



ARTÍCULO ESPECIAL

¿Están alineados los planetas para que las enfermeras crucen el espejo?



Juan F. Hernández Yáñez

Sociólogo, consultor independiente y divulgador, Las Palmas de Gran Canaria, España

Recibido el 29 de junio de 2018; aceptado el 9 de agosto de 2018

Disponible en Internet el 3 de septiembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Enfermeras;
Enfermería de
práctica avanzada;
Transición
demográfica;
Cronicidad y
fragilidad;
Atención sanitaria

KEYWORDS

Nurses;
Advanced practice
nursing;
Demographic
transition;
Chronicity and
frailty;
Healthcare

Resumen Desde la publicación en el año 2010 del documento «La enfermería frente al espejo: mitos y realidades», la profesión enfermera ha realizado un trabajo de análisis y reconocimiento de sus mitos y realidades y es el momento en que necesariamente debe hacerse la pregunta de si ya está en mejores condiciones para dejar de mirarse en el espejo y, como Alicia, cruzar a través de él.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Are planets lined up for nurses to cross the mirror?

Abstract Since the publication in 2010 of the document 'Nursing in front of the mirror: myths and realities', the nursing profession has worked hard to study and recognise its myths and realities. Now is the time to ask whether the profession is yet in a position to stop standing in front the looking glass and, like Alice, cross through.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En 2005, la comunidad sanitaria había empezado ya a darse cuenta de que los augurios de *los-del-vaso-medio-vacío* estaban empezando a confirmarse, dando comienzo a lo que hoy en día se conoce como la «era post-enfermedad»¹. Un

geriatra, Kenneth Rockwood, hablaba sobre las paradojas de la atención a los ancianos², advirtiendo que cuando excelentes cardiólogos, neumólogos o nefrólogos se encontraban ante pacientes con dolencias cardiovasculares, respiratorias y renales al tiempo, los declaraban intratables: «Atrapados por los sofisticados tratamientos de enfermedades singulares, nuestro sistema no se adapta a la complejidad que conlleva cuidar a pacientes ancianos y frágiles, a pesar de

Correo electrónico: Juherya@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.003>

1130-8621/© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

que de ahí es de donde proceden cada vez más las demandas asistenciales», concluía Rockwood.

También en 2005, el prestigioso médico y académico Thomas Bodenheimer publicaba —en la revista de la Asociación Médica Británica— el artículo «*Nurses as leaders in chronic care*»³, en el que afirmaba sin ambages: «Las enfermeras están infrautilizadas tomando tensiones e ingresando pacientes, en vez de fomentando los autocuidados entre los pacientes con enfermedades crónicas y educándoles para ello. Hasta que esas barreras no sean eliminadas, el potencial de las enfermeras como líderes de un gran movimiento nacional para mejorar la atención a las enfermedades crónicas puede verse frustrado».

Los países con políticas sanitarias y estructuras profesionales más flexibles han vuelto la mirada a las enfermeras como actor básico en los nuevos escenarios asistenciales de esta «era post-enfermedad». Sin embargo, desgraciadamente para ellos, sus stocks de enfermeras con formación universitaria son insuficientes y han tenido que crear nuevos roles (menos cualificados y de más rápida producción) para paliar esas carencias. No es así en España, aunque los árboles del conservadurismo, la burocracia y el elitismo nos impidan ver el bosque de la atención a la salud en el siglo XXI y los nuevos retos que introduce.

El objetivo de este artículo es precisamente tratar de sintetizar los motivos que me han llevado, desde un punto de vista independiente y puramente intelectual, a asumir estos nuevos enfoques que sitúan a las enfermeras como conector y dinamizador de los servicios de salud.

La transición demográfica en España

Entre 2002 y 2017, la población ha aumentado un 14% en España; pero la población mayor de 75 años lo hizo en un 50% y la mayor de 85 años, en un 97%, según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística. Tenemos además 1,9 millones de hogares donde viven solas personas mayores de 65 años, de las cuales solo el 35% recibe algún tipo de apoyo del Sistema de Ayuda a la Dependencia; y casi el 70% (1,3 millones) de ellos corresponden a mujeres. Lamentablemente, la soledad es un excelente predictor de deterioro funcional y de muerte prematura⁴.

Estadísticamente, las mujeres de 65 años sobreviven en más de 4 años a los hombres (23 años frente a 19); pero, sin embargo, solo sobreviven un año más en buen estado de salud (9 frente a 8) y pasan los últimos 7 años de su vida en situación de dependencia total, frente a apenas 4 en el caso de los hombres. La *transición demográfica* en la que estamos inmersos, por tanto, afecta mucho más a las mujeres que a los hombres, lo cual nos habla de una *brecha de género* evidente.

Pero también existe una *brecha económica*: la pobreza causa más muertes prematuras que la obesidad, el alcohol o la hipertensión⁵. Como suele recordarse, el código postal influye más sobre la salud que el código genético. Por tanto, tenemos también una *brecha geográfica*, dado que existen notables diferencias entre las personas de las diferentes comunidades autónomas del Estado, relacionadas sobre todo con su nivel de renta. Trascendiendo nuestras fronteras, un estudio a nivel europeo comprensivo de 15 países⁶ concluyó

que el índice de fragilidad de la población mayor de 50 años es superior en los países con menor PIB per cápita.

Todas estas *brechas* nos dicen que las políticas de salud deben, necesariamente, ser dirigidas a los segmentos de población en mayor situación de riesgo. Y, a partir de esta segmentación, un estudio de la *Universitat Pompeu Fabra* concluyó que el *cóctel* explosivo de la fragilidad lo componen tres factores de riesgo: mujer + bajo nivel educativo + vivir sola⁷; casi un millón de personas caen bajo esta triple condición.

En España, además, los problemas relacionados con los cuidados de larga duración (CLD) derivados de la transición demográfica serán más graves e intensos que en otros países de nuestro entorno, fundamentalmente por dos motivos:

1. Nuestra mayor longevidad: España es el país de Europa con mayor esperanza de vida al nacimiento (83,5 años frente a una media EU-27 de 81,0); el segundo, tras Francia, con mayor esperanza de vida, tanto a los 65 (21,6 años) como a los 80 años (9,6 años); y el tercero en proporción de ancianos sobre la población general (datos de Eurostat, 2016).
2. Nuestro modelo de atención a la dependencia, basado fundamentalmente en las familias y no en las instituciones; este modelo, que desde el punto de vista cultural o social puede resultar deseable, aporta complejidades añadidas en la prestación de CLD a las personas mayores dependientes, sobre todo porque:
 - a) Descansa sobre cuidadores no profesionales, lo cual implica que las decisiones de solicitud de asistencia sanitaria tienen gran riesgo de ser tanto excesivas como insuficientes, y de ser realizadas a un dispositivo inadecuado (sobreutilización de las urgencias, especialmente hospitalarias).
 - b) Disemina territorialmente las necesidades asistenciales sociosanitarias, especialmente en las zonas rurales; no es lo mismo controlar y prestar cuidados a 200 personas en un dispositivo asistencial cerrado que en sus respectivos domicilios.
 - c) Para ser sostenibles, estos modelos deben ser complementados con un modelo de atención a la salud en la comunidad de carácter proactivo: más allá de las carteras de pacientes en programas de atención domiciliaria, con protocolos cerrados de admisión básicamente centrados en la atención a diagnósticos médicos, el profesional se limita a esperar demandas —o a pautarlas— encerrado en su consulta y sin excesivo control sobre la adherencia a los tratamientos y consultas programadas.
 - d) Finalmente, porque la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales es por lo general insuficiente e inadecuada, sin órganos asistenciales de decisión conjuntos desplegados sobre el territorio.

Atención primaria y comunitaria

Los pacientes pluricrónicos producen entre el 50 y el 70% —según las estimaciones— del gasto sanitario. En España hay 1,5 millones de ancianos frágiles y complejos, lo que significa que suponen entre el 3 y el 5% del *cupo* médico medio (1.400): entre 50 y 70 para cada médico de familia. Un volumen inatendible en las actuales condiciones, ya que

son pacientes que requieren cuidados intensivos en tiempo y muy exigentes en tareas. Los médicos de atención primaria afirman no disponer del tiempo necesario para poder atender en condiciones mínimas de calidad y seguridad a los pacientes *agudos*. Están demasiado ocupados con los mocos del niño sano, las bajas de los adultos sanos y controlando la agregación plaquetaria del anciano, por lo demás, sano. Al menos mientras no se consiga un cambio real, no solo anuncios retóricos, de la atención primaria.

Sin embargo, una enfermera con competencias avanzadas podría hacerse cargo de la atención integral en la comunidad de este *cupo*, como por ejemplo hacen las *community matrons* en Inglaterra (figura, por cierto, creada en el NHS inglés también en 2005). No, naturalmente, con las dotaciones actuales de enfermeras en atención primaria, sino como programa específico de CLD, con sus propios efectivos.

Además de las razones objetivas, derivadas de la nefasta organización actual del trabajo en primaria, ¿por qué excluyo a los médicos como eje vertebrador de la atención a los pacientes pluricrónicos? Existen también razones subjetivas.

Reproducir aquí los dramáticos datos sobre elección de especialidad de los futuros MIR, en relación con Familia y Comunitaria, supondría *hacer sangre* de manera innecesaria; baste, por tanto, señalar un dato incuestionable: la cultura médica en España dista mucho de estar orientada a la atención comunitaria y esta cultura ejerce un indudable efecto desmotivador entre los médicos que eligen —a regañadientes— ejercer en atención primaria. De ahí, por ejemplo, que desde las oficinas de farmacia se esté ofertando cubrir ese flanco, algo en lo que están colaborando insensatamente las tres sociedades de médicos de atención primaria⁸. Sería interesante conocer las verdaderas razones.

El hospital

Hace unos pocos meses, un estudio inglés⁹ concluyó —tras revisar 1.013.590 historias clínicas y seguir durante 2 años 22.139 altas— que los pacientes frágiles suponen ya uno de cada 5 ingresos hospitalarios y casi la mitad de las estancias. Ello conlleva una creciente saturación —en ciertas épocas, colapso sin paliativos— de boxes de urgencias y salas de hospitalización, principalmente a causa del incremento en la admisión de este tipo de pacientes. Su inevitable correlato son unas dilatadas listas de espera que si hace unos años ya suponían un serio problema de gestión, hoy suponen un no menos serio problema político ante el hartazgo comprensible de millones de personas con problemas de salud no urgentes (en principio) que no pueden —o quieren— acceder a un seguro privado.

Visitemos ahora un hospital donde ingresa por urgencias un paciente frágil descompensado: una vez diagnosticado es derivado a los especialistas relacionados con el órgano que causa este concreto episodio, unidad en la que es ingresado. En esa planta, unas ratios de pacientes por enfermera excesivas, la necesidad de atender prioritariamente las *órdenes médicas* y la asunción de un amplio abanico de actividades que, sin ser propias de las enfermeras, son *dadas por supuestas*¹⁰, provocan que se incumplan, o ni siquiera existan, unos planes de cuidados adecuados para

nuestro paciente. Y además de actividades enfermeras más complejas, como diagnósticos de necesidades, registro de intervenciones o informes de alta, también ciertos cuidados enfermeros básicos o esenciales se dejan de prestar¹¹, a menudo con graves consecuencias para el paciente.

Primero, porque para estas personas en situación de fragilidad, tan importante como obtener tratamientos médicos adecuados es recibir unos cuidados básicos impecables: sueño, alimentación, hidratación, higiene, movilización, socialización, etc. Pero también porque estas ratios inadecuadas son causa directa de iatrogenia y efectos adversos, de estancias más largas y rehospitalizaciones más frecuentes; incluso aumentan las tasas de mortalidad intrahospitalaria, como es bien sabido por los estudios que Linda Aiken lleva casi 20 años liderando en diferentes contextos y países, incluido el nuestro. Una inadecuada —en cantidad, pero también en calidad— *staffing* (dotación de enfermeras) produce sufrimiento, aumenta los costes asistenciales y quema a los profesionales.

Por eso es fundamental contar con unidades hospitalarias especializadas en la atención al paciente frágil y complejo. Atendidas médicamente por geriatras —o internistas—, pero organizadas, dirigidas y gestionadas por enfermeras especializadas (ojo, no he escrito «especialistas»), no solo prestan unos cuidados integrales que evitan en lo posible el deterioro físico, cognitivo y social, sino que ayudan a evitar efectos adversos, rehospitalizaciones prevenibles y muertes prematuras. Ya existen algunas experiencias en nuestro país, que deberán ser evaluadas para conocer realmente su nivel de éxito en resultados de salud y costes. En sistemas complejos, el sentido común a veces juega malas pasadas.

Coordinación entre niveles

Aunque culturalmente se tiende a poner el foco de la *práctica avanzada* en una enfermería comunitaria resolutoria y en una enfermería hospitalaria hipertecnificada, los cambios que están experimentando los hospitales harán necesaria una práctica avanzada en los cuidados a los pacientes crónicos y complejos hospitalizados. Pero, sobre todo, será fundamental una estrecha coordinación entre ambos niveles asistenciales, con el objetivo común de cuidar a las personas en la comunidad, reduciendo en lo posible los episodios de hospitalización evitable y devolviéndolas a la comunidad con el menor deterioro posible, cuando se produzcan episodios de atención urgente y de hospitalización inevitables.

Por muy importante que sea, que lo es sin duda, y mucho énfasis que se ponga en la relación entre los médicos internistas y los de cabecera para mejorar la coordinación entre ambos niveles, los profesionales que están mejor preparados, por cultura y por formación, para garantizar la continuidad asistencial son las enfermeras. No los médicos. Como decía hace unos años la revista británica *The Economist*¹², «tratar los problemas del siglo XXI con un enfoque sobre la atención sanitaria del siglo XX requeriría una cantidad imposible de médicos. Por otro lado, atender las dolencias crónicas no es precisamente lo que mejor se les da a los doctores. Por estas dos razones, parece que el papel de los médicos va a ser mucho menos central en las políticas sanitarias, un proceso que en algunos lugares ya ha comenzado».

¿Están preparadas las enfermeras para «atravesar el espejo»?

Los servicios de salud españoles deben apostar por el avance competencial de las enfermeras por una sencilla razón: porque les va la vida en ello. Literalmente. Pero solo si son capaces de ir modificando su arraigada cultura médico-hospital-céntrica por otra que les indique cómo pasar de las zonas frías (grandes recursos, escasos resultados) a las calientes (pocos recursos, grandes rendimientos)¹³, nuestros servicios de salud podrán navegar por la galerna demográfica que se nos viene encima. Porque empezamos a ser los *baby-boomers*, y no ya nuestros padres, quienes vamos empezando a necesitar enfermeras competencialmente avanzadas que sean capaces de «atravesar el espejo».

Sin embargo, las enfermeras tienen que aportar un firme compromiso de mejora. Empezando por el recambio de unos «líderes» anclados en visiones y discursos del siglo XX y sin capacidad para *crear relato* y comunicarlo dentro y fuera de la profesión. Siguiendo por unas estructuras asociativas y gestoras (*mesocracia*), que también deben realizar un esfuerzo para cooperar, en lugar de ir cada cual por su lado, reivindicando su propio sitio en la mesa. Y acabando por unas bases profesionales descohesionadas y desmovilizadas, huérfanas de liderazgo clínico, cómodamente refugiadas en sus *zonas de confort*, como se llama hoy en día a intentar pasar desapercibido.

Los responsables políticos y los directivos de los servicios de salud deben decidir, analizando con frialdad la situación, si prefieren tener un ejército de *walking dead* (con cabeza —para gestionar recursos escasos—, pero sin cerebro —para innovar y liderar los cuidados—), como hasta ahora, o unos recursos humanos profesionalizados y autónomos en permanente proceso de mejora y de asunción de nuevas responsabilidades.

A juzgar por lo que escucho en los numerosos eventos enfermeros a los que asisto amablemente invitado, muchas enfermeras creen que se está produciendo un cierto deterioro en la motivación y profesionalidad, causado en buena medida por unas condiciones de empleo y trabajo que las han llevado al límite. Aunque actualmente parece que se están revirtiendo algunas de las medidas más perjudiciales (precariedad, tasas de reposición, etc.) y se ha vuelto a crear empleo, unas nefastas políticas de personal, dirigidas desde el Ministerio de Hacienda, pero ejecutadas zafiamente desde los servicios de salud, han generado unas cohortes de profesionales sin referentes ni valores profesionales bien definidos.

Condenados a vagar por las unidades como almas en pena (3 días en urgencias, 2 semanas en neonatos, 3 meses en un centro de salud, eventuales en extracciones, interinos en un centro de salud mental, etc.), sin mentoría ni liderazgo clínico, no han podido conocer las claves del profesionalismo enfermero; y eso, porque lo detectamos en encuestas, deviene en un peligroso nihilismo, especialmente porque son el futuro de la profesión.

Ante esta situación sería conveniente recordar que las cosas empezaron más o menos así en el hospital del NHS inglés de Stafford, que experimentó una terrible degradación («crisis de compasión», la llamaron) de los cuidados de enfermería, que se concretó en denuncias de malos tratos

(no solo de maltrato = tratar mal; sino maltratar), dejación de obligaciones, abandonos de pacientes a su suerte y cientos de muertes evitables achacables a malas prácticas de las enfermeras. Un desastre que se tardó 5 años en detectar y otros tantos en reorientar¹⁴, gracias especialmente a la ‘cultura del silencio’ imperante.

Esto solo se soluciona haciendo política a todos los niveles: macro (regulación y políticas de salud), meso (gestión y asociacionismo) y micro (equipos profesionales). Pero habría que preguntarles a todos (por este orden): ¿quieren?, ¿saben?, ¿pueden?

Desde la publicación en el año 2010 del documento «La enfermería frente al espejo: mitos y realidades»¹⁵, la profesión enfermera ha realizado un trabajo de análisis y reconocimiento de sus mitos y realidades y es el momento en que necesariamente debe hacerse la pregunta de si ya está en mejores condiciones para dejar de mirarse en el espejo y, como Alicia, cruzar a través de él.

Conflicto de intereses

Declaro que no existe ninguno.

Bibliografía

1. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, Pérez-Zepeda MU, Abellan Van Kan G, Landi F, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of ‘‘The end of the disease era’’. *Eur J Intern Med.* 2016;31:11–4.
2. Rockwood K. An unsuitable old age: the paradoxes of elder care. *CMAJ.* 2005;173:1501–2.
3. Bodenheimer T, McGregor K. Nurses as leaders in chronic care. *BMJ.* 2005;330:612–61.
4. Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med.* 2012;172:1078–83.
5. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1,7 million men and women. *Lancet.* 2017;389:1229–37.
6. Theou O, Brothers TD, Rockwood MR, Haardt D, Mitnitski A, Rockwood K. Exploring the relationship between national economic indicators and relative fitness and frailty in middle-aged and older Europeans. *Age Ageing.* 2013;42:614–9.
7. Gumà J, Arpino B, Solé-Auró A. Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gac Sanit.* 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010>. En prensa.
8. SEFAC, SEMERGEN, semFYC y SEMG. Modelo de coordinación médico-farmacéutico para la atención al paciente con enfermedad crónica en atención primaria; 2017 [consultado 25 Jun 2018]. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Coordinacion_Medico_farmacutico_cronicos.pdf
9. Gilbert T, Neuburger J, Kraindel J, Keeble E, Smith P, Ariti C, et al. Development and validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study. *Lancet.* 2018;391:1775–82.
10. Ross C, Rogers C, King C. Safety culture and an invisible nursing workload. *Collegian.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2018.02.002>. En prensa.

11. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;78:10–5.
12. The future of medicine. Squeezing out the doctor. The role of physicians at the centre of health care is under pressure. *The Economist*. 2 de junio de 2012 [consultado 25 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.economist.com/briefing/2012/06/02/squeezing-out-the-doctor>
13. Varela J. Los pacientes crónicos complejos y la estrategia del océano azul. *Avances en Gestión Clínica* [Blog]. 25 de enero de 2016 [consultado 25 Jun 2018]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2016/01/los-pacientes-cronicos-complejos-y-la.html>
14. Acceso a la información e informes [consultado 25 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.midstaffpublicinquiry.com/>
15. Hernández-Yáñez JF. *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Madrid: Fundación Alternativas; 2010.