



Nursing Now y el compromiso de las enfermeras

Nursing Now and the commitment of nurses

Dr. Ángel Luis Asenjo Esteve

Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid, España.

Contacto: angel.asenjo@uah.es

Fecha de recepción: 15 de julio de 2020 / Fecha de aceptación: 17 de julio de 2020

Rebasada ya la mitad del Año de la Enfermería y la Matronería establecido por la OMS, podemos ya considerar a 2020 como *annus horribilis* para la enfermería. La pandemia por el COVID-19, que, si bien no es el objeto del presente artículo, ha colocado a las enfermeras en un destacado puesto social y ha hipotecado toda la celebración.

Sin embargo, y a la vista de la evolución de los diferentes grupos Nursing Now que se han establecido en España, podemos realizar algunas consideraciones en relación con lo que considero desvirtualización de los planteamientos iniciales. Ocurre siempre que, a medida que las actuaciones se institucionalizan, se produce una pérdida del impulso, la frescura y el cuestionamiento iniciales, siendo reducidos y limados por los intereses de un sistema que intenta perpetuarse y por la inercia de su funcionamiento. El desarrollo de la campaña Nursing Now, al menos en España, donde se reduce este apresurado análisis, a mi juicio, no ha escapado a esta realidad.

El contexto de Nursing Now

Convendría recordar que la campaña Nursing Now, que, como sabemos, es un programa del Fondo Burdett llevado a cabo por el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud, debe enmarcarse en un escenario estratégico mucho mayor, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la agenda para el año 2030, que fue aprobada por la ONU en la Cumbre para el Desarrollo Sostenible celebrada en septiembre de 2015.

La agenda 2030 no es fruto de una improvisación bienintencionada. Ya Butros-Ghali, Secretario General de Naciones Unidas, había impulsado en el año 2000 la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), al constatar la realidad de miles de millones de personas en el mundo sin acceso al agua potable o que pasaban hambre; los cientos de millones

de niños, y sobre todo de niñas, que no recibían ningún tipo de escolarización; la enorme mortalidad infantil por enfermedades tratables o de las mujeres durante el parto, así como las consecuencias de la pandemia del SIDA.

Pese a los buenos resultados obtenidos, especialmente en el terreno del hambre y en el combate de enfermedades como la malaria, las personas más vulnerables seguían sufriendo desamparo. En el mundo de 2015 se seguía hablando de desigualdad, degradación ambiental, guerras, indigencia, miseria, hambre, falta de acceso a servicio y recursos básicos, etc.

Esta agenda incluye 17 objetivos encaminados a transformar un mundo caracterizado por la desigualdad, la inequidad y la injusticia, y en el que la pobreza y las consecuencias del cambio climático se aventuran como las principales amenazas para el desarrollo armónico, y sostenible, de la humanidad. Son una oportunidad para mejorar la vida de todos, sin dejar a nadie atrás.

Es el actual sistema productivo, de distribución de la riqueza y de atención a la salud de los pueblos el que ha conducido a una situación tal. Y no se puede progresar en alcanzar los objetivos marcados sin realizar una transformación profunda de las estructuras económicas, políticas y sociales en las que las personas viven y trabajan, que se configuran como los factores sociales determinantes de la salud. En el terreno de la salud, lograr la cobertura universal es clave para establecer estrategias efectivas que mejoren la salud de las poblaciones.

Es en este escenario en el que se produce en 2016 el famoso informe de la Cámara de los Lores del Parlamento británico, conocido como Triple Impact, en el que resalta el papel de las enfermeras en las mejoras de la salud de las comunidades, la equidad de género y, por consiguiente, la economía mundial.

Las enfermeras son esenciales para garantizar el logro de estos objetivos, ya que responden a las necesidades de salud de las personas en todos los entornos, y, a lo largo de todo su ciclo vital, configuran una red profesional que llega a todos los rincones del planeta; ejercen 20 millones de enfermeras en el mundo, y en muchas comunidades son el único recurso sanitario del que disponen, lo que las hace constituirse en líderes de las mismas y generadoras de políticas globales de salud, y porque en las últimas décadas han mejorado significativamente tanto sus planes formativos como sus niveles de investigación. Por todo ello, merece la pena invertir en la enfermería.

De todo esto se desprende que la dedicación del año 2020 a las enfermeras y matronas no constituye tanto un reconocimiento de la labor que ya realizan como un llamamiento a ocupar mayores niveles de responsabilidad en la salud de los pueblos y en la transformación de las condiciones de vida de estos; e implícitamente solicitan a todas las instituciones, organismos y profesionales enfermeros que adquieran un compromiso ineludible con ello.

Un compromiso que debe centrarse en el papel de la enfermera en la consecución de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y no solo, como luego veremos, en el tercero de ellos: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Es obvio que los actuales sistemas sanitarios basados en un modelo biomédico de la salud no solo no disminuyen, sino que incrementan la desigualdad, proporcionando más servicios a las personas y comunidades que más servicios reciben ya, a la par que adjudican a los “pacientes” un rol totalmente pasivo. Mejorar la salud de todos hace imprescindible invertir significativamente en la promoción de conceptos de salud positiva y hábitos saludables, prevenir y tratar la mortalidad infantil y materna, combatir las epidemias y sobre todo empoderar a las poblaciones, y especialmente a las mujeres como agentes activos, en el cuidado de la salud global y desarrollar la investigación enfermera en el ámbito de la salud comunitaria.

Entre los profesionales de la salud, la enfermera es la mejor situada (recordemos los argumentos del informe británico) para desarrollar esta función de educadora y motivadora en todos los ámbitos de la vida de la comunidad, y no solo en el directamente sanitario, integrándose en equipos multidisciplinarios y en intervenciones intersectoriales. Desarrollaría así el concepto de ciudadanía global, en el que la educación debe ser

un instrumento que capacite a las personas a desenvolverse en un medio político y social afectado por la interrelación de fenómenos con orígenes diversos y con explicaciones complejas.

Así, debe ser capaz de estimular la participación de las mujeres en la vida socio-económica de sus comunidades y su acceso a la microfinanciación de sus proyectos; ayudar a movilizar recursos para desarrollar políticas contra la pobreza; educar en una alimentación sana, nutritiva y suficiente, especialmente a personas en situación de pobreza y vulnerabilidad; reivindicar inversiones en infraestructuras sostenibles y ayudar en su planificación; desarrollar programas de salud escolar; promover la igualdad de género y los estilos de vida sostenibles; fomentar la responsabilidad compartida de los cuidados en el hogar y la familia o promover la salud sexual y reproductiva.

Si continuásemos enumerando los diecisiete objetivos de desarrollo sostenibles, vislumbraríamos a la enfermera competente para abanderar la reivindicación de servicios higiénicos adecuados y equitativos; educar a las comunidades en la reducción de la contaminación de las aguas y en la mejora de su gestión; asesorar a las personas y a los responsables políticos en la utilización de energías baratas, no contaminantes y sostenibles; mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios; colaborar en la prevención de la siniestralidad laboral; asesorar en la creación de infraestructuras fiables, sostenibles y de calidad, que fomenten el bienestar humano; potenciar la inclusión social y política de todas las personas, independientemente de su diversidad; asesorar en la mejora y la reconversión de comunidades y barrios marginales; colaborar en la planificación de urbanizaciones inclusivas y sostenibles que fomenten una gestión participativa; colaborar en la reducción del desperdicio de alimentos; promover la gestión ecológica de los desechos; mejorar la educación, la sensibilización y la respuesta para mitigar el cambio climático y reducir sus efectos, o combatir el maltrato, la explotación, la trata y toda forma de violencia y tortura.

Estos son tan solo algunos de los proyectos y actividades en las que debe involucrarse la enfermera si realmente quiere asumir un rol de liderazgo en las comunidades a las que sirve. Tradicionalmente, muchos de ellos, sanitarios y sociales, han sido rechazados por las propias enfermeras como lejanos a su ámbito de competencia. Hoy sabemos que todos ellos ejercen una influencia decisiva en el nivel de salud de

las poblaciones y que nada de ello les debe ser ajeno a las enfermeras, sean o no enfermeras comunitarias.

Es eso precisamente, la capacidad para asumir compromisos con la salud de las comunidades y liderar su transformación, lo que lleva a la comunidad internacional a solicitar inversiones en la mejora de la educación, el desarrollo profesional o las condiciones de empleo para las enfermeras o a reclamar puestos de liderazgo para ellas y más oportunidades de desarrollo en todos los niveles. Son medidas para propiciar el cambio, no para sostener y salvaguardar el actual estado de cosas. Las enfermeras no son nada para los actuales sistemas sanitarios y sociales, y le va la vida como profesión, al igual que a las comunidades en las que se incluye, en su transformación. De hecho, entre los propósitos de la campaña Nursing Now figura “introducir nuevos modelos de atención que maximicen las contribuciones de las enfermeras para lograr la cobertura universal de salud”.

Desacuerdos con el desarrollo de Nursing Now en España

Algunas de estas ideas estaban presentes en la creación de grupos de base de Nursing Now a lo largo de toda la geografía nacional. Este estímulo transformador alumbraba las propuestas de grupos locales y de algunas comunidades autónomas que, no solo reivindicaban mejoras para la profesión, sino también reclamaban a los responsables institucionales nuevos campos para la práctica profesional. Era ciertamente un movimiento original, lozano y espontáneo, liderado por enfermeras socialmente comprometidas que renovaba el ambiente intelectual de la enfermería española.

Pero, sorpresivamente, esta corriente renovadora fue absolutamente ignorada cuando se formularon los objetivos de Nursing Now fruto de la negociación y el consenso entre el Consejo General de Enfermería, el Ministerio de Sanidad, las asociaciones científicas, los sindicatos, la Conferencia Nacional de Decanos y el Consejo de Estudiantes. La gran participación debe alegrarnos, pero son los objetivos de la campaña lo que, a mi juicio, deben mover a preocupación.

No hay en ellos nada nuevo, ninguna propuesta para mejorar la salud global. No hay cuestionamiento alguno del actual sistema sanitario, de sus resultados en salud y de su demostrada incapacidad para satisfacer las necesidades crecientes y cambiantes de cada vez mayores capas de la población. Es una sucesión de

reivindicaciones, en gran medida históricas (aumentar el número de enfermeras, catálogos de puestos de especialistas, recursos para la investigación, visibilización, planes contra agresiones o intrusismo), sin formulación de para qué se quiere. ¿Más enfermeras en todos los niveles asistenciales para seguir ofreciendo los mismos servicios? ¿Más puestos de trabajo para especialistas sin haber determinado las funciones de estos y haber evaluado sus resultados? ¿Mayor visibilización sin compromiso? ¿Protección contra los clientes? Si las consideramos de forma aislada, es imposible no estar de acuerdo con estas demandas, pero recordemos que la reivindicación, defensa e inversión en enfermería desde Nursing Now se asociaba a una decidida apuesta de la profesión por la transformación. Eso es lo que se echa en falta en el listado de objetivos de Nursing Now España y en el de las comunidades autónomas que le son espejo.

Ni una palabra sobre la crisis de la Atención Primaria de Salud que, a remolque de los desarrollos clínicos y organizativos hospitalarios, se aleja definitivamente de las actividades de promoción y prevención, para centrarse en la asistencia clínica individual, en el caso, paradigma del modelo biomédico dominante. No solo es que sean necesarias más enfermeras, sino que estas ya no dominan su trabajo, obligadas por normativas y protocolos que guardan escasa relación con los cuidados enfermeros.

Sabemos que la clave de la mejora de la salud no consiste en disponer de mayores y cada vez más especializados recursos sanitarios, sino en hacer participe a la comunidad de las decisiones en materia de salud, es decir empoderar a las personas, a las familias y a los grupos de esta, lo que va a exigir una labor ingente en la promoción de un concepto de salud positivo y en las labores formativas y de construcción de espacios de participación comunitaria.

Colegios, institutos, empresas, centros municipales o centros deportivos son otras tantas esferas en las que la actividad, principalmente formativa, de las enfermeras se vuelve relevante. Envejecimiento activo y saludable, ejercicios adaptados, alimentación equilibrada, salud mental positiva, mantenimiento y fortalecimiento de la memoria o prevención de la soledad no deseada serían algunas de las áreas prioritarias de intervención. Pero también son imprescindibles actividades asistenciales directas, como garantizar la asistencia a las personas que viven solas o proporcionar cuidados a las cuidadoras de personas dependientes.

A pesar de que se siguen referenciando experiencias en la literatura científica, especialmente donde funciona la gestión de casos desarrollada por enfermeras, la intervención enfermera en todas estas áreas desde la atención primaria se ha ido convirtiendo cada vez más en testimonial, abrumada por las actividades de diagnóstico y tratamiento diseñadas en gran medida para descongestionar los ineficientes centros hospitalarios. Los periódicos registran con demasiada asiduidad, y en el confinamiento por el COVID-19 se ha agudizado, noticias de personas mayores que vivían solas y cuyo cadáver ha sido encontrado por los bomberos. También con la pandemia hemos visto como grupos de vecinos se unían para atender y proporcionar ayuda a personas mayores que vivían en soledad o procurar alimentos a personas en situación de vulnerabilidad. En estas actuaciones de la sociedad civil, las enfermeras brillan por su ausencia. Tampoco se plantean y exigen alternativas a la desatención sanitaria de la población que vive en áreas cada vez más despobladas. Alternativas que precisarían modificar el modelo de atención e importantes inversiones en tecnologías sanitarias y de comunicación.

Si esto va a seguir siendo así, y no tiene visos sino de incrementarse, deberán establecerse nuevos cauces de atención ligados a las corporaciones locales, ayuntamientos y diputaciones que también tienen competencias en salud (principalmente en la promoción de esta y en la prevención de conductas de riesgo). Las enfermeras locales tendrían capacidad para coordinar los esfuerzos intersectoriales (incluida la atención primaria de salud), de desarrollar programas específicos de promoción de la salud en su localidad y de desarrollar una eficaz gestión de casos con las personas más vulnerables.

El sistema de atención a la dependencia es otra de las grandes asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario y en las que las enfermeras deberían ofrecer alternativas profesionales. Nos vanagloriamos de ser el país europeo con mayor esperanza de vida, atribuyendo el mérito principalmente al sistema sanitario, olvidando que nos encontramos a la cola europea en años vividos sin discapacidad. Esto puede significar que nuestros hospitales son grandes generadores de discapacidad y dependencia, cuya atención es transferida, posteriormente y de manera casi exclusiva, a las familias, cuya composición y funciones ha variado tanto que tiene grandes dificultades para el cuidado. Faltan hospitales de media y larga estancia, pero también somos deficitarios en atención domiciliaria. Es

imprescindible exigir que las personas abandonen los hospitales cuando puedan recibir los cuidados adecuados tras el alta hospitalaria (en otros centros, en su domicilio con el apoyo de cuidadores profesionales o de la atención primaria, etc.), lo que debe ser garantizado por las enfermeras a través del “alta enfermera”.

Especialmente deberíamos prestar atención a los modelos de cuidados de las personas mayores. Si queremos evitar al máximo la institucionalización de los mayores, es imprescindible dotar de recursos suficientes que les permitan mantenerse el mayor tiempo posible en sus domicilios. Esto implica evidentemente recursos, y no solo de enfermeras, pero se hace imprescindible establecer un sistema de conciliación de la vida laboral y familiar que permita el cuidado de los mayores sin traumas personales, económicos o laborales. De esta exigencia las enfermeras deberían ser abandonadas.

Ya conocíamos el drama de la asistencia sanitaria en la mayoría de las residencias de mayores y la pandemia por el COVID-19, y el enorme número de ancianos muertos en las mismas lo ha corroborado. Pero se sabían las deficiencias en la dotación de personal, que algunas personas eran contratadas como auxiliares y actuaban posteriormente como enfermeras o la ausencia de planes de cuidados específicos, lo que repercutía en una baja calidad de los cuidados. Hemos echado en falta pronunciamientos de las instituciones enfermeras (colegios profesionales, sindicatos y asociaciones científicas) sobre este tema y su voluntad de ofrecer y exigir alternativas. Alternativas exitosas que ya tenían en casa, como la gestión de casos en las residencias malagueñas. Algunos han estado más interesados en respaldar sucias guerras partidistas o en mostrarse alarmados porque... ¡¡abren las discotecas!!

Las enfermeras deben actuar también ante la crisis de ineficiencia de los hospitales. Crecimiento desbocado del gasto sanitario y organización que no da respuestas a las necesidades de las personas hospitalizadas y que dilapida los recursos, especialmente los enfermeros. La instauración de nuevos sistemas de organización por niveles de cuidados era uno de los objetivos que figuraba en muchos de los grupos primigenios de Nursing Now y que se ha ido diluyendo hasta su desaparición en otros niveles profesionales.

Se habla mucho del liderazgo de las enfermeras, pero nada del liderazgo en las enfermeras. Se apuesta por una socialización que impide el desarrollo profe-

sional y el crecimiento personal, dificulta la pretendida investigación en cuidados y la creación de nuevo conocimiento enfermero ligado a la evaluación de resultados y conduce a la hartura a muchas enfermeras, que no pueden vislumbrar en su profesión un futuro ilusionante. La burocratizada carrera profesional no añade alicientes al desempeño individual y colectivo. La pregunta sobre quién es el responsable de los cuidados recibiría como respuesta en la mayoría de los hospitales: “¡¡Fuenteovejuna!!”, lo que diluye la responsabilidad, pero también el protagonismo. Difícil es conseguir de la mayoría de nuestros profesionales un listado de enfermeras españolas destacadas. Se culpa a la invisibilidad social, pero la ausencia de jerarquización, de la que disponen todas las profesiones, no es menos responsable de ello.

Una década después de implantarse las nuevas especialidades vía EIR, nada sabemos sobre el beneficio aportado por estos a la salud de la población, ya que no existe ningún tipo de evaluación de resultados. Así, se presupone su bondad y se apuesta por su extensión, más por defender los derechos e intereses de los propios especialistas que han dedicado dos años a su formación por un salario muy inferior para no obtener el prometido rendimiento. Deberíamos conocer los cambios que la acción de los especialistas ha incorporado a la atención de salud para solicitar su generalización.

Cuestión no menos trascendente es que, por puro mimetismo con otras profesiones, desde el Real Decreto de Especialidades, la formación de especialistas se atribuye exclusivamente al sistema sanitario. Es, pues, el propio sistema quien forma a sus especialistas en los principios y valores del sistema; y hemos visto cómo el sistema anula la capacidad de las enfermeras, por lo que es difícil que los nuevos especialistas cuestionen el estado de cosas existentes. La Universidad, institución dedicada a la creación y transmisión del conocimiento, acusada de endogamia, quedó excluida de su participación en la formación de especialistas. Esta decisión, que empobrece el diseño formativo, sigue de nuevo los pasos de la formación de médicos especialistas y denota la oposición de los organismos colegiales con la academia, cuando deberían buscarse territorios de colaboración y entendimiento, especialmente en lo relacionado con la formación en investigación de los futuros especialistas y en la evaluación de resultados. Por otra parte, entre los objetivos de Nursing Now España sí se mencionan la creación de plazas de profesorado universitario vinculadas con la asistencia y la modificación de los criterios de acreditación del profesorado,

pieza clave para seguir manteniendo la autonomía en la formación de las futuras enfermeras.

Hasta aquí una relación de desacuerdos con los objetivos de la campaña Nursing Now España y la enumeración de algunas de las áreas de la práctica profesional que, sin duda, debería mejorarse en aras de establecer un mayor compromiso de las enfermeras con la población a la que sirven. Sin duda esta es la pieza angular de todo el edificio social, el compromiso de las enfermeras debe ser en primer lugar con la comunidad en la que desarrolla su actividad y, posteriormente y en la medida en que lo pongan en marcha, con el sistema sanitario y con sus propios profesionales. Este compromiso requiere preocuparse por escuchar e identificar sus necesidades, por diseñar servicios que las satisfagan y por evaluar sus resultados para lograr que sean cada vez más eficientes. A mi juicio, esto recogería fielmente el mensaje y el espíritu de la campaña Nursing Now.

Solo resta recordar el proverbio chino que reza: “Hay tres cosas que nunca vuelven atrás: la palabra pronunciada, la flecha lanzada y la oportunidad perdida”. Tal vez hayamos perdido otra oportunidad. Esperemos la siguiente.

Referencias

- Organización de las Naciones Unidas (2015). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. ONU, Nueva York.
- Shamian J, Ellen ME, editors. The role of nurses and nurse leaders on realizing the clinical, social, and economic return on investment of nursing care. Healthcare Management Forum; 2016: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- All-Party Parliamentary Group (APPG) on Global Health. Triple Impact - how developing nursing will improve health, promote gender. Londres, 17 de octubre de 2016.
- Nursing Now. Investing in the power of nurse leadership: what will it take? IntraHealth International, Nursing Now, Johnson & Johnson, 2020. Disponible en: <https://www.intrahealth.org/resources/investing-power-nurse-leadership-what-will-it-take>, consultado el 10 de julio 2020.
- Morales-Asencio JM, Cuevas-Fernández-Gallego M, Morilla-Herrera JC, et al. Characteristics of the provision of case management services in the community setting in Andalusia based on the RANGECOM registry. Características de la provisión del servicio de gestión de casos en el entorno comunitario en Andalucía a partir del registro RANGECOM. *Enferm Clin*. 2019;29(2):67-73. doi:10.1016/j.enfcli.2018.12.009
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multicentre study. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:193. Published 2008 Sep 23. doi:10.1186/1472-6963-8-193