofrece, que en muchos casos son ampliaciones de la materia troncal.

Sin embargo, no deberíamos perder de vista la experiencia de otras Universidades en las que configurar el *curriculum* eligiendo unas materias y desechando otras, nunca de la troncalidad, es ya una realidad.

En la EUE de la Comunidad incluimos la formación dramática en Enfermería como posibilidad para que el alumno se coloque en otro lugar y viva aunque sea un momento el rol del paciente, del familiar, del profesional cansado, y desde allí sacar a la luz sus temores y conflictos.

Por otra parte la formación dramática, que no persigue de ninguna manera crear actores sino personas que encuentran otras vías de comunicación, lleva al alumno a relacionarse de una nueva forma con los compañeros que representando diferentes papeles les obliga a saber cuáles son sus propia sensaciones.

Las terapias alternativas también se incluyeron en los créditos de libre configuración (CLC).

La sociedad utiliza para el cuidado de su salud cada vez con mayor énfasis terapias alternativas; algunas son puro engaño y otras van confirmando su eficacia e introduciéndose en el sistema sanitario, aunque todavía de forma muy tímida.

Hace algunos años visité en el Reino Unido un hospital, y una supervisora me habló de que las enfermeras tenían nociones mínimas de reflexología y en algunos casos daban a los pacientes un masaje relajante en los pies, en lugar de somníferos.

Me pareció interesante dar a los alumnos la oportunidad de acercarse a otras terapias para que las conocieran, así como sus efectos, y asumieran una actitud de respeto ante el usuario que decide libremente calmar sus dolores, paliar su sufrimiento, o buscar la curación de otra forma.

Ese podía ser un paso más en el respeto a la dignidad del paciente y a su libre albedrío.

Además les enseñaríamos unas habilidades mínimas que les permitieran entrar en un campo que luego, si lo deseaban, podrían ampliar.

La Enfermería Transcultural, que aparece más adelante, es otro de los créditos de libre configuración.

5. UNIVERSIDAD ABIERTA. PROGRAMAS DE INTERCAMBIO

En alguna parte de este libro he insistido en la naturaleza doméstica de la profesión, en su falta de deseo de conocer mundo, en la autosuficiencia que no la estimula a salir de las cuatro paredes de su vida cotidiana.

Esta característica, que nos acompañó durante generaciones, ahora se va transformando y, aunque todavía de forma muy minoritaria, las Escuelas Universitarias se interesan por programas de intercambio con Universidades extranjeras, y el contacto con el exterior cada vez es más fluido, pero todavía estamos lejos de integrarnos plenamente en las relaciones internacionales que mantienen otras disciplinas universitarias.

Habría que analizar por qué son las disciplinas sanitarias las

menos activas en este campo, situación que se viene dando en la Universidad española y que ha llevado a que el programa Sócrates (hasta 1997 programa Erasmus) promueva que se intensifiquen los intercambios en las áreas sanitarias por ser extremadamente deficitarias en relación con humanidades, ciencias u otras.

El intercambio de alumnos y profesores con sus homólogos en otras Universidades es positivo en términos absolutos, ya que tanto para aprender como para reconocer nuestros avances es preciso relativizar con otros en condiciones similares.

La enfermería española en estos momentos vive una situación de avanzadilla tanto en aspectos educativos como en competencias asistenciales, pero para ser consciente de esta situación y convertirla en estímulo interno es preciso entrar en contacto con los de «afuera».

Los programas de intercambio de estudiante dan al alumno la posibilidad de vivir situaciones diferentes, conocer otras formas de enseñar y otros campos asistenciales.

La Unión Europea, que posibilita la libre circulación de trabajadores, debería animarnos a preparar a los alumnos desde el pregrado para esa posibilidad.

De igual forma la entrada de alumnos extranjeros en nuestras aulas estimula la apertura de todos y el interés por conocer cómo se aprende en otros lugares a los que en un futuro podrían ir a trabajar.

Pero para que este intercambio se lleve a cabo es preciso que los profesores previamente entren en contacto con sus colegas, se comuniquen para compartir los programas, organizar las estancias, evaluar y todo lo que significa proveer a los alumnos del apoyo necesario.

El trabajo que llevan los programas de intercambio es importante y como representante de las EUE en la Comisión de Relaciones Internacionales de la Universidad Autónoma de Madrid he sido testigo de cómo delegados de diferentes Facultades peleaban con ahínco por conseguir una beca más, una posibilidad más para sus alumnos, aunque esto supusiera más trabajo para ellos.

Con un mínimo apoyo administrativo organizaban la estancia de sus estudiantes en Facultades de todo el mundo, apoyaban los doctorados en Universidades americanas, iban y venían a encuentros con profesores de Francia, Holanda, Inglaterra, Alemania, con gastos muy limitados, y entrevistaban a los candidatos dedicando a ello mucho tiempo no remunerado.

La experiencia de la Escuela en el campo de las relaciones internacionales nos ha enseñado mucho, y de los encuentros, de los intercambios de alumnos y de nuestras visitas como docentes estoy segura que nos hemos beneficiado todos.

Olvidada la vieja idea de que los programas de intercambios eran excusas para viajes de turismo de los profesores, hoy el enfermero docente debe ver en la salida al exterior un beneficio indiscutible para su campo de trabajo y una exigencia paralela de dominar idiomas y de salir de lo conocido a enfrentarse con situaciones nuevas que no siempre son maravillosas.

6. INVESTIGAR EN ENFERMERÍA*

De la ausencia de registros a las becas FIS

Para los que nos formamos como ATS la investigación no fue algo ligado a la profesión, no recibimos ese mensaje ni tan siquiera la sugerencia de que nuestro campo de trabajo tenía posibilidades de ser investigado, ni que la enfermera como trabajador podía ser un investigador en potencia; tal vez por ello durante muchos años la consideré como algo ajeno a mi mundo. Circunscribí la investigación a los laboratorios y al no haber recibido estímulos en mi formación para investigar no supe durante mucho tiempo dar cauce a mi deseo de conocer el porqué de las cosas.

Posiblemente el primer paso para poder investigar lo dieron las enfermeras cuando pasaron «de lo oral a lo escrito», como decía nuestra colega Martina García Ontoria, de la EUE de Guadalajara, cuando se empezaron a registrar las actividades propias de la profesión y no sólo las delegadas del médico.

---

* Aunque este libro en su conjunto no es el resultado de la reflexión individual y aislada de la autora, sino del enriquecedor diálogo con otros, en este capítulo es imprescindible adelantar que me habría sido imposible configurarlo sin las aportaciones de Milagros Ramasco, profesora de Metodología de la Investigación en la EUE de la Comunidad, que me apoyó con sus conocimientos, sus reflexiones y su experiencia. *(Nota de la autora).*

Ver reflejados en datos nuestro trabajo nos posibilitó «rastrear», y aunque el inicio de la investigación fue como colaboradoras en proyectos de otros profesionales, casi siempre en la recogida de datos y pocas veces en el análisis de los mismos, no cabe duda que mordimos el anzuelo.

De auxiliar en los trabajos de otros profesionales mayoritariamente médicos, la enfermería pasó a descubrir el filón que suponía investigar sobre su propia identidad y/o actividad profesional.

A finales de los años ochenta se percibe una fiebre de investigación, y son muchas las enfermeras y enfermeros que realizan cursos sobre metodología de la investigación, a veces con un coste económico muy alto que no siempre lleva a una producción coherente.

No se plantean trabajos serios de investigación a plazo medio o largo, sino que se analiza una parcela mínima del trabajo cotidiano, que se convierte en un conjunto de folios de excelente presentación y nulo interés.

Así vemos en los congresos comunicaciones sobre «investigación» que se reducen a presentar gráficos con temas como éste: sobre un total de 40 embarazadas que participan en un curso de preparación al parto, se sacan conclusiones sobre si el contenido «les fue útil», «les modificó su vivencia del embarazo», y temas semejantes, basándose en un cuestionario que no soportaría una mirada científica.

Mientras tanto un grupo reducido de «auténticas enfermeras investigadoras», que aparecen en los congresos de forma puntual, trabajan con admirable rigor científico en proyectos de investigación que presentan a instituciones prestigiosas en busca de ayudas.

Definir qué es y qué no es investigación será un paso importante que tienen que asumir los comités científicos de los congresos y las revistas profesionales.

Otra característica de finales de siglo es la visión reduccionista, dependiente y endogámica en la investigación en enfermería.

- *Reduccionista,* porque la reivindicación en el terreno profesional nos ha llevado a un cierto aislamiento que se traduce también en el campo de la investigación.
- *Dependiente,* porque de alguna manera ha predominado la investigación biomédica y cuantitativa.
- *Endogámica,* porque no somos conscientes de que la especificidad en el objeto de trabajo de la enfermera no debe suponer que lo que vamos a investigar no sean aportes novedosos, interesantes y complementarios de otras disciplinas.

El reduccionismo en la investigación en enfermería posiblemente sea consecuencia directa de la necesidad de redefinir nuestro objeto de trabajo y analizarlo, profundizar en él y de alguna forma reivindicarlo mejor.

Como estrategia histórica es absolutamente válida, siempre que nos lleve a un segundo paso que supone investigar sobre el campo de trabajo de la enfermería dentro de un marco más amplio, es decir, junto con otros profesionales que lo enriquecen y complementan.

Las nuevas incorporaciones de otras disciplinas al *currículum* de enfermería deben traducirse no sólo en una nueva forma de trabajar en el cuidado, sino también en una nueva ventana para la investigación.

En ese sentido la enfermería no puede estar al margen de los avances que la investigación ha vivido y está viviendo en los últimos tiempos, sino ser consciente de que las bases teóricas y metodológicas que sustentan cualquier trabajo de investigación son comunes a todas las disciplinas.

La formación que en la actualidad se da en las escuelas universitarias de enfermería, aquellas que han incluido la metodología de la investigación en su plan de estudios, posibilita al futuro profesional para dialogar en el campo de la investigación con otras disciplinas al mismo nivel.

Pero no debemos olvidar que la investigación en enfermería se va definiendo en el campo de lo *cuantitativo*, perspectiva mayoritaria en el mundo sanitario, cuando somos conscientes de que investigar en salud es investigar en un campo vasto y complejo, que se empobrece desde una sola mirada y precisa de la complejidad de lo interdisciplinar y de la suma de lo cuantitativo y lo cualitativo.

Como sostiene Milagros Ramasco en su comunicación «La investigación cualitativa en el *currículum* de enfermería», presentada en Pamplona en mayo de 1996:

> «El objeto de trabajo de enfermería es *el cuidado de la salud* y en este sentido se han producido importantes cambios en las últimas décadas que han condicionado el perfil epidemiológico de la sociedad actual y previsiblemente la de un futuro inmediato.

Es necesario incorporar nuevos marcos epistemológicos que nos permitan comprender esos fenómenos.

Aspectos como hábitos de salud, vivencia de la propia enfermedad, valoración de los servicios sanitarios, del rol de los profesionales, de la satisfacción del usuario no pasan por registros sistemáticos y únicamente cuantitativos.

La investigación cualitativa permite una mirada complementaria de la realidad y plantea la utilización de instrumentos diferentes que atienden más a la comprensión de los fenómenos que a su cuantificación.

La observación participante, la entrevista en profundidad, las historias de vida, son técnicas que la enfermera tiene, por la naturaleza de su trabajo, mucho más incorporada a su quehacer profesional que otras disciplinas».

El futuro de la investigación en enfermería en forma de apoyos, de ayudas, de medios para llevarla a cabo, de un lugar de igual con el resto de los investigadores, dependerá de la fuerza con que las EUE demos a la investigación en el *curriculum básico* y de su orientación.

La investigación cualitativa propone otra perspectiva en la que se intenta recuperar la globalidad, pero lo interesante sería investigar desde las dos perspectivas: desde la cuantitativa que permite el registro y la cuantificación y desde la cualitativa que permite conocer la percepción desde diferentes patrones culturales y grupos sociales acerca de los estados de salud, las expectativas, las vivencias y las demandas.

Las transformaciones habidas en la enfermería en los últimos años han sido mucho más notorias que en otras profesiones en cuanto a avances en la reflexión de la propia disciplina y transformaciones en su rol, sin embargo este desarrollo no ha ido paralelo con la producción investigadora ni con su repercusión en el mundo científico, número de publicaciones, inclusión en revistas de prestigio, si lo comparamos con las de otro colectivo.

Si mantenemos la visión reduccionista, dependiente y endogámica de enfermería en la investigación, posiblemente nos lleve al aislamiento; pero si asumimos que la investigación es un campo profesional que puede ser compartido con el resto de los profesionales de la salud, posiblemente en un plazo corto estemos compartiendo nuestra firma con otros investigadores en las revistas científicas, situación que hoy es muy minoritaria.

Desde las escuelas y desde otros foros es fundamental iniciar el siglo saliendo de nuestra endogamia y enfrentándonos al mundo de las publicaciones interprofesionales, pero sabiendo que promover la investigación supone provocar en los alumnos el deseo y la necesidad de leer y el tiempo para hacerlo, bibliotecas bien dotadas y fáciles de utilizar, tutores que apoyen la dinámica de los alumnos, que resuelvan sus dudas, profesores preparados y motivados para apoyar el desarrollo de los alumnos aun a «riesgo» de hacerse prescindible.

Y por último creo que el planteamiento de «investigar para avanzar» es una buena base para investigar sobre nuestro trabajo diario, los nuevos retos, el futuro, sin olvidar que tal vez nuestra rutina histórica puede también ser investigada y, con base científica, modificarse.

Permítanme la libertad de suponer que a más de un paciente le gustaría que se investigase sobre el efecto que la organización del trabajo de la enfermera tiene en la salud de los pacientes hospitalizados.

¿Por qué la enfermera del turno de noche despierta a los pacientes para tomarles las constantes a las siete de la mañana antes de abandonar su turno?

¿Hay alguna razón científica para que a un paciente que normalmente descansa mal se le despierte a las siete de la mañana para a continuación no tener nada que hacer en las próximas largas dieciocho horas?

7. LA LICENCIATURA Y EL DOCTORADO

Posiblemente soy una de las enfermeras docentes que menos he peleado por la licenciatura y el doctorado, y no es de ninguna manera por estar en contra de estas demandas, sino por la necesidad de analizar el porqué y el para qué.

He visto a mi alrededor a matronas que percibían el salario de enfermeras y tenían el mismo contrato, a especialistas en salud mental (antiguas especialidades) que nunca obtuvieron la posibilidad de diferenciar su tarea y su reconocimiento, y en algunas situaciones no he entendido la reivindicación masiva de la licenciatura.

Enfermeras asistenciales exigiendo la licenciatura me lleva a pensar qué entendemos por este nivel y cuál será el resultado práctico de esa reivindicación.

El análisis me obliga a revisar la estructura de la profesión e identificar sus contradicciones.

En encuentros con colegas de otros países y revisando la documentación he encontrado que posiblemente seamos el único país en el que «todas» las enfermeras son universitarias, mientras que en otros países hay diferentes niveles y lógicamente tiempos de preparación de distinta duración con salarios acordes.

Las auxiliares, formación profesional, técnicos y otras titulaciones no son consideradas dentro de la profesión, ni dentro del colectivo, por lo que la enfermería española aparece como un gran bloque.

Si las profesiones deben ser una respuesta a la demanda social de servicios, es obligado repensarnos si ese bloque compacto de enfermeras universitarias es la respuesta adecuada a las necesidades de cuidado de la sociedad y a las posibilidades económicas del país.

La sociedad española precisa de una diferente gama de servicios de enfermería y, aun a costa de recibir severas críticas de mis colegas, es preciso definir los servicios de enfermería dentro de un marco más amplio que el del diplomado.

Aunque nos cueste admitirlo, las necesidades de cuidado de la sociedad no podrán ser cubiertas únicamente por universitarios por razones de coste-beneficio y de limitación de los recursos.

Es preciso configurar un marco más amplio con una base más desarrollada en la que estén desde los cuidadores familiares o voluntarios, los servicios de atención domiciliaria municipal, las asociaciones de voluntarios de apoyo, y se vaya reduciendo de forma piramidal con los auxiliares de enfermería, los técnicos, los diplomados universitarios, los especialistas, los licenciados y los doctores.

Entiendo que no podemos considerar como «colectivo profesional» a los cuidado familiares, ni a los voluntarios, pero en un primer paso es preciso identificar lo que suponen de trabajo «enfermero».

No estaría de más revisar lo que esos otros colectivos no reconocidos están realizando en el cuidado de la salud, ya que las asociaciones de voluntarios, que apoyan desde su experiencia o desde su deseo de ayudar a pacientes de una determinada patología, entienden y asumen muchas veces con más claridad que los profesionales las necesidades de los pacientes y las dificultades por las que pasan.

Por otra parte los cuidadores familiares son un recurso más de los enfermos y proveen cuidados enfermeros imprescindibles con más voluntad que preparación y apoyo.

Hablar de enfermería sin incluir a todos estos miembros, sin definir su lugar ni su relación con nosotros los universitarios, es dar la espalda a la realidad.

Pensar únicamente en la punta de la pirámide, la licenciatura y el doctorado, sin asegurar la base podría llevarnos a la competencia con colectivos, instituciones y empresas privadas que sin ninguna coordinación con la enfermería ofrezcan servicios de cuidado a la salud con personal básico preparado para ello, pero sin título de diplomados, y no será la denuncia por intrusismo la mejor salida.

De cara al siglo XXI es preciso una estrategia en la que nos comprometamos todos a estudiar y definir quiénes están dentro de un concepto amplio de cuidador.

Los colegios profesionales, las asociaciones, las escuelas universitarias, los responsables de la gestión de recursos de personal deberíamos tomar la iniciativa e identificarlos y analizar las relaciones entre los diferentes niveles.

Abogo por la riqueza de un colectivo de enfermería de amplia base donde se encuentre reconocido el cuidador familiar o voluntario, e ir configurando la pirámide con diferentes niveles de técnicos, auxiliares, diplomados, diplomados especialistas, licenciados y doctores.

El paso siguiente nos llevará a identificar sus necesidades de formación o apoyo, y nuevamente bajo la tutela de las escuelas universitarias o asociaciones de enfermeras pensar en la forma de proveerlos.

Redefinir de cara al futuro el lugar del técnico, del auxiliar en la provisión de cuidados, nos permitirá identificar mejor el lugar propio del diplomado.

Y entonces, en una estructura piramidal acorde con las necesidades sociales, identificar el lugar, el nivel, las competencias y las retribuciones del licenciado y del doctor en Enfermería.

Volviendo al inicio del capítulo sólo puedo entender la reivindicación de niveles más altos si soy capaz de visualizar la estructura

completa, de otra forma me siento manipulada en la reivindicación de algo de lo que no consigo entender su beneficio ni para la profesión ni para la sociedad.

8. DE LA ENFERMERÍA COOPERANTE A LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

Desde el nacimiento de la EUE de la Comunidad en 1991, nos sentimos comprometidos a preparar al futuro profesional para «todas las posibilidades laborales», por lo que consideramos que la enfermería cooperante también debía ser competencia de la Universidad.

La tragedia de Ruanda el verano de 1994, el apoyo masivo de España con voluntarios y la evidencia de que el título de enfermera no suponía una base suficiente para llevar a cabo un trabajo eficaz en situaciones límite, nos llevaron a preparar un módulo de «Enfermería Cooperante», modesto en sus propuestas y contenidos.

El objetivo se limitaba a dar a la enfermera los instrumentos básicos para enfrentarse a situaciones límite de la mano de expertos en Organizaciones No Gubernamentales que impartían el módulo.

La reflexión sobre los problemas del subdesarrollo y la crisis en la que estaban y están sumidos gran número de países, que genera la lógica emigración a lugares donde vivir mejor, nos hizo virar los ojos y reconocer que no era necesario que la enfermera se fuera de cooperante para encontrarse con otras culturas y con otras razas.

El contacto con nuestras colegas del programa Erasmus, inglesas, suecas, finlandesas, que habían creado la «Enfermería Transcultural» como asignatura, para asegurar una formación a sus alumnos abierta a otras razas y otras culturas dentro de su propio territorio, nos llevó en el curso 94-95, dentro de los créditos de libre configuración, a crear la asignatura «Enfermería Transcultural», cuya base fue la siguiente:

España, país que ha vivido la emigración a lo largo de su historia, está por su situación económica y social en el punto de mira de miles de ciudadanos que, desde países en conflictos bélicos, crisis económicas, violación de los derechos fundamentales, ven en él la posibilidad de encontrar un lugar donde asentarse y trabajar.

Nuestro país está viviendo en las últimas décadas la inmigración como un fenómeno masivo, aunque en datos objetivos se ha recibido una inmigración similar en otras décadas, y esta valoración subjetiva se está utilizando desde diferentes frentes para avivar sentimientos negativos, e incluso agresivos, contra el extranjero.

Sería falso por nuestra parte pretender que los brotes de xenofobia aparecen como fenómeno nuevo en España, cuando a lo largo de nuestra historia grupos sociales han sufrido esa marginación de forma continuada, y me estoy refiriendo a los que tradicionalmente fueron considerados como «diferentes», los gitanos y otros.

Pero posiblemente nunca en nuestra historia reciente se han visto en nuestro país en el día a día tantas razas diferentes compartiendo con nosotros el metro, los mercados, las calles, etc.

Estos nuevos inmigrantes se adentran en la vida del país, alquilan casas, tienen hijos, se enferman y necesitan entrar a formar parte de la sociedad.

¿Pero en qué condiciones?

La migración en Europa en las últimas décadas y la perspectiva para el futuro tienen características concretas de reagrupamiento familiar y permanencia en el país elegido.

Estas características no fueron las que se vivieron en la emigración de los años cincuenta, en la que el trabajador se iba solo con la única meta de conseguir dinero y enviarlo a su país de origen.

Hoy el emigrante no ve en el regreso a su país ninguna solución, y su meta es conseguir en el plazo más breve posible traer a su familia y quedarse definitivamente.

Las nuevas corrientes en la educación para el desarrollo y la paz han evolucionado también de un planteamiento asimilacionista e integrador en relación con los inmigrantes, en el que el inmigrante necesitaba casi olvidarse de quién era para poder ser aceptado e «integrado» en la sociedad, a otro pluralista donde prima el derecho del inmigrante a mantener su cultura, su religión, sus costumbres y hábitos en el país de acogida.

Este principio pluralista y de respeto a la diversidad debe ir acompañado de acciones concretas si no queremos que sea un simple enunciado de intenciones. Por otra parte, y paralelamente a estos movimientos migratorios y debido a diferentes razones, han surgido o han revivido en Europa brotes de racismo y xenofobia que suponen un peligro para la convivencia y una violación de los derechos humanos.

Los organismos internacionales europeos abogan por la necesidad de cortar de raíz y desde la escuela básica esta actitud, minoritaria si la valoramos en términos de agresión directa, pero mayoritaria si la valoramos en términos de discriminación, intolerancia, desigualdad de oportunidades, etc.

El proyecto común europeo incide en la necesidad de modificar esta situación de forma que, desde la formación básica, se cree en la ciudadanía una actitud positiva ante la diversidad racial, cultural, religiosa, etc.

La formación de las/los enfermeras/os en las Escuelas Universitarias de Enfermería no puede estar ajena a este movimiento y tienen que asumir la parte del compromiso que les compete en la formación de un profesional de enfermería cuya actitud no sólo no sea xenófoba y racista, sino que sea positivamente abierta a la igualdad de oportunidades, a los derechos humanos, y activa en el conocimiento de la sociedad como elemento fundamental para atenderla profesionalmente.

Las Escuelas Universitarias de Enfermería deben tener en cuenta estas corrientes y preparar a los/las enfermeros/as para trabajar en una sociedad de religiones, culturas, costumbres y estilos de vida variados, potenciando actitudes para erradicar prejuicios y favoreciendo una actitud del profesional de *entender* al otro para mejor *atenderle*.

Si aceptamos y apoyamos el derecho del inmigrante a mantener su cultura y lo que eso supone, hábitos, costumbres, religión, valores, tendremos como contrapartida que hacer un esfuerzo por adentrarnos en ese mundo nuevo que irrumpe en nuestra sociedad.

Hasta ahora la enfermería como colectivo carece de proyecto de futuro ante una sociedad diversificada. Cuando me refiero a ausencia de un proyecto de futuro, quiero volver al principio del derecho del inmigrante a mantener su cultura, sus costumbres, sus hábitos, sus creencias.

Ese derecho sólo se plasmará en la realidad si en el encuentro entre el inmigrante y el sanitario el primero encuentra que el segundo le entiende, le atiende, le valora y tiene en cuenta su diferencia.

Le permite que se manifieste según su forma, le permite expresarse, deja que sus creencias, su dieta, su forma de higiene se mantenga desde el respeto, pero para ello hará falta en el personal sanitario una actitud abierta al conocimiento de esas otras culturas, que se interesa por saber qué es el Ramadán y cómo incide en la salud,

o en el control de la diabetes, que entienda que una mujer islámica posiblemente prefiera parir en su casa antes que ser destapada ante los ojos de los hombres, sean médicos o enfermeros.

Que sea capaz de identificar los terrores nocturnos de los que vienen de la guerra, o los síntomas que emergen en las mujeres que dejan a sus hijos para venir a trabajar a España.

Tendremos que tratar de entrar en el conocimiento de los aspectos culturales relativos al dolor y a su expresión, o identificar las alteraciones en la piel en personas de otras razas.

Sería utópico pensar que en el Plan de Estudios las Escuelas Universitarias incluyéramos todas las costumbres de todos los países; pero existen otras alternativas para que el alumno tenga una actitud positiva ante el fenómeno multiétnico.

Podemos introducir la definición de sociedad española como compuesta por otras razas, otras culturas, otras religiones; podemos poner ejemplos que reflejen el conocimiento de los docentes y su actitud integradora; podemos utilizar como casos situaciones de salud de inmigrantes.

Los tres años de formación del diplomado en enfermería nunca podrán contener el conocimiento de todas las situaciones posibles, pero sí podemos colocarles ante el futuro en mejores condiciones si les damos la oportunidad de reflexionar en algún momento acerca de los problemas que sin duda encontrarán en su vida profesional.

El crédito de libre configuración Enfermería Transcultural coloca al alumno cara a cara ante el problema de la inmigración y de la mano de expertos en antropología, miembros de organizaciones no gubernamentales e incluso inmigrantes de diferentes países, le da la posibilidad de conocer su situación y de identificar su rol como enfermero.

CUARTA PARTE

LOS PROBLEMAS DE HOY

1. HISTORIA DE UN MALESTAR

Desde el inicio del libro he venido introduciendo el término «malestar», que el diccionario define como «desazón, incomodidad indefinible», y ahora quisiera ser capaz de transmitir esa vivencia de un colectivo demasiado amplio y demasiado fundamental en el sistema sanitario como para cerrar los ojos.

La enfermería, si no la totalidad sí me atrevo a afirmar que una parte bastante importante, vive en estos momentos una etapa gris de su historia.

Las causas son muchas, y de diferente peso, y es preciso analizarlas para, definitivamente, encararse con el problema.

El colectivo de enfermería está bien preparado. Posiblemente ésta sea una de las etapas de su historia en la cual su formación es más amplia y a la vez profunda. Sabe lo que tiene que hacer y cómo lo debe hacer y, sin embargo, en demasiados casos no lo hace.

Las generaciones jóvenes llegan entusiasmadas a su primer trabajo y se encuentran en muchas ocasiones con un profesional rutinario que, insisto, no ignora su función, no ignora la importancia de su rol, ni las consecuencias de su actitud; sin embargo, no sale de ese círculo en el cual el desánimo, la falta de motivación van generando más desánimo, aburrimiento, rutina, y finalmente produciendo un enorme daño a ellos mismos y a los usuarios.

Algunos creerán que este capítulo peca de tremendista, y lo acepto porque en muchos momentos he tenido la tentación de borrarlo y evitarme el tener que defenderlo cuando el libro estuviera publicado, pero no me parece ético.

La intensidad con que unos u otros veamos el problema es lógica, y también es posible que muchos de nuestros compañeros nun-

ca hayan conocido una situación así, pero no creo que sea esa la percepción general que de la enfermería tiene la sociedad a la que sirve.

De cualquier forma, y para acabar con estos párrafos de autodefensa, asumo la subjetividad de mis valoraciones y por ello toda la responsabilidad de mis afirmaciones.

El mundo laboral, las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras, los salarios, la legislación, los derechos del trabajador en la administración pública y otros elementos tienen mucho que ver con esta situación, y nuevamente un repaso a nuestra historia reciente nos puede ayudar en esta reflexión.

Carrerita corta con trabajo seguro

Los que a finales de los años ochenta y a lo largo de los noventa llegaron a las escuelas universitarias convencidos del mito de la carrerita corta con trabajo seguro, al terminar los estudios han vivido la frustración en la búsqueda de un puesto al que creían que serían llamados e incluso podrían elegir.

La realidad no fue así: hoy gran parte de nuestros alumnos egresados pasan a engrosar las listas del paro y sería interesante revisar etapas anteriores para poder entender mejor el momento en que vivimos.

De los años sesenta a los ochenta las enfermeras vivimos una situación «ideal» de trabajo. Ganábamos la plaza en el Instituto Nacional de Previsión, responsable de toda la asistencia sanitaria pública, basada en el tiempo en que estábamos en ella. Creo recordar que en los años sesenta y setenta era de doce meses, no había exámenes, ni competencia, ni a nadie la pedían su *curriculum* o su trayectoria en los estudios. Todos éramos iguales, «tabla rasa y trabajo seguro y para siempre», en la sanidad pública, nuestro patrón mayoritario.

Saberse con un puesto seguro a los 20 años no sé si es un beneficio o una maldición.

Enfermeros y enfermeras permanecieron durante 10, 20, 30 y hasta 40 años en la misma sala del mismo hospital, y esa «comodidad» mató muchas inquietudes y dejó fuera del camino la necesidad de aprender, de avanzar, de leer, de estar al día.

Mientras los aparejadores, peluqueras, psicólogos, secretarias, buscaban afanosamente trabajo, hacían cursos, aceptaban contratos temporales, nosotros nos sabíamos seguros y sin necesidad de competir.

La trampa llegaba pronto: no había quien nos echara, y podíamos permanecer en el mismo puesto, con la misma función y el mismo sueldo, hasta el día de la jubilación.

Muchas colegas se amargaron ante tal situación. Sin estímulos para aprender más, confundidas en la seguridad que les daba la rutina, se hicieron analfabetas funcionales, y por los controles de enfermería circulaban revistas del corazón, pero pocos libros sobre técnicas nuevas o avances en otros lugares del globo.

Hubo quienes, para seguir avanzando, tuvieron que buscar la vía de escape estudiando otras carreras: psicología, medicina, derecho, porque practicar únicamente la profesión les llevaba con demasiada facilidad a la molicie y a la rutina.

Los años del desafío

En la década de los años ochenta, con la transformación de nuestro título de ATS en diplomado universitario y la entrada en la Universidad, se inicio una serie de cambios de gran importancia para la enfermería.

La profesión se hizo universitaria, y todos y todas las ATS, desde cualquier lugar del país, tuvimos la opción de realizar los cursos de convalidación para alcanzar la titulación de diplomados universitarios.

Muchas fueron las críticas a los cursos de nivelación de los años ochenta, pero siempre consideré un gran acierto el plantearlos desde la Universidad a Distancia.

Sin duda que hubo errores: las materias no respondían siempre a las necesidades del colectivo, pero los que vivimos aquel tiempo sabemos de las dificultades de las enfermeras, que sin título universitario tuvieron que asumir el crear un plan de estudios universitarios, unos programas, unos contenidos, e ir abriendo brecha por donde luego iríamos introduciéndonos los demás.

No sin dificultades, la casi totalidad de los profesionales realizamos el curso, y de esa forma tuvimos acceso a materias que nunca antes habíamos estudiado, como bioestadística, ciencias de la conducta, administración o legislación.

Algunas descubrieron que se despertaba en ellas el deseo de estudiar, la capacidad de hacerlo, el placer por volver a ser lo que fueron hacía solo diez, quince o simplemente dos años.

Los ochenta fueron años de estudio para la enfermería: entre los cursos de nivelación y las oposiciones y concursos que empezaron a aparecer, nos fuimos engrasando y, poco a poco, ante la demanda de la enfermería de base, los servicios de formación continuada proliferaron con todo tipo de ofertas.

Había cursos, cursillos, congresos, jornadas por todas partes y fue un tiempo de salir de la oscuridad y el aislamiento.

Empezaron a publicarse, aunque tímidamente, libros escritos por enfermeras españolas que hablaban de nuestra profesión.

Los ochenta fueron años de desafío, pero no por ello fueron acompañados de una mayor valoración social en cuanto a prestigio, mejoras laborales o económicas.

Sin embargo, la enfermería asumió el desafío que le venía desde las expectativas creadas a su alrededor por diferentes frentes, ya sea desde organismos internacionales, nacionales, desde la misma exigencia del colectivo y también desde la demanda creciente de la sociedad, que invitaba a la enfermería a asumir un lugar relevante en la provisión de cuidados de salud.

A lo largo de la década de los años ochenta, y más exactamente a partir de la Conferencia del Alma Ata, en la que la Asamblea Mundial de la OMS señaló la atención primaria como la clave para alcanzar la meta de la salud para todos, se fue perfilando a la enfermera como el elemento fundamental para la consecución de dicho fin.

La OMS apostó por las enfermeras en muchos documentos en los cuales las consideraba el pilar de la reforma, el profesional capaz de poner en marcha aspectos comunitarios del cuidado a la salud, un profesional cercano al individuo y a la familia, que podía influir desde la educación sanitaria en la transformación de comportamiento y estilos de vida perjudiciales para la salud.

Es curioso constatar que este organismo, desde las más altas esferas, apostó taxativamente por la enfermería, enfrentándose en muchos casos al poder médico, que rechazaba sus teorías considerándolas tercermundistas.

El desafío no vino únicamente de la mano de la OMS. En nuestro país, la Ley General de Sanidad abrió al colectivo de enfermería unas expectativas que nunca antes había visto escritas. La protección de la salud como un derecho, el interés prioritario en ésta frente al viejo esquema de la enfermedad, el trabajo por programas, la atención a domicilio, la participación de la comunidad y muchos otros campos de actuación, propios de cualquier profesional, pero reivindicados por la enfermería, provocaron amplias esperanzas de desarrollo.

No sólo se cambiaba el nombre de la profesión, de ATS a diplomado universitario en Enfermería, sino la concepción teórica y práctica de la misma, acercándose de esta forma a las necesidades de la sociedad, haciéndose más integral, más humanista y científica.

Todo ese esfuerzo dio como resultado no sólo una mejora en la calidad de la profesión, sino también que a la entrada de España en la CEE no hiciera falta modificar los programas de formación por cumplir ampliamente los requisitos exigidos en cuanto a nivel de contenidos.

Desde Alma Ata hasta nuestras fechas la profesión de enfermería ha tenido un desarrollo desigual, creciendo en conocimientos, menguada en reconocimiento social, preparada para lugares de decisión, algunas veces con poco espacio para asumirlos, y otras titubeante a la hora de llevar a cabo un proyecto progresista, diestra en el cuidado de los pacientes y sobrecargada en las tareas delegadas del médico.

El germen del malestar

La enfermería, que supo adelantarse a las necesidades sociales y modificar su *curriculum*, su plan de estudios, su propia concepción del trabajo y del rol profesional, llega al final del siglo viviendo un malestar y una desmotivación cuyo germen podría ser éste:

Mientras que la nueva concepción de la salud trató de orientar el sistema sanitario hacia una atención integral, en la que se consideraba por igual el daño físico que el psicológico o su repercusión social, y la enfermera se adentró en su estudio e incluyó en su campo de actuación elementos de la comunicación, planes de cuidado, etc., la realidad fue que los adelantos médicos, especialmente los tecnológicos, siguieron imponiéndose y generando tales cargas de trabajo en el cuidado de los enfermos, que han impedido a la enfermera llevar a cabo sus funciones, con una gran carga de frustración.

Sacar tiempo para atender otros aspectos del paciente supuso un esfuerzo muy grande: hablar con él, proporcionarle seguridad,

información, conocerle un poco mejor, fue una tarea ardua para quien mantenía el mismo ritmo de tareas delegadas, y sólo las más concienciadas y decididas se impusieron esa meta.

El resto sucumbió al ritmo habitual de trabajo, y cuando en situaciones mejores, o con la llegada de enfermeras jóvenes, se posibilitó recuperar ese campo, habían perdido el interés y transmitían su incredulidad hacia nuevas formas de trabajo.

Esta situación generó el abandono profesional, situación alarmante a finales de los años ochenta que ya se conocía en países de nuestro entorno y de Estados Unidos.

En el libro *La Sanidad española a debate* (*Sanidad Pública 2*), editado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública en el año 1990, preparé un capítulo acerca de la enfermería en el que trataba de hacer un análisis de la situación del colectivo, ampliando las miras a otros países que vivían situaciones similares, y basándome en documentos que estudiaban este hecho desde una visión internacional, entre ellos *Función del personal de enfermería y partería en la estrategia Salud Para Todos*, Informe del Director General, 17 de octubre de 1988, y *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*, Helena Pizurki *et al.*, OMS, Ginebra, 1988.

En aquel momento se aducía como primera causa de la falta de enfermeras asistenciales, el cierre de algunas escuelas de ATS que no asumieron la formación universitaria de los diplomados en enfermería.

Pero las razones de la falta de enfermeras en activo no estaban en relación directa con el número de escuelas o de graduadas, o con que la cantera se hubiera acabado, sino que las enfermeras no continuaban en sus trabajos después de un tiempo, que para los Estados Unidos se calculaba en quince años y en Inglaterra algo parecido, y que en los estudios más recientes de nuestro país se alcanzan cifras similares.

Había enfermeras, pero éstas no continuaban en sus trabajos y optaban por dejar la profesión por diferentes razones. Unas tenían que ver con el contenido de su trabajo, las expectativas puestas en su transformación curricular, la preparación que habían hecho con especialidades o cursos de perfeccionamiento y que no tenían ninguna respuesta de valoración en el sistema sanitario.

No les era posible llevar a cabo su función de cuidadores, de apoyo al paciente, de educadoras sanitarios, ya que la carga en tareas delegadas llenaba todo su tiempo.

Paralelamente las condiciones económicas no compensaban las cargas laborales, turnos y guardias, que en el caso de las mujeres, mayoría absoluta en la profesión, generaban gastos en el pago a cuidadores de sus hijos, y decidían abandonar la profesión para vivir un poco mejor de otra profesión u oficio que les permitiera llevar una vida familiar y social adecuada.

En los años noventa hemos venido arrastrando esta situación, en la que se mantiene vivo el desafío, pero no se dan las condiciones para asumir todo lo que sin ninguna duda consideramos que es nuestra profesión.

Sin embargo, al abrigo de enfermeras comprometidas que sufren sin duda un desánimo por no poder alcanzar el listón para el que se sienten preparadas, se encuentran los que desde una posición mediocre plantean una queja confusa en la que se mezcla el síndrome del «quemado» y la desmotivación.

Es interesante analizar la actitud de algunos enfermeros que demasiado temprano plantean su queja y exigen a los demás que los motives, que los estimules, que incentives su trabajo.

Es relativamente fácil entender el desánimo de quien, terminada su carrera, no encuentra trabajo y ve pasar los meses y a veces los años a la espera de la primera oportunidad para asumir su rol profesional.

Es claro y evidente el cansancio de quien intentó muchas veces cambiar las cosas y no ve el fruto de su esfuerzo, pero sin embargo cuesta entender en su sentido más profundo la queja de quien tiene trabajo, lleva en él menos de cinco años y ya inicia su queja y se autodefine como «quemado» y desmotivado.

La motivación es propia, la razón para trabajar, para realizar aquello por lo que le han contratado no podemos pedirla afuera, tiene que ver con nuestras propias expectativas personales, profesionales, económicas y otras.

El motivo por el que un trabajador se mueve en primer lugar es por el salario y, a partir de esa motivación, habrá o no habrá otras, pero la ausencia de otras motivaciones no justifica la queja ni la mediocridad en su función.

Si no somos capaces de motivarnos, si olvidamos la razón por la que elegimos la profesión de enfermería, si ya no es un estímulo mejorar la salud de los usuarios, reducir el dolor, elevar su calidad de vida, tal vez el problema no esté en el sistema sanitario sino en el profesional que emite la queja.

De la enfermera complaciente a la funcionaria

Si reconocemos las dificultades del colectivo para llevar a cabo su proyecto profesional, hemos de reconocer también que muchos son los profesionales que están descargando en su trabajo, y en la relación con los pacientes, su malestar.

Será necesario revisar seriamente nuestra actuación en las últimas dos décadas para entender por qué en la bibliografía reciente aparecemos con una imagen tan deteriorada.

El colectivo es muy amplio, más de cien mil profesionales en todo el territorio nacional, y son muchos los centros asistenciales donde enfermeros y enfermeras serían calificados como excelentes por los pacientes, por su trabajo, su habilidad y su actitud.

Pero no sería ético cerrar los ojos a otras situaciones en las que el usuario se encuentra ante una enfermería que le atiende con desgana, que le cuida con desinterés, cuando no con malhumor.

La evidencia de esta situación la vivimos los propios enfermeros cuando nos vemos obligados a visitar un hospital o un centro de salud desconocido, para que nos atiendan a nosotros o a nuestros familiares o amigos. En esas circunstancias entendemos la queja del usuario, sufrimos en nuestra propia carne la descoordinación, los retrasos, los errores, el malhacer de nuestros colegas.

Pero tenemos en nuestra mano un arma que el usuario no tiene, identificarnos como enfermeros, y muy posiblemente la situación cambiará.

A partir de ese momento todo serán facilidades, pases, pruebas sin citas, informes en cualquier momento y entonces, envueltos en una situación de privilegio, olvidamos la imagen de las enfermeras reunidas desayunando mientras los timbres suenan, o comentando el plan del domingo mientras preparan a un paciente asustado para una intervención, y entonces olvidamos demoras innecesarias y todo lo que vimos antes de pasar la barrera.

Esa barrera que el paciente no puede pasar y tras la cual creamos un mundo en el que los pacientes son una molestia, nos quejamos de ellos, de sus demandas, de sus ingresos, de sus consultas, de sus síntomas y complicaciones, olvidando que nuestra única razón para percibir al final de mes un salario es atenderle y cuidarle.

Algunos analistas como Josep Canals («*La imagen femenina de la enfermería*. Condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar», revista *ROL de Enfermería*, núm. 172.) plantean que frente a

la idea de la enfermera complaciente, femenina, abnegada, a la que se alude cuando nos referimos genéricamente a la profesión, la sociedad actualmente se encuentra con demasiada facilidad con el reverso de la medalla.

Si durante muchas décadas la sociedad tuvo al médico como la persona inalcanzable e ininteligible, y precisaba de la ayuda de la enfermera como puente para el diálogo, hoy, y no de forma excepcional, los usuarios sienten que la enfermera vuelca en su trabajo una acritud que impide una relación cordial y positiva.

Hay motivos sin duda para el malestar, pero también hemos de ser capaces de identificar a quienes al abrigo de justificaciones injustificables trabajan poco y mal en el paraíso de la «seguridad laboral». Enfermeros y enfermeras que ajenos a los embates de la economía, sin reconocerse como trabajadores asalariados, amparados por una normativa obsoleta, son una carga para sus compañeros, mientras los responsables miran hacia otro lado.

Hoy, a finales del siglo XX, con un índice de paro en enfermería preocupante, es incomprensible que pueda haber enfermeros incumpliendo reiteradamente su deber, que se niegan o simplemente no cumplen las órdenes de sus superiores, que trabajan mal, que causan en los enfermos inseguridad, dolor, malestar, y a los que una burocracia inútil les permite seguir cobrando el sueldo.

La plaza «en propiedad» les convierte en dueños del sistema y sus intereses están no sólo por encima de los de sus colegas que cumplen con su deber sino, y esto es lo más preocupante e indignante, sus intereses están por encima del usuario que vive y sufre su incompetencia, su malhacer sin tener en sus manos más armas que la queja, un grano de arena ante la coraza del funcionario.

Es difícil para cualquier persona entender que alguien se niegue a cumplir con su obligación y no haya ninguna arma para obligarle. El concepto de funcionario corrupto, vago y despreciable que salpica a los buenos trabajadores no es gratuito, y ningún plan de reforma saldrá adelante mientras se premie como «méritos» la antigüedad sin ningún matiz. La antigüedad no puede ser un mérito por encima de los demás, ya que premia la pervivencia en el trabajo, lo cual es en sí un premio y una injusticia ante el desempleado.

La enfermera, como otros trabajadores de la administración pública, tiene que romper con la idea errónea que confunde trabajo fijo y seguro con impunidad.

Es imprescindible introducir el concepto de calidad, de control,

de eficacia y eficiencia de forma que los buenos profesionales consoliden su forma de actuar dentro de un sistema que les valora y los malos profesionales sientan el peligro de perder su trabajo, o perder al menos situaciones ventajosas como horarios, turnos de vacaciones, seguridad en tal o cual plaza o servicio, como consecuencia de su mal hacer.

Incentivar la calidad

El concepto de calidad en el trabajo no ha sido para la enfermería un elemento básico en su formación, y hasta fechas recientes no fue un elemento evaluador.

Los enfermeros han trabajado bien o mal en muchas ocasiones guiados única y exclusivamente por su propia honestidad profesional, su concepción del trabajo y su propia calidad humana, y han visto cómo a su lado se realizaban actividades defectuosas, erróneas, con incumplimiento reiterado del método, sabiendo que no por ello sus superiores tomarían medidas.

Durante mucho tiempo la figura del responsable, del supervisor, del coordinador, del jefe de enfermeras, estuvo más cercana al ama de llaves, al administrador de recursos, lencería, farmacia, vacaciones, que al gestor y responsable de la calidad de un servicio.

Pocas veces se medían resultados, y, cuando se identificaba a un trabajador mediocre o incluso perjudicial, se encontraba sin las armas a su mano para transformar esa situación, sin el poder que le permitiera expulsar o penalizar al mal trabajador, o al menos gratificar al excelente.

Y, por si fuera poco, en muchas ocasiones se ha actuado, al igual que otras profesiones, guiados por el proteccionismo colectivo que encubría actuaciones de compañeros que debían haberse denunciado, o al menos detectado y puesto en conocimiento de quien tuviera el poder de frenarlas.

La calidad, por tanto, no fue durante muchos años un elemento fundamental en el trabajo de la enfermera.

En las últimas décadas, en el mismo tren en el que se fueron introduciendo otros elementos que ayudaron al desarrollo reciente de la profesión, este concepto entró en el mundo de la enfermería.

Se hicieron cursos, se llevaron a cabo experiencias y estudios, pero me atrevo a decir que el «control de calidad» como elemento

del día a día, como medidor constante del trabajo individual, donde el profesional pudiera medir su rendimiento y corregir de una forma dinámica sus desvíos, todavía no se ha instaurado de lleno.

Hoy, que existe una contabilidad de actuaciones, unas medidas de resultados, una evaluación del producto, sólo falta la reglamentación que *no premie* a quien trabaja según su contrato sino que castigue a quien lo incumple.

Los premios, los estímulos, los incentivos, deben venir cuando se pasa el listón de lo firmado, de lo contratado, cuando se trabaja por encima de la media, cuando se innova, se crea, se publica, se reflexiona, pero nunca con el dinero de todos los contribuyentes se puede premiar a quien trabaja estrictamente por lo contratado.

Tabla rasa e incentivos para todos refleja a un colectivo sin diferencias, donde los mejores trabajadores no se sienten valorados, donde los mediocres y los perjudiciales son recompensados y donde los que ostentan el poder no asumen el riesgo de no complacer a todos.

El futuro

El malestar de la enfermería es real y, aunque no generalizado, está diseminado por todo el país, y debemos atajarlo desde todos los frentes.

El primero, analizando las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras, el salario, la carrera profesional y otros elementos fundamentales.

Los colegios profesionales tienen que asumir el desencanto de los colegiados, y comprometerse seriamente con sus problemas, con los ojos puestos en el avance obligado de la profesión.

Los sindicatos, acomodados en su función de proveedores de cursos de formación continuada, tienen que recuperar su lugar de defensores de los trabajadores y de sus condiciones de trabajo, ya que hoy la enfermería necesita más que nunca de interlocutores comprometidos que defiendan un salario justo.

Los administradores tienen que pararse a pensar que la fuerza de trabajo mayoritaria necesita de estímulos y que quien cuida, necesita de cuidados.

Los docentes, por nuestra parte, tenemos que saber qué error estamos cometiendo en la formación que permite que lo que se en-

tiende claramente en el aula se pierda en los pasillos del hospital.

Hemos de salir de los despachos y analizar por qué lo aprendido se deja almacenado en algún lugar y, ante las dificultades para ponerlo en marcha, se acaba olvidando.

Si enseñamos algo demasiado alejado de la realidad habremos de pensar con las asistenciales cuál ha de ser la estrategia, porque de lo contrario estaremos generando inseguridad y frustración.

Aceptar que el malestar existe, que el prestigio de la enfermería no está en su mejor momento, puede ser el inicio de la búsqueda de soluciones.

Si ponemos nuestra energía en exigir nuestros derechos allá donde se toman decisiones, posiblemente seremos capaces de defender mejor los derechos de nuestros pacientes.

> «Una de las ventajas de asumirse es que la persona que lo hace comienza a utilizar las energías que antes consumía en justificarse, destinándolas a realizar tareas más rentables» (Clara Coria, en el libro *Los laberintos del éxito*, Paidós, Barcelona 1992).

2. LA AUSENCIA DE LÍDERES

Me gustaría para introducirme en el tema del liderazgo en enfermería comentar algunos aspectos relativos al poder.

Las enfermeras y el poder

Las profesiones mayoritariamente femeninas no han buscado el poder como elemento fundamental para su desarrollo.

Posiblemente sea esa condición de mujer la que ha impedido o ha dificultado que las enfermeras trabajásemos claramente por alcanzar lugares de decisión.

También podríamos pensar que desde nuestro lugar asistencial el poder que llegábamos a vislumbrar se refería a supervisiones, cargos de adjuntas, lugares que tenían más que ver con la resolución de pequeños conflictos domésticos que con lo que entendíamos como lugares donde se toman decisiones que nos implican a todos.

Las últimas dos décadas permitieron, facilitaron y reconocieron la capacidad de un gran número de enfermeras que fueron alcanzando esos lugares, demostrando en ellos su capacidad de gestión. Pero todavía la enfermería tiene ante sí retos relacionados con el poder, que algún día tendrá que resolver si no quiere vivir a dos o a tres velocidades.

Uno de ellos es que no puede llegar a lugares de decisión por llegar, por estar, para decir «Ya tenemos a alguien en ese lugar, la enfermería ya está representada».

Al poder hay que llegar con un proyecto, para llevar a cabo una idea de cambio que beneficie a los que vienen detrás.

Llegar a los cargos a perpetuar la situación, a vivir con las mismas pautas que otros dejaron supone perder oportunidades importantes para todo el colectivo y cubrir el expediente.

Cuando se llega a un lugar al que la enfermería peleó por estar, es imprescindible saber que no se representa a sí misma, que representa a los que durante mucho tiempo no tuvieron voz en esa institución, y hay que aprovechar el tiempo para plantear, debatir y tratar de culminar los proyectos.

Achicarnos frente otros, mirarlos desde nuestro viejo lugar segundón, una vez llegados a los puestos donde ya no somos segundones, es un fracaso.

El tiempo del poder a veces es corto; por razones técnicas, políticas, con razones o sin ellas, un día ese lugar se acaba y es necesario dejar cimentada nuestra presencia.

El poder nos da la posibilidad de llevar a cabo una idea, y ése es un auténtico placer, junto al peso de la responsabilidad que nos confiere, pero también nos da la posibilidad de olvidar el proyecto colectivo por el proyecto individual, la evidencia de lo difícil que resulta no corromperse, no aprovecharse de esa etapa.

Es muy fácil sucumbir al encanto del poder, a la adulación, y envueltos entre quienes entienden el cargo como una torre donde perpetuarse, crear estrategias para mantenerse en él sin más mérito que el apoyo de quienes también desean sobrevivir en los cargos.

Identificar los riesgos del poder, saber dónde se decide y qué se decide en cada lugar, es fundamental para orientar esa cantera de líderes imprescindibles para un colectivo que se encuentra periódicamente entre el desafío y la crisis.

3. EL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

El liderazgo en muchos casos lleva consigo el *poder*, pero el poder no siempre lleva consigo el liderazgo.

La ausencia de líderes de enfermería en la actualidad no es problema exclusivo de nuestro país. Documentos sobre la profesión de diferentes países coinciden en esta carencia. Posiblemente sea necesario leer estos documentos para descubrir que nuestro país, al igual que sus vecinos, vive una época en la que faltan personajes brillantes que asuman retos y sean capaces de liderar movimientos profesionales.

Sin embargo, no se identifican los problemas colectivos en relación con esa carencia, y más bien se es consciente de vivir una época gris sin mayor reflexión.

Tal vez sea necesario, como tantas veces, revisar este época, dentro de un marco más amplio en el que podamos contemplar otros elementos que posiblemente estén condicionando esa etapa gris a la que me refería.

La profesión ha vivido momentos de gran tensión, las últimas décadas del siglo XX fueron especialmente agitadas, nos convertimos en universitarias, asumimos la gestión y la dirección, nos colocamos de docentes en las escuelas, desbancamos a otros que llenaban los lugares visibles de la profesión, y pusimos nuestro sello en el desarrollo de la vida sanitaria de los últimos tiempos.

Difícilmente los cambios llevados a cabo se hubieran realizado sin líderes.

La administración posiblemente facilitó e incluso posibilitó esos cambios, pero no habría sido capaz de conducirlos si no hubiera existido un puñado de profesionales comprometidos con la utopía, que movilizaron a un colectivo que despertaba de un sueño largo de vida conventual y dependiente.

Los años setenta, ochenta y parte de los noventa, coincidiendo con la instauración de la democracia en nuestro país, fueron años en los que la profesión avanzó desproporcionadamente con el resto de las profesiones y con su propia historia.

Nombrar aquí a los líderes de ese movimiento sería correr el riesgo de dejar en el tintero a personajes fundamentales, pero desde las enfermeras catalanas, la asociación española de enfermería docente, las enfermeras que diseñaron el cambio hacia la Universidad, las que lideraron movimientos de apertura en los colegios profesionales, las que lucharon desde la atención primaria para abrir un camino, las que estrenaron los puestos de dirección y gestión, las que llamaron a la puerta del FIS hasta conseguir que las enfermeras tuvieran apoyos para la investigación, las que desde sus salidas al extranjero nos importaron aires nuevos, todas fueron imprescindibles en nuestra historia.

Esas enfermeras, que tenían 20 o 30 años en los setenta, finalizarán el siglo con 50. Algunas todavía ocupan lugares de relativo prestigio, otras están difuminadas en la asistencia, y a todas ellas les debemos cambios fundamentales que nos permitieron abordar el futuro; pero es necesario el relevo.

Los personajes que aparecen en los congresos no siempre tienen la empatía del colectivo; las enfermeras brillantes sólo brillan en ámbitos a los que no es asidua la enfermería de base, y posiblemente todo ello configura esa situación de falta de liderazgo que, como decía al inicio, no es privativa de España sino que se extiende por otros países de Europa y Estados Unidos.

En febrero de 1997 asistí en Hamburgo a un grupo de trabajo sobre el desarrollo de los líderes de enfermería en Europa, «Developing Nursing Leadership in Europe», organizado por La King´s Fund, Management College, 11-13 Cavendish Square, London, WIM 0AN, donde se analizaban las estrategias para el desarrollo de líderes de enfermería.

Mientras se ponía en evidencia la diferente situación del colectivo según las condiciones políticas, económicas y sociales de sus países, ya que unas acababan de salir de guerras, como las enfermeras serbias, otras provenían de países con una red sanitaria pública muy limitada, otras de países altamente desarrollados, a la hora de definir la necesidad de liderazgo los acuerdos eran evidentes.

Esta concordancia en la necesidad nos debe animar a plantear una estrategia seria y bien estructurada que asegure líderes en el futuro.

Porque no son líderes aislados, personajes brillantes de un día, lo que el colectivo necesita, sino generar una cantera que provea de enfermeros y enfermeras serios, con visión de futuro, que ayuden a encontrar los caminos para revitalizar la profesión.

Mi propuesta es, como en otros temas, poner nuestra mirada en la juventud, aunque para algunos esté desprestigiada.

Los sociólogos posiblemente tendrán un análisis más acertado

de la situación, pero la voz popular habla de una juventud que no se compromete, falta de espíritu, sin ideales, que no quiere asumir un rol activo en la sociedad. Me cuesta compartir esta idea, porque no he perdido la memoria y recuerdo planteamientos similares cuando se analizaba a la juventud hace dos o tres décadas. La queja siempre es la misma: los jóvenes no son como nosotros, no tienen nuestros valores, son incapaces de llevar a cabo nuestra labor. Pero la realidad es diferente: los jóvenes son siempre la posibilidad del futuro, queramos o no, los valoremos o no, y es en la juventud donde debemos invertir nuestros esfuerzos.

Los futuros líderes están hoy sentados en las aulas, iniciando su vida profesional, buscando su primer trabajo, criticando el sistema, desdeñando el pasado, viviendo el presente, en resumen, siendo jóvenes.

Ya desde la formación se les puede reconocer, ya desde su primer trabajo es fácil identificarles: tienen ideas, hacen planteamientos de futuro, se les escucha, transmiten entusiasmo, son optimistas, aceptan riesgos. Los vemos organizando actos en la Escuela, liderando movimientos de apoyo o de rechazo a las ideas de la Universidad, reclamando sus derechos, planteando propuestas, algunas veces protestando sin razón, otras con demasiada.

Esos jóvenes podrán en el futuro liderar la profesión si hoy reciben nuestro apoyo, si les animamos en sus proyectos, les facilitamos el acceso a otros ámbitos, el intercambio con otros estudiantes en el extranjero, les traemos a la Escuela personajes importantes que les transmitan ideas renovadoras.

La Universidad habría de ser el lugar desde donde generar ese líder, pero para ello la Universidad debe permitir el desafío de los interrogantes, dejar a los alumnos que pregunten y se pregunten, permitirles la libertad de crear, de pensar en otras posibilidades que a nosotros ni se nos ocurrieron.

Si el alumno vive su formación entre cuatro paredes dogmáticas, posiblemente aborte sus ideas sin haberlas parido, pero si, por el contrario, la Universidad genera en ellos la duda, les obliga a mirar hacia fuera, a preguntarse y a vivir sin respuestas inmediatas, si la Universidad les deja la capacidad de crear, posiblemente dejemos germinar la semilla del liderazgo.

Nuestra profesión necesita aire de fuera, necesita abrirse a otras profesiones, antes o después tiene que perder los restos conventuales que todavía la impregnan, y no serán los jóvenes los que rechacen la apertura, sino nosotros los que a veces tenemos dificultad para ir al paso de la historia y nos agarramos a la seguridad de lo ya conocido.

Nuestros jóvenes, que nacieron con el ordenador, con los viajes por Europa, con Internet y la fertilización *in vitro*, pueden enseñarnos el camino.

Nosotros, desde la sabiduría que a veces nos regala la experiencia, podemos ayudarles en el camino, frenar sus ímpetus desbocados cuando estén en el error y animarles cuando quieran que los cambios se produzcan ya.

La enfermería necesita líderes con ideas claras y con capacidad para convencer al colectivo, personas voluntariosas e idealistas, con una concepción científica de su trabajo.

Una profesión como la nuestra tiene que ser capaz de identificar a las personas que pudieran ser el motor del cambio:

- El líder tiene una visión, una idea clara de futuro.
- El líder es visible, tiene seguidores.
- El líder acepta riesgos.
- El líder produce entusiasmo, motiva.
- El líder puede compartir el liderazgo con otros.

Así definía Sally Shawen, en su ponencia al 19 Congreso Cuatrienal del Consejo Internacional de Enfermeras, recogida en la publicación *La Enfermería, un mañana diferente* (International Council of Nurses, 3 Place Jean-Marteau-CH-1201 Ginebra, Suiza), las características del líder, a las que yo añadiría :

- El líder sabe que los cambios no son inmediatos y tiene conciencia del tiempo.
- El líder disfruta con lo que hace, es apasionado y tiene sentido del humor.

El reto que deberán asumir los líderes para el próximo milenio tiene que ver con la apertura de la profesión al exterior. Para ello es preciso generar una imagen profesional moderna, progresista, utilizando los medios de comunicación, los foros de debate interprofesional, las publicaciones, todos los lugares posibles donde promocionarnos.

Tenemos que saber aprovechar las oportunidades, y la profesión tiene enfermeros con capacidad para transmitir sus ideas, con coraje y convicción para hacer la transición desde planteamientos tradicionales a una enfermería apropiada para el año 2000, y hemos de animarles, apoyarles y promover su credibilidad.

4. ¿QUIÉN CUIDA A LA ENFERMERA?

Quisiera en este capítulo ir acercándome a la situación de la enfermería desde otra perspectiva y analizar aspectos relativos a las condiciones de trabajo y su relación más o menos clara con el concepto de vocación.

Vocación: preferencia, tendencia, inclinación.

La enfermería ha estado marcada desde la formación, y también desde la mirada de la sociedad, como algo más *vocacional que profesional.*

En las últimas décadas los cambios en la sociedad fueron transformando la idea de vocación hasta convertirla casi en una palabra maldita, y las enfermeras colocamos en su lugar profesionalidad, defendiéndola como el eje de nuestro quehacer.

Sin embargo, finalizando el siglo XX mi trabajo y mi experiencia reciente en la docencia me llevan a rescatar la palabra vocación, actualizarla y darle sentido, sin perder por ello todo lo ganado como profesionales.

Hay aspectos de la profesión que uno elige, no por razones claras y razonables, sino por ese otro motivo que tiene que ver con valores humanos, con solidaridad.

Nosotros tenemos nuestro proyecto de ayudar a vivir, a nacer, a morir, dar salud, evitar la enfermedad, calmar el dolor; todo eso que forma parte de nuestra profesión tiene muchos elementos no cuantificables, no tiene compensación en el dinero, en el reconocimiento social, es otra cosa y tal vez eso sea vocación.

Si tenemos en cuenta las motivaciones de los nuevos profesionales, encontraremos que muchos han elegido esta profesión como primera opción, desde unos planteamientos humanitarios, pero no han pensado llevarla a cabo con más sacrificios que los de ser testigos del dolor y de la muerte.

Todo sacrificio que se sume sobre éstos y exija un esfuerzo mayor se encontrará con un profesional consciente del deber de la administración y del suyo propio, pero que debido a viejos conceptos como sacrificio, abnegación, sublimación, no hará ninguna tarea que no considere justificada, y que nadie piense que la razón es una falta de capacidad de servicio, sino una decisión racional y lógica.

Lo que generaciones anteriores, imbuidas de otra filosofía, asumimos como algo natural e intrínseco a la profesión, nuevas generaciones nacidas en situaciones diferentes y conocedoras de sus derechos como consumidores lo rechazarán totalmente.

El sistema sanitario, la administración, el patrón, deberá dar a los profesionales una mezcla de beneficios y problemas equilibrada y armónica, y si bien nadie les librará del riesgo de enfermar por encima del resto de los trabajadores, ni de contagios, accidentes, depresiones por vivir en situaciones difíciles, sin embargo nada justificará una carga más en este profesional frente a otros de la administración pública.

El sistema sanitario público, el patrono de la mayoría de los profesionales de la enfermería, tiene un capital humano imprescindible para funcionar; sin embargo sus condiciones de trabajo no son su preocupación.

El proyecto educativo de las Escuelas Universitarias de Enfermería se basa en la calidad, en crear un profesional acorde a las necesidades actuales, conocedor de su lugar y de su competencia, hábil, crítico y responsable que pueda asumir su lugar en el sistema sanitario.

Y ese sistema habrá de ser quien se encargue de cuidarle, de exigirle, de darle los medios, de aprovecharle al máximo, de facilitarle un ambiente laboral saludable, de pagarle un salario justo y de permitirle una superación constante.

Desde la Escuela de Enfermería somos testigos del esfuerzo que supone para los alumnos sacar su título y somos conscientes también de que la «vocación de enfermería» existe. Existe en los alumnos y existe en los trabajadores que se ven obligados a «emigrar» de su profesión por necesidad.

Por eso es injusto que después de tanto esfuerzo, de tanto gasto y de tantas ilusiones puestas en su profesión, estos jóvenes se vean obligados a abandonar su trabajo antes de dos décadas por la incapacidad del sistema para darles, al menos, lo que en justicia les pertenece.

La enfermería, que ha asumido el papel de cuidador de la salud de la gente, parecería que no tiene quién la cuide.

Salud laboral y condiciones de trabajo

Basándome en este razonamiento quisiera plantear a continuación los aspectos relativos al ámbito laboral que están afectando a cada trabajador en particular y a la profesión en su conjunto.

Como enfermeras viviremos cerca de la enfermedad, del inválido, del dolor, de las partes más oscuras del ser humano, de sus necesidades más básicas, pero también eso tiene un precio en nuestra salud y debemos identificarlo.

Ayudaremos a un paciente a levantarse de la cama porque es bueno para él, y se apoyará en mí para caminar mejor, pero necesito elementos de ayuda para hacer ese trabajo, que es mío, sin dañarme.

En los hospitales y centros de salud se adquiere constantemente material, equipamiento, pero pocas veces pedimos o exigimos en el presupuesto elementos que tengan que ver con nuestra seguridad, nuestra salud, nuestra calidad de vida laboral.

Por ello es fundamental identificar quién debe ser nuestro cuidador, a quién hemos de exigir la protección, y luego podremos pasar a plantear qué parte de responsabilidad nuestra existe a la hora de utilizar o no las medidas oportunas.

En el informe «Enfermeras. La salud y la seguridad. La protección de los intereses del personal de enfermería» se tratan temas que tal vez den respuesta a algunas de nuestras inquietudes.

Las enfermeras tenemos problemas de salud físicos, psíquicos y sociales:

- De las 27 ocupaciones en las que es mayor la incidencia de trastornos mentales, 15 se relacionan con los hospitales.
- Un estudio sobre el estrés observó que 6 de las 40 ocupaciones que generaban más estrés pertenecían al sector de la salud, y entre ellas estaba la enfermería.
- Las enfermeras enfermamos de estrés en muchos casos como resultado de falta de personal, de turnos, de un tipo de vida diferente al de nuestros amigos, familiares, etc.
- Enfermamos físicamente, sobre todo de la columna vertebral, porque cargamos más de lo que debemos. La OIT recomienda que después de los 18 años un trabajador no cargue más de 15-20 kg y nosotras levantamos un peso promedio de 32,7 kg.
- Tenemos problemas con la ventilación, con el aire acondicionado, con el exceso de calefacción.

- Tenemos problemas porque los muebles no son apropiados, las camas son demasiado anchas o demasiado altas, el material es viejo y no está bien conservado, y hay que forzar las manivelas de las camas, empujar las sillas de ruedas que no andan bien, controlar las camillas, y tantas otras cosas que cualquiera de nosotros podría enumerar.
- También tenemos riesgos de accidentes y de violencia.

Y nuestra vida social está condicionada porque tenemos mucho trabajo, turnos complicados y un sueldo que no justifica todo esto.

Cualquier enfermero o enfermera podría seguir enumerando problemas y habría infinidad de experiencias propias o ajenas de abortos, pinchazos, esguinces, dolores de espalda...

Pero el tema no es de qué enferma la enfermera, sino quién la cuida.

La enfermera es renuente a la hora de denunciar sus accidentes; según el informe, declara solamente el 20 por 100 de los accidentes ocurridos en el trabajo y eso no puede dar una idea de la magnitud ni tampoco apoyar en la búsqueda de soluciones.

Tampoco denunciamos los problemas de salud derivados de nuestro trabajo, como el estrés, los esguinces, los dolores de espalda, los abortos espontáneos.

Parecería que la enfermera tiene dificultad para reconocer el riesgo que tiene su trabajo y hemos definido nuestra profesión incluyendo esos problemas.

Profesión y riesgos es un todo que nos impide delimitar qué es lo realmente intrínseco y qué es lo que, perteneciendo a nuestra profesión, puede mejorarse.

¿Conocemos los efectos de la calefacción alta en nuestro organismo?

¿Sabemos lo que pagamos en salud moviendo muebles con ruedas que funcionan mal?

¿Sabemos si manipular con medicamentos antineoplásicos tiene alguna incidencia en nuestra salud?

Entiendo que todo esto no son conocimientos habituales para una enfermera, pero si nosotros nos creyéramos que nuestra profesión no es diferente a otras, como la de cajera del supermercado o conductor de autobús, tal vez entonces tendríamos la misma actitud de defensa de nuestro trabajo que tienen ellos.

Hace muchos años había un plus de unas 1.000 pesetas de peligrosidad cuando se trabajaba en laboratorio y en esa peligrosidad se contaban riesgos perfectamente controlables que no se podían considerar accidentes, sino algo que iba unido a nuestro trabajo como pipetear con la boca, no tener entonces contenedores para objetos punzantes, contaminados, o ausencia de tapones para las muestras de sangre.

La idea de peligrosidad no está asumida por la OIT, ya que se entiende que los peligros conocidos se deben evitar y no obviarlos mediante un plus de peligrosidad, y que la remuneración por el peligro ofrece poca protección al trabajador.

Los informes acerca de la salud en los trabajadores del sistema sanitario dan una imagen de la poca conciencia de riesgo que tienen los propios empleadores y los empleados.

La salud laboral es todavía una asignatura pendiente de las enfermeras y del personal sanitario en general y no es fácil asumirla, ya que implica elementos políticos, económicos, de especialización y sobre todo un elemento de reivindicación profesional, pero nosotros, como trabajadores, reivindicamos poco.

¿Por qué?

En un hospital de Londres fui testigo de cómo una enfermera le preguntaba a la otra si tenía problemas de columna antes de levantar a un paciente; la otra contestó afirmativamente y no tuvo que hacer el esfuerzo.

Los trabajadores tienen derecho a negarse a comenzar a trabajar, o dejar de trabajar en caso de peligro, pero pocas veces he visto a las enfermeras españolas negarse a realizar una actividad que pudiera resultar forzada para su edad, embarazo u otra circunstancia.

Alguien podría pensar que no reclamamos por miedo a quedarnos sin trabajo, como en muchos otros colectivos, pero eso en la enfermería no es creíble.

Las enfermeras tienen el puesto de trabajo mayoritariamente en la Sanidad Pública, que no se maneja como la clínica privada, y no serán las reivindicaciones sobre salud laboral las que les lleven al despido.

Es otra razón que posiblemente tenga que ver con nuestra identidad enfermera, que es preciso delinear y resolver.

Mientras los conductores de autobús se ponen en huelga porque no quieren conducir sin aire acondicionado y la administración

no puede dejar de escucharles, nosotros, casi la mitad de todos los que trabajan en el sistema sanitario, hacemos pocas reivindicaciones relativas a nuestra salud y seguridad.

Enfermamos, nos damos de baja, pero no conseguimos enganchar la relación causa-efecto-reivindicación.

Tal vez una parte de la causa o de la culpa esté en nosotros mismos, en nuestra idea acerca de la profesión, en nuestra propia condición mayoritaria de mujer, en algo inculcado muy dentro que nos impide vernos como profesionales, trabajadores con todos los derechos y toda las obligaciones.

Parecería que nos asumimos un poco «en plan amas de casa» y damos por hecho que la situación es la que es, y ¡qué podemos hacer!

Sin embargo, tenemos un patrón claramente identificable y poderoso, que es la administración del Estado.

Podemos tener acceso al conocimiento de los riesgos de salud de nuestra profesión, somos ciudadanos de derecho y buenos profesionales en los que recae una enorme responsabilidad.

¿Por qué entonces no reivindicamos el derecho a la protección de nuestra salud, defendida por nuestra Constitución y por infinidad de leyes y normas que no utilizamos?

Posiblemente el desconocimiento en profundidad de los problemas de salud laboral nos lleva a no querer meternos en ese laberinto, pero para eso están las organizaciones de trabajadores, sindicatos, colegios profesionales, comités, asociaciones.

La nueva Ley 31/1998 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales se basa por una parte en el artículo 40.2 de la Constitución Española, que encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo, y tiene en cuenta nuestra presencia en la Unión Europea y la necesidad de una normativa común, así como los avances tecnológicos y científicos que nos muestran nuevas patologías condicionadas al mundo laboral, y es un documento de reflexión para todos los trabajadores y sin duda para la enfermería.

Pero todas las leyes y las mejoras en la calidad del ambiente laboral precisan de una actitud activa del trabajador, y en muchas ocasiones se nos han ofertado controles de salud, exámenes periódicos, y no los hemos utilizado por comodidad, falta de tiempo, desinterés u otras razones.

Por tanto creo que el tema de «Quién cuida a la enfermera» pasa tanto por reivindicar aspectos concretos de salud laboral como

por cambiar nuestra actitud y nuestra propia valoración de la profesión y de sus riesgos.

El colectivo de enfermería debe retomar una actitud de lucha por sus derechos, por sus mejoras salariales y sus condiciones de trabajo.

Si somos conscientes de que constituimos un capital humano sin el cual el sistema no puede funcionar, si nos sentimos responsables de la salud de la población, no olvidemos que nosotros, como personas, como ciudadanos y como profesionales también pertenecemos a esa población y tenemos el mismo derecho y el mismo deber de exigir.

5. EL VALOR SOCIAL DE LA PROFESIÓN. DIFERENTES IMÁGENES

Posiblemente el lugar de una profesión en la sociedad esté condicionado a infinitos aspectos que nada tengan que ver con sus conocimientos, ni con la necesidad que esa sociedad tenga de ella, ni del cometido que le encarga.

Supongo que los aspectos económicos estarán presentes, y por ello ser piloto de carreras se valora más que ser maestro de escuela, y ser cirujano plástico más que enfermero rural.

Mientras que en países pobres donde no existen servicios sanitarios mínimos contar con una enfermera titulada es un lujo y generará en esa comunidad un sentimiento de respeto y valoración, en los países occidentales como el nuestro, con un alto nivel de desarrollo, la situación es diferente.

Aquí el prestigio está en la tecnología, el trasplante, la fertilización *in vitro*, la cirugía complicada, mientras que todo aquello que supone una relación personal de apoyo, de ayuda, de cuidado, si bien es valorado a nivel individual por quien lo recibe, no lo es por la sociedad en la que ese individuo está inmerso.

Me sería difícil afirmar en estos momentos que nuestra profesión está altamente valorada por la sociedad; más bien en la actualidad, y tal vez por mensajes confusos que llegan del mundo laboral, se considera una buena alternativa al paro.

Los avances de la enfermería, el enorme esfuerzo realizado para mejorar nuestro nivel profesional, no siempre ha sido compartido por la sociedad, y tal vez por ello ha costado mucho esfuerzo que se entienda que para producir bienestar en un paciente encamado es necesario pasar tres años en la Universidad, y para hacer un control de salud a un niño o dar una información a un grupo de crónicos es necesario estudiar diferentes materias.

El usuario sabe cuándo alguien le atiende bien o le atiende mal, cuándo alguien le hace más daño que bien, pero a veces no relaciona esto con un mayor conocimiento científico, una mejor preparación, sino única y exclusivamente con una calidad personal que la enfermera tiene o no tiene, al margen de lo que ha aprendido.

Sin duda que el carácter femenino de la profesión y la connotación del «cuidar» como actitud, más que como conocimientos científicos y técnicos, es un lastre con el que nos encontramos, pero tal vez por esa razón debemos asumir el reto de demostrar que lo que la sociedad entiende como «natural» en la relación enfermera/paciente precisa de un soporte científico, de estudio, de conocimiento de otras disciplinas que le dan al profesional las herramientas para trabajar mejor.

Sin olvidar estos argumentos es necesario asumir la imagen que en estos momentos presenta la profesión y analizar, en la medida de lo posible, sus causas.

No es el azar ni la mala suerte lo que lleva a una profesión a un lugar en el *ranking* de las profesiones u oficios; es su propio desarrollo, su respuesta a las necesidades sociales la que la coloca en uno u otro lugar.

Elevar el valor social de la profesión de enfermería es tarea de todos, tanto los que se encuentran en la asistencia como en la docencia o en la administración.

Cambiar nuestra actitud individual y colectiva, asumir desde nuestra identidad profesional el derecho del usuario a la mejor asistencia, entender que nuestros problemas personales, laborales y profesionales tienen que ser resueltos en otro lugar y que durante nuestro horario de trabajo nos debemos a quien nos paga, tal vez sea el inicio de la recuperación de una imagen que a poco que la desempolvemos volverá a brillar.

La mejora de la calidad de la asistencia será fundamental, pero no podemos olvidar que también influirá en la valoración social la formación, la investigación, nuestra capacidad de diálogo con los otros profesionales.

El siglo XXI, con la entrada en vigor de otras carreras más seductoras para los jóvenes, es un reto para nuestro colectivo, y todos y cada uno de los profesionales tenemos que asumir la parte que nos corresponde, no sólo para avanzar, sino también para aprender a vender mejor nuestra imagen profesional, a la búsqueda de un prestigio social que debemos recuperar.

Imagen profesional

Imagen: Figura, representación, semejanza y apariencia de una cosa.

Imagen es un término profusamente utilizado en nuestros días. La imagen vende, la imagen seduce, la imagen vale y en ella se concentran gran cantidad de valores en la sociedad actual, y no está exenta de valor, por tanto, la imagen propia y la de la profesión que se ejerce.

Tal vez por esa razón sería interesante pararnos a pensar en nuestra imagen, imagen de la profesión e imagen profesional, pero aceptando que es difícil o tal vez imposible, desde dentro de la profesión, definir la propia imagen.

Uno cree saber cómo es, pero sería pretencioso afirmar que sabe cómo lo ven los demás. Para tener una imagen es preciso el espejo, un espejo en el que reflejarse y desde allí verse.

Como nuestro espejo no puede ser nuestra propia mirada, hemos de buscar la imagen de la enfermería en otros lugares, en la prensa, en los medios de comunicación, en los comentarios de la gente, de nuestros amigos, familiares, personas cercanas a nuestro trabajo, y sin duda, en aquellos por los cuales existimos, los pacientes y familiares, y tal vez de la suma de todos ellos lleguemos a saber cómo nos ven.

Imagen externa, el uniforme

Muchas profesiones se identifican por su vestimenta, algunos porque portan un mismo vestido y otros porque de alguna forma unifican su indumentaria sin necesidad de vestir exactamente iguales.

Hay profesiones que visten de uniforme y otras que van uniformadas.

Hay uniformes que deciden las instituciones y hay «uniformes» que decide el profesional.

Los médicos y las enfermeras llevan el uniforme que decide la institución para la que trabajan, mientras que los ejecutivos llevan un uniforme tan rígido como el de los sanitarios, pero en el que pueden elegir dentro de una variedad de formas, colores, siempre dentro de un margen que, sin estar definido en ningún documento, todos conocen y acatan.

El uniforme «unifica», identifica, ejerce de marca y pertenencia a una institución y muchas veces de coraza y defensa ante el otro.

Nuestra profesión está profundamente ligada al uniforme y posiblemente su historia se podría reconstruir analizando el atuendo a lo largo del tiempo.

El uniforme blanco, casto, con cofia y medias gruesas, con aire monjil de principio de siglo, dio paso en los años cincuenta a otro más juvenil, en el que se introducía tímidamente algún color, la cofia ya no recogía el pelo, el calzado antiguo daba paso a los zuecos, y los aspectos prácticos empezaban a tenerse en cuenta.

Los años setenta trajeron el pijama, la desaparición casi masiva de la falda, los blusones desbocados, la ausencia de medias, los calcetines y un diseño de uniforme que tal vez en el primer modelo tuviera cierto encanto, pero cuya degeneración hoy es evidente.

La finalidad del uniforme de identificar frente al usuario se ha perdido en muchos casos.

El pijama verde pluriprofesional, la utilización de batas o pijamas sin referencia a la profesión confunde a todos.

Pacientes que piden explicación de su proceso al celador, o residentes que ironizan porque les han pedido la cuña, alumnos que pasan por graduados y un sinfín de situaciones que los usuarios podrían refrendar nos obligan a reflexionar sobre la importancia del uniforme.

Hoy, que hasta el vendedor de verduras del mercado se preocupa y cuida con esmero su imagen y la de su lugar de trabajo, me pregunto si nosotros compartimos esa exigencia.

Pijamas sujetos con un esparadrapo y con una aguja intramuscular, zuecos a veces impresentables, pijamas de quirófano en la cafetería, uniformes que no definen quién es quién, pequeños detalles que por habituales ya no nos extrañan, pueden producir malestar, incomodidad e inseguridad en el paciente que acude a la consulta o que ingresa por primera vez en el hospital.

No cabe duda que después de conocer y comprobar la calidad del trabajo ya no importa demasiado si se va bien o mal arreglado, pero estamos hablando de la imagen de la profesión y no de la calidad del trabajo de un profesional.

No abogo ni en lo más remoto por el retorno al uniforme con el que me estrené, más un disfraz que un instrumento de trabajo, pero creo que deberíamos pararnos a pensar sobre la apariencia externa y decidir, desde dentro de la profesión, cuál o cuáles son los atuendos más acordes con nuestro quehacer.

Aquellos que faciliten el trabajo, no se abran por el escote, tengan los bolsillos adecuados, sean cómodos y con la identificación necesaria para que el usuario sepa con quién está, con el nombre del profesional en una chapa, tarjeta o etiqueta.

Una vez solventado el problema de la comodidad y de la higiene, podríamos pensar también en un diseño acorde con los tiempos, con el tipo de pacientes, y que favorezca y represente dignamente a la profesión.

No creo que deba ser igual el uniforme de una enfermera en un hospital infantil, donde el color y las formas pueden ser un elemento estimulante para los niños ingresados, que en una residencia de enfermos crónicos o ancianos, donde camisetas de colores o pantalones tipo chándal tal vez no sean lo más adecuado.

Soy consciente de que hay muchos temas en los que gastar tiempo y dinero antes que pensar en el vestido, pero si tenemos en cuenta que somos cerca de la mitad del personal sanitario y que se ha venido invirtiendo en los últimos años, y con notable acierto, una gran cantidad de dinero en el diseño de centros sanitarios, de consultas, de mobiliario, entendiendo que todo lo que rodea el espacio del enfermo tiene un efecto en su bienestar, creo que cuidar la imagen de quien más horas pasa con el paciente no carece de importancia.

La imagen en los medios de comunicación

No pasa desapercibido para el colectivo profesional la imagen de las enfermeras que medios de comunicación como el cine y la televisión propagan, y sería interesante saber cuál es su consecuencia en la valoración social de la enfermería.

En la pequeña pantalla, *sexis* de saldo, bobas integrales, hacen el papel de enfermeras cuya una única tarea es llevar la bata bien cortita y declamar diálogos insulsos.

Si fuera un solo programa, podríamos hablar de situaciones excepcionales, pero lamentablemente la excepción es aparecer en la pantalla como nosotros nos vemos.

La primero que tendríamos que preguntarnos es si la enfermería genera esa imagen que se lleva al cine y la televisión, o son el cine y la televisión, por sus propios intereses, los que crean una imagen que salpica a la profesión.

Para responder a esta pregunta y como me parece inaceptable plantear que el cine o la televisión tengan conscientemente algún interés en dañarnos, y por tanto emplear una estrategia de ataque a los medios de comunicación sería absurdo, creo que deberíamos analizar esta situación y entablar un dialogo entre todos, y tal vez de esa forma seamos capaces de identificar que el estereotipo que reproducen tiene su justificación por la imagen grabada en el inconsciente colectivo.

Un repaso a la historia nos puede, como en tantas ocasiones, ayudar a esclarecer el presente.

«Nunca he conocido una enfermera que no se emborrachara y la mayoría de ellas se conducen de modo inmoral»: esta información, que Florence Nightingale (1820-1910) recibió de la enfermera jefe de un hospital londinense y que confió a su padre, puede servirnos de punto de partida.

Cuando Florence llegó a la península de Crimea, entonces en guerra para visitar los hospitales de la retaguardia, se encontró con que a partir de las seis de la tarde todas las enfermeras estaban borrachas, la higiene era deplorable, había charcos debajo de las camas y las ratas merodeaban a su antojo.

Aquellas mujeres, provenientes de las clases más bajas de la sociedad, conseguían trabajo cuidando enfermos sin ninguna clase de formación previa, y otras, delincuentes comunes, expiaban sus culpas en esos menesteres.

Lo que Florence Nightingale vio en Crimea no era una situación excepcional. Muchos países de Europa vivían experiencias parecidas, a las que no era ajena España.

Entre los siglos XVI y XIX el mundo vive acontecimientos de gran importancia: epidemias, miseria, altísima mortalidad infantil y todo tipo de patologías, lo cual, unido al cierre de los monasterios tras la Reforma protestante, dejó a los enfermos sin un lugar donde cobijarse, ya que hasta entonces los monasterios habían sido hospitales

y posadas de enfermos y de pobres, que se vieron de golpe en la calle, abandonados y en la miseria.

Este panorama se mantuvo durante muchos años y queda reflejado maravillosamente en los cuentos de Dickens cuando nos muestra los orfelinatos y sus cuidadoras, enfermeras y matronas.

Con esta situación se encontró Florence Nightingale, una enfermera que cambió la historia y que puede ser elogiada o criticada, pero a la que es imposible ignorar.

En aquel hospital en que los soldados tenían más riesgo de morir por la suciedad y el descuido que frente a las armas del enemigo, empieza una cuenta hacia adelante, un cambio drástico en la concepción de la enfermera. Se rompió con una historia de enfermeras/borrachas/prostitutas.

Las nuevas profesionales habrían de ser abnegadas, limpias, pulcras, de costumbres victorianas y de una moralidad intachable, para alejar aquellas imágenes de miseria e ignorancia.

Las futuras enfermeras serían mujeres con uniformes impecables, cabello recogido, zapatos cómodos pero feos, cofias, cuellos cerrados, gesto serio y limpieza hasta limites increíbles y la presunción de la soltería como el estado ideal de la enfermera.

El siglo pasado nos ofreció enfermeras de cofia y mandil, más cercanas a las religiosas que a la mujer trabajadora de su tiempo.

La imagen de la enfermera en las dos guerras mundiales ya era una imagen diferente, valorada, admirada, utilizada como emblema, como gancho, como anuncio de productos, como prototipo de buena mujer.

Ser enfermera o ayudar en algún hospital, colaborar con la Cruz Roja, ser dama militar, voluntaria, fue un elemento de prestigio y de buenas familias.

Así fuimos llegando a nuestra época.

Nosotros, y mejor dicho los que rondamos los cincuenta, todavía heredamos los últimos coletazos de la formación religiosa, escuelas de enfermeras de monjas que nos seguían transmitiendo una idea de enfermería femenina resignada, ayudante, dependiente, con un campo de trabajo limitado y siempre a las órdenes del médico.

Ello acompañado de un rígido uniforme, con cofia y zapatos de tacón blancos con cordones, amplio delantal y un régimen de vida más parecido al del enfermero profesional que al del alumno.

En los últimos treinta años los cambios han sido tantos que es difícil hacer un simple resumen sin olvidar elementos fundamentales.

La liberación de la mujer por un lado, el deseo de emancipación de todo lo que supusiera subordinación al varón, fuera médico o marido, la ruptura del ritual del uniforme y los pasos hacia una libertad individual, cambiaron la sociedad y nos cambiaron a los enfermeros, y hoy somos lo que somos por la historia que vivimos.

No conozco cuáles son los caminos del inconsciente para mantener a lo largo de la historia esa doble imagen de la enfermera: «ABNEGADA-SACRIFICADA-MATERNAL» «LIGERA-SEXY-FRÍVOLA», pero es evidente que esas dos imágenes se mantienen, y hasta fechas recientes elegir los estudios de enfermería llevaba consigo comentarios relativos al valor, al sacrificio, al mérito por sentir esa vocación, al igual que bromas sobre las noches de guardia con los médicos o fantasías con encamados libidinosos.

El cine y la televisión alimentaron ambas imágenes.

El cine nos utilizó para infinidad de películas en las que aparecimos como mujeres *sexys* con uniformes *sexys* y comportamientos *sexys*, y otras veces nos ofrecía la imagen de enfermeras abnegadas, enfermeras pseudomonjitas cuya vida eran los enfermos y el hospital y a las que no les quedaba tiempo para frivolidades tales como buscarse novio y casarse.

Entre el cine *porno* y la hermana San Sulpicio nos hemos movido y es tiempo de intentar un diálogo con los medios de comunicación para evidenciar la situación, y de esa forma plantearles la exigencia de que traten nuestro trabajo, nuestra función, y por tanto nuestro nombre y profesión, con el respeto con el que exigen que se trate la suya.

Cómo nos ven y cómo nos vemos

Uno de los elementos fundamentales a la hora de analizar la imagen profesional sería conocer la razón por la que los cambios llevados a cabo por la enfermería en las ultimas décadas son casi imperceptibles para el usuario.

Tal vez uno de los problemas de la imagen social de la enfermería es que «no existe tal imagen»; existe la imagen que cada enfermera genera en el usuario, y por tanto hay tantas imágenes como encuentros enfermera-paciente.

No es el usuario entendido como colectivo, como sociedad a quien sirvo, sino «el señor X» que viene esta mañana, «la señora X» que viene por la tarde, y «el niño X» que visité ayer.

Y es fácil nuestra autocomplacencia en esa relación individual, incomparable con el resto, aislada y sin medida de referencia.

Por tanto, es posible que no tengamos una única imagen y sería interesante enumerar las imágenes que tenemos y que producimos.

Para ello es necesario salir de nuestro reducto profesional y colocarnos en el otro lugar, y posiblemente desde la mirada del usuario descubriríamos aspectos fundamentales como los que Marta Allué, autora del libro *Dejarse la piel* (Planeta), ha descrito en algunas ocasiones, y que yo transcribo de unas notas recogidas en las XVII Sesiones de Trabajo del AEED, Cuenca, diciembre de 1996:

- El paciente vive un baile de turnos, titulaciones, especialistas, niveles, que nadie le explica. Confunde funciones y, como nadie se identifica, tiene la obligación de diferenciarlos con los pocos elementos que tiene a su mano.
- Percibe diferencias entre enfermeros jóvenes y maduros: los primeros hiperactivos, muy técnicos, distantes, menos comunicativos, dan consejos desde su corta edad infantilizando al paciente.
- Las enfermeras maduras, cansadas, menos distantes, cuentan sus problemas al paciente, que escucha sin ningún interés sus quejas y sus críticas a otros profesionales, recibiendo de éstas más órdenes que consejos.
- Los pacientes jóvenes se impacientan ante las enfermeras, los ancianos soportan, los adultos «negocian», saben quién les atiende de una forma o de otra y se ganan con adulaciones u otras estratagemas la atención de las enfermeras que desean.
- Los enfermeros hombres son más homogéneos en su atención, también son más bruscos y apresurados y, siempre en palabras de M. Allué, no reconocen fácilmente sus errores.

Un paseo por la realidad de la mano de alguien que ha vivido varios años «dependiendo» de médicos y enfermeras nos abre las puertas a algo que conocemos perfectamente y que, por razones que tendremos que reflexionar, no nos planteamos cambiar.

Al igual que existe una imagen de la profesión casi en cada usuario, también existe una enorme diferencia en la valoración de la imagen propia desde los mismos profesionales.

En la descripción que cada uno hace de la enfermería puede haber elementos como vocación, sacrificio, profesionalidad, trabajo duro y mal pagado, profesión de servicio, titulación media, profesión universitaria, ayudante del médico, profesional autónomo y muchos otros.

Podríamos decir que hay muchas imágenes y una importante dicotomía entre el contenido de nuestro trabajo, un conjunto de técnicas y de cuidados, que hace difícil la descripción de nuestra imagen.

La realidad es que muchos enfermeros piensan que lo importante es que cada uno sepa lo que tiene que hacer y que la imagen de la profesión no es fundamental; lo importante es cómo nos ve cada paciente, por lo que posiblemente, como decía anteriormente, haya tantas imágenes como momentos de encuentros cliente/enfermero, y esto, que podríamos asumir como natural, es imprescindible tratar de modificar.

Es preciso homogeneizar la imagen profesional, ya que eso no impedirá la individualidad de la atención, pero asegurará la homogeneidad en la prestación.

El cliente habrá de saber qué es una enfermera, sus competencias, su forma de trabajar, y no ha de vivir la diferencia, unas veces en positivo y otras en negativo, que supone el cambio de turno, el cambio de hospital o de servicio.

No hay que lamentar la imagen que la sociedad tiene de nosotros ni tampoco deberíamos dedicar mucho esfuerzo a cambiarla; es demasiado abstracto; lo que tenemos que hacer es cambiar la relación con los usuarios.

Al inicio del libro confesaba que nuestra profesión nos juega la trampa de lo íntimo, y en esa trampa nos contentamos con el reconocimiento de nuestros pacientes, de nuestros alumnos o de nuestra familia, y dejamos fuera otros campos de reconocimiento más amplio, como si al preocuparnos de la proyección profesional nos alejáramos irremediablemente del paciente.

En la interesante comunicación «Cuidar con éxito», presentada en las XVII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, Cuenca, 1996, por P. Tazón, M. Ciorraga, I. Elorza y P. Manrique, las autoras hacían un singular y valiente repaso al protagonismo y la ambición profesional, anatemas de nuestra profesión, y planteaban elementos fundamentales en relación con la imagen profesional como los siguientes:

- El protagonismo de la profesión es aún un desafío a las expectativas sociales.

- Una de las principales causas de la dificultad en la trascendencia social puede ser el hecho de que la enfermera desarrolle su trabajo en el «ámbito de lo íntimo» y utilice un enfoque y unos medios que no son «espectaculares», lo cual le hace vivir como exitosas experiencias que no se exponen al exterior. (Citas textuales del artículo).

Si preguntamos a cualquier persona, al ciudadano medio, cómo son las enfermeras, posiblemente las describirían con términos como ropa blanca, cofia, ayuda, vocación.

Mientras que si a esa misma persona le preguntaran sobre la imagen del técnico en piscigranjas, posiblemente no tendría ninguna.

Si aceptamos que blanco-cofia-limpieza-abnegación, trato maternal, son sinónimos imaginarios de enfermera para el ciudadano, tendríamos que considerar que en alguno de estos aspectos existe una profunda contradicción entre esa imagen mental y la que percibe en el contacto con el colectivo.

6. LA CONFUSIÓN DE LOS NOMBRES

Son demasiados los nombres con los que la sociedad nos identifica:

- Enfermera/o.
- ATS.
- Practicante.
- Diplomado en enfermería.
- DUE.

Y sería un buen momento el cambio de siglo para rebautizarnos.

Para ello vamos a tratar de adentrarnos un poco más en ese laberinto de nombres.

Enfermería. Local o dependencia destinado para enfermos o heridos. En Madrid se llamaba así a los coches tirados por dos mulas pesadas y viejas (Diccionario enciclopédico Espasa-Calpe).

Enfermero, enfermera. Persona designada por su preparación adecuada para la defensa de la salud, evitación de las enfermedades y asistencia de los enfermos (la misma fuente).

Después de revisar el término *enfermería*, tan profusamente usado por los profesionales, encuentro que enfermería, «académicamente hablando», es sólo un espacio físico o un carro tirado por mulas viejas.

No quisiera pararme en esta última definición, que podría llevarnos a un proceso de depresión profunda, sino reflexionar sobre el término que los profesionales utilizamos para definir nuestra profesión a la que denominamos enfermería.

Hablamos de la enfermería como el concepto globalizador de un determinado colectivo de profesionales y de todo lo que contiene en cuanto a ideas, filosofía, conocimientos, y la hemos nombrado tanto, que ya forma parte de nuestro vocabulario, sin haber pasado por la Real Academia de la Lengua.

La enfermería por tanto es todo lo que rodea a mi identidad profesional, y decimos: «La enfermería está en crisis», «La enfermería estudia su futuro», «La enfermería sale a la calle a pelear por su situación», y esté o no bien definido en el diccionario, todos entendemos que se está hablando de un colectivo y de su situación.

Sin embargo, la incoherencia entre denominación de uso y definición de diccionario no acaba en el término enfermería.

También *enfermera* es un término en debate.

Si preguntáramos a la sociedad, a los usuarios de nuestros servicios, quiénes somos, posiblemente lo primero que percibiríamos sería la confusión para nombrarnos.

El usuario no sabe qué diferencia hay entre enfermera/o y un ATS, entre practicante o DUE.

En algunos casos el término practicante será denigrante, o ATS levantará las iras del profesional.

No cabe duda que otras profesiones también tuvieron momentos de indefinición, pero fueron momentos; nuestra situación se alarga en el tiempo y es preciso aclararla alguna vez.

Los peritos pasaron a llamarse ingenieros técnicos y la sociedad sólo tuvo que aprender un cambio.

Llamar al médico doctor es algo habitual, y nadie se plantea si hizo el doctorado o si hay que llamarle facultativo.

No saber cómo nombrarnos puede llegar a crear dificultades e incomunicación, y éste es uno de los elementos que configuran nuestro desorden interno y externo.

Para muchos de nosotros el término que nos define a nivel individual y colectivo es sin duda *enfermera* y *enfermero*, por ser ése el nombre que históricamente mejor se ajusta a la profesión, y porque ATS, DUE y siglas semejantes son elementos forzados que vacían de contenido nuestra identidad.

Todos sabemos que detrás de este desorden hay planteamientos reivindicativos de titulaciones, niveles, rangos y un mayor respeto a la profesión.

Sabemos que para una gran parte de la población toda persona que ayuda a un médico en una consulta es una enfermera, y la que cuida al niño pequeño también es enfermera, y la que sabe poner inyecciones también lo es, y por tanto se es enfermera casi por saber manejar la jeringa o incluso sencillamente poniéndose un traje blanco a la hora de colocar una tirita en el dedo a un niño en un colegio. De esta confusión de nombres hemos de salir ya, e iniciar el siglo sabiendo que somos *enfermeras-enfermeros*, que genéricamente hablaremos en femenino por ser mayoritarias en el colectivo (aunque a mí me gusta intercalar los dos géneros), y que nuestra titulación universitaria es la de Diplomado Universitario en Enfermería, pero para andar por casa y por el mundo laboral insisto en que definitivamente nos hagamos llamar *enfermeros-enfermeras* y alejemos para siempre las siglas, somos enfermeras universitarias, pero enfermeras, y no caigamos en un nuevo error de pasar a llamarnos «dues».

7. EL DESPRESTIGIO DE LA FUNCIÓN ASISTENCIAL

Al inicio del libro hablaba del problema de la identidad profesional y del desprestigio del campo asistencial frente a otros más valorados socialmente.

Ahora quisiera matizar que la enfermera asistencial, el pilar de la profesión, nuestra razón primera para existir, no vive su etapa más brillante.

Leyendo la siguiente reflexión de Fernando Savater en su libro *El valor de educar* (Editorial Ariel, 1997) «Hay que evitar el actual

círculo vicioso, que lleva a la baja valoración de la tarea de los maestros a su ascética remuneración, de ésta a su escaso prestigio social y por tanto a que los docentes más capacitados huyan a niveles de enseñanza superiores, lo que refuerza los prejuicios que desvalorizan el magisterio [...]», no he podido evitar traspasar esa situación de los maestros de enseñanza primaria a las enfermeras asistenciales y encontrar un cierto paralelismo en la huida, unos hacia la enseñanza superior y las enfermeras hacia campos de mayor reconocimiento social.

Las enfermeras hemos defendido en los ultimos veinte años que nuestras funciones eran *asistenciales, docentes, de investigación* y *administrativas*.

En esta definición lineal parecería que todas estas funciones tuvieran el mismo peso, el mismo rango, y delimitaran por igual la identidad de enfermería.

Sin embargo, mientras que las funciones docentes, de gestión e investigadora fueron creciendo en prestigio, reconocimiento social y presencia en el medio sanitario, social y universitario, la función básica de la enfermera, la asistencia, no tuvo el desarrollo esperado.

El 98 por 100 de las enfermeras son asistenciales; su función, su rol y sus competencias sustentan gran parte del sistema sanitario, y por tanto son fundamentales para la salud de la población y para la supervivencia del colectivo. Sin embargo la falta de incentivos, de carrera profesional, de reconocimiento del saber y de la experiencia han ido convirtiéndolas en el escalón inferior de la profesión.

La experiencia en los últimos años muestra claramente que el cuidado directo a la salud ha ido desprestigiándose y se ha valorado más investigar sobre la asistencia que mejorar la asistencia, gestionar recursos que responder de la calidad de éstos, dar clase que mejorar el nivel asistencial al que irían los alumnos.

Estar a pie de cama o formar parte de un equipo de atención primaria, ser enfermera rural o de clínica privada se ha valorado, consciente o inconscientemente, como el escalón más bajo de la pirámide, y nuevamente es preciso revisar nuestro pasado más próximo para buscar las claves de la situación actual.

El abanico que contenía funciones asistenciales, docentes, de investigación y gestión, y que defendimos con todas nuestras fuerzas en los documentos que sobre funciones de enfermería se elaboraron en los años ochenta, suponía en aquel momento sentar las bases que nos permitieran no limitar nuestro campo a la asistencia

y abordar estratégicamente otros campos de actuación que servirían para reforzar el lugar de la profesión.

Definir que la enfermera tenía la función docente reforzó la necesidad de que fueran mayoritarias en las escuelas y de esa forma cambiar la proporción de docentes médicos.

Asumir la gestión fue demostrar que también podíamos estar en lugares de dirección y no ser simplemente jefes de enfermería para resolver los problemas de material, lencería y permisos.

Definir la investigación como función profesional fue el inicio de una batalla, hoy inconclusa, en la que defendíamos el acceso a los medios, los apoyos, las ayudas necesarias que nos permitieran investigar en nuestro propio campo y entrar también en proyectos de investigación multiprofesionales.

Ese esquema de funciones lo integramos también en la asistencia y definimos que cuando atendíamos a un paciente realizábamos la función docente, puesto que había algún aspecto de educación para la salud, administrábamos, puesto que teníamos un campo de recursos a nuestro alcance que habíamos de gestionar, e investigábamos, puesto que realizábamos la tarea de recoger datos, analizarlos, etc.

No sé si fue ésta una de las causas que fueron dejando a la asistencia, el cuidado directo de los pacientes, en un segundo lugar de la profesión, pero es preocupante ver que, en estos momentos, la respuesta a las inquietudes profesionales no se ve en realizar un buen trabajo al lado del paciente sino en investigar, dar clase en una escuela o entrar en el *staff*.

Incluso diplomados muy jóvenes, cuya experiencia asistencial es muy limitada, exigen apoyo para investigar, aduciendo que ésta es una de sus funciones, aunque muchas veces sus trabajos de investigación no pasan de ser simples recogidas de datos que convertidas en esquemas presentan en los congresos y que no tienen ninguna repercusión en su tarea diaria, ni para mejorar, ni para reflexionar.

Quisiera ahondar un poco más sobre la identidad y las funciones docente, investigadora y de administración o gestión en enfermería.

Mientras que la función asistencial refleja claramente la identidad de la enfermera, la docente está más cercana a la identidad del profesor de cualquier disciplina que a la de enfermero, y la identidad del investigador está más cercana a la del investigador, sea cual sea su campo, que el enfermero, al igual que el administrador.

Para enseñar enfermería no me basta ser enfermero, ni mi titulación como diplomado universitario aporta a mi función docente ningún mérito, ni ninguna garantía, ya que mi compromiso con los alumnos me va a exigir que sepa enseñar, que sepa tutorizar, que esté al día en los avances metodológicos y científicos del aprendizaje, y esa formación no está en mi *curriculum* básico.

Para poder enseñar y hacerlo bien deberé acercarme a disciplinas diferentes, como la pedagogía, y aprender de ellas lo necesario para realizar mi función docente, pero no seré mejor docente por ser enfermera que por ser epidemiólogo.

Enseñar anatomía, planes de cuidado, bioestadística, precisa de unos conocimientos que no son propiedad de la enfermera, pero que si los adquiere será estratégicamente bueno que los imparta por su implicación en el mundo profesional.

Para poder investigar, y me refiero realmente a investigar, es necesario acercarse a las disciplinas que profundizan en el método científico, y no investigaré mejor por ser enfermera que por ser bioestadístico.

De igual forma para gestionar, para dirigir a un equipo, para administrar unos recursos. mi formación como diplomado universitario en Enfermería no garantiza un conocimiento específico de ese campo y tendré que formarme para poder asumirlo óptimamente.

Últimamente el deseo del colectivo de estar representado donde antes no existía, en la Universidad, en la gestión y en otros campos fundamentales para el desarrollo futuro, nos llevó a creer que cuando llegábamos a un lugar llegaba con nosotros la enfermería como colectivo.

Hoy ya estamos en la Universidad, ya hay profesores universitarios enfermeros, ya hay enfermeras en la gestión desempeñando una gran labor, ya empezamos a recibir el fruto de los trabajos de investigación que realizan nuestras colegas; ahora, sin renegar de estos lugares, asumiéndolos como puestos privilegiados, tenemos que volver la mirada a los que trabajan en la asistencia y juntos plantear estrategias de futuro.

La necesidad de devolver a la función asistencial su protagonismo, sin por ello renunciar a un *staff* de enfermería perfectamente preparado para representarnos en la Universidad, en la administración o en los foros de investigación, nos obliga a analizar el alejamiento que vive la enfermera de base, frente a la enfermera que ha alcanzado lugares de poder y de representación.

El colectivo presenta finalizando el siglo XX una imagen de bordes confusos que sólo se entiende si se divide en dos bloques desiguales, que bajo el mismo título profesional viven y perciben a la profesión de muy distinta forma.

Enfermeras de moqueta o *despacho.* Enfermeras docentes, administradoras, directivos, con cargos en asociaciones profesionales o representantes colegiales, con un discurso científico avanzado, acceso a los medios para desarrollarse y crecer, presentan una imagen progresista científica y cosmopolita.

Enfermeras del zueco. Enfermeras asistenciales, el 98 por 100 del colectivo, sobrecargadas de trabajo, pocas expectativas de promoción, bajos salarios, difícil acceso a cursos y congresos, presentan imagen de desánimo, malestar y falta de expectativas de futuro.

El problema no se circunscribe a que existan dentro de un mismo colectivo diferentes niveles, elemento fundamental en cualquier profesión, sino a la distancia que existe entre ellos.

Las enfermeras de moqueta se sienten comprometidas con la profesión, pero no con los profesionales.

Trabajan arduamente por avanzar científicamente, introducen nuevos conceptos, nuevas competencias, una metodología de trabajo más adecuada, pero no son conscientes de las quejas y las dificultades que manifiestan quienes tendrán que ponerlas en marcha.

Mientras unas hablan de registros, diagnósticos, control de calidad, otras hablan de exceso de pacientes, sueldos bajos, falta de incentivos, cansancio.

La enfermera de moqueta vive en un mundo propio ajeno a los problemas de la enfermería de base; su discurso progresista, sus avances científicos, sus propuestas metodológicas ayudan sin duda a avanzar a la profesión; pero, al no tener en cuenta los problemas de los trabajadores de base, corren el riego de que los avances no se consoliden en la práctica diaria.

Por otra parte le cuesta reconocer sus cuotas de poder y las ventajas inherentes a su función, que no siempre se reflejan en la nómina, y, al no asumir su situación de privilegio frente a la enfermera de base, no siente una mayor responsabilidad en los problemas del colectivo.

El desfase es realmente importante y exige que nos paremos a pensar en la forma de disminuirlo, ya que si no abordamos el problema en profundidad, podríamos poner en serios riesgos el futuro de la profesión.

Sin embargo, la enfermera del zueco no es víctima inocente, como decía en otro capítulo, y a algunas se las empieza a percibir como burócratas de la salud, que descargan en los pacientes su malestar, sus frustraciones, sin asumir una postura activa y participativa en la resolución de sus problemas, y generando confusión y desánimo entre las nuevas generaciones que llegan entusiasmadas al sistema sanitario.

Mientras que el *único* ascenso dentro de la profesión sea salir de la asistencia, los profesionales seguirán buscando la forma de dar clases, entrar en las escuelas, formar parte de los equipos de gestión o conseguir una beca para investigar.

Mientras que ese lugar asistencial en hospitales, centros de salud, en la ciudad o en el campo, en la sanidad privada o en la pública no mejore, las enfermeras seguirán soñando con salir cuanto antes para alcanzar nuevos lugares más satisfactorios, y de esa forma el campo asistencial, en lugar de avanzar, se va quedando en las candilejas de la profesión, mientras una minoría de docentes, investigadoras y gestoras ocupan el escenario y reciben los aplausos convencidas de ser los representantes del colectivo.

Si la función asistencial no se reivindica, ni se sustenta, se mejora su calidad, si seguimos permitiendo que el malestar del colectivo se vuelque en el cuidado de la población, antes o después otros titulados ocuparán nuestro espacio y todos habremos tenido nuestra parte de culpa.

Los docentes porque avanzaron de espaldas a la realidad, los gestores porque no supieron dirigir, orientar y cuidar a sus trabajadores, los colegios profesionales porque se olvidaron de su función de defensores de la profesión, los sindicatos porque prefirieron también ellos la moqueta al zueco y la reivindicación.

El problema por tanto no surge porque los enfermeros quieran progresar, mejorar sus condiciones, conformar una elite; lo grave es que dentro del campo asistencial la carrera profesional está ligada única y exclusivamente a la administración, a ser supervisora, adjunta, y esa posibilidad es muy pequeña y limitada.

Por ello los profesionales, desde una legítima ambición profesional, desde un deseo respetable de desarrollo y mejora, sólo pueden optar a esos otros lugares de docencia, gestión o investigación, y desde allí van separándose con demasiada facilidad de la masa, se desgajan del colectivo, se alejan de sus problemas y acaban conformando profesiones diferentes.

La carrera profesional debe contener estímulos, económicos y otros; debe contemplar el trabajo de la enfermera en relación con la edad, las características de los diferentes campos, las unidades de intensivos, los servicios de salud mental; ha de tener en cuenta el desgaste físico, psíquico, social de nuestra profesión, y valorar la experiencia, que no es lo mismo que la antigüedad.

Los gestores, los investigadores, los que nos representan en la administración tienen que sentarse con la enfermera asistencial, que habrá de tener la última palabra a la hora de introducir nuevas propuesta de trabajo.

Las docentes tienen que ajustar su paso a la realidad y, sin renunciar a ser puntas de lanza, saber que es para ESTE sistema sanitario, con sus deficiencias y sus problemas, para el que hemos de formar a las enfermeras y no crear paraísos irreales.

Todos, desde nuestros lugares de relativo poder, hemos de contribuir a sacar a la enfermería asistencial, que es en definitiva nuestra identidad más profunda, del desánimo y el abandono y plantear que el siglo XXI tiene que nacer con una estrategia de renovación del prestigio de la asistencia.

Hablar de sueldos, de turnos, de condiciones de trabajo, de jubilaciones, de carrera profesional, de reconocimiento del enfermero de «a pie» ha de ser nuestra principal meta; de lo contrario, los avances que consigamos hacer en la Universidad, en la gestión o en la investigación serán una simple carcasa que, al no estar sustentada en la base, cualquier soplo político puede desvanecer.

8. LA INCOMUNICACIÓN MÉDICO-ENFERMERA

El aislamiento de las disciplinas, la ausencia del deseo de compartir, ese crecimiento hacia dentro que estamos viviendo desde los colectivos sanitarios, nos preocupa seriamente.

Philipp H. Coombs auguró en 1994: «La deficiencia más seria de las universidades de cualquier país es la gran dificultad de sacar de sus cajas insonorizadas a profesores hábiles, pertenecientes a distintas disciplinas, para que trabajen juntos en problemas con los que ninguna disciplina puede enfrentarse sola».

Éste será sin duda el gran reto educativo del siglo XXI: salir de nuestros reductos y compartir lo que sabemos, interrogar sobre nuestras dudas y dialogar; si no lo hacemos no estaremos cumpliendo con nuestro compromiso con la sociedad actual y del futuro.

El desencuentro entre los docentes de distintas disciplinas es evidente en la Universidad actual de muchos países, y no son ajenas a esta situación las disciplinas sanitarias, que extienden su desencuentro al campo aistencial.

Médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos se forman aisladamente sin entender que su objeto de estudio es el mismo: el individuo sano o enfermo, aislado o en familia, con problemas físicos y otros.

Este desencuentro deriva en un alejamiento y aislamiento en el mundo laboral, del cual la enfermería no es ajena.

En 1989 escribí el libro *De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad*, y allí definía lo que para mí era una necesidad imperiosa: romper nuestra vieja relación empobrecida y falta de contenidos profesionales con el médico del ambulatorio, para poder abordar campos propios, competencias específicas y dar respuesta a las necesidades, dentro de un plan de reforma sanitaria de gran envergadura como fue la reforma de la atención primaria.

Las dificultades para dar ese paso son conocidas por todos. Tuvimos enfrentamientos institucionales y enfrentamientos personales que dejaron heridas importantes y que a algunos les llevaron por un camino erróneo en el que trabajar para la comunidad era sinónimo de trabajar a espaldas de los médicos.

El título de mi libro no era ajeno al momento en que vivíamos entonces y fui consciente de lo que entonces transmitía.

Hoy ha pasado casi una década y el futuro nos exige otro paso más, una vuelta de tuerca que nos coloque a todos en el lugar conveniente, no para resolver nuestros conflictos colectivos, sino para ser coherentes con la demanda de la sociedad.

Hoy hemos de regresar a trabajar con los médicos, con un esfuerzo por ambas partes, tanto en el medio hospitalario como en atención primaria.

Posiblemente en el hospital ese alejamiento haya sido mucho menor. La enfermería fue desarrollando su campo de trabajo introduciendo paulatinamente nuevos elementos metodológicos, unas veces ante la indiferencia de la clase médica y otras combatiendo con el médico para implantarlas.

A nadie se le escapa que el exceso de controles, la sobrecarga de pruebas y la medicación excesiva a la que los pacientes se ven sometidos en muchos hospitales de países desarrollados no sirven para mejorar la salud, sino para perpetuar una situación preponderante de la medicina frente a las nuevas ciencias sanitarias, impidiendo que otros profesionales, entre ellos la enfermera, lleguen al paciente y le provean de un servicio que tal vez sí podría ayudarle a mejorar.

Pero tampoco podemos olvidar, como refleja Canals, «que el médico ha dejado de ser la figura respetada que fue en otros tiempos, burocratizado por el mismo sistema, convertido en eslabón casi anónimo dentro de la cadena asistencial por obra y gracia de la extrema especialización y del encuadre de ésta en un farragoso sistema burocrático».

Todo esto es evidente y con ello debemos contar a la hora de retomar un lugar de encuentro y no de confrontación.

El trabajo en equipo ha sido tal vez la bandera más olvidada en los últimos años, y no creo en una enfermera aislada y absolutamente independiente del resto, como no creo en un médico aislado del equipo.

Partiendo de ese esfuerzo compartido creo que en la actualidad, superadas en gran parte las trabas de la dependencia, del autoritarismo hoy fuera de juego, hemos de recuperar el diálogo con nuestro principal compañero de proyecto, el médico.

La situación a la que ha llegado la pareja enfermera-médico en los últimos años en gran número de equipos de atención primaria es preocupante.

Sin afán de generalizar y sin olvidar las experiencias, no pocas, en las cuales el encuentro profesional médico enfermero es un encuentro productivo y generoso en resultados, sería inocente creer que la enfermería de atención primaria dialoga hoy con el médico, comparte con él sus proyectos, asumen juntos su responsabilidad ante el problema del paciente.

No es esa la realidad en gran número de equipos que llevaron a la práctica la mitad del título, dejando de ser enfermeros de médicos pero no para ser enfermeros de la comunidad, sino para, aislados en su mundo, buscar un lugar propio y bien diferenciado y organizar su trabajo al margen de la demanda social.

Promuevo el regreso a la vieja pareja *enfermera-médico*, propongo asumir el reto de regresar a trabajar juntos sabiendo que la

suma de dos profesionales preparados y comprometidos es la mejor garantía para el usuario.

Pero sería inocente no dar un paso más en la reflexión sobre el distanciamiento entre médicos y enfermeras.

Los trabajadores del sistema sanitario, con nuestras disputas internas, nuestros enfrentamientos entre colectivos, nuestras luchas de poder, estamos creando un mundo artificial en el que parcializamos al paciente, no en busca de una mejor atención sino de intereses del colectivo, y posiblemente no del colectivo que está a pie de cama sino del colectivo de despacho y moqueta.

La enfermera recibe en la Escuela mensajes confusos: autonomía, autosuficiencia, el profesional imprescindible, el más necesario, el único que ve al paciente en su conjunto, y, envuelta en términos ampulosos, entra en el sistema sanitario asumiendo su lugar en el equipo con una dosis de enfrentamiento innecesaria.

Defiende que su lugar no es al lado del médico cuando podría aprender mucho con él, no comparte nada con él por miedo, más que por convicción, y en esa actitud asume un modelo de enfermería que no beneficia para nada a su trabajo.

También el médico es víctima de esta situación, y genera conflictos casi desde el inicio de sus estudios. Llega al sistema investido de jerarquía cuando todavía no sabe tomar la tensión, se considera jefe natural de la enfermera y genera enfrentamientos de los que él mismo no es consciente.

Pero para que ello no quede en una sentimental declaración de intenciones considero fundamental plantear alternativas, y una de las fundamentales, aunque supongo que ampliamente criticable, sería que iniciásemos la formación juntos.

La formación de todos los que se inician en las ciencias de la salud debería ser, como en otros países, una formación común, no sólo porque los contenidos de anatomía, el concepto de salud, bioquímica, etc., son similares, sino porque desde ese inicio se entablaría el diálogo de las diferentes disciplinas y se destaparían dudas acerca de la función, los conocimientos y las responsabilidades de cada uno.

Compartir aula, acercarse juntos al mismo objeto de trabajo, el paciente, supondría el inicio de un diálogo que a lo largo de la formación podría tener otros puntos de encuentro.

Mientras que médicos y enfermeras sean dos desconocidos en la formación, difícilmente encontraremos el momento para presentarnos.

Pocos médicos saben cuáles son las disciplinas troncales de la formación de enfermería, pocas enfermeras conocen el plan de estudios de medicina: cuando ambos abordan al paciente no entablan un diálogo productivo desde un enfoque común, sino que intercambian detalles sin saber que la unión de ambos, de sus conocimientos y de sus perspectivas, sería la mejor garantía de eficacia.

Tener ocho semanas de formación común al inicio de la carrera y módulos comunes a lo largo de la misma enriquecería a todos y tendría consecuencias muy positivas cuando estos estudiantes iniciasen su trabajo en el sistema sanitario.

Pero, mientras que esta propuesta no prospere, hemos de buscar juntos estrategias de encuentro, y arrancar de raíz en los estudiantes enfrentamientos gratuitos con la figura del médico, posturas artificiales que les hacen sentirse más profesionales y que nacen de prejuicios heredados que tenemos que ayudarles a analizar.

No defiendo a la clase médica; como enfermera he tenido a lo largo de mi vida profesional enfrentamientos, disparidad de criterios y problemas a la hora de obedecer órdenes con las que no comulgaba, pero este capítulo no habla de la defensa del médico, habla de la defensa del derecho del usuario a que no se le parcele, a sacar el máximo beneficio del conocimiento de dos profesiones fundamentales para su salud.

Y como el sistema sanitario va introduciendo otros profesionales en la asistencia, valga esta reflexión para favorecer un encuentro creativo y eficaz con el trabajador social, con el psicólogo, con los administrativos y con todo aquel con quien compartimos el reto de la salud.

9. ¿QUIÉN TEME AL TÉCNICO?

Si se cumplen las perspectivas laborales para el próximo milenio, como augura Ernest Lluch en su artículo ya señalado anteriormente, los trabajadores de la sanidad a domicilio aumentarán en un 140 por 100.

La enfermería puede tener un lugar fundamental en este campo, pero no podrá cubrirlo sola; el país no podrá pagar a un universitario por realizar todos los cuidados cuando algunos los puede perfectamente realizar otro trabajador menos cualificado.

El reto es saber cómo vamos a colocar las piezas de este *puzzle* que es *el cuidado*, en el que van a intervenir nuevos actores además de la enfermera: los auxiliares, los voluntarios, los técnicos, los organismos privados, las asociaciones, los familiares, los objetores de conciencia, etc.

Para ello será interesante repasar el lugar y la relación de la enfermera universitaria con el auxiliar.

El auxiliar de clínica o auxiliar de enfermería forma parte de nuestra identidad profesional y de nuestra historia, y hasta fechas recientes no se ha debatido seriamente su rol, sus competencias o su lugar en el colectivo de enfermería.

Sin embargo, la entrada de nuevas titulaciones sanitarias, como la de técnicos, viene planteando desde la enfermería una actitud de rechazo cuando no de miedo, miedo a que ocupen nuestro sitio, miedo a que, siendo más baratas, nos vayan supliendo.

Ante este razonamiento, un trabajador más barato, con menos tiempo de formación, que puede realizar lo mismo, me parece absolutamente coherente que cualquier administrador, cualquier político, cualquier persona que tenga que gestionar fondos, llegue a la conclusión de contratarles en lugar de a enfermeros universitarios.

El problema es: *¿igual trabajo?*

Tenemos que analizar si nuestro trabajo es intercambiable con el del auxiliar o el del temido técnico de enfermería, y contestarnos con toda sinceridad.

Si la respuesta es afirmativa, tendremos que aceptar que nos hemos detenido, que hubo un momento en que decidimos dejar de avanzar, de preguntar, y nos amoldamos a la rutina conocida, y esa rutina poblada de jeringas, de apósitos y de tomas de tensión la quisimos llamar función profesional, y nos sentimos agredidos ante quién demuestra poder realizarla con menor coste.

Al igual que hace tiempo «nos quitaron» los puestos en los laboratorios e introdujeron a los técnicos, y la enfermería dejó la pipeta y la tinción para acercarse al paciente, dueño de esa sangre o de esa orina, hoy me planteo que si nos quitan la inyección y el tensiómetro y nos dejan tiempo para atender al individuo entero, para planificar sus cuidados y llevarlos a cabo, habremos dado un gran paso.

Porque si se trata simplemente de realizar técnicas más o menos

sofisticadas, sin duda que las puede realizar personal preparado para ello.

Pero la realidad es que un paciente no es una herida, las cifras de hipertensión no son el eje de nuestro trabajo, ni la sonda del anciano es el fin último de mi atención.

Ser enfermera es asumir al paciente entero, con su circunstancia, su familia, su edad, su estado de ánimo, sus dificultades para vivir su propio problema.

Ser enfermera es sacar a la luz una necesidad de cuidados que después exigirá posiblemente de la colaboración de auxiliares, técnicos, u otros del abanico sanitario, y la presencia de esas otras manos, de esas otras personas, nos permitirá avanzar y acceder a otros pacientes a los que nadie llega.

Para entender el caos que supone que un hijo de 18 años vuelva a casa tetrapléjico y ayudar a la familia, hay que ser enfermera y haber pasado por la Universidad y haber estudiado dentro del *curriculum* psicología social y antropología, y el papel de la familia, y planes de cuidado, y recursos sanitarios.

Para ayudar a una familia con un paciente con Alzheimer hace falta una enfermera universitaria, pero para realizar actividades programadas de curas, movilizaciones, etc., puede ir aquel que se ha formado con nosotros y tiene los conocimientos suficientes para llevarlo a cabo.

La sociedad necesita de todos, la sociedad está enferma de demasiadas cosas: algunas las conocemos desde hace tiempo y sabemos la forma de curarla, en otras todavía estamos en los inicios.

Hay un amplio abanico de cuidados que no sólo pueden, sino que posiblemente deberían asumir los/las auxiliares de enfermería, o los/las auxiliares de clínica, o los/las técnicos de enfermería.

El problema es saber si nosotras, las enfermeras, hemos llegado al techo de nuestras competencias, de nuestras posibilidades.

Aquellas tareas que han pertenecido a nuestro mundo profesional y que en tiempos fueron defendidas como banderas, las técnicas, la jeringa, el suero, hoy son pasado.

Poner una inyección no es difícil y no hay quien frene a quien desee aprender a hacerlo.

Pero atender al enfermo crónico sabiendo de sus dificultades para cumplir la dieta, la medicación, cambiar sus hábitos, cuidar del paciente ingresado valorando sus necesidades, controlar el crecimiento y desarrollo del niño en riesgo, mediante la educación sanitaria de la madre, eso sí que estoy dispuesta a defenderlo como función mía.

Bienvenidos los técnicos de enfermería, bienvenidas las auxiliares de enfermería, formadas con nosotros y por nosotros, los diplomados en un mismo campus de ciencias de la salud, en un mismo entorno docente.

Bienvenidos todos los que supongan más manos para cuidar, más personas para atender.

Pero para que no los veamos como intrusos es preciso abrir bien los ojos y saber que las necesidades de enfermería que tiene la sociedad actual no están cubiertas ni en un 50 por 100.

Hoy hay problemas nuevos ante los que cerramos los ojos por falta de conocimientos.

¿Quién en su formación, hace diez años, aprendió o escuchó una sola vez algo acerca de la bulimia, de la anorexia, del Alzheimer?

¿Quién nos enseñó a detectar los síntomas del niño maltratado y lo que había que hacer ante la simple sospecha?

Nadie nos enseñó cómo cuidar a un enfermo terminal de doce años, o cómo reinsertar en la vida normal a una mujer joven mastectomizada.

A las puertas del siglo XXI, defender la jeringa y el tensiómetro es demasiado poco para una profesión que estudia tres años en la Universidad.

Por el contrario, creo que hemos de recibir a los nuevos compañeros con un proyecto previo en el cual su presencia, la asunción de tareas asumidas por ellos, nos permita avanzar y abarcar nuevas competencias hoy tal vez desconocidas.

Pero para que realmente los técnicos o auxiliares de enfermería u otras titulaciones configuren un equipo compacto a la hora de atender al paciente, es necesario que la enfermería docente, que ha dado grandes pasos en el campo de la formación, asuma como responsabilidad suya la formación de ese nivel.

Las Escuelas Universitarias de Enfermería deberían ir configurando en su proyecto formativo no sólo los niveles de pregrado, especialidad y en el futuro la licenciatura, sino también los niveles de formación profesional de técnicos y auxiliares.

Sólo de esa forma el colectivo que conforma los diferentes niveles de enfermería alcanzará un marco de referencia común, con conocimientos que parten de un mismo eje troncal, y nuevamente, co-

mo en el caso de la formación de los médicos, si diplomados y auxiliares se forman en el mismo ámbito de «ciencias de la salud» e inician su encuentro desde la formación, no habrá dificultad para entender cuál es el campo de cada uno, cuáles las competencias, cuánta la responsabilidad, sino que, por el contrario, el haber realizado el camino del aprendizaje juntos supondrá una consolidación del equipo médico-enfermera-auxiliar y/o técnico.

10. EL RIESGO DE LOS DOGMAS

Los movimientos de la enfermería en las últimas décadas han sido realmente admirables.

Enfermeras brillantes han sabido analizar, estudiar, reflexionar acerca de la profesión y de alguna manera ir configurando elementos que están sirviendo de base para avanzar.

Virginia Henderson identificó las necesidades básicas como una ayuda para atender y cuidar mejor a los pacientes. Dorotea Orem y otras próceres de la enfermería reflexionaron sobre el trabajo, propusieron esquemas, sistematizaron, crearon modelos y de esa forma nos dieron los instrumentos para organizar, realizar y evaluar mejor lo que tal vez hacíamos de forma espontánea.

Pero no creo que su idea fuera patentar su esquema frente a otros, que desde otra perspectiva ayudaban igualmente a los profesionales a avanzar.

Los modelos asumidos como poyetes en los que apoyarnos son uno de esos logros profesionales, pero los modelos asumidos como yugo pueden llegar a estrangular a la profesión.

La sanidad española no se basa en el trabajo de uno u otro profesional, y desde una perspectiva tal vez no evidenciada asume que entre todos curan y entre todos cuidan de la salud de los usuarios.

La riqueza de la enfermería está en actuar dentro de ese sistema de salud, en todos los ámbitos y circunstancias posibles.

El autocuidado, las necesidades básicas, las actividades de la vida cotidiana, forman parte de nuestro campo de trabajo, al igual que curar una herida, administrar un medicamento ordenado por el médico o colaborar en la movilización de un paciente totalmente dependiente.

Todos son elementos de ayuda para una profesión que en nuestro país contiene elementos de múltiples y variados modelos, ya que la enfermera da respuesta a diferentes demandas.

En la UVI móvil asume su tarea ante un joven que se ha pasado de copas, en el quirófano facilita al cirujano el material más adecuado para la técnica precisa, en el programa del niño sano es capaz de descubrir, dialogando con la madre, la razón de unas diarreas reiteradas.

Los modelos nos ayudaron y nos ayudan a avanzar, pero cuando nos obligamos a forzar la situación para adecuarnos a un modelo determinado, estamos apostando por un dogma y no hay nada más empobrecedor para una profesión que el dogmatismo.

Cuando pregonamos que sólo se puede ser enfermera y actuar como enfermera dentro de un modelo definido con nombre y apellidos, entonces perdemos todas las posibilidades de crecer, porque sólo desde la crítica, desde la mirada analítica que no asume nada porque sí, podemos avanzar.

Sumado a todo lo dicho, corremos el riesgo de importar modelos que fueron creados, reflexionados y definidos en situaciones diferentes, en países con estructuras sanitarias diferentes y muchos de ellos, incluso en sus países de origen, precisarían de una revisión en profundidad.

El modelo ha de ser dinámico, puesto que la sociedad es dinámica, múltiple en sus versiones prácticas, porque el sistema español es múltiple en demandas y ofertas, insertado en un equipo de salud que lo enriquece y complementa y siempre preparado para redefinirlo.

No puedo plantear que la enfermería española es la que se basa en el modelo de autoayuda, o de autocuidado, o de dependencia, u otro con nombre y apellido de quienes lo definieron, si a la hora de la actuación unos pacientes precisan apoyo para reforzar su autocuidado y otros son absolutamente dependientes y hay infinidad de actuaciones delegadas.

Los modelos están para avanzar, para completar nuestra idea de la profesión, y posiblemente la enfermería española tenga que ir modificando su actuación hasta configurar un modelo que, una vez desarrollado, alguien lo escribirá, definirá y patentará, y posiblemente ese día el modelo se haya quedado ya anticuado ante los cambios sociales.

Lo preocupante en relación con los modelos de enfermería es la diferente mirada que se tiene desde los distintos campos de la profesión.

Mientras que desde la enfermería asistencial no se percibe la necesidad de definir un modelo, ni parece aportar beneficios el definirse dentro de uno u otro, gran número de enfermeras docentes y algunos gestores consideran imposible ser profesional sin definirse dentro de un modelo.

Nuevamente aparece la falta de diálogo entre estos dos ámbitos que no se limita únicamente a los modelos sino a otros avances como los diagnósticos de enfermería.

Los diágnosticos de enfermería

En 1992 participé en París en un Taller sobre Diagnósticos de Enfermería con grandes figuras internacionales como Lynda Carpenito y Marjory Gordon.

La impresión que saqué del aquel encuentro la consideré en aquel momento fruto de mi ignorancia, ya que ni me impactó su discurso ni vi utilidad a sus propuestas.

Era la primera vez que me introducía en el campo de los diagnósticos de enfermería, y la sensación de que aquello era una complicación artificial, insisto, la consideré consecuencia de mi desconocimiento.

Tal vez esa razón me ha llevado a mantenerme a una cierta distancia del tema y, aunque respetando a quienes lo consideran un elemento fundamental, no me he pronunciado en ese campo más que en mi propio entorno de trabajo.

Sin embargo, a la hora de escribir este libro en el que me planteo una serie de reflexiones sobre el presente y propuestas de futuro, sería poco ético de mi parte no definir mi postura.

En primer lugar, no defiendo como primera razón para la utilización de los diagnósticos de enfermería la necesidad de un lenguaje propio.

No comparto esa necesidad y menos cuando el razonamiento se basa en que los médicos tienen un lenguaje propio sobre cuya base se entienden y comunican, y por ello las enfermeras necesitamos un lenguaje para entendernos entre nosotros.

En un lenguaje común nacimos, crecimos, y no acabo de entender la necesidad de crear otro.

Sin embargo, asumo y comparto la necesidad de poner palabras a situaciones que viven los pacientes, y que corresponden a la enfermería o al equipo, su cuidado o resolución, y que el lenguaje sanitario no ha definido.

Creo que deberíamos analizar honestamente lo que los diagnósticos de enfermería tienen de reivindicación profesional, de avance científico minoritario, y lo que tienen de mejora de la calidad asistencial.

El nacimiento de los diagnósticos de enfermería, su identidad americana, su lógica en un sistema de pago por servicios, se ha querido trasplantar a nuestro país y está creando confusión a la enfermera de base.

Si nuestro viejo vocabulario de hospital definía con suficiente claridad los problemas de los pacientes para que yo entendiera lo que necesitaban, no necesito inventar nuevos términos; pero si, por el contrario, el paciente sufre problemas que los demás no vieron, o no identificaron o no asumieron, y son de mi competencia, entonces pongamos palabras

Durante mucho tiempo me he perdido confusa entre los diagnósticos de enfermería, he escuchado a mis colegas defenderlos con entusiasmo, he leído sus trabajos, he visto su empeño en introducirlos y me ha llevado mi tiempo tomar una postura.

Mi postura la asumo con la capacidad de cambio, con la posibilidad de que en un futuro otros elementos que ahora no tengo en cuenta me obliguen a cambiar de opinión, pero han pasado cinco años desde mi primer encuentro y sigo siendo impermeable a esa necesidad sentida por otros.

Sin embargo, soy permeable a la perplejidad de muchas enfermeras que se sienten forzadas a incluir en su mundo cotidiano un instrumento al que no encuentran sentido, pero que viene bendecido por las más altas esferas de la profesión.

Hace poco escuché a una colega norteamericana la siguiente anécdota: «El hospital en el que trabajaba iba a introducir en los ordenadores la información de los pacientes, y ella pensó que sólo introducirían diagnósticos médicos; entonces, junto con una colega, pensó en la necesidad de crear los diagnósticos de enfermería».

Esta justificación me pareció carente de todo valor, porque no nacía de las necesidades del paciente, sino de las necesidades de la enfermería, y de la enfermería de un país que se basa en la sanidad privada, con todo lo que eso supone de pago por servicio.

Para introducirla en nuestro país es imprescindible que se demuestre su utilidad real y no teórica, ya que ninguna práctica que suponga un esfuerzo del profesional sobrevivirá si éste no ve su eficacia.

Puede que consigamos ponerla en funcionamiento pero si la enfermera de base, que conoce sus cargas de trabajo y sabe lo que le es útil y lo que no, se encuentra ante el dilema de ocupar su tiempo en atender al paciente o diagnosticarle, la desechará.

Es erróneo que sin palabras específicas de enfermería no podamos atender al paciente; ese argumento no puede ser utilizado sin el rigor obligado y teniendo muy claro que los que aplauden las propuestas en los congresos, en la asistencia rechazan su utilidad.

Ya en 1992, en el Taller de París, se planteaban críticas a los diagnósticos de enfermería de personajes tan fundamentales en la enfermería moderna como Virginia Henderson, quien según las docentes del curso defendía que se utilizasen los mismos diagnósticos médicos, decisión que comparto.

Otras de las críticas era lo absurdo de escribir lo evidente: no había razón clara para convertir en diagnósticos las situaciones conocidas y asumidas por la enfermería en su trabajo cotidiano durante décadas.

Definir como «deficit de autocuidado», con una etiqueta diagnóstica de «dificultad/incapacidad para el aseo diario o higiene corporal», es escribir lo evidente, sin aportar nada que no estuviera incluido en el trabajo de la enfermera.

Por otra parte nuestro sistema sanitario público, con una red privada reducida y una casi inexistente oferta de servicios de enfermería fuera de estos dos ámbitos, me hace dudar de la necesidad de una alternativa organizativa que está gastando muchos recursos, tiempo y dedicación de profesionales muy válidos y muy motivados, cuya repercusión en el sistema todavía no consigo vislumbrar.

Rechazo los dogmas y soy incapaz de aceptar ciegamente los argumentos que defienden los diagnósticos de enfermería sin una base demostrable de mejora de la calidad, con ejemplos claros.

Y si algo tengo claro es que *El conocimiento abstracto confiere poder.*

Hablarle a un enfermero asistencial de *taxonomía diagnóstica*, clasificaciones, etiquetas y términos semejantes, es una estrategia consciente o inconsciente para imponer nuestras ideas, y hay que

tener mucho valor para preguntar qué es una «taxonomía diagnóstica».

Soy una persona que participo habitualmente en congresos, y hasta hace poco no pensé que la forma en que utiliza una parte de la enfermería «el lenguaje científico» podía ser simplemente una coraza para defenderse del debate coloquial.

Me he quedado muchas veces sin palabras ante quienes defendían principios inalterables sobre modelos, sobre diagnósticos o sobre otros aspectos relativos al campo de la docencia o la asistencia, sencillamente porque me había perdido, porque me movía en otra dimensión y la fuerza y la convicción de mi interlocutor me dejaban muda.

Por eso, utilizando los términos de don Miguel de Unamuno, me planteo que *lo importante es convencer y no vencer,* y, si los diagnósticos de enfermería u otras propuestas son realmente una mejora en la calidad de los cuidados, nada se pierde por acoplarlos a nuestro lenguaje profesional, hacerlos más coloquiales para que todos los entendamos y podamos con nuestras palabras debatir sobre ellos.

QUINTA PARTE

DESPEDIDA

1. LA ENFERMERA NO TIENE QUIEN LA ESCRIBA

Al finalizar este libro me siento con cierto derecho a plantear cuál es la razón para que la enfermería española escriba tan poco.

Las enfermeras extranjeras están recibiendo derechos de autor de libros muchas veces mal traducidos, anticuados y poco adecuados a la realidad del país que las editoriales venden con relativa facilidad por falta de competencia con enfermeras nativas.

Las enfermeras españolas presentan sus trabajos en revistas de corta tirada y limitada distribución, como boletines de área, manuales internos de los hospitales, pero no dan el salto de enviar los trabajos a las editoriales.

¿Por qué?

En primer lugar, nuestra profesión no tiene tradición de lectura, ni de escritura. Los viejos ATS manejamos una bibliografía muy reducida y los nuevos diplomados todavía estan aferrados a la cultura de la fotocopia, del extracto, de la lectura parcializada de un libro que en la mayoría de las ocasiones nunca llegan a ver completo.

Tal vez por esa razón la enfermería como colectivo no sepa escribir, ni se sienta animada a publicar; pero el asunto es otro.

¿Las enfermeras tienen algo que decir?, ¿tienen algo que comunicar?

Saber escribir es necesario, pero tener algo que decir es imprescindible.

Permítanme que desde mi experiencia y mi trayectoria profesional me sienta con derecho a animar a quienes no acaban de dar el paso de escribir para publicar, y al igual que iniciaba este libro desde planeamientos personales, sea desde mi propia historia como escritora como lo finalice.

He llegado a formar parte de dos comités editoriales, el de la revista *Medifam* y de la revista *European nurse*, me han editado un libro y este segundo que tienen en sus manos, he sido coautora de otros, he publicado artículos en revistas y todo ello desde tres planteamientos básicos:

- el atrevimiento,
- la seguridad de que tenía algo que decir, y
- la ignorancia sobre cómo escribir.

En los años setenta, cuando trabajaba en Suramérica, inicié mi andadura escribiendo guías, elaborando manuales con otros colaboradores en unas condiciones en las que había tanta necesidad de bibliografía que las exigencias no eran muchas.

Cuando en los ochenta, ya en España, se inicia la reforma de la atención primaria, creí que tenía algo que decir, que mis ideas podían ser útiles, y nuevamente me embarqué en la aventura de rellenar páginas; pero la exigencia era mayor y había que cumplir con unos requisitos que no siempre supe manejar.

Las normas para admitir comunicaciones me parecían insuperables: diez páginas en DIN-A3 doble espacio con la Olivetti portátil que tenía entonces eran unos renglones ridículos, no sabía poner los márgenes para que tuvieran una buena presentación, no sabía cómo añadir las citas y era incapaz de hacer el resumen en un recuadro prefijado.

Cuando me exigían la bibliografía no podía aportarla, había leído trabajos de otros que me habían inspirado mis ideas pero no tenía las referencias a mano, no había guardado las revistas, no recordaba los títulos y, en resumen, las normas para publicar me hundían en lugar de animarme.

Me devolvieron artículos, me devolvieron libros enteros que tuve que rehacer, me rechazaron comunicaciones y, como estoy segura de que mi historia no es muy diferente de la del resto de las enfermeras de este país, quisiera compartir el camino que he seguido para llegar hasta aquí.

Uno nace con inquietudes, pero no con la habilidad para escribir. La calidad, la soltura, el buen hacer se aprenden en el camino leyendo mucho y escuchando a quienes tienen esa habilidad.

El profesor Santiago Kovadloff, invitado por nuestra Universidad en varias ocasiones, nos dictó recientemente un taller sobre escritura del que extraigo algunas ideas.

Para escribir cualquier cosa –nos decía–, un artículo, un libro, un ensayo, lo primero que tenemos que permitirnos es no escribir, pensar, configurar la idea, darle vueltas, y cuando creemos que ya hay algo un poco más claro, el segundo paso será permitirnos el caos, el desorden, el amontonamiento de ideas.

Lo que más desanima a quien se inicia en la escritura es que quiere escribir desde el primer párrafo como si ya fuese directamente a imprenta, y eso no sólo es imposible sino que es absurdo.

Hay que dejarse llevar por la pasión por transmitir nuestras ideas, y la pasión no es ordenada, hacerlo sin trabas y, es un detalle importante identificar «contra quién o contra qué» escribimos.

Muchas veces nuestras ideas tienen valor porque vienen a contradecir otras ideas, otras prácticas u otras propuestas, y es importante tenerlo claro.

Si el artículo tiene que tener diez páginas como máximo, escribe treinta si te salen y luego en una segunda poda recorta, y antes de tirar lo que has escrito, revísalo: puede que haya ideas que no sean para este artículo pero que podrían servirte en el futuro.

Luego, poco a poco, ve dándole forma según las bases del congreso o de la revista y, si puedes, dáselo a leer a alguien que no sea experto en el tema para que te diga si se entiende lo que dices, si está claro y si se lee bien.

Puede ser interesante dárselo también a alguien que sea experto en el tema, pero preparado para que se dedique a desmontártelo, porque posiblemente tus ideas no sean las de él, pero te puede ayudar, dar citas, recomendar que leas artículos parecidos sobre el asunto.

Cuando el artículo ya va tomando forma, revisa nuevamente las normas de la editorial: extensión, dibujos, títulos, palabras claves, etc.; a veces nos rechazan un trabajo por no haber tenido en cuenta algo que estaba claramente especificado. Y después envíalo certificado con acuse de recibo y espera.

Si te lo devuelven rechazado sin más, mala suerte; te quedará la incógnita de por qué lo rechazaron, pero puede que te lo devuelvan con sugerencias y correcciones; si es así, rehazlo y vuelve a empezar.

Recomiendo a los principiantes un poco de humildad. Hay que hacerse un sitio y nadie te va a regalar nada.

En la actualidad hay muchos foros donde publicar, pero desconfiad de aquellos que lo publican todo, utilizalos si queréis, pero vo-

lad más alto: presentad una comunicación en un congreso donde no hay selección puede ser frustrante para quien ha hecho buen trabajo.

Escribir es un placer, pero el placer es mayor cuando se desea mucho, cuando se prepara mucho, y os aseguró que el día que tuve en mis manos mi primer libro me olvidé de las veces que me lo habían rechazado, de la cantidad de hojas que tiré a la basura, de las tardes de sábado y domingo que pasé sin salir, y estoy segura de que cuando tenga este libro en las manos reviviré esos momento.

Os invito a la aventura de escribir.

BIBLIOGRAFÍA

Antón, M. V.: *Enfermería y atención primaria de salud.* De enfermeras de médicos a enfermeras de la Comunidad. Madrid. Díaz de Santos, 1989.

Ashton, J., Symour, H.: *La nueva salud pública.* Barcelona. Masson, 1990.

Baly, M., Robottom B., Clark, J.: *District nursing.* Heinemann Nursing, 1981.

Bases técnicas para el desarrollo de la enfermería comunitaria en Euskadi: *Documentos técnicos de enfermería*, 1. Servicio vasco de salud Osakidetza, 1990.

Camps, V.: *La imaginación ética.* Barcelona. Ariel, 1983.

Canals, J.: *La imagen femenina de la enfermería.*

Carrera Profesional de Enfermería, Sindicato de Enfermería, 1996.

Cibanal, L.: *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente.* Barcelona. Doyma, 1991.

Clay T.: *Nursing into the 1900s.* The Gloucester Lectures King Edward's Hospital Fund for London, 1991.

Colliere, M. F., Diebolt, E.: *Pour une histoire des soins et des profeesions soignantes.* Lyon. Cahiers AMIEC, Amiec Publications, 1988.

Comunidad de Madrid: *La mejora de la calidad en una Europa unida: presente y futuro.* Madrid. Consejería de Salud, 1995.

—: *Conclusiones de los foros de enfermería de C. M.* Conferencia Europea de Enfermería, Viena. Consejería de Salud, 1988.

Consejo Internacional de Enfermería: *La enfermería ante un mañana diferente.* Ponencias presentadas en el 19 Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermeras, 1990.

Consulta de Enfermería en consultorios y ambulatorios. Salud 3. Sevilla. Junta de Andalucía; Consejería de Salud, 1986.

Cuadernos de Salud Pública, números 70 y 71: *Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes.* Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1980.

Documentos de Enfermería 1: *Gestión del producto enfermero.* Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, 1996.

Dame Sheila Quinn etal. (Antón M. V. entre los colaboradores): *Nursing.*

The European Dimensión. Scutari Press. Londres, 1993.
Gruber, R.: *Raquela una mujer de Israel*. Fondo Oauline Kovalski, 1985.
INSALUD: *Diagnósticos de enfermería en el anciano*. Gerencia de A. P. Valladolid Este, 1996.
Kovadloff S.: *La nueva ignorancia*. REI, Argentina, 1991.
Lamata, F., Conde J., Matínez B., Horno M.: *Marketing sanitario*. Madrid. Díaz de Santos, 1994.
La sanidad española a debate: *Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública*, núm. 2, 1990.
Macías Gutiérrez, M., Arocha Hernández, J. L.: *Salud pública y educación para la salud*. Canarias. Icepss Editores, S. L., 1996.
Manrique A., Ovalle, M.: *Enfermería y Comunidad Europea*. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería, Zaragoza, 1993.
Mansilla Izquierdo, P. P.: *Reforma sanitaria*. Fundamentos para un análisis. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
Neufeld, V., Khana, S., Bramble, L., Simpson: *Leadership for change in the education of health professionals*. Network Publications, 1995.
Nightingale, F.: *Notes on nursing What it is and what it is not by Florence Nightingale*. Dover Publications. INC. 1969.
Organización Colegial de Enfermería: *Estudio de la situación de enfermería en España*. Macrodiagnóstico, 1992.
OMS: *Los objetivos de la salud para todos*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
— : *Enfermería en acción*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
Rodríguez, J. A., De Miguel, J.: *Salud y poder*, Centro de Investigaciones Sociológicas, núm. 112, 1990.
Salvage, J.: *The politics of nursing* (Nursing Today), Heinemann Medical Books, Londres, 1985.
Salleras Sanmartí, L.: *Educación sanitaria, principios, métodos, aplicaciones*. Madrid. Díaz de Santos, 1985.
Savater, F.: *Ética como amor propio*. Barcelona. Grijalbo Mondadori, 1988.
— : *El valor de educar*. Barcelona. Ariel, 1997.
Tristram Engelhardt, H.: *Los fundamentos de la bioética*. Barcelonha. Paidós Básica, 1995.
Universidad de Castilla La Mancha: *Revista de Enfermería*. Publicación de la EUE de Albacete. Diveros números.
Valtueña, J. A.: *Contra la medicina del médico*. Barcelona. Barral Editores, 1976.

Documentación de Encuentros, Congresos, Jornadas y otros

A.E.E.D. Asociación Española de Enfermería Docente. Documetación de las sesiones de trabajo de diversos años.

Andersen, Arthur: *La modernización de la sanidad pública en el mundo*. The Economist, Madrid, septiembre, 1996.
II Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria: *De la teoría a la práctica del cuidado*. Arnedo, febrero, 1997.
INSALUD. Jornadas de Enfermería: Teoría y práctica de los cuidados enfermeros. Área 3. A. P., Madrid, 1996.

Revistas y boletines

Administración Sanitaria. Revista de Administración Sanitaria, núm. 1, 1997.
Boletín de Enfermería Comunitaria. Asociación de Enfermería Comunitaria.
Enfermería Clínica. DOYMA. Varios números.
European Nurse. Arnold. e-mail: Prof. Steve @compuserve.com.
INDEX de Enfermería. Apartado 734. 18080 Granada.
INSALUD. Área I de Madrid. Diversos números, 1997.
MEDIFAM Medicina Familiar y Comunitaria. Varios números. Idepsa, Príncipe de Vergara, 112. 28002 Madrid.
Rol de Enfermería. Múltiples números.
TARBIYA. Revista de Investigación e Innovación Educativa. Universidad Autónoma de Madrid. Instituto de Ciencias de la Educación. Diversos números.