

Instrumentos para “cuidar”: estrategias de implantación*

Núria Cuixart i Ainaud

Directora de Enfermería • Fundación privada Hospital de Mollet • Mollet del Vallés • Barcelona • España.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se pretenden fundamentalmente tres propósitos:

1. Proporcionar unos breves apuntes sobre distintos instrumentos metodológicos que las enfermeras utilizamos en nuestra práctica diaria.

2. Compartir lo que, desde mi experiencia profesional, son los rasgos fundamentales de una estrategia para implantar una metodología enfermera, hacer que progrese y garantizar su contribución tanto a las personas objeto de nuestros cuidados como al desarrollo disciplinario.

3. Estimularos –a quien no lo haya hecho todavía– a que, en la medida de vuestras posibilidades, aceptéis el compromiso de ponerlo en marcha, y que en poco tiempo dispongamos de experiencias suficientes para la discusión de los resultados de los estudios comparativos que nos permitan afirmar las bondades de un sistema u otro, o sus distintas aportaciones.

De entrada, unas cuantas definiciones

Para cumplir el primero de mis propósitos creo conveniente dedicar la primera parte de este artículo a aclarar una serie de conceptos o definiciones que tienen que ver con los diferentes instrumentos que las enfermeras utilizamos en nuestra práctica asistencial. Por tanto, intentaré proporcionar de la forma

más clara, ordenada y sistemática posible los conceptos más básicos en relación con estos instrumentos –que probablemente ya conoceréis tanto o mejor que yo–, con el objetivo de que durante las jornadas partamos de las mismas definiciones.

Una de las características que definen una profesión es la utilización de un método para resolver los problemas que son de su competencia. En otras disciplinas esto se llama, sencillamente, metodología científica o método de resolución de problemas. En enfermería esto es “el proceso enfermero”, “el proceso de curas” o “el proceso de enfermería”.

Rosalinda Alfaro definió este proceso en 1988 como “un método sistemático y organizado de proporcionar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque con que cada persona –o grupo de personas– responde de manera diferente frente a una alteración real o potencial de la salud”. O mejor, como resume la propia autora: “es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el objetivo de asegurar que una persona que precisa atención reciba los mejores cuidados enfermeros posibles”.

Como todo proceso, desde un punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e

interrelacionadas de tal manera que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. La aplicación sistemática de este proceso tiene, para la profesión de enfermería, la misma trascendencia que ha tenido para el desarrollo disciplinario y el reconocimiento de otras profesiones, es decir, ahora disponemos de un instrumento desarrollado desde nuestra área de competencia y que, además, nos sirve para poder comunicarnos con la comunidad científica respecto a nuestras perspectivas, experiencias y aportación a la salud y la calidad de vida de las personas.

El **plan de cuidados** es la expresión escrita de este proceso, donde “se definen los cuidados enfermeros que hay que proporcionar, las actividades que la enfermera tiene que llevar a cabo y los resultados que hay que obtener”. Siempre está relacionado con los diagnósticos enfermeros (C. Dubois, 1997), pero hay que tener en cuenta que el plan de cuidados, como su nombre indica, sirve para organizar los cuidados de la persona objeto de nuestra atención y no las actividades de la enfermera.

Identificados los problemas que se nos presentan con más frecuencia en nuestra práctica diaria o en un grupo de usuarios determinados, podemos llegar a determinar los diagnósticos enfermeros más frecuentes y estandarizar el protocolo que se debe seguir. El diagnóstico enfermero, como todos sabéis, no es más que el juicio clínico de los problemas que

*Ponencia presentada en las Jornadas Técnicas de la Associació Catalana d’Infermeria, Barcelona, noviembre de 1999 y revisada para su publicación como artículo en *NURSING* en abril de 2003.

Recuerdo a una gran enfermera

Hace ya mucho tiempo que me apunté al equipo de los que piensan que hay que hacer "genealogía enfermera", o sea, no olvidar y responsabilizarnos de recordar a los que han contribuido de una forma u otra al desarrollo de la profesión; permitidme que recuerde un nombre, un nombre propio y una imagen.

Esta imagen y este nombre: Margarida Mogas Oliva (30 de marzo de 1955–9 de mayo de 1999), enfermera que destacó por su optimismo y positivismo. Tenía una gran capacidad de "cuidar" a la gente, especialmente a las personas de su entorno más inmediato; "cuidar" y dejarse "cuidar" con la capacidad suficiente para hacerlo y para hacerla creer en los que la rodeaban; excelente comunicadora. Sabía decir las cosas más difíciles de forma extraordinariamente positiva. Una enfermera, en fin, cuyo objetivo en la vida eran las personas.

No sé quién dijo una vez que "hay vacíos que sólo llenan los recuerdos y recuerdos que llenan toda una vida. Porque la vida está hecha de breves fragmentos de memoria, medio olvidados, fragmentarios, fugaces como un rayo. El presente es tan solo un instante de incertidumbre entre el pasado y el futuro. Somos aquello que hemos querido. Aquello que quisimos y que se nos escurrió entre los dedos... Como un puñado de arena".

Esta ha querido ser mi pequeña contribución en forma de homenaje, cariño y reconocimiento personal y profesional a la que fue una gran enfermera.

presenta la persona y que la enfermera debe identificar, validar y tratar. Es decir, los problemas que pertenecen a su ámbito competencial.

A estos "protocolos", en definitiva, para un diagnóstico determinado cierta bibliografía científica los ha denominado "plan de cuidados estandarizado", y éste se define como un "plan preformulado que se utiliza como guía para acelerar el desarrollo y el registro de un plan de cuidados (R. Alfaro).

Al margen de la discusión que hay en el seno de la profesión sobre si la denominación de "plan de cuidados estandarizado" es o no la más adecuada, hay que insistir en que éste actúa como un punto de reflexión y que, cuando se identifica un diagnóstico habitual protocolizado (o estandarizado), la enfermera deberá "ajustar los objetivos a las capacidades específicas del usuario, asegurarse de que las intervenciones son las adecuadas y seleccionar, entre otras actividades planificadas, las que mejor se ajusten a su situación, suprimiendo las inapropiadas y añadiendo las que falten (C. Fernández Ferrín y M.T. Luis Rodrigo).

En definitiva, es necesario que este plan se someta al juicio del profesional enfermero antes de considerarlo adecuado en una situación determinada. Sólo utilizado así sirven de apoyo y de ayuda, y no se corre el riesgo de que se convierta en una "receta preconcebida" que se aplica sin más.

Otro instrumento, en este caso interdisciplinario, que ya se ha empezado a utilizar son las trayectorias clínicas. Lejos de poder compararse con un "diagnóstico enfermero estandarizado" o un "plan de cuidados estandarizado", podrían definirse como un gráfico que relaciona las actividades previsibles con su duración. Según (...) "reflejan un plan de actuación enfermera previsible para una situación normal y ayudan a organizar y ordenar la atención para optimizarla en términos de efectividad y eficiencia".

Como su nombre indica, definen un recorrido en función un diagnóstico médico en el que aparecen una serie de actividades que aportan diferentes profesionales implicados en la

atención a un grupo de pacientes. En algunos casos encontramos diagnósticos enfermeros relacionados.

En mi opinión, se diferencian de los planes de cuidados

fundamentalmente en dos aspectos:

- El plan de cuidados tiene como objetivo organizar los cuidados que se proporcionan a un individuo, y la trayectoria clínica tiene como objetivo garantizar el trabajo de los profesionales.

- El plan de cuidados está íntimamente relacionado con una respuesta humana, y la trayectoria clínica con un grupo patológico concreto (infarto, trasplante renal, prótesis de cadera, etc.).

Otro instrumento que ha surgido es el *care map* (o "mapa de cuidados"), que es una segunda generación de trayectoria clínica que incluye una lista de problemas relacionados con el diagnóstico, así como con los resultados intermedios y del alta para cada uno de los problemas.

Desde la gestión de casos, el panorama todavía es más diferente.

La Orden de Enfermeras y Enfermeros de Québec (Canadá) define la Gestión de casos como "método de planificación, coordinación, implantación y evaluación de la eficacia y la eficiencia de los cuidados dispensados". Es un método, pues, que integra los principios de la gestión al proceso clínico con el objetivo de proporcionar cuidados de calidad en el momento oportuno.

Según la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA), la gestión de casos comprende diferentes elementos, como la valoración del estado de salud, la planificación de los cuidados, la obtención, la prestación y la coordinación de los servicios, y la continuidad necesaria para que se garantice la satisfacción de las necesidades.

Los instrumentos utilizados en la gestión de casos son las vías críticas, equiparables a las trayectorias clínicas descritas anteriormente, ya que "enumeran los principales procedimientos médicos y enfermeros, así como el período correspondiente que el usuario tiene que seguir para asimilar los resultados estándar de su

grupo diagnóstico”; los protocolos clínicos de cuidados, más enfocados a la hospitalización pero de estructura muy similar; los mapas de cuidados, ya descritos, y otros como las listas de verificación, las plantillas de tiempo o las hojas de ruta (Zander, 1988).

Hasta aquí los instrumentos. Mi intención no es profundizar en las diferentes etapas ni en su desarrollo. Por otra parte, sería muy interesante poder contrastarlos en términos, precisamente, de eficacia y de resultados; en todo caso, este no es el objetivo de esta comunicación.

Pero sí me gustaría resaltar que creo que comprender el proceso de cuidados o el proceso enfermero –tome la forma que tome y se represente del modo que se represente, esté o no dentro de los instrumentos interdisciplinarios– es comprender y también admitir que es una herramienta, un instrumento esencial para el desarrollo profesional de la enfermería, y que, como instrumento que es, así debemos utilizarlo, a sabiendas de que hay un objetivo final que trasciende cualquier método y lo justifica. Y sobre esta cuestión haré una referencia para finalizar este apartado.

Un instrumento es aquello de lo que alguien se sirve para hacer algo, para alcanzar un objetivo, para obtener un resultado. Otra cosa es qué queremos conseguir con este instrumento, cuál es la imagen mental que, con la ayuda de un instrumento u otro, queremos para la realidad.

De este modo, todos estos son instrumentos metodológicos que nos orientan sobre los pasos que se deben seguir para alcanzar algo pero, en ningún caso, puede indicarnos cuál es el fin ni cómo llegar a él. Así pues, es imprescindible una construcción teórica que explicita la imagen mental o ideal de la naturaleza de la enfermería. Es decir, un modelo conceptual enfermero.

Hay un ejemplo muy famoso y muy representativo que compara este hecho con un escultor con un cesto y un martillo en la mano ante un bloque de mármol. El escultor es el mismo, los instrumentos son los mismos, el mármol también pero el

resultado puede ser una obra de arte o un “agujero en la tierra”.

Muy a menudo a las enfermeras nos parece haber reflexionado lo suficiente sobre quién somos, la idea que tenemos del significado del “ser enfermera”, de nuestra razón de ser, qué aportamos a la sociedad, qué es lo que la sociedad nos exige y de qué manera todo eso se refleja en nuestra práctica. Como consecuencia de la falta de claridad sobre el concepto de enfermería existe la dificultad de explicar, de forma comprensible y documentada, nuestra aportación específica.

La coexistencia de más de un modelo crea, a menudo, sensación de inseguridad y confusión entre las propias enfermeras. Unas opinan que sería mucho mejor partir de un único modelo universal que proporcionara un marco de referencia común y que facilitara la comunicación y la investigación.

La adopción de un modelo conceptual y, vuelvo a insistir, siempre desde mi experiencia, nos ofrece la posibilidad de precisar nuestra identidad profesional, de dar “el mismo nombre a las cosas”, es decir, permite a la enfermera o enfermero utilizar el mismo vocabulario y explicar el servicio que ofrece porque sabe exactamente cuál es. Permite identificar perfectamente el objetivo limitado de nuestro servicio (limitado porque delimita nuestras acciones) y nos indica cómo lograrlo.

La propuesta de los modelos conceptuales nos proporciona la claridad necesaria sobre el ideal que se desea conseguir, nos ofrece una orientación específica no sólo para las enfermeras sino también para la sociedad en general, identificando el propósito y el ámbito de la enfermería, y proporcionando un marco para establecer los criterios de resultados sobre los cuidados enfermeros.

Sirve para que la profesión de enfermería llegue a desarrollar todas sus posibilidades y consiga la característica fundamental de toda profesión: que sus miembros se identifiquen básicamente con una

ideología común en relación con el servicio que prestan.

La coexistencia de más de un modelo crea, a menudo, sensación de inseguridad y confusión entre las propias enfermeras. Unas opinan que sería mucho mejor partir de un único modelo universal que proporcionara un marco de referencia común y que facilitara la comunicación y la investigación. Otras consideran que la investigación en nuestra disciplina todavía es demasiado reciente y que sus escasos 50 años de vida no son suficientes para que se haya podido consolidar.

Personalmente, coincidido con Carmen Fernández Ferrín cuando dice que “no estamos en condiciones de perdernos en debates estériles. Creo mucho más positivo dirigir todo nuestro esfuerzo y toda la energía posible en adoptar en nuestra práctica, nuestra docencia y nuestra investigación los enfoques teóricos que nos han proporcionado las enfermeras que lo han trabajado y, desde nuestra disciplina, contrastar, evaluar en la realidad, la congruencia y el significado social del modelo enfermero que decidamos adoptar”.

ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN

Hasta aquí una rápida revisión de los diferentes instrumentos que “deberían servir para una misma cosa” y, por tanto, hasta aquí también el primero de los objetivos de este artículo.

El segundo de los objetivos estaba formulado en términos de compartir, desde mi experiencia profesional y también la de un centenar de enfermeras del Hospital de Mollet del Vallés, cuáles son los rasgos fundamentales de una estrategia para implantar instrumentos de estas características en la práctica enfermera.

MARCO GENERAL

Para cumplirlo me gustaría hacer un rapidísimo repaso al marco general que, entiendo, nos ha envuelto en los últimos años y que hace que las enfermeras y los enfermeros nos movamos en un entorno realmente extraño, confuso.

El concepto actual de salud y el modelo de atención para la salud no ha conseguido asimilar todavía el grado deseado de desarrollo en la práctica cotidiana. La realidad es que no acaban de concretarse objetivos que puedan asumirse desde las diferentes dimensiones del propio hecho de “cuidar”.

tipos de tareas de acuerdo con los objetivos de la institución, y eso debemos tenerlo siempre en cuenta.

Si bien es cierto que a menudo existe dificultad en la definición de la intervención enfermera, que viene dada principalmente porque el “cuidar” suele tener un valor indeterminado e intangible, también lo es el hecho de que no se asume totalmente el rol autónomo. Es necesario que lo analicemos, que determinemos dónde están las causas y que diseñemos coherentemente las estrategias. Todos estos procesos –y el proceso enfermero no lo es menos– suponen un reto difícil y un

responder. Y de esto las enfermeras saben mucho. Histórica y actualmente, hemos dado sobradas muestras de la capacidad de adaptación a las nuevas demandas sociales y organizativas. Estas nuevas fórmulas organizativas exigen un cambio cultural fundamental que obliga principalmente a interrelacionarnos todos y, por tanto, también obliga a que el trato que recibamos los diferentes profesionales sea directamente proporcional a la aportación que cada uno haga, individual o colectivamente.

Dependiendo de los momentos y de las distintas actividades, el liderazgo debería ser de unos u otros. Cuando el objetivo es común y cada profesional tiene conocimiento y conciencia clara de su aportación específica, no debería haber ninguna dificultad.

Otra cosa es que detrás de las palabras encontremos otra cuestión, como las presiones que ejercen determinados sectores que no se cansan de discutir la conveniencia de mantener a las enfermeras en los puestos de gestión más altos, por ejemplo.

En el ámbito social, sucede también una situación difusa. La profesión enfermera ocupa un lugar en el conjunto de los servicios de salud que debería situarse en una posición de clara influencia, pero diversos factores hacen que las enfermeras seamos poco efectivas en este sentido. Tengamos en cuenta que la persona que accede al sistema sanitario no ve el colectivo sino que recibe una respuesta profesional. Y es esta, exactamente esta, la que valora de forma directa, única y personal. Y no podemos olvidar también que la proyección social de las enfermeras es difícil de plantear sin tener en cuenta la institución y uno de sus componentes con más incidencia: los órganos de participación ciudadana.

Visto el panorama, hay que tener mucho cuidado para que, como decimos en catalán, *el llegir no ens faci perdre l'escriure* (“el leer no nos haga olvidar saber escribir”).

Hemos visto en este repaso general un análisis desde tres perspectivas: desde el ámbito profesional, desde el ámbito de la empresa sanitaria y

El concepto actual de salud y el modelo de atención para la salud no ha conseguido asimilar todavía el grado deseado de desarrollo en la práctica cotidiana.

En el ámbito de la profesión enfermera, se da un fenómeno parecido, y es más frecuente encontrar fórmulas y procedimientos de trabajo propios de un modelo biológico, en el que las enfermeras desarrollan el papel profesional a través de actividades destinadas a dar soporte al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad, y de cuidados dirigidos a la enfermedad; en consecuencia la individualización es escasa.

Ya se ha hecho referencia al hecho de que las enfermeras hablamos muy a menudo de la necesidad de profundizar en la reflexión del significado de “ser enfermera”. Filosóficamente, casi todos asumiríamos una definición genérica de acuerdo con determinados planteamientos teóricos, pero en el terreno de la práctica todavía estamos lejos de conseguir un consenso real sobre el significado y las consecuencias del “cuidar”. Parece que hemos dejado este concepto al terreno de “lo conceptual”. Eso sí, con la aparente convicción de que la nuestra es un aportación que definimos como única, indispensable e insustituible. Pero debemos tener en cuenta que los servicios de enfermería son un complicado mecanismo en el que confluyen diferentes actividades enfermeras que desarrollan distintos

recorrido lento y complejo, a pesar de la voluntad, la perseverancia y la determinación de muchas enfermeras interesadas, motivadas y capacitadas para llevarlo a cabo. En este sentido, es necesario no desfallecer e incrementar, poco a poco pero sin pausa, el número de militantes de esta “causa”. Es decir, el número de enfermeras y enfermeros que afrontan sin miedo y con decisión el reto que supone trabajar desde una concepción enfermera.

En el ámbito de las empresas sanitarias, efectivamente, los cambios organizativos obedecen a intentos continuos de respuesta a una realidad que es la que es. El modelo asistencial orientado al cliente precisa una reflexión profunda dentro de cada marco organizativo. No es una tarea fácil ni sencilla y significa una modificación importante del modelo organizativo clásico, que sabemos concebido y basado en especialidades médicas.

El sentido común más elemental nos permite afirmar que los sistemas de gestión tienen que adaptarse a la realidad. Es necesaria una reflexión, un análisis y una adaptación coherente de las estructuras organizativas y de las que forman parte los enfermeros, para cumplir los criterios de gestión que nuestras empresas, destinadas a cubrir servicios, deberán también

desde el ámbito social. Bien, es una forma de hacerlo como otra cualquiera. He creído conveniente plantearlo así porque es la que he utilizado y la que he trabajado y, sobre todo, la que me ha permitido llevarla a la práctica. Permittedme, pues, que siga utilizándola para explicar cuál es, a mi modo de ver, el planteamiento estratégico más adecuado.

A PROPÓSITO DE LA ESTRATEGIA

En el ámbito profesional. La voluntad de llevar a la práctica una concepción de cuidados de enfermería tiene que sustentarse en un proyecto profesional al servicio del proyecto institucional, es decir, un proyecto que permita la integración de los valores de la organización y los de la propia profesión y conseguir, así, en palabras de Montserrat Teixidor, un “pacto entre proyectos”. Si esta situación no se da, más vale pararse, identificar las causas, reconocerlas y plantear una estrategia de incidencia en la institución de manera que el proyecto profesional propuesto tenga una traducción progresiva en el institucional. Será necesario que integre:

- Una concepción clara de cuidados de enfermería que guíe a las enfermeras en su práctica, defina su función e identifique sus valores, y formule el objetivo propuesto.
- Los valores de la organización y la propia profesión.
- La determinación de las políticas de los servicios enfermeros y que tenga un carácter global. O sea, parafraseando a Rosa María Alberdi, que promueva la adhesión de los profesionales y que permita evaluar la coherencia de las actuaciones concretas en función de horizontes de desarrollo profesional.

En el ámbito de la empresa sanitaria, en el que hay que desarrollar este proyecto profesional, hay que asumir primero que las innovaciones en las empresas de servicios no son viables sin el compromiso de los profesionales con los objetivos que quieren. En segundo lugar, ya me he referido anteriormente a la dificultad de encontrar nuevos elementos –poco habituales en las organizaciones

hospitalarias– que garanticen el desarrollo con correspondencia a un modelo, de verdad, orientado al cliente.

Todo esto exige un concepto totalmente nuevo de gestión basado en una cultura participativa y en un perfil de los directivos plenamente facilitador. En realidad, son los profesionales los que saben y conocen cómo organizar más eficazmente una actividad concreta y necesitan la confianza de los gestores y de la institución para desarrollarlo. A los directivos nos corresponde, en todo caso, facilitar y asegurarnos de que exista un verdadero compromiso, que también hay que asegurar por ambas partes. La cultura de la responsabilidad requiere de la plena asunción de los distintos componentes de la organización y no necesita traspasos de responsabilidades entre unos y otros. Ya no vale aquello de “esto no va conmigo”, sino que es el momento de que la premisa cambie a “qué puedo hacer yo dentro de mi área de responsabilidad y nadie me impide que haga”. A los directivos nos corresponde garantizarlo; a los profesionales, ampliar su campo de compromiso y de responsabilidad profesional.

Requiere, sobre todo, el trabajo autónomo de quienes –con conciencia y compromiso de desarrollo profesional conjunto– creen posible compaginar distintos intereses como son los de las instituciones y de los profesionales. Intereses que, por otra parte, con frecuencia y aparentemente parecen enfrentados.

En el ámbito social, que también es un terreno dicotómico y confuso para las enfermeras, hay que recorrer el camino por ambos márgenes, pero con el mismo objetivo: resolver problemas y evidenciar la contribución enfermera a la salud y bienestar de la comunidad. Como he comentado anteriormente, la persona que acude al sistema sanitario recibe una respuesta determinada. Y ésta es la que valora de manera directa, única y personal. La primera vía de esta gran ruta es, sin duda, la persona susceptible de nuestros cuidados. La segunda será la

representación social de la propia institución o, dicho de otra forma, aquellos órganos de la institución en los que tienen presencia los ciudadanos del área de influencia del centro.

DE CABEZA AL CAMBIO

Hasta ahora he intentado transmitir cuál era el entorno y cuál era el reto. Otra cuestión es la estrategia. Ésta es una parte muy importante de esta “aventura” porque, de hecho, otras experiencias nos indican que, a menudo, un análisis ligero de la situación y, sobre todo, poner poco cuidado en la estrategia ha hecho que esfuerzos muy valiosos se pierdan o que su eficacia se vea afectada porque no se ha incidido lo suficiente en los problemas.

Los proyectos de estas características precisan, obviamente, “ser comprendidos” para poder “ser integrados” por las enfermeras. El éxito depende, en gran parte, del grado en que estos profesionales determinan el proceso de cambio por sí mismos. Por tanto, se precisa una labor previa, lenta y aparentemente poco productiva, pero a mi modo de ver decisiva que prepare a las personas y a la organización. Requiere, pues, políticas, estrategias y actividades directa o indirectamente relacionadas con el proceso de cambio que permitan lo que se ha denominado “poner los servicios de enfermería a cero”. Éstas son aquellas acciones facilitadoras de cualquier tipo (organizativas, funcionales y conceptuales) que garantizan el éxito del cambio en la asimilación del reto que supone la adopción de una nueva concepción de los cuidados.

Por razones de extensión sólo haré un rápido repaso a algunas de ellas, pero sí vale la pena resaltar que todas están vinculadas y relacionadas, que pertenecen a uno de los ámbitos descritos y que de cada una de ellas derivan diversas acciones:

1. Prepararse para los inconvenientes de la adopción de un modelo conceptual.
2. Considerar la concordancia del modelo.
3. Fomentar la cultura de la responsabilidad y el compromiso.

4. Avanzar en el proceso de profesionalización de las enfermeras.

5. Concretar la aportación específica en la institución.

6. Pactar entre las enfermeras la estrategia.

7. Reorientar la formación en estricta coherencia.

8. Afrontar situaciones derivadas del propio colectivo.

9. Integrar distintos ámbitos asistenciales.

10. Garantizar los aspectos legales.

11. Estandarizar los resultados.

12. Adecuar la estructura organizativa con un sistema de prestación de cuidados coherente.

Éstas serían las cuestiones previas que se deben considerar y resolver si se detecta cualquier problema.

Otra cuestión fundamental es la elección de una estrategia colectiva, es decir, una estrategia que además de promover la adhesión de los

Otros elementos que hay que tener en cuenta –si de verdad estamos convencidos de que no basta con desear que las cosas sean de una manera determinada, sino que hay que crear las condiciones para que sean posibles– es que los procesos de estas características requieren:

- Un análisis interno y externo de los centros y de sus servicios enfermeros hasta llegar a una formulación estratégica y, de aquí, determinar las políticas, las estrategias y las acciones que sea necesario llevar a cabo, con el objetivo mencionado anteriormente: “poner los servicios de enfermería a cero”, en disposición de iniciar esta “aventura”.

- Definir los objetivos de los servicios enfermeros respecto a lo que deberá ser el nuevo instrumento en coherencia a la filosofía enfermera: un trabajo de reflexión

- El diseño del programa formativo en torno a tres propósitos fundamentales:

1. Reparar carencias de la formación básica de algunas enfermeras.

2. Generar confianza entre las enfermeras de distintas unidades y niveles jerárquicos, basada en la responsabilidad y el compromiso.

3. Proporcionar un espacio de reflexión crítica sobre la propia práctica profesional.

- Proyectos de estas características requieren un responsable de proyecto y el liderazgo de expertos. En la actualidad disponemos de enfermeras expertas en modelos conceptuales enfermeros, taxonomía diagnóstica y estrategias de implantación que son referente en toda España.

- Esta aventura debe concebirse como un instrumento marco e integrador que permita la unión coherente y ajustada de los diferentes planes y proyectos implantados en cada centro. Requiere una primera fase muy intensa –aunque aparentemente poco productiva– que garantice una base sólida para el posterior desarrollo, y posteriormente un cambio planificado y de gran capacidad por parte de todos los implicados en la toma de decisiones.

¿QUÉ PODEMOS HACER LAS ENFERMERAS QUE NADIE NOS IMPIDE?

En el terreno profesional:

- Convencernos de que los modelos conceptuales se adoptan, se aplican y se implantan, son una guía para la práctica y no tienen ninguna razón de ser si no se reflejan en esta realidad.
- Vencer el miedo a las deficiencias formativas que impidan cualquier intento de aprendizaje, que permitan a las enfermeras dotarnos del lenguaje y de los argumentos necesarios que nos sitúen en una posición de seguridad para afrontar las dificultades que se derivan de ello. Hay un dicho mallorquín que dice que “el miedo, cuando te acercas, no es nada”.
- Resolver la dificultad para reconocer y, por tanto, identificar espacios de actuación propia y persistir también

Otra cuestión fundamental es la elección de una estrategia colectiva, es decir, una estrategia que además de promover la adhesión de los profesionales signifique un proceso planificado y suficientemente interactivo que permita, mediante un “toma y daca” permanente, que los diversos componentes del esquema de planificación se alimenten mutuamente.

profesionales signifique un proceso planificado y suficientemente interactivo que permita, mediante un “toma y daca” permanente, que los diversos componentes del esquema de planificación se alimenten mutuamente.

Así, con las siguientes premisas se podrá pactar la estrategia:

- Aceptar que “las cosas son como son pero no por eso no hay que renunciar a cambiarlas”.

- Moverse en las situaciones inteligentes en las que todo el mundo gane, porque se conocen perfectamente los objetivos propios y ajenos.

- Desarrollar el compromiso profesional, según Alberdi “respondiendo al margen”, sin renunciar a los valores específicos (los que se justifican y hacen imprescindible y única la profesión) ni integrarse (en el sentido de identificarse o de diluirse) en el texto principal.

profunda con los mandos intermedios y la formulación clara y precisa de los objetivos específicos, la estrategia y la financiación.

- Que la incorporación al proyecto sea preferentemente voluntaria y que tenga unas “reglas de juego” que garanticen un correcto desarrollo, así como un abordaje de la posibilidad de fracaso del proyecto. A menudo, no tenemos en cuenta una cuestión tan sencilla como que los proyectos pueden fracasar.

- Elegir el soporte docente con criterios de globalidad, realismo e interactividad. Globalidad en el sentido de vinculación a un grupo convencido y consolidado de enfermeras docentes; realismo en el diseño de un mapa teórico muy bien dibujado y unas etapas de aplicabilidad que sean posibles, e interactividad en el sentido de incluir o excluir cualquier acción que la evaluación del proceso así recomiende.

con la dificultad para transmitir “lo que se aprende”. Es necesario incidir urgentemente en técnicas de comunicación, de relación interpersonal o de trabajo de grupo.

- Ir al fondo de las cuestiones, afrontando cualquier problema que pueda obstaculizar cualquier aprendizaje. No perpetuar confusiones.
- La fuerte lucha contra el modelo biomédico, con frecuencia fundada más en la reivindicación que en conocimientos que la sustenten, debe cambiar hacia la argumentación ocasional y precisa, pero siempre desde nuestra disciplina.

En el terreno de la institución:

- Trabajar intensamente en el ámbito directivo para demostrar cuál es el beneficio real de una forma u otra de organizar los servicios de enfermería. Hay que conseguir que los servicios enfermeros estén considerados como uno de los mayores potenciales de la organización, y que los proyectos de estas características se construyan y sean reconocidos como objetivos institucionales.
- No confundirse. Saber que cuando se habla desde diferentes perspectivas es a partir de un marco conceptual distinto que condiciona la visión futura, la actuación diaria y los medios y métodos que se deben utilizar para avanzar.
- Consolidemos proyectos y sometámoslos a una evaluación crítica en términos de resultados. Es mucha la oferta de instrumentos metodológicos y no hay que olvidar que un cambio de metodología enfermera significa una nueva forma de hacer las cosas, una nueva forma de pensar, de trabajar y de poner en evidencia que la nuestra es una aportación única, indispensable e insustituible. Y eso no es ninguna broma.
- En un momento especialmente delicado, caracterizado por la exclusión de las direcciones de enfermería de los altos órganos de decisión, hay que luchar para mantenerlas en la dirección ejecutiva de las organizaciones.

En el ámbito social:

Avanzar considerablemente en el diseño y producción de nuevas fórmulas que permitan trasladar a los

ciudadanos la imagen enfermera más adecuada; la oferta concreta que estamos dispuestas a hacer. En definitiva, el producto enfermero que queremos vender.

RETOS PARA UN FUTURO QUE YA HA EMPEZADO

Lo único que sabemos del futuro es que empieza hoy mismo y que, con toda probabilidad, será diferente al pasado. Las experiencias que tenemos y aplicamos y que son válidas hoy pueden servir para mañana, siempre y cuando las pasemos por el filtro de la reflexión compartida y aseguremos así resultados de calidad deseable.

Tres son los retos que hay planteados en este momento:

1. Es urgente asumir nuevas cotas de autorresponsabilidad y autogestión. Hay que avanzar en los elementos de desarrollo profesional que favorezcan la corresponsabilidad y la autoestima profesional.
2. Es necesario no olvidar que la asistencia es la razón de ser de nuestras organizaciones, y lo que la justifica y le da sentido es la resolución de los procesos asistenciales de la persona. Si lo pensamos detenidamente, una cosa tan sencilla como esta no se cumple siempre en las organizaciones sanitarias. Aquí, las decisiones que tomemos en relación con el sistema de prestación de cuidados serán decisivas.
3. Es necesario introducir propuestas que rompan totalmente con los aspectos tradicionales de la gestión de los recursos humanos, como pueden ser las retribuciones que permitan los incentivos a partir de medidas concretas (de comportamiento o de rendimiento) y claramente vinculadas con objetivos pactados y resultados obtenidos.

El tercero de los objetivos formulado para la intervención de este trabajo hacía referencia a estimular –a quien no lo haya hecho ya– a que en la medida de las posibilidades de cada uno se acepte el compromiso de ponerlo en marcha y que en poco tiempo dispongamos de experiencias suficientes para la discusión de los resultados, de estudios comparativos

que nos permitan afirmar las excelencias de una forma de actuar o de otra, o de las distintas interpretaciones de una misma.

El cambio de pensamiento debe producirse primero; el de papeles –el del instrumento– después. Esta es, para mí y para las 102 enfermeras del Hospital de Mollet del Vallés que se han subido al tren de este proyecto, la vuelta de tuerca del éxito del proyecto: la documentación enfermera entendida siempre como tangible resultando de un proceso de reflexión y consenso profesional.

La estrategia general está clara. El cambio de pensamiento debe producirse e iniciar un camino colectivo cada día más irreversible hacia cotas más elevadas de desarrollo profesional; porque cuando se amplía el horizonte de la responsabilidad de los cuidados y desarrollamos nuestra tarea dentro del propio rol ya no se puede volver atrás sin faltar gravemente a la ética profesional.

Preparando este artículo he rehecho el final muchas veces. Finalmente he creído que una buena forma era reiterando el mensaje que la Associació Catalana d'Infermeria formulaba en el marco del 5.º Congreso de 1997: las dificultades y las limitaciones no deben impedir nuestro desarrollo como personas y como profesionales. Tenemos la fuerza de las ideas, el pensamiento, los foros y las revistas profesionales como ésta, y todo esto tenemos que convertirlo en correa de transmisión de una profesión que avanza porque sus profesionales dudan. Y resuelven. Y como resuelven, vuelven a dudar. No hablan de las mismas cosas: las mejoran, y como ni así se conforman vuelven a hablar de ellas. Hacen nuevas propuestas o recuperan las antiguas si no se han podido asimilar porque saben que si la estrategia no la diseñamos entre todos, personal y colectivamente, alguien lo hará por nosotros.

Llamémosle cerebro si somos racionalistas, llamémosle corazón si somos emotivos, llamémosle conciencia si somos prudentes. Le demos el nombre que le demos, hagamos de este compromiso, sin desfallecer, nuestra responsabilidad. 