

# La gestión enfermera en España

DRA. CARMEN FERRER ARNEDO: Enfermera gestora. Directora de Enfermería. Gerente de Atención Primaria y gerente de Hospital. Responsable de Equipos. Jefa de Servicio de Atención al Paciente. Coordinadora científica de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud Español. Correo e.: crmnferrer@gmail.com



**M**i madre pertenece a la primera promoción de ATS. Estaba orgullosa de haber podido estudiar en la Escuela de Enfermería adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza; pensaba lo importante que era que las enfermeras pudiesen estudiar en la universidad junto con los médicos con los que después trabajarían. Pero fue siempre ajena al ámbito de la gestión enfermera. Mi hermano pequeño es diplomado universitario en Enfermería, orgulloso de ser diplomado en esa misma universidad, y ya en algo vinculado al Departamento de Ciencias de la Salud. Feliz por ser enfermero y capaz de valorar la existencia de una dirección enfermera y de diferenciar una buena supervisora de un gestor de turnos.

Una de mis hijas es graduada en Enfermería y aspira a terminar un máster y ser doctora en algún momento, doctora en Enfermería, quiero decir. El mundo de la gestión le queda lejos, pero da mucho valor a que su opinión se escuche en el equipo y le irrita bastante que en alguna suplencia se encuentre con profesionales que pretenden se comporte como un ser invisible, sin criterio. También valora a una buena supervisora, pero, sobre todo, a las buenas enfermeras que saben gestionar su consulta y a las enfermeras clínicas que conocen su misión y la responsabilidad que asumen cuidando de otras personas. Todo este cambio ha sucedido en tres generaciones de enfermeras, es decir, en un tiempo relativamente breve.

Las enfermeras y enfermeros españoles comenzamos hace cuarenta años un camino que culminó al alcanzar un grado académico en igualdad disciplinar. Hemos podido profundizar en el conocimiento propio de la disciplina del cuidado –como dice la Dra. Hernández Conesa: «Mantener postulados epistemológicos rigurosos con la obtención de conocimiento enfermero»– y, con ello, hemos ganado el privilegio de tener un espacio propio en el mundo académico.

Cuarenta años tal vez sean pocos para ser capaces de consolidar la visibilidad de lo que las enfermeras aportamos a las organizaciones y que, sin duda, supone un avance para la sociedad.

La invisibilidad es una debilidad clara. Los cuidados profesionales tienen una base teórica independiente del conocimiento de otras disciplinas como medicina, sociología, farmacología, etc. Debemos ser capaces de convencer a la sociedad de que somos parte de todo el conocimiento, que hoy, más que nunca, está interrelacionado. Tenemos que poder persuadirla de que existe un área de conocimiento específico enfermero, la relacionada con la capacidad de las personas en la gestión de su cuidado y con los elementos que les

proporcionan un cuidado autónomo o dependiente, y de que, cuando el paciente no puede, por no tener la fuerza, el conocimiento o la voluntad –como nos enseñó Virginia Henderson–, existe un profesional capaz de sustituirlo. El conocimiento enfermero es un área disciplinar independiente del que otras disciplinas también pueden aprender. Estamos en la era de la transdisciplinariedad.

¿Y qué ha sucedido en el mundo de la gestión? ¿Qué han aportado en estos cuarenta años las enfermeras gestoras al sistema asistencial?

Se podría decir a modo de resumen que, si bien hemos avanzado, lo hemos hecho muy lentamente, por dos causas principales:

- Desde las organizaciones aún no se consideran los cuidados profesionales un servicio finalista que lideran las enfermeras
- La inaccesibilidad para los profesionales competentes, más allá de la gestión de los cuidados enfermeros y, sobre todo, en el ámbito de la macrogestión.

Es cierto que el ámbito de la gestión de los cuidados se ha consolidado en estos años. Ha habido enfermeras gestoras en el mundo de la microgestión, como los supervisores y responsables de enfermería. En la mesogestión, existe la figura de los directores de enfermería y, en la macrogestión, hay enfermeras como



gerentes de cuidados, asesores o líderes de departamentos de enfermería.

Cabe entonces preguntarse: ¿qué ha aportado esta estructura a las organizaciones?

En primer lugar, propuestas de transformación. Han velado por incorporar elementos de seguridad para los pacientes, enfoques diferenciados, que han pasado de una práctica de cuidados apoyada en la sumisión a una práctica del cuidado apoyada en la responsabilidad. En segundo lugar, compromiso con los ciudadanos, haciendo hincapié en que la gestión enfermera tiene que ver con la práctica del cuidado. Cuidado con el care, que no es redundancia y debería traducirse por «asistencia sanitaria» y no como «cuidado», para evitar confusiones y –lo que a mí más me preocupa– no enmascarar la especificidad en la aportación enfermera al conjunto del sistema.

Las enfermeras gestoras trabajaron en las décadas de los ochenta y los noventa desde el desarrollo de la competencia de la «influencia». Es decir, se ganaron credibilidad desde el trabajo bien hecho y el compromiso con las instituciones y los ciudadanos.

Este compromiso se plasmó en el reconocimiento de la división enfermera y así aparece en la normativa (Real Decreto 521/1987, de gestión Hospitalaria, que lleva al mismo nivel de la mesogestión a la dirección médica y a la dirección de enfermería).

Por su parte, en el RD 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, se recogen las funciones generales del centro de salud, los criterios de zonificación y las funciones de los componentes de los equipos y el método de nombramiento del coordinador del EAP. No se hace ninguna mención del responsable de enfermería ni se especifican cuáles han de ser sus funciones o actividades. Sin embargo, las comunidades autónomas, en su mayoría, lo regularon después. Cito como ejemplo la Resolución de la Secretaría General Técnica de 26 de septiembre de 1988 por la que se dispuso la publicación del Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, que, en su artículo 34, estableció la figura de la coordinadora de enfermería.

Supuso un hito la publicación de la Circular 5/90 del Insalud, que regulaba la organización de la actividad de enfermería de AP de manera independiente y vinculaba su ejecución con las direcciones de enfermería de Atención Primaria.

La Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), en sus artículos 6 y 7, atribuye a cada una de las titulaciones –licenciados sanitarios y diplomados sanitarios, respectivamente– la dirección y evaluación de su desempeño profesional y especifica concretamente en el caso de los «Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería», reconociendo que todos pueden participar en el liderazgo de la gestión clínica.

No obstante, reconocer que existe especificidad es seguramente lo más difícil de consolidar, porque en el ámbito profesional conviven tres generaciones de profesionales con bases de conocimientos diferentes y el entorno profesional no es capaz de distinguir las diferencias. Supone aceptar que tenemos hoy una base de conocimiento que nos permite dar otro enfoque a la gestión de los servicios de salud. Supone aceptar nuevos retos, como crear unidades de cuidados autónomas, donde las enfermeras especialistas ejerzan el liderazgo de la gestión integral y donde otras disciplinas sean consultoras. Sin embargo, esto queda lejos todavía; en algunos centros se piensa incluso hacer gestión clínica sin reconocer el liderazgo de las enfermeras. Cuando eso sucede, las enfermeras no quieren formar parte de algo que no son equipos de trabajo, porque se veta su liderazgo potencial. Es este un error de las organizaciones.

Cuando hablo con mi hija de su trabajo, veo que la profesión enfermera no ha cambiado tanto a nivel asistencial: la práctica enfermera todavía se encuentra en la trastienda del sistema sanitario; los equipos de trabajo no han pasado de la estructura multidisciplinar. La labor de las enfermeras y enfermeros profesionales apenas tiene valor.

Los enfermeros todavía no se ven y se valoran en igualdad con otros profesionales para ocupar puestos de gestión. En algunas comunidades autónomas no los pueden nombrar subdirectores generales, porque sus plazas pertenecen al grupo A2, diplomados, a diferencia del grupo A1, licenciados. Sin embargo, hoy todos los titulados pueden ser graduados, maestros y doctores, tanto los abogados como los médicos o los enfermeros. Sin embargo, persiste esta clasificación que dificulta el acceso a ciertos puestos de gestión a las enfermeras y enfermeros. Aunque algunas hemos llegado a ser gerentes, no sin dificultades, también es verdad que se trata de una representación todavía muy marginal.

Está claro que se necesita el enfoque de la mirada enfermera para dar respuesta a los ciudadanos de una manera eficaz y eficiente. La división de enfermería, considerada al mismo nivel que la división médica, ha de velar, en la comisión de dirección, por su área, por la comodidad, por la seguridad y por capacitar a los cuidadores y el autocuidado. Sus propuestas deben oírse y respetarse por parte de los farmacéuticos, los médicos y el resto de profesionales sanitarios, pero hoy todavía compiten en desigualdad con la tecnología. Nos encontramos con disyuntivas tales como renovar el TAC frente a la compra de colchones viscoelásticos para los pacientes o de recursos para la prevención de heridas...

El acceso de los enfermeros como gerentes del ámbito sociosanitario es un reto pendiente e incuestionable, dado que su liderazgo en modelos de gestión centrados en la persona

supone la aplicación de estructuras asentadas en la metodología del cuidado orientada al empoderamiento y a la autonomía; en definitiva, a la persona y a sus cuidadores. Existen tesis doctorales que avalan su eficacia.

También hay evidencia –como demuestra el Dr. Morales en sus investigaciones sobre la gestión de casos llevada a cabo por enfermeras– de que, cuando la enfermera acompaña a los pacientes crónicos en su seguimiento, los pacientes mejoran.

Así pues, simplemente es preciso que se nos dé valor de manera visible, que se superen las meras cartas amables que, con sus palabras de reconocimiento, deberían convertirse en una puerta para salir de la trastienda del sistema, ya que dan valor a la práctica del cuidado profesional. Esta práctica se ha desarrollado en estos cuarenta años desde un área de conocimiento propio, motor de los modelos de gestión centrados en las personas que es deseable aplicar en la gestión de un futuro que comienza hoy.

## Bibliografía

Alberdi Castell RM. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Revista ROL de Enfermería*, 1998; 239-240: 27-32.

Alberdi Castell RM. 35 años de presencia e identidad. *Revista ROL de Enfermería*. 2013; 36(12): 824.

Durán Escribano M. El poder de los valores, una cuestión de profesionalidad. *Revista ROL de Enfermería*. 2004; 27(3): 191-200.

Gómez P, Morales Asencio JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index de Enfermería*; 2004.

Hernández Conesa JM. Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana de España; 1995.

Morales Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería clínica*. 2014; 24(1): 23-34.

