

EDITORIAL

CAMBIO, PODER Y CONOCIMIENTO, LOS ALIÑOS DE LA ENFERMERÍA EN LA POSMODERNIDAD *CHANGE, EMPOWERMENT AND KNOWLEDGE, SEASONINGS FOR POSTMODERN NURSING*

Manuel Amezcua Martínez

Jefe de B. de Docencia e Investigación, Hospital Universitario San Cecilio, Granada
Presidente de la Fundación Index

A menudo se insiste en que la formación de los profesionales debe ser la principal estrategia para articular el cambio de la enfermería, y debe ser cierto, aunque tenemos serias dificultades para definir a qué cambio nos estamos refiriendo y en qué ámbitos situamos la formación. En una sociedad compleja como la nuestra, enfermería hay muchas (me refiero a posibilidades de entender la práctica profesional de las enfermeras) y estamos demasiado acostumbrados a comprobar cómo se esgrime el discurso del cambio para desacreditar de una manera casi obsesiva a los profesionales.

Hace poco escuchaba al sociólogo Juan Irigoyen afirmar que la obsesión por el cambio que caracteriza a las organizaciones sanitarias obliga a “desaprender” a los profesionales, generando una sensación de inseguridad y desatención que no hace más que aumentar la distancia entre las expectativas de unos y de otros. Con sus lamentables consecuencias para la ciudadanía, que por otra parte vive ajena al debate, ya que ni unos ni otros le reconocen la capacidad de pensar el sistema de salud en términos políticos.

Lo que está claro es que las instituciones sanitarias ya no son lo que eran. En la nueva dialéctica del cambio (sólo en la dialéctica) se ha desterrado casi por completo el concepto de administración (propio de las organizaciones inmovilistas tradicionales) y se habla más de gestión en su sentido empresarial, aunque por ahora se expresa más como deseo que como realidad. La cuestión es que

no basta con que las instituciones funcionen, también hay que hacerlas viables, y por tanto se impone un desempeño basado en los principios de la eficiencia. Es aquí donde surge una serie interminable de interrogantes que aluden a la posición de la enfermería en el nuevo orden organizacional. Podríamos empezar por éste, ¿son costo efectivas las enfermeras?, posiblemente sí, pero nos falta conocimiento para defender esta respuesta con rotundidad. Y el problema es que la respuesta tienen que aportarla las propias enfermeras, ya que las organizaciones, desde el modo de pensamiento único que les caracteriza, prefieren utilizar la duda para defender un desempeño de mínimos orientado exclusivamente al sostenimiento del modelo médico dominante.

Lejos ya de las tesis reformadoras de Alma-Ata (Salud para todos, ¿se acuerdan?), las organizaciones sanitarias del nuevo milenio se caracterizan, entre otras cosas, por la despolitización de la salud-enfermedad. De esta manera el problema de salud se despoja de sus dimensiones sociales y culturales (illness, sickness), aislando el componente biomédico (disease) para centrarse en él, con lo que se logra dotarle de una visión individual y privada. La gestión por procesos, que activa el itinerario asistencial en torno al diagnóstico médico, es un claro ejemplo del modelo emergente en las organizaciones. Incluso cuando las variables sociales pesan de manera determinante sobre el problema de salud (enfermedades infecciosas, salud mental, drogodependencias, vejez, etc) se crean estructuras colate-

rales que no hacen más que situar los sectores atípicos de la población asistible en una posición liminal del sistema de salud. Es el caso de los llamados hospitales socio-sanitarios, que se están estableciendo en algunas comunidades autónomas a partir de unidades tradicionalmente periféricas.

Pero otra característica de este modo diferente de pensar las organizaciones es la elaboración de un discurso dual ciertamente contradictorio que tiene como objeto aliviar desde un plano teórico algunas de las contradicciones del modelo tecnocrático. De esta forma se reinventa la posición del ciudadano ante el sistema de salud, proponiendo etiquetas como “El ciudadano es el centro del sistema” o “El ciudadano es el eje del sistema”. En realidad se trata de una forma refinada de nuevo despotismo (todo para el ciudadano, pero sin el ciudadano) que oculta una de las verdaderas lacras del sistema de salud, como es su escaso nivel de democratización. Si observamos el diseño de los llamados “hospitales de última generación”, comprobaremos que una de sus constantes es la prescripción de lo cotidiano, de lo básico, que se manifiesta en un control robotizado del medio ambiente (aire, luminosidad), de la ocupación del espacio (creciente tendencia al aislamiento), de los procedimientos médico-asistenciales, cada vez más dependientes de la tecnología. Vamos a encontrar muy pocas pistas que nos hagan pensar que ese establecimiento altamente tecnificado vaya a continuar siendo lo que en realidad es: una comunidad (espacio de convivencia continuada de las personas) dentro de otra comunidad mayor que es la ciudad. En un regreso conceptual al pasado de los internados, el hospital posmoderno se va pareciendo cada vez más a las instituciones totales de Goffman, sólo que revestidas de un ambiente futurista tan impresionante como inalcanzable para el ciudadano.

Entre tanto ¿qué posición adoptan o deben adoptar las enfermeras ante la dualidad del discurso de las organizaciones? “¿Cómo podemos evitar fallecer?”, me preguntaba con patetismo una joven residente de Salud Mental en un reciente evento de su especialidad. “Participando” (tomando parte) le respondí casi instintivamente. Las enfermeras tendremos que asumir tarde o temprano los principios éticos que sostienen nuestra profesión, y algunos de ellos insisten en la necesidad de “tomar partido”

por quienes ocupan la posición más vulnerable en el sistema de salud, que no son precisamente los médicos o los gestores. Además hay que desarrollar la habilidad de aprovecharse de las contradicciones del nuevo orden institucional. Pues si el ciudadano es el centro del sistema, habrá que gestionar sus legítimas demandas, aspiraciones y expectativas. Y aquí surge una nueva pregunta ¿qué esperan los ciudadanos de las enfermeras?. Posiblemente que le aclaremos qué pueden esperar de nosotros.

Salgámonos por un momento de nuestra realidad más cercana. Algo se mueve en el mundo global de la enfermería. Estamos empezando a conocer modos de pensar la enfermería universalmente válidos (modelos avanzados de práctica enfermera), estamos conociendo lenguajes estandarizados que pretenden garantizar el conocimiento compartido, estamos constatando que la adherencia a las nuevas tecnologías produce una mayor circulación del conocimiento, estamos comprobando que la utilización del conocimiento en la práctica (movimiento de la evidencia científica) fomenta el pensamiento crítico. Y esto nos lleva a otra pregunta: ¿a qué esperan las enfermeras clínicas para moverse también? Posiblemente, a que alguien las mueva, pero ¿podría hoy el viejo reglamento de la enfermería conventual aportar soluciones ante los dilemas ético-asistenciales de nuestro tiempo? Algunos síntomas estamos experimentando que nos hacen pensar en una activación del compromiso profesional y disciplinar entre las enfermeras, en su mayor parte vienen de la mano de las sociedades científicas, que en el caso español experimentaron una creciente aceptación a partir de la democratización del país y de la inclusión de la enfermería en la universidad.

Algunas sociedades han surgido en torno a proyectos muy concretos de fomento del conocimiento, como es el caso de la Asociación de Historia y Cultura de los Cuidados, con sede en la Universidad de Alicante. Por su parte la Fundación Index se configura como la única entidad enfermera española dedicada a la gestión del conocimiento, con la producción de bases de datos bibliográficas (entorno CUIDEN) y grupos de investigación muy consolidados que lideran movimientos como la Enfermería Basada en la Evidencia o la incorpo-

ración de metodologías cualitativas a la investigación en cuidados, entre otros. Estas iniciativas no son casuales, sino causales, no en balde la Fundación Index y el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante desarrollan desde hace tiempo una productiva relación que en este año se materializa en la convocatoria del primer Programa de Doctorado de Enfermería con una orientación hacia la Cultura de los Cuidados, con el que pretende generar conocimiento en torno a dimensiones de la salud de alto impacto social, pero de escasa atención por el sistema de salud.

Cambio, poder y conocimiento son conceptos que cabalgan juntos. Quien posee un conocimiento considerado cierto por las instituciones, está en una posición privilegiada para introducir cambios en la organización e influir en la toma de decisiones. Dicho de otra manera, puede más quien más conoce. Pensemos un momento en qué poseen los grupos de poder que les hace ser fuertes: un mayor y mejor acceso a la información, una distribución más generalizada del conocimiento entre sus miembros, un control de los flujos y de las redes de comunicación que afectan a la organización en su conjunto. Es precisamente el monopolio de estos elementos el marcador identitario del poder institucional. Nueva pregunta ¿cómo afecta a las enfermeras la distribución del poder? Aquí hemos de reconocer que tenemos serios problemas. Las enfermeras tienen una escasa influencia en la toma de decisiones. No se trata de algo nuevo, sea por la herencia de un pasado demasiado reciente marcado por las adherencias a otras disciplinas, sea como consecuencia de una formación que no ha primado precisamente la adquisición de competencias en la gestión, lo cierto es que un padecimiento muy particular de las enfermeras es la anorexia de poder, o lo que es lo mismo la adicción a la dependencia, lo que provoca respuestas tan contradictorias como la de reafirmar en otros la toma de decisiones propias, pasando así a considerarlas como impropias de la enfermería. Mucho tiene que ver con esta posición de absentismo de los escenarios de toma de decisiones la inhabituación de consumo de conocimiento, que perpetúa posiciones de inseguridad que inhabilitan para el ejercicio del poder. La consecuencia de todo ello es clara: la invisibilidad de las enfermeras en la organización.

Pues volvamos al principio, si la formación ha de ser el motor del cambio, ¿qué características debiera tener para que resulte efectiva? Propongamos algunas ideas.

(a) Que incremente la competencia profesional. Casi todas las propuestas que se realizan en estos años previos a la adopción de un modelo europeo de formación superior ponen énfasis en que la formación tiene que estar orientada a la adquisición de competencias por parte de los alumnos. Esto significa que la formación da un giro importante, en tanto centra su interés en formar personas preparadas para un ejercicio profesional eficaz, de calidad y eficiente en una sociedad compleja y diversa como la que nos ha tocado vivir. Las organizaciones no son ajenas a esta nueva orientación e introducen la gestión de competencias como uno de los estandartes de un proceso de modernización de las instituciones. Felizmente estamos viendo cómo algunos planes de formación de enfermeras promueven la adopción de modelos de práctica profesional avanzada, que incorporan taxonomías y lenguajes estandarizados en diagnósticos, resultados e intervenciones, igualmente fomentan la adopción de planes de cuidados aplicados a necesidades individuales de los pacientes y fomentan el manejo de los principales problemas de salud. Dentro de la metodología enfermera, se incorporan herramientas como la entrevista, la observación clínica, el diagnóstico diferencial, la preparación de sesiones clínicas, o las habilidades de comunicación, que claramente orientan hacia una enfermería competente en la toma de decisiones clínicas.

(b) Que tenga capacidad transformadora. Los defensores del movimiento de la enfermería basada en la evidencia suelen decir que si las enfermeras incorporasen a la práctica los hallazgos que al día de hoy nos proporciona la investigación, el ejercicio de la enfermería no se parecería en casi nada al que ahora desempeñamos. La aplicación en la práctica los resultados de la investigación nos lleva necesariamente a modelos de gestión de cuidados que incorporan como eje la toma de decisiones, en un contexto de administración de recursos desde unas coordenadas éticas y profesionales.

(c) Que genere conocimiento. En los procesos de cambio, la innovación se convierte en una constante y de ésta se desprende conocimiento que bien gestionado se convierte en una poderosa herramienta para orientar la toma de decisiones. Las enfermeras que se inscriban en modelos avanzados de enfermería han de tener una sólida formación en metodología de investigación aplicada a los cuidados. La clinimetría se presume como la principal orientación para la investigación sobre resultados enfermeros, que a su vez van a proporcionar evidencias sobre la efectividad de los cuidados. Pero no hay que olvidar que los cuidados de enfermería constituyen un constructo complejo al que hay que acercarse necesariamente desde perspectivas fenomenológicas, y en este sentido la enseñanza de metodologías cualitativas son esenciales para conocer la experiencia del padecimiento y otras respuestas sociales y culturales en el proceso salud-enfermedad.

(c) De naturaleza emancipatoria. La formación de las enfermeras tendría que servir para redimir las de los excesos de un sistema altamente medicalizado que no parece estar dispuesto a ceder en un ápice las cotas de poder que acumula. El que las organizaciones sean permeables al pensamiento enfermero constituye al día de hoy la única oportunidad de democratizar el sistema de salud, en el sentido de orientarlo mínimamente hacia las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Las organizaciones sanitarias no debieran ser portadoras de una forma de pensamiento único, ya lo hemos dicho, y sólo si las enfermeras se dignan a participar activamente (y las dejan) en las políticas de salud, si son capaces de generar también cultura organizacional desde su modo de hacer y de pensar la salud, si conocen y participan en el diseño y desarrollo de los instrumentos de gestión, si participan activamente en los órganos de toma de decisiones, si cuentan con la autonomía necesaria para realizar su trabajo, sólo entonces podremos asistir a un sistema de salud donde las relaciones profesionales-ciudadanos sean más igualitarias, donde un nuevo conocimiento compartido pueda fluir en beneficio de los intereses comunes.

Concluyendo, cambio, poder y conocimiento constituyen los aliños que no deberían faltar en los

planes de formación de las enfermeras si queremos estar preparados para los retos de la posmodernidad. Como diría José M. Morales se trata de pasar de una Enfermería Basada en la Obediencia a una Enfermería Basada en la Evidencia, o en la Ciencia, en la Conciencia, en la Presencia, en la Vivencia, en la Existencia... Se articulan cuatro etapas secuenciales que se relacionan entre sí con un sentido cíclico: si las enfermeras participan más activamente en el sistema de salud, liberarán las estrecheces que ponen límites a su desarrollo profesional, con lo cual aumentarán considerablemente sus competencias tanto en la clínica como en la gestión y en la docencia, que les proporcionarán una visión crítica de la organización que bien administrada producirá un conocimiento válido para la toma de decisiones basada en la eficiencia, con lo cual aumentarán su peso y participación constructiva en el sistema de salud, y así sucesivamente. En realidad acabamos de diseñar lo que podríamos denominar el ciclo del empoderamiento de la enfermería, que tiene como objeto construir una enfermería altamente profesionalizada tan útil para sí misma como para la sociedad.