

# La gestión de los cuidados: el poder de las enfermeras

Núria Cuxart Ainaud

*Vicepresidenta y Directora de Programas. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Barcelona. España.*

**Este artículo está basado en una conferencia expuesta en el VIII Congreso Internacional “Gestión del cuidado: implementando estrategias de acercamiento al paciente” y en las XXVIII Jornadas de Enfermería “Valoración: base para la entrega de un cuidado integral” que tuvieron lugar en la Clínica Alemana de Santiago de Chile.**

## INTRODUCCIÓN

Cuando reflexionaba sobre el reto de redactar un artículo sobre la gestión de los cuidados enfermeros, pensé que necesariamente debía referirme a dos elementos fundamentales. El primero, la preocupación por el papel que la profesión de enfermería debe desempeñar en el sistema sanitario y, el segundo, su posición como conjunto profesional emergente que se plantea como meta la asunción de las más altas cotas de responsabilidad profesional.

Así, uno de los apartados se refiere al poder profesional, una de mis líneas de trabajo a través de la cual pretendo definir los elementos o circunstancias que aseguran el desarrollo de nuestra profesión y la forma en que pueden mejorarse a través de los propios profesionales de enfermería, de forma individual o colectiva.

Hechas estas consideraciones, voy a intentar ofrecerles los elementos que desde mi experiencia profesional en el ámbito de la gestión enfermera, pero también en los ámbitos asistencial, docente e investigador, he identificado y han significado (cuando los he utilizado) factores de gran influencia

en las enfermeras y los enfermeros y que, a la vez, constituyen elementos indispensables para el buen desarrollo de la gestión de los cuidados.

Por lo tanto, el trabajo que les voy a presentar pretende:

- Ofrecer a la consideración de los lectores mis reflexiones acerca de la importancia de una adecuada orientación cuidadora en la gestión por parte de la enfermera.
- Explicar, desde esta perspectiva, las razones (que no consejos ni recomendaciones) por las que creo que las enfermeras debemos aprovechar los factores que favorecen nuestra participación en los espacios de poder.
- Destacar, a lo largo de este artículo, la necesidad de que las enfermeras nos dotemos de organizaciones y corporaciones profesionales bien orientadas, bien diseñadas, potentes y bien estructuradas que nos permitan desarrollar propuestas para influir en la implementación de la gestión de los cuidados.

Para cumplir con estos propósitos, el trabajo que les presento a continuación

consta de dos partes que son coherentes con los objetivos propuestos.

La primera, que he denominado “Dónde estamos situadas las enfermeras”, quiere ofrecerles elementos para un análisis cuyo resultado nos ayude a determinar las circunstancias en las que surgen oportunidades o amenazas que las enfermeras y los enfermeros deberíamos considerar. El resultado de dicho análisis nos permitirá identificar los factores que sitúan a las enfermeras y los enfermeros en mejor posición para ejercer su influencia, a través de la gestión de los cuidados.

La segunda parte pretende apuntar o proponer algunas de las estrategias que, siempre según mi modo de ver y basándome en mi experiencia, pueden ayudar a los profesionales de la enfermería a salvar muchas de las dificultades que se presentan en su camino.

## DÓNDE ESTAMOS SITUADAS LAS ENFERMERAS

Un recorrido a vista de pájaro sobre el contexto donde estamos situadas las enfermeras y los enfermeros respecto a la gestión de los cuidados nos hace recordar que, según mi modo de ver, los profesionales de la enfermería nos movemos en un entorno extraño, confuso. De todos modos, el conocimiento que tengo de algunos de los países del mundo –y la edad que, como dice una buena amiga, “siempre es un punto”– me llevan a sospechar que los problemas de las enfermeras, y los de la enfermería como profesión, son universales. Hace apenas tres meses

# y su legitimación social

tuve la oportunidad de comentar este hecho con la presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Coincidíamos en esta apreciación y en la necesidad, entre otras por este motivo, de que todas las enfermeras del mundo aunemos esfuerzos para trabajar en las estrategias que permitan mejorar nuestra posición de poder y de liderazgo en los sistemas de salud.

Ayer les comentaba la contradicción que, a mi modo de ver, existe entre el concepto actual de salud y el modelo de atención para la salud contemplado por las diversas normativas que regulan y desarrollan los sistemas sanitarios y sociales, tan cercanas al objetivo profesional de las enfermeras pero que no consiguen alcanzar todavía el nivel de desarrollo deseado en la práctica cotidiana.

Aunque ni mucho menos el más reconocido, éste es uno de los principales problemas al que ahora mismo se enfrentan los responsables de la atención sanitaria y social en muchos países del mundo, situación que creo que las enfermeras y los enfermeros deberíamos analizar en profundidad para ser capaces de convertirla en oportunidad e intentar liderarla a través de estrategias muy propias de la profesión de la enfermería. Me refiero a la atención a las personas en situación de dependencia, los grupos vulnerables y otras situaciones susceptibles de un abordaje grupal, la lucha contra el “medicocentrismo”, etc.

La realidad, sin embargo, es que no acaban de concretarse unos objetivos que se puedan asumir desde diferentes dimensiones del propio hecho de

cuidar, y la realidad es también que las enfermeras y los enfermeros no acabamos de encontrar soluciones realmente efectivas a problemas históricamente planteados (la invisibilidad, la desvalorización, etc.), ni a los que rodean nuestra práctica asistencial y que la influyen fuertemente, como son la precariedad laboral, la complejidad de la demanda y un largo etcétera. No hablaré mucho de ello, entre otros motivos, porque creo que, en gran medida, éstos no son los problemas sino las consecuencias de uno más grave y más general y que intentaré analizar.

Para ordenar esta reflexión sobre el contexto en que nos movemos las enfermeras, y como he hecho en otras ocasiones cuando he tenido que afrontar retos relacionados con la gestión enfermera o con la gestión de los cuidados, me ha resultado muy útil analizar la situación de partida utilizando tres ámbitos de estudio que siempre me han ayudado y que son los siguientes<sup>1</sup>:

- El ámbito de la profesión de la enfermería, tanto lo que se refiere a la enfermera individualmente como al colectivo de las enfermeras.
- El ámbito asistencial, tanto de “lo sanitario” como de “lo social”, es decir, el terreno de la relación de la enfermera con la empresa donde trabaja, con los servicios de enfermería de estas empresas sanitarias y sociales y con las administraciones de salud o bienestar social.
- El ámbito de “la influencia social”, influencia de la propia profesión sobre las personas que atendemos y la sociedad

en su conjunto (o lo que en muchas ocasiones se ha denominado “la sociedad en general”).

Si bien es cierto que se identifican cuestiones que perfectamente podrían considerarse en más de uno de estos tres ámbitos –como no podría ser de otro modo–, también lo es que este planteamiento permite abordar el tema con mayor claridad. A mí me ha servido y se lo ofrezco a ustedes por si puede ser también de su utilidad y con el objetivo de que, a partir de ellos, puedan identificarse los factores que actuarán beneficiando o amenazando cualquier propuesta relacionada con la gestión del cuidado.

## **La profesión de la enfermería: la enfermera en particular y las enfermeras colectivamente**

En el primero de los ámbitos de estudio, el de la profesión de la enfermería, de lo profesional, de lo que atañe tanto a las y los profesionales enfermeros como a las estructuras de las que nos dotamos para organizarnos (desde los propios servicios de enfermería hasta corporaciones como colegios, asociaciones, sociedades, sindicatos), se produce un fenómeno parecido a lo mencionado respecto a los sistemas de salud.

En el plano individual, es decir, el que se refiere a la enfermera o al enfermero en particular, vimos ayer que es más frecuente encontrar enfoques, fórmulas y procedimientos de trabajo propios de un modelo biólogo, que conseguir un consenso real sobre el significado y las consecuencias del cuidado o del hecho de cuidar.

Simultáneamente, y como sucede en otras profesiones<sup>2</sup>, al mismo tiempo que la literatura sociológica especializada proclama constantemente un auge indiscutible del profesionalismo, el mundo profesional de la enfermería vive un sentimiento de frustración, desencanto y pérdida de estatus acelerados que ha hecho florecer una profusa bibliografía acerca del tema de la insatisfacción de las enfermeras y sus consecuencias.

Todo ello nos lleva a pensar que, en este ámbito profesional y a pesar de las muchas dificultades que esconde el concepto del “cuidar”, parece ser necesario considerar en primer lugar la relación que ha establecido cada enfermera con su objetivo profesional: el cuidado. Rosamaria Alberdi, autora que, como habrán podido observar, cito constantemente por sus trabajos en torno al compromiso de las enfermeras y los enfermeros con el desarrollo profesional, afirma que es imprescindible que la enfermera “se sienta reconocida y se reconozca en el ejercicio de cuidar” (¿recuerdan la definición de “enfermera” de ayer por la mañana?) y que en el contexto en el que se encuentre consiga una situación de comodidad porque “está orgullosa de prestar cuidados profesionales y reivindica la escucha de la orientación cuidadora”<sup>3</sup>.

De todos modos, y pese a ello, las enfermeras (al menos individualmente) han dado pasos de gigante en este sentido. Algo distinto son las estructuras de las que nos dotamos para organizarnos, desde los propios servicios de enfermería hasta corporaciones como colegios, asociaciones, sociedades o sindicatos, que no siempre han evolucionado a la par.

No es así, pues en muchas ocasiones se ha asegurado esta orientación en el plano colectivo de este ámbito profesional o, lo que es lo mismo, en las instituciones de enfermería que ostentan tanto la capacidad de unión como la de representación y que tanta influencia ejercen en el poder profesional y en el predominio social de la profesión. Es decir, me refiero al hecho (o al defecto) de que la profesión esté organizada y cuente con auténticos líderes y representantes pero que, citando de nuevo a Rosamaria Alberdi, “nuestras corporaciones, articuladas en función de variables ‘formales’ (colegiación, interés científico y sindicación), en general, no

disponen de un proyecto profesional global que promueva la adhesión de los profesionales y permita evaluar la coherencia de las actuaciones concretas y sus resultados, a medio y largo plazo, en función de horizontes de desarrollo profesional”<sup>4</sup>.

Afirma la autora que, como en el caso de las corporaciones, “los que lideran y representan a la profesión, se caracterizan porque son reconocidos en espacios muy concretos y solamente ante actuaciones muy específicas” (y vinculadas a un cargo, añadido yo) “y porque adolecen, en general, de la misma insuficiencia que las corporaciones; o sea, les falta un proyecto profesional global que respalde cada actuación y dé coherencia al conjunto”.

Efectivamente, este fenómeno, al menos en España, sucede tanto en algunas instituciones como con personas significativas de nuestra profesión. Si se observa la situación actual –y no sé si ésta es su realidad–, se sospecha que las enfermeras y los enfermeros que hoy ocupan cargos en el seno de la profesión, por la propia historia y por los acontecimientos que han sucedido alrededor de ésta, han tenido que dedicar excesivos esfuerzos a cuestiones meramente instrumentales relacionadas con la docencia (eso sí, son expertas en métodos pedagógicos), la investigación (las mejores en metodología) y la gestión (las más formadas en instrumentos para la gestión) y quizás no han profundizado lo suficiente en la propia naturaleza de la profesión.

Sin querer negar ningún valor, ni mucho menos, al conocimiento de estos instrumentos, creo que, al igual que comentaba ayer, como instrumentos que son, así hay que entenderlos y así hay que tratarlos, como en el caso de la metodología de la enfermería, sabiendo que existe un objetivo final que no sólo lo trasciende, sino que lo justifica. Una cosa es el instrumento y otra muy distinta lo que se quiere conseguir con él. Y esto “del cuidar” no consiste en “algo” que, como ya lo aprendimos un día y ya nos lo sabemos, lo podamos olvidar<sup>5</sup>.

Si bien es cierto que la historia de nuestra profesión no ha ayudado mucho, también lo es que sucede lo mismo en algunas corporaciones, sociedades y asociaciones de profesionales que se denominan científicas y que han nacido y se han desarrollado más por la falta de respuesta de determinadas estructuras

(principalmente corporativas) que por responder a unos objetivos relacionados con la construcción del conocimiento de la enfermería y la aplicación de éste a su ámbito de responsabilidad. Ciertamente es también que existen algunas excepciones que hay que reconocer y saber valorar.

Mi opinión es, sin embargo, que las estructuras profesionales de la enfermería son una oportunidad para cualquier profesión –y la nuestra no debería ser una excepción– y el reto en todo caso será que evolucionen a la par que lo está haciendo ya la profesión en general, entendiendo este “general” como la suma de diferentes –pero afortunadamente cada vez más numerosas– individualidades. Nuestras corporaciones deberían ser el reflejo de la madurez de una profesión y deberían llegar mucho más lejos que la definición clásica de grupo de personas, unidas entre sí por una variable común, organizada según una serie de reglas y obligaciones, y que se plantea como objetivo conseguir determinados beneficios para sus miembros.

Al menos deberíamos reflexionar sobre “cuál es esta variable común” y qué entendemos por “beneficios” para sus miembros. Necesitamos organizaciones (de todo tipo, también los departamentos de enfermería) más sustentadas en un proyecto profesional de enfermería, más asentadas sobre lo que son nuestras bases disciplinares y más orientadas a horizontes de desarrollo profesional. Todo ello, junto con la identificación de cada una y cada uno de nosotros en un grupo profesional y nuestra participación activa en cualquiera de las diversas organizaciones que configuran nuestra estructura profesional.

Es decir, centrar de verdad nuestras organizaciones en este ámbito profesional, ámbito donde es necesario recordar que las tres características centrales de las profesiones son: la base de un conocimiento especializado, la autonomía y el servicio. Se están produciendo cambios en todos estos tres ámbitos y es de prever que vayan en aumento y, al mismo tiempo, se favorezca la aparición de nuevas profesiones que no tan sólo cubrirán campos de actuación nuevos sino que competirán por algunos territorios que las ya existentes consideran como propias.

La base de conocimiento de las profesiones confiere status y poder social y es una pieza central para la justificación

de su autonomía. Se expresa también en dos niveles:

- El individual, pues cada profesional controla su trabajo personal.
- El corporativo, puesto que sólo los miembros de la corporación disponen del conocimiento suficiente para determinar –con el máximo consenso posible y entre otros– su ámbito de competencia, la acreditación de la competencia de sus miembros, el acceso a la misma y la regulación del ejercicio profesional.

Y también porque esta autonomía equivale a un ejercicio de autorregulación, basado en criterios éticos y científico-técnicos que emanan del código ético de la profesión y del conocimiento específico que supuestamente monopoliza. La autorregulación constituye la quintaesencia de toda profesión, hasta tal punto que se ha llegado a afirmar que una profesión no es más que una ocupación que ha conseguido autorregularse<sup>6</sup>.

Para todo ello, sin embargo, hay una premisa básica que consiste en el compromiso de *servicio* de forma coherente con su objetivo fundamental, y esto sólo se consigue consolidando las bases que sustentan nuestra profesión y comprometiéndose con este objetivo fundamental que no es otro que la prestación de cuidados.

Y así las enfermeras, los enfermeros y la profesión de la enfermería serán fuertes, porque serán capaces de convertir este conocimiento enfermero y la aplicación de éste en servicios diseñados desde su ámbito competencial y contribuirán a convencer a las empresas y a los sistemas de salud y social de su aportación profesional, que no de otro tipo.

Como tantas y tantas cosas, la profesión es algo que hay que construir y defender cada día. Hubo tiempos en que se dedicaron muchos esfuerzos y, como comentaba al inicio de mi intervención, es necesario recordar que el compromiso profesional está indisolublemente unido a la observancia de unas bases disciplinares que lo sustentan, y cuando éste se debilita es la propia profesión la que se ve debilitada en su legitimidad social. Sin ello, no es posible una prestación diferenciada y cualificada y, sin prestación diferenciada y cualificada, no hay contrato ni reconocimiento social.

### **Empresas donde trabajamos las enfermeras y administraciones de salud y de bienestar social**

Preguntémosnos ahora qué sucede en el segundo ámbito de estudio. ¿Qué sucede en el terreno de lo asistencial (sanitario o social) y en el contexto de las empresas sanitarias y en el de las administraciones de salud y/o bienestar social?

En el terreno de “lo asistencial”, por lo que a las empresas sanitarias se refiere, efectivamente los cambios organizativos obedecen a continuos intentos de dar respuesta a una realidad cierta. Las nuevas fórmulas organizativas exigen un cambio cultural fundamental que nos obliga, principalmente, a interrelacionarnos todos y, por lo tanto, a que la situación de los distintos profesionales sea directamente proporcional a la aportación que cada uno de ellos hace, individual o colectivamente.

Entre otros –y por ejemplo– un modelo asistencial orientado al cliente precisa de una reflexión profunda en el marco organizativo a fin de encontrar nuevos elementos que proporcionen posibilidades reales de futuro y garanticen un desarrollo en correspondencia con este enfoque. No es una tarea sencilla. Significa una modificación importante del modelo organizativo clásico, concebido y basado en especialidades médicas y sobre el cual deberíamos preguntarnos si responde a la actual realidad asistencial.

Algo distinto son las presiones que se ejercen desde determinados sectores que discuten incansablemente la conveniencia de mantener a las enfermeras en los más altos puestos de gestión y decisión, así como las consecuencias de ciertas estrategias, por ejemplo cuando se vacían de contenido los puestos de las directoras enfermeras o se modifican los organigramas de manera que éstas dependan siempre de una dirección asistencial (que, excepto en contadísimas ocasiones, no la ocupa una enfermera).

Estas estrategias conllevan la desvalorización del trabajo de enfermería y son soportadas en primera instancia por las enfermeras del ámbito gestor, aunque con graves consecuencias para el resto de la profesión ya que, siempre a mi modo de ver, ésta no ha sido capaz de acertar en la respuesta. Lo digo alto y claro porque yo me considero una enfermera gestora, porque creo que tenemos en nuestras

manos posibilidades de avanzar y porque me parece de gran importancia que nos unamos para buscar soluciones. Lo veremos más adelante.

Sucede también, como en otras profesiones –y la de enfermera no es una excepción–, que aunque los profesionales y las profesionales condicionan fuertemente las organizaciones para las que trabajan (unos más que otros), en realidad no las controlan y en muchas ocasiones éstas limitan en parte la autonomía de estos profesionales en la toma de las decisiones que creen más oportunas en su trabajo. A esta circunstancia se le añade otra vez la dificultad de las enfermeras y los enfermeros para concretar servicios diferenciados y cualificados que sólo los profesionales de la enfermería podemos prestar. En este sentido, también siguiendo a una enfermera catalana, presentaré una propuesta al final de esta intervención.

Este hecho adquiere mayor dimensión si se tiene en cuenta que, habitualmente, la enfermera entra en relación con las personas que son objeto de sus cuidados, no de forma directa sino a través de contratos de las empresas responsables de la atención sanitaria y social. Efectivamente, las enfermeras y los enfermeros son habitualmente empleados de las instituciones y no suelen ser “contratados” directamente por las personas (clientes) que precisan sus cuidados. No debemos olvidar que las enfermeras trabajamos principalmente en instituciones sanitarias o sociosanitarias y que es a través de ellas que llegamos a los usuarios.

En consecuencia, tanto para el usuario que acude a una institución sanitaria como para la misma institución o la propia administración, la enfermera es una parte de ésta a la que, en un principio, no se distingue del conjunto total. Se encuentra diluida en una oferta institucional en la que, hoy por hoy, nadie duda que el médico sigue siendo el actor sanitario principal. Sólo la relación personal de la enfermera / persona que atiende, cuando se produce de manera eficaz a través de cuidados de enfermería, permite que se individualice y se visualice su labor.

Es por todo ello, y para finalizar este apartado, que creo necesario mencionar la situación en que nos encontramos cuando, excepcionalmente, las

enfermeras ejercemos por cuenta propia y, en consecuencia, somos empresarias y empleadas de nuestra propia "institución".

Aquí es necesario destacar que nuestra profesión dispone de una baja oferta de servicios que se realicen independientemente de las instituciones proveedoras de servicios sanitarios o sociales, y es en este sector donde predomina la aplicación de las técnicas derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. Es necesario, pues, no tan sólo ayudar a estas enfermeras y enfermeros a identificar qué oferta de servicios pueden prestar desde su área competencial propia y autónoma, sino que los que trabajan en instituciones deben practicar el ejercicio de identificar qué servicios de enfermería ofrecerían si la institución fuera la suya y tuviesen que definir unos servicios pertenecientes exclusivamente a su ámbito competencial.

Y es que en el tercer ámbito que vamos a analizar, el de los servicios de enfermería de las empresas que prestan atención sanitaria o social, la situación no es menos preocupante. Siento insistir en ello, pero creo que ha imperado un excesivo relajamiento (demasiado) al reconocer (de hecho todavía hay muchas dificultades) que para poder ejercer una profesión, precisamente, es necesario disponer de las bases disciplinares que permitan identificar su campo de actuación propio, justificarlo, evaluarlo y ampliarlo en función de los avances logrados y del requerido consenso profesional. Aquí es donde resulta importante que las enfermeras gestoras se decidan a apostar.

Es por ello que, aunque lo he hecho en multitud de ocasiones, no me resisto a utilizar una imagen para explicar de forma más completa este concepto. En el gráfico I he representado dentro de un círculo central al sujeto de nuestros cuidados (sea la persona, sea la comunidad) y, en color azul, la visión que hasta ahora ha prevalecido (y todavía prevalece) sobre los problemas que presentan las personas y que también equivaldría al campo de actuación de cada profesión. Si lo miramos, pues, con las gafas ("con el filtro de la disciplina enfermera constituida por conocimientos, habilidades y principios éticos", según Alberdi<sup>7</sup>) de la medicina, identificaremos problemas (enfermedades) que corresponden a la medicina y que, por lo tanto, son responsabilidad del médico.

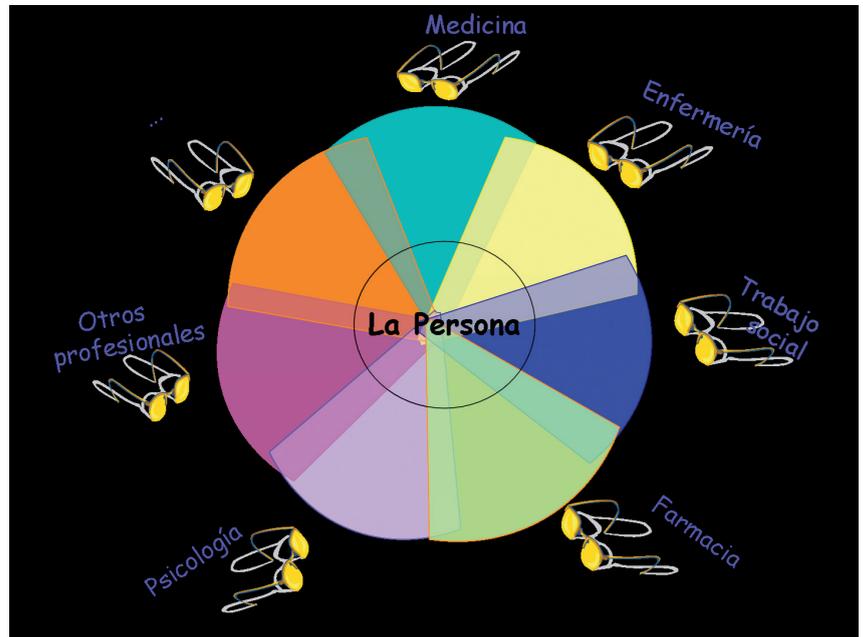


Gráfico I. Miradas profesionales. Elaboración propia

Si nos colocamos las gafas de la enfermería, adoptando lo que esta autora denomina "la mirada enfermera", destaca una porción (de color amarillo) formada por las situaciones y problemas que las enfermeras identificamos y podemos ayudar a resolver y que constituyen nuestro objetivo profesional. Efectivamente, hay una zona de confluencia que corresponde a problemas que podremos resolver, desde la medicina o desde la enfermería, y que, en consecuencia, tratarán tanto médicos como enfermeras o enfermeros. De hecho, si revisáis nuestras clasificaciones diagnósticas, los encontraréis (el dolor, la fatiga, el estreñimiento, etc.). Del mismo modo, la mirada desde otras profesiones posibilita la detección de otros problemas que también confluyen con los nuestros y con los de los demás pero que delimitan y definen cada ámbito competencial (por ejemplo, y entre otros, los problemas sociales desde el trabajo social).

Desde esta percepción única ("con el filtro de la disciplina enfermera constituida por conocimientos, habilidades y principios éticos") se concreta nuestra aportación profesional y la necesidad de provisión de cuidados de enfermería, y ello por muchas razones pero por dos motivos fundamentales. El primero es que si no lo hacemos de este modo, entre todos desatendemos aquellas situaciones, necesidades y problemas que las enfermeras, cuando "miramos desde la enfermería" a la persona, a la familia y a la comunidad, podemos determinar, resolver o mejorar. Y esto es un fraude y se deberá solucionar. El segundo

motivo es que, si no lo hacemos así, nos debilitamos como profesionales y como profesión en su conjunto y "tendremos siempre las de perder".

Lo mismo sucede si se obvia también la mirada desde otras profesiones. Efectivamente, existe una zona de confluencia que corresponde a problemas que podremos resolver desde la medicina o desde la enfermería y que, por lo tanto, serán resueltos tanto por médicos como enfermeras o enfermeros. De este mismo modo, la mirada desde otras profesiones posibilita la detección de otros problemas, que también confluyen en el nuestro y el de los demás pero que delimitan, definen cada ámbito competencial (por ejemplo y entre otros, los problemas sociales desde el trabajo social).

Podrían ustedes pensar que estas afirmaciones no constituyen ninguna novedad, pero de todos modos lo menciono porque, con independencia de mi convencimiento de que es así como "debo funcionar", desde sólidas bases disciplinares, creo que sólo desde esta parcela podemos desarrollarnos como profesionales. Y a eso me refería cuando afirmaba que, de no ser así, "tendremos las de perder", porque el caso es que las otras "parcelas" competenciales (las de la profesión médica, la farmacéutica, la del trabajo social o la de cualquier otra profesión con la que colaboremos) ya están ocupadas, y o "vamos a la guerra" (que no es el caso) para disputarnos con otros profesionales o nos instalamos como realquilados en la parcela de otro (y el propietario siempre será el otro).

Comento todo esto porque creo que es un error pensar que todos los cambios, por el mero hecho de “ser cambios”, son siempre sinónimo de progreso y modernización. Las enfermeras hemos pasado mucho tiempo aceptando antiguos y nuevos tópicos y nos hemos posicionado en posturas a la vanguardia, sin ninguna rentabilidad para el colectivo ni para la profesión. Contribuimos, y mucho, y añadimos un claro valor a los resultados de nuestras organizaciones, nos situamos a la cabeza de todas las reformas que se plantean, pero tan diluidas en ellas que apenas se nos deja ver.

Mi experiencia me ha permitido comprobar que cuando las enfermeras discutimos en los órganos de dirección (consejos de dirección) formados por médicos, abogados, economistas, etc. deberíamos imaginarlo como un juego de baldosas. Cometemos siempre el error de intentar librar nuestras batallas en terrenos contrarios. Es decir, intentamos convencer al director médico, o al director económico, o al director de personal de nuestras propuestas, utilizando argumentaciones médicas, económicas o legales en lugar de intentar, utilizando términos deportivos, “jugar el partido” en nuestro campo (en este caso, nuestro campo disciplinar).

Les propongo que cambiemos de estrategia y, como somos quienes más deberíamos saber de enfermería, utilicemos nuestros argumentos (no los de la medicina, porque el médico sabe más; ni los de la economía, porque el economista sabe más; ni los de la abogacía, porque el abogado sabe más) para competir (en el mejor sentido del término, aspirando unos y otros con empeño a un mismo objetivo) y para ganar (en el sentido de que se escuche nuestra propuesta profesional). Y sobre todo, para convencer. No permitamos que nos agoten, intentando saber más medicina, más economía, más legislación o más gestión. Tomemos de los otros “saberes” única y exclusivamente aquello que necesitamos para cumplir con nuestro objetivo profesional.

Si lo hacemos así, probablemente ganaremos. No sólo porque seremos quienes más sabremos sobre aquello de lo que se discute, sino porque además contribuiremos a que las instituciones en las que trabajamos y las administraciones de salud vayan adoptando el cuidado como valor. Con ello saldremos ganando,

desde luego, las enfermeras y los enfermeros, pero sobre todo las personas a las que prestamos nuestros cuidados y toda la comunidad.

Quisiera insistir en la idea de que no tengo nada en contra ni de los planteamientos ni de los instrumentos de carácter interdisciplinario. No tengo ninguna duda sobre sus muchas ventajas, tanto en la rentabilización de los recursos como en la agilización de la atención o, incluso, en la satisfacción de los usuarios y los profesionales. Sólo me preocupa que las enfermeras que participan en estos consejos de dirección o las que utilizan determinados instrumentos interdisciplinarios sean las más expertas en el ejercicio de su rol autónomo y que, de este modo, sean capaces de responder de forma coherente con su responsabilidad profesional e impregnar del valor del cuidado a toda la organización.

Una situación parecida nos sucede en nuestra relación con las administraciones de salud o bienestar social.

Quizás el símil que voy a utilizar puede sonar completamente exagerado, pero no he encontrado otro mejor para explicar esta situación de despersonalización en relación con las administraciones públicas. Se trata de la misma estrategia de despersonalización en relación con las mujeres, que consiste en el paso de ser objeto de abusos, de discriminación (esto ya lo hemos pasado) a ser objeto de asistencia, de intervención (que es donde ahora nos han situado). Ahora bien, no podemos pasarnos “ni un pelo de la raya”, porque esto nos situaría en posición de sujeto de consentimiento o de decisión. Y esto, este reconocimiento de la capacidad de decidir, es precisamente aquello que tenemos que conseguir. Es decir, el reconocimiento de la capacidad de pensar, actuar, desear o consentir. Las enfermeras tenemos que aplicarnos “la canción” y exigir que se nos considere –como ha sucedido con las mujeres– desde este principio de no victimización.

Si bien “oficialmente” disfrutamos de las mismas oportunidades, el caso es que es más que conocida la reivindicación de muchas enfermeras respecto a las dificultades que tenemos individualmente y/o colectivamente (es decir, las que tienen nuestras organizaciones) para acceder a aquellos lugares, organismos o instancias donde se toman las decisiones y cuya

consecuencia es la imposibilidad de poder intervenir, desde el inicio, en el diseño de iniciativas, proyectos o programas. Cuando se nos permite acceder al proyecto, al programa, la iniciativa ya ha sido diseñada. En consecuencia, las decisiones sobre la orientación que debe adoptarse están tomadas y, en muchas ocasiones, la iniciativa está parcialmente desarrollada. Por lo tanto, contribuiremos a un proyecto, a un programa que ha nacido ya con otra orientación (distinta de la nuestra) y se nos reserva la posibilidad de participar (que no decidir) o de enmendar (que no construir) o asesorar (que no dirigir) el proyecto, el programa o la iniciativa en cuestión.

De nuevo citando a Alberdi, salvo honrosísimas excepciones, “a los enfermeros y enfermeras es difícil que se les conceda, de entrada, el beneficio de la duda respecto a lo que ‘dicen’ que son capaces de aportar. [...] cuesta muchísimo demostrar que su profesión les capacita para diagnosticar problemas, planificar cuidados, gestionar partes fundamentales del sistema y, en resumen, para aportar una visión global, innovadora y rigurosa a cualquier situación y nivel del sistema sanitario”<sup>8</sup>.

Y aquí se encuentra una de las dificultades más importantes para el acceso real a los lugares de verdadero poder. Para utilizar un ejemplo menos duro que el anterior, a mí me recuerda siempre a aquella situación que se produce cuando te tropiezas con una persona a quien no veías desde hace tiempo y que te dice: “cuando quieras te vienes a casa a cenar”. Está claro que si no se concreta algo más, este encuentro no se producirá jamás.

A menudo pienso que las enfermeras nos hemos convertido en la expresión de muchas de las carencias de nuestro sistema de salud, de aquello que le recuerda que hay muchas cosas pendientes por hacer y resolver y muchas otras que serían posibles si se pusiera sobre la mesa de los responsables de salud todo un cúmulo de situaciones y problemas que identificamos las enfermeras y que no ven los demás profesionales. Aquellas situaciones, necesidades y problemas –que mencionábamos hace un momento– que las enfermeras cuando “miramos desde la enfermería” a la persona, a la familia y a la comunidad podemos determinar, resolver o mejorar.

Sin embargo, si esto es así, debemos ser capaces de ofrecer resultados efectivos desde nuestro ámbito competencial autónomo e informar de ello a la sociedad.

### **El tantas veces mal utilizado “reconocimiento social”**

La afirmación con que finalizaba el apartado anterior nos da paso al tercero de los ámbitos que vamos a considerar: el terreno de la influencia / reconocimiento social de la profesión de enfermera y de la sociedad en general, donde de nuevo se produce también una situación difusa.

La profesión de enfermera ocupa un lugar en el conjunto de los servicios de salud que debería situarle en una posición de influencia, pero diversos factores perfectamente identificados y ya analizados por muchas enfermeras del mundo hacen que seamos poco efectivas en este sentido. Me refiero a la tan nombrada falta de reconocimiento social.

Por lo que a la profesión se refiere, uno de los aspectos positivos de la responsabilidad social de las profesiones se encuentra en el mantenimiento y mejora de los estándares de competencia y de conducta de sus miembros. Las organizaciones profesionales pueden y deberán hacer un esfuerzo notable en este ámbito para no perder posiciones o para recuperar las probablemente perdidas. Siempre a mi modo de ver, han de poder garantizar, con las herramientas y las acciones que sean necesarias, la defensa de la competencia y la conducta de los miembros que lo merezcan, apoyar a los que aportan valor añadido al conjunto de la profesión y actuar contra los que la pongan en peligro ante el conjunto de la sociedad. Experiencias de otros países –la canadiense por ejemplo– nos hablan de los beneficios obtenidos ante la sociedad.

Siento ser tan dura en este sentido, pero estamos hablando de una profesión, de un compromiso, de una responsabilidad para con la sociedad que le ha encomendado esta tarea y que, en consecuencia, confía en sus miembros para que la lleven a cabo.

Respecto a la sociedad, las enfermeras debemos también ser capaces de expresar un mensaje de claridad y eficacia profesional. Estamos convencidas de ser un recurso idóneo para la atención de muchas situaciones de salud, pero hay que saber decirlo, explicando de manera clara y sencilla

qué beneficios conlleva nuestra aportación profesional y, como he comentado anteriormente, también la diferencia que puede existir si no se dispone de él. ¿Se imaginan un día sin enfermeras en el mundo?

Ésta es una tarea individual que precisa de un esfuerzo colectivo en el que las corporaciones profesionales de todo tipo deben desempeñar un papel fundamental y en el que, en mi opinión, todas las enfermeras del mundo son conscientes de la necesidad de ayudar.

Sin embargo, respecto a este reconocimiento, me gustaría compartir con ustedes una opinión muy personal. Creo que pertenecemos a una profesión que, por distintos motivos, está repleta de tópicos, de falsas creencias y de determinados mensajes instalados que, lejos de ser ciertos, dañan gravemente nuestra imagen.

Éste es un claro ejemplo que les propongo ayudar a destruir. En mi opinión, debemos huir de la “tonadilla” según la cual la sociedad no demanda atención enfermera porque no sabe que la necesita y, por ello, es necesario explicárselo. A mí me parece algo muy perverso. Claro está que lo necesita. No se puede afirmar, con la ligereza con que se hace, que no la demanda porque no sabe que la necesita. No sabe que la necesita como no sabe que le es necesario el aparato diagnóstico más caro y más sofisticado que “alguien” ha decidido instalar. Lo desconoce como desconoce la existencia de tantos y tantos dispositivos sanitarios o de salud que, quien tiene la responsabilidad de velar por esta salud e intentar mejorarla, pone en marcha cada día, sin tantos requerimientos explícitos de demandas de la sociedad.

Con esto no quiero defender de ninguna forma el que tomemos decisiones a espaldas de la sociedad ni a pesar de ella. Y mucho menos despreciar la demanda de esta sociedad. A lo que me refiero es que no hay persona en el mundo que no necesite que se haga algo POR ella cuando no puede hacerlo por sí misma. Ni nadie que no quiera que se haga algo CON ella cuando precisa potenciar su fuerza o su voluntad o sus conocimientos para poder –por ejemplo– evitar peligros, comunicarse satisfactoriamente u ocuparse de su propia realización, entre otras cosas<sup>9</sup>. O que se aumente su bienestar y, por lo tanto, su felicidad. Esto es exactamente lo que hacemos las enfermeras.

Quiero decir que la persona, cuando accede al sistema sanitario o social, no ve al médico ni a la enfermera, ni al directivo, ni al grupo de profesionales, sino que recibe una respuesta profesional que es perfectamente capaz de valorar de forma directa y personal, reconociendo en cada momento su auténtica importancia. Ya basta pues de “tragar” con eso de que no hay más atención enfermera en el mundo porque no la demanda la sociedad.

Se admite de manera general, y desde la corporación que represento hemos tenido la oportunidad de comprobarlo y cuantificarlo a través de un estudio sociológico realizado, que las enfermeras obtenemos el reconocimiento de las personas que atendemos también de manera única y personal. Lo que no obtenemos –ni mucho menos– con tanta frecuencia ni con tanta intensidad es el reconocimiento de las empresas donde trabajamos y tampoco el de aquellos sectores sociales que representan “el poder social”, como las administraciones públicas, los medios de comunicación de masas, las formaciones políticas, los lobbies económicos u otras profesiones dominantes del ámbito de la salud.

Para finalizar esta reflexión quisiera recordar que cuanto mayor es la autonomía profesional mayor es la responsabilidad social y, en consecuencia, si queremos más responsabilidad social deberemos recuperar aquellos espacios de autonomía que nos corresponde y, a ser posible, conquistar algunos nuevos. Sin ningún miedo, pero con plena responsabilidad. Advertencia, como si de un fármaco se tratara: la autonomía no puede vivirse como un peligro sino como una oportunidad, consecuencia sólo de nuestro compromiso profesional.

### **ALGUNAS ESTRATEGIAS A MODO DE FINAL**

De todas estas reflexiones nacen mis propuestas para ayudar a las enfermeras a salvar muchas de las dificultades que se presentan en la gestión del cuidar y que me gustaría resumir para finalizar.

En lo que se refiere al *ámbito profesional*:

- La primera estrategia, por “fuerte” que parezca, es dedicar todos los esfuerzos posibles a la recuperación de la prestación de cuidados como objetivo profesional. De ello deriva también una segunda estrategia, muy utilizada por los médicos y con muy

buenos resultados, que consiste en centrar todas las argumentaciones basándolas en este objetivo profesional, situando el resto de aportaciones y argumentaciones (la de los asesores jurídicos, económicos, etc.) en la posición de ayudar a nuestra tarea: cuidar.

- Otra estrategia consiste en buscar el consenso en el discurso profesional. Este consenso deberá producirse entre una parte importante de los agentes que componen el tejido profesional (sociedades, asociaciones científicas, enfermeras en instituciones interdisciplinarias, etc.) pero muy especialmente entre teoría y práctica, gestión y asistencia, los distintos niveles de atención y de especialización.

Lo menciono especialmente porque, en la medida en que avancemos en el convencimiento de que el hecho de “cuidar” exige la integración de la teoría y la práctica (porque la teorización aislada sirve de poco, pero la práctica, sin una adecuada conceptualización, comporta acciones sin fundamento cuando no peligrosas), avanzaremos también en la contribución a una sólida y rica base conceptual.

- Dotémonos de organizaciones que apoyen la actuación de las enfermeras, proporcionando al mismo tiempo una estructura organizativa potente pero sobre todo coherente en términos de desarrollo profesional. Y profesionalizada. Organizaciones donde trabajen enfermeras que puedan garantizar esta coherencia en cada una de las acciones y actuando entre las distintas corporaciones enfermeras como si de un lobby se tratara. Organizaciones que, con objetivos claros y con el consenso más amplio posible, sumen esfuerzos y actúen en una misma dirección.

En lo que se refiere al *ámbito asistencial*, de las *empresas sanitarias* y/o las *administraciones de salud o sociales*:

- Aspiremos a un ejercicio profesional excelente, coherente. No sólo referido al cumplimiento de normas y protocolos (normalmente diseñados por otros), sino a la “coherencia” con nuestro objetivo profesional. En mi próxima intervención en este encuentro, intentaré concretar este aspecto mucho más.
- Les prometía al inicio de mi intervención una propuesta en relación con nuestra posición ante las empresas que nos contratan. Pues bien, la voluntad

de llevar a la práctica una excelente gestión enfermera debe sustentarse en un proyecto profesional, al servicio de un proyecto institucional. Es decir, un proyecto que integre los valores de la organización y los de la propia profesión para hacer posible lo que una enfermera catalana, Montserrat Teixidor<sup>10</sup>, define perfectamente como “pacto entre proyectos”. Es decir, intentar que coincidan al máximo los objetivos de la institución donde trabajamos con los objetivos de la profesión.

Si esta situación no se da –propone la citada autora–, deberá identificarse, reconocerse e incidir en la institución de modo que el proyecto profesional propuesto tenga una traducción progresiva en el proyecto institucional. Interesante propuesta de esta enfermera que también intentaré desarrollar en mi próxima intervención.

### **El terreno de la influencia / reconocimiento social**

Ya he comentado que creo que es urgente dejar de responsabilizar a “la sociedad”, así en general, y que es necesario empezar a identificar y a denunciar las diferentes causas de este “poco reconocimiento social”.

Quisiera aportar, en este sentido, tres propuestas en las que, en otra ocasión, podríamos profundizar: contra la dilución, identidad; contra la desvalorización, prestigio, y contra la invisibilidad, reconocimiento (empezando por el de los pares). Entretanto les propongo tres retos: sensibilidad para la orientación cuidadora, orgullo de ser enfermera y compromiso profesional.

Es precisamente desde esta perspectiva cuidadora que Alberdi define a la enfermera<sup>11</sup> como “aque/ aquella profesional que haya elegido como objetivo de su trabajo la prestación de cuidados, que se sienta identificado y reconocido en la realización de ese ejercicio y que, por tanto, haya recuperado el orgullo de cuidar”.

Si bien es posible llegar a aprender cosas en las que no se cree, de ningún modo se puede convencer a alguien de aquello de lo que no se está convencido. En consecuencia, para cualquier intento de conquistar la más mínima cuota de reconocimiento y de poder profesional, es imprescindible la identificación con el objetivo profesional que no sólo

justificará cada acto de nuestra vida profesional, sino que nos proporcionará el orgullo imprescindible del cumplimiento de nuestra responsabilidad fundamental.

Cada uno de nosotros debería intentar practicar. En cada acción, en cada gesto, en cada decisión, porque las circunstancias actuales, aquello que debemos mejorar, nos dicen que el camino es difícil pero que contamos con posibilidades. No cabe más que renovar nuestro compromiso profesional. Primero, porque aquí está la fuerza. Segundo, porque con otras palabras, seguro que en otros contextos, como lo hacemos con la libertad, con la democracia y con tantos y tantos otros valores, la profesión hay que construirla y defenderla cada día. 

### **Bibliografía**

1. Cuxart Ainaud N. Instrumentos para “cuidar”. Estrategias de implantación. *Nursing*. 2003;21(7): 55-61.
2. Pardell Alentà, Hèlios. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? Disponible en: <http://www.smu.org.uy/gremiales/documentos/solis3/pardell.pdf>.
3. Alberdi Castell RM. Las enfermeras para el tercer milenio. *Rev ROL de Enfermería*. 1993;16(178): 43-50.
4. Alberdi Castell RM. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rev ROL de Enfermería*. 1998;21(239-240):27-31.
5. Cuxart Ainaud N. La presència infermera en el segle XXI. Disponible en: <http://www.coib.org> y en <http://www.ascin.com>.
6. Wolinsky FD. The professional dominance perspective revisited. *The Milbank Quarterly*. 1988;66 Supl. 2:33-47. Citado en Pardell, Hèlios. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? Disponible en: <http://www.smu.org.uy/gremiales/documentos/solis3/pardell.pdf>.
7. Alberdi Castell, RM. La formación superior como instrumento para el desarrollo de la enfermería. *Revista ROL de Enfermería*. 2000;23(2):99-103.
8. Alberdi Castell, RM. Y mañana, ¿qué?: un análisis sobre las innovaciones del sistema sanitario, así como del presente y futuro del trabajo enfermero. *Metas de Enfermería*. 1998;1:40-8.
9. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
10. Teixidor Freixa, M. Los espacios de profesionalización de la enfermería. *Enfermería Clínica (Barc)*. 1997;7(3):126-36.
11. Alberdi Castell RM. Las enfermeras para el tercer milenio. *Rev ROL de Enfermería*. 1993;178:43-50.

**Correspondencia:** Núria Cuxart Ainaud  
Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona  
**Correo electrónico:** ncuxart@coib.cat