

Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo

Gloria Alcaraz López¹, Marleny Zapata Herrera²,
Margarita Gómez Gómez³, Edison Tavera Agudelo⁴

Resumen

Objetivo: describir las funciones y el quehacer del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de adultos. **Metodología:** estudio etnográfico en el que fueron entrevistadas 17 enfermeras que laboraban en salas de hospitalización de adultos en instituciones de salud de la ciudad de Medellín y del Área Metropolitana del Valle de Aburrá (Colombia), en 2007. Se hicieron diez observaciones del fenómeno estudiado en las salas en que trabajaban las participantes. Los resultados fueron socializados con las participantes de estudio para verificar si se reconocían en el análisis realizado. **Resultados:** se identificaron cuatro categorías de análisis: administrar la sala, tratando de dar cuidado directo, criterios para la clasificación del cuidado y el cuidado delegado. Las participantes en el estudio están principalmente ocupadas en funciones administrativas; su quehacer está centrado especialmente en actividades médico delegadas y de administración de la sala. Establecen la necesidad de brindar cuidado según criterios biológicos o procesos técnicos, y el cuidado es delegado en el personal auxiliar de enfermería. El contacto directo con los pacientes se reduce a un saludo protocolario y de cortesía la mayoría de las veces. En las enfermeras existe un sentimiento de culpabilidad por no dar el cuidado directo. **Conclusión:** el cuidado directo está en segundo lugar, después de las funciones médico delegadas y administrativas del servicio.

Palabras clave: personal de enfermería; hospitalización; ejercicio profesional; atención de enfermería; servicios de enfermería.

Nursing professionals duties in adult hospitalization floors: trying to give direct care

Abstract

Objective: to describe the duties and work of nursing professionals who work in the adult hospitalization floors. **Methodology:** ethnographic study where 17 nurses who worked in the adult hospitalization floors in health care institutions located in the metropolitan area of the Aburra valley in Medellín (Colombia) were interviewed during the

- 1 Nutricionista Dietista, Magíster en Salud Colectiva, Ph.D en Salud Pública. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: glory@tone.udea.edu.co
- 2 Enfermera, Magíster en Salud Colectiva, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: zapatah@tone.udea.edu.co
- 3 Comunicadora Social, Magíster en Salud Colectiva, profesora de la Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: jotagebe@gmail.com
- 4 Estudiante de enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: etavera101@gmail.com

Subvenciones: Artículo derivado de la investigación "Satisfacción del profesional de enfermería y relación con la calidad del cuidado", financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación de la Universidad de Antioquia en 2007.

Fecha de recibido: 22 de enero de 2009.

Fecha de aprobado: 26 de febrero de 2010.

year of 2007. Ten observations about the studied phenomenon were made in the floors where the participants worked. The results were socialized with the study participants to verify if they recognized the performed analysis. **Results:** four analysis categories were identified: Floor management, trying to give direct care, criteria for the classification of care and delegated care. The study participants are mainly engaged in management duties. Their work is centered specially in medical delegated activities and floor management. They establish the necessity to give care according to technical and biological criteria, and the care is delegated to the nurses' aide personnel. The direct contact with the patients is reduced most of the times to a courtesy and protocol greeting. Between the nurses exists a guilt feeling for not giving direct care. **Conclusion:** the direct care is in second place after the doctor delegated duties and management service.

Key words: nursing staff; hospitalization; professional practice; nursing care; nursing services.

Funções do profissional de enfermagem em salas de hospitalização de adultos: tratando de dar cuidado direto

■ Resumo ■

Objetivo: descrever as funções e o afazer do profissional de enfermagem que labora em salas de hospitalização de adultos. **Metodologia:** estudo etnográfico no que se entrevistaram a 17 enfermeiras que laboravam em salas de hospitalização de adultos em instituições de saúde da cidade de Medellín e da Área Metropolitana do Vale de Aburrá (Colômbia) em 2007. Fizeram-se dez observações do fenômeno estudado nas salas em que trabalhavam as participantes. Os resultados foram socializados com as participantes de estudo para verificar se reconheciam na análise realizada. **Resultados:** identificaram-se quatro categorias análises: administrar a sala, tratando de dar cuidado direto, critérios para a classificação do cuidado e o cuidado delegado. As participantes do estudo estão principalmente ocupadas em funções administrativas; seu afazer está centrado especialmente em atividades médico delegado e de administração da sala. Estabelecem a necessidade de brindar cuidado segundo critérios biológicos ou processos técnicos, e o cuidado é delegado ao pessoal auxiliar de enfermagem. O contato direto com os pacientes se reduz a uma saudação protocolares e de cortesia, a maioria das vezes. Nas enfermeiras existe um sentimento de culpabilidade por não dar o cuidado direto. **Conclusão:** o cuidado direto está em segundo lugar, depois das funções médico delegado e administrativas do serviço.

Palavras chaves: recursos humanos de enfermagem; hospitalização; prática profissional; cuidados de enfermagem; serviços de enfermagem.

Introducción

El cuidado de las personas es el objeto de conocimiento de la Enfermería y el criterio fundamental que la distingue de otras disciplinas.¹ La enfermería incluye diferentes funciones como: cuidado directo, cuidado médico delegado, coordinación de servicios, educación e investigación.^{2,3} Estas funciones se concretan en el cuidado directo o asistencial, el cual está mediado por la relación intersubjetiva y por la comunicación. El cuidado directo busca reducir las molestias que afectan

a los pacientes y ayudar a alcanzar el bienestar al individuo y los colectivos desde su integridad personal, social y emocional; las funciones médico delegadas, o cuidado médico delegado, consiste en las acciones de colaboración, especialmente con el médico, en los procesos curativos de la atención; la coordinación de los servicios se relaciona con la planificación, ejecución y evaluación del proceso de trabajo personal y colectivo de los servicios, es decir, cumple funciones

administrativas en la institución;³ con la función de educación, el profesional de enfermería comparte sus conocimientos, no sólo con su equipo de trabajo, sino también en pos del bienestar de los pacientes, de sus familias y con los diferentes núcleos sociales y comunitarios; y la función de investigación, en la cual la enfermera identifica situaciones problemáticas y áreas críticas, y busca y propone estrategias de solución.²

Henderson,⁴ afirma que la enfermera es única y diferente del médico, y aunque su plan de actividades deba asegurar el cumplimiento de la terapia prescrita por el médico, también tiene la responsabilidad de ayudar de manera independiente a los pacientes. Así mismo, su función es ayudar al individuo, sano o enfermo, en aquellas actividades que contribuyan a su salud y recuperación, hasta lograr su independencia, o una muerte digna.⁴

De ahí la importancia del papel que desempeñan los profesionales de enfermería, tanto en el funcionamiento y buena marcha de las salas de hospitalización, como en todo lo que tiene que ver con el bienestar y la seguridad de los pacientes. La Organización Mundial de la Salud,⁵ en su informe sobre los servicios de enfermería, hace un llamado a los gobiernos del mundo para que los declaren como los pilares fundamentales de la prestación de atención de salud. En dicho informe, la OMS muestra con evidencia científica la reducción en los costes y la mejora en la calidad de la atención en diversos contextos de atención de salud, cuando se utilizan al máximo las competencias del profesional de enfermería y las parteras.^{6,7} Los estudios de los enfermeros Aiken, Smith, y Lake⁸ muestran que la organización de los cuidados de enfermería en los hospitales magnéticos se asocia con menor mortalidad entre los pacientes: los índices de mortalidad bajan hasta un 4.6%, la mortalidad a los 30 días del ingreso es menor, y crece la satisfacción de los pacientes. Así mismo, el estudio realizado en 799 hospitales de diferentes estados en EEUU,⁹ reporta índices más bajos de infecciones urinarias, neumonía y paro cardíaco, y la disminución del período de

hospitalización, cuando las enfermeras dedican más horas al cuidado a la cabecera de los enfermos.

Si bien en Colombia, y concretamente en la Ciudad de Medellín y su área metropolitana, es poco el avance en estudios empírico-analíticos que prueben el impacto del cuidado enfermero, sí existen, desde la perspectiva cualitativa, estudios que muestran las dificultades de los enfermeros para el desarrollo de sus funciones profesionales. El estudio de Ortiz et al.¹⁰, por ejemplo, evidencia la mínima interacción entre el equipo de enfermería y los acompañantes del paciente: sólo 11% de ellos recibió, por parte de la enfermera profesional, educación sobre su enfermedad, posibles complicaciones, formas de prevención y el cuidado del paciente en casa. Además, señala que es la auxiliar de enfermería la que más interactúa con los acompañantes.

Un estudio que se llevó a cabo en el departamento de Antioquia, Colombia, afirma que las enfermeras “no están cumpliendo la función asistencial y las instituciones no tienen las condiciones de eficiencia mínima para prestar un servicio con calidad”;¹¹ de otra parte, el estudio de Castrillón et al.¹² concluye que, además de la escasez del recurso profesional de enfermería, hay deficiencias estructurales en los puestos de enfermería, delegación de funciones como el cuidado y la educación de los pacientes, en las auxiliares de enfermería, y que la función del profesional de enfermería se centra en actividades administrativas.

Tal como se observa en los estudios mencionados, en nuestro medio, en salas de hospitalización de adultos, durante la década de 1990, las enfermeras han realizado sólo una parte de sus funciones: la administración de los servicios y las médicas delegadas. El cuidado lo delegan en la auxiliar de enfermería y es poca su interacción con los pacientes, lo cual es tanto como decir que el cuidado directo a los pacientes, la educación y la investigación se sacrifican en aras de otras funciones que les son asignadas. Estos estudios,¹⁰⁻¹² realizados antes de la reforma de la salud en Colombia, señalan un vacío en el desempeño de las

funciones que deben realizar las profesionales de enfermería. Ahora bien, con dicha reforma (Ley 100 de 1993), se da un giro en la prestación de los servicios de salud por parte del Estado hacia las empresas sociales del Estado y empresas privadas. Según Romero,¹³ esta reforma propicia un cambio silencioso de paradigma, en el cual la salud y la enfermedad son rentables, con repercusiones en la reducción del recurso humano en salud, en los sistemas de contratación del personal, en la calidad de la atención de los usuarios y en la reducción de la planta de enfermeras profesionales, con la subsecuente contratación de mano de obra no calificada. Esta situación, lógicamente, afecta el desarrollo de las funciones del profesional de enfermería en el país.

El contexto de la salud en Colombia ha cambiado, y este cambio, unido a la situación descrita antes, nos motiva a realizar esta investigación, cuyo objetivo es describir las funciones y el quehacer de las enfermeras que trabajan en salas de hospitalización de adultos en instituciones de Medellín y su Área Metropolitana.

Metodología

Etnografía descriptiva. Boyle afirma que las metodologías cualitativas que utilizamos los profesionales de la salud “difieren de los contextos y situaciones de interés para la mayor parte de los antropólogos”,¹⁴ mientras que en la etnografía clásica el profesional vive con el grupo durante dos años o más, y describe completamente el sistema cultural, la etnografía dirigida a una unidad social específica cobra gran interés para los profesionales de la salud. En ella se trabaja con grupos pequeños y en un tema específico y es llamada por Morse y Boyle etnografía enfocada.¹⁴ La etnografía permite comprender cómo “la gente le da sentido al mundo en la vida diaria” y es una forma básica de investigación social.¹⁵ Para comprender el sentido, la etnografía se apoya en lo emic y en lo etic. En este tipo de etnografía se

basa la presente investigación, dado que nuestro interés es describir y comprender las funciones que desempeñan y lo que hacen día a día las enfermeras de las salas de hospitalización de adultos, en las instituciones de la ciudad de Medellín y su Área Metropolitana.

Concertación con las instituciones de salud. Se enviaron cartas a los gerentes de trece instituciones de salud, solicitando autorización para entrevistar a las enfermeras y hacer las observaciones. Respondieron afirmativamente seis instituciones, las restantes no respondieron. Una enfermera que trabaja en una institución privada se enteró del estudio y solicitó ser entrevistada.

De las instituciones que aceptaron el estudio, tres corresponden a empresas sociales del Estado (EPS), y tres a instituciones privadas cuyos nombres mantenemos en reserva. Una vez obtenidas las autorizaciones, contactamos los coordinadores de enfermería para concertar las entrevistas al personal y las observaciones en las instituciones.

Consideraciones éticas. La investigación se apoyó en la resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia.¹⁶ El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. La información se recolectó entre los meses de marzo y octubre del año 2007.

Se solicitó el consentimiento informado a las enfermeras participantes, a quienes se les explicaron los motivos de la entrevista y el carácter confidencial de los datos, y se les pidió autorización para grabar las entrevistas y para divulgar la información en medios académicos. Las profesionales de enfermería participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado, algunas con pseudónimo a petición suya.

Las participantes. El único criterio de exclusión que se adoptó fue el de tener menos de seis meses de trabajo en la institución. Los participantes fueron 15 enfermeras y dos enfermeros, todos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, con edades entre 25

y 52 años, distribuidas así: 24% menores de 29 años; 47% entre 30 y 44 años; y 29% mayores de 45. De las entrevistadas, 59% eran solteras, 29% casadas, 12% separadas y el 53% tiene hijos. Su antigüedad laboral osciló entre seis meses y 26 años; la mayoría (41%), entre seis meses y dos años, y una 35% tenía una antigüedad mayor de once años.

Las entidades empleadoras de Medellín y el área metropolitana fueron: 41% de carácter público y 59% privado. Las condiciones de contratación: a término definido 53%, y 47% a término indefinido; contratados por la institución hospitalaria el 76% y por cooperativa el 24%. El 29% de las participantes tenía estudios de postgrado (especialización), y una de ellas (6%) tenía un pregrado en gerontología.

Para la selección de las participantes se recurrió al método de bola de nieve:¹⁵ la enfermera coordinadora de la institución nos remitió a la primera enfermera, luego ésta nos remitió a otras, y así sucesivamente. Parafraseando a Taylor y Bodgan,¹⁵ la finalización en la recolección de los datos se determina cuando se llega a la comprensión del fenómeno y las demás entrevistas no producen ninguna comprensión nueva. Así, nuestras participantes quedaron en 17 profesionales de enfermería.

La observación. Es un pilar básico de la etnografía, tanto de la clásica como de la enfocada, por cuanto es la fuente principal y directa de los datos. En la observación participante el investigador observa, registra, describe, pregunta sobre lo que la gente hace, y recoge datos de modo sistemático dentro de las situaciones naturales en las que vive el grupo estudiado.^{15,17-18}

La observación participante se llevó a cabo en los servicios de hospitalización de adultos en los cuales laboraban las enfermeras entrevistadas. Fueron diez momentos de observación, en las horas de la mañana, cada uno de cuatro horas, donde se hicieron registros tanto escritos como grabados. Tanto las entrevistas como las observaciones estuvieron a cargo de las investigadoras del estudio.

Las entrevistas. Con la entrevista se busca entrar al mundo interior del entrevistado para aprehender su punto de vista¹⁹ y comprender el fenómeno. Para este estudio, las preguntas fueron: ¿qué hace usted en el día de trabajo institucional?, ¿qué funciones desempeña? A partir de las respuestas, el estudio abordó cuestiones más específicas que afloraron a medida que se fue realizando el análisis.

Análisis de la información. Las entrevistas y observaciones fueron transcritas al computador. Como el análisis se hizo en forma manual, se imprimieron dos copias del material: una para cortar y pegar en las fichas, y la otra para encuadrarla, con el fin de tenerla a la mano en caso de necesitarse para contextualizar un determinado testimonio.

Según los etnógrafos Taylor y Bodgan,¹⁵ en investigación cualitativa el análisis puede hacerse en dos direcciones: 1. Estudios teóricos, que buscan comprender o explicar rasgos de la vida social de un grupo. En ésta, los investigadores señalan las categorías importantes y se apoyan en los testimonios para ilustrar teorías, y 2. Estudios descriptivos, en los cuales “el investigador trata de proporcionar una imagen “fiel a la vida” de lo que la gente dice y del modo como actúa, se deja que las palabras y acciones de las personas hablen por sí mismas”.¹⁵ Los estudios descriptivos se caracterizan por tener un mínimo de interpretación y conceptualización¹⁵. El análisis de la presente investigación se centró en las características del estudio teórico, sin llegar a producir una teoría nueva, pero sí surgieron cuestiones muy importantes frente al objetivo del estudio. Se privilegió la voz de los participantes, lo *emic*.

Siguiendo los planteamientos de los etnógrafos,^{15,17} una vez leídas las primeras entrevistas y familiarizadas con éstas, se procedió a la codificación y a la identificación de conceptos y temas específicos, y con base en éstos se hicieron más entrevistas, se codificaron, se analizaron en forma articulada a las observaciones y contextos de trabajo. Finalmente se hizo la descripción de las funciones y

el quehacer de las profesionales de enfermería. Dado que el grupo de investigadores estaba conformado por un estudiante de enfermería, una enfermera, estudiante de la Maestría en Salud Colectiva, una trabajadora social y una nutricionista, se mantuvo todo el tiempo la discusión, de manera que la experiencia de los investigadores apoyara la comprensión, pero no sesgara la experiencia de las enfermeras participantes en el estudio.

Una vez analizados los datos, se programó una reunión con las participantes para saber si se reconocían en dicho análisis. Asistieron seis enfermeras y un enfermero y todos se reconocieron en él. En esta reunión se destruyeron las cintas de grabación de las entrevistas en presencia de las asistentes y de un miembro del Comité de Ética y de ello se levantó un acta. Los resultados también se socializaron ante el Comité de Coordinadores de Enfermería –COINDE-, ante diez enfermeras, coordinadoras de enfermería de diferentes instituciones de salud de la ciudad de Medellín y su área Metropolitana, y cuatro integrantes de la administración de las Facultades de Enfermería de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Resultados

Se esperaba que las profesionales de enfermería cumplieran las siguientes funciones: cuidado directo, cuidado médico delegado, coordinación de los servicios, educación e investigación.^{2,3} Sin embargo, en el estudio se encontró que su trabajo diario se diluye en las funciones de coordinación de los servicios y en las médico delegadas, además de otras actividades que nada tienen que ver con el cuidado de los pacientes.

Administrar la sala

Las participantes de este estudio señalaron que dedican casi todo su tiempo labor a actividades requeridas por la administración del servicio y a

otras que podría llevar a cabo una secretaria, diligencias que ellas mismas califican como actividades que no les incumben: “La parte administrativa, ese enfoque hace que se pierda el cuidado directo con el paciente, por lo que usted muchas veces resulta haciendo actividades que no le incumben (E1); *“¡Cómo ha sonado (el teléfono)!, porque yo no he estado contestando el teléfono... uno se vuelve secretaria... ¡si uno siquiera tuviera una secretaria que se pegue de ese teléfono... a usted el teléfono no la deja parar de ahí! Uno aquí tiene que pedir la cita, tiene que pedir la ambulancia, y estar pendiente hasta de que la facturación quede bien hecha. ¿Por qué uno se tiene que pegar de un teléfono?”* (E4).

Las enfermeras deben responder por una sala con 36 pacientes, en ocasiones por dos o más salas de hospitalización, donde realizan primordialmente actividades médico delegadas, seguidas de actividades propias de secretaria de sala y de actividades administrativas de la institución, como participar en comités y en procesos de certificación y acreditación. Esto las obliga, como algunas lo expresaron, a ‘brincar de sala en sala’: *“Debo responder por tres salas. Uno, muchas veces es trabajando y actuando como una máquina, usted es cuadrando una historia, una a una y... haciendo órdenes en la historia, transcribiendo órdenes al kárdex, sacando medicamentos de un stock de medicamentos, llevándolos a las auxiliares, y corriendo de un lado para otro, porque es demasiado el trabajo y es una sola para todo, entonces a uno le toca brincar de sala en sala”* (E3).

Las enfermeras se reconocieron como el centro, como “las toderas”, como las responsables, que deben responder por todo lo que pasa en el servicio, e incluso asumir todo tipo de actividades cuando se dispone del personal específico: *“Me encuentro haciendo una observación en un servicio de hospitalización de adultos, desde las 7:00 a.m. Estoy sentada junto al puesto de enfermería haciendo mis anotaciones. La enfermera no se ha movido del puesto de enfermería y no ha parado de hacer cosas: remisiones, responder llamadas*

de familiares, cuadrar historias, solicitar exámenes y pruebas, remitir pacientes, entre otras. Son las once de la mañana, un médico le pregunta: 'Enfermera ¿usted por qué permitió que la paciente del cuarto doce comiera un croissant? Ahí lo tiene atascado, está obstruida, y es un croissant, ¿por qué lo permitió?', la enfermera no sabe qué responder y el médico sigue tomándole cuentas sobre el cuidado [...]. A esta paciente yo la había entrevistado, a ella le hicieron una cirugía de reducción de abdomen. Recuerdo que, cuando la entrevisté para preguntarle sobre el cuidado de la enfermera, me dijo que la enfermera profesional nunca había ido a su cuarto, que era la auxiliar quien le daba el cuidado" (Observación 3); "El enfermero como tal, yo siempre lo he dicho, es el centro de todo y debe responder por todo" (E11).

El tiempo de trabajo se emplea en un sinnúmero de actividades mientras, por falta de tiempo, según argumentan las participantes, no se ofrece el cuidado directo, objeto del estudio de la enfermería, que cuenta con un sustento científico y humanístico, que se concreta en el Proceso de Atención en Enfermería -PAE-, y se define desde la relación directa enfermera-paciente: "[...]¿Qué pesar cómo nos hemos vuelto, enfermeras de escritorio, porque es tanta la recarga que a uno no le queda tiempo!", "Yo estoy en deuda, porque apenas los saludo (a los pacientes) y no tenemos un contacto así, que ellos necesitan para conocer más a fondo su problemática. Esa parte es la que me cuestiona mucho acá" (E4); "No es que a uno le digan 'No lo haga' (el cuidado directo), si no que el trabajo es más gestión [...] Eso a mí me frustra, me parece muy triste, porque a uno lo educaron para dar el cuidado al paciente. A mí me gustaría estar más en contacto con el paciente" (E15).

A pesar de que la gestión del servicio, las actividades médico delegadas, las de secretaría y las demás de la institución contratante las absorben por completo, las enfermeras siempre entendieron la importancia del cuidado directo de los pacientes y buscaron las formas de brindarlo, total o parcialmente.

Tratando de dar cuidado directo

Se espera que toda persona hospitalizada reciba el cuidado enfermero; sin embargo, en el contexto actual de las participantes del estudio no se aplica el PAE ni se establece la relación intersubjetiva para el cuidado. Ellas mismas reconocen que es muy poco el tiempo disponible para dar el cuidado directo. No obstante, siendo su praxis el cuidar, las profesionales de enfermería se esfuerzan por cumplir, sólo que el tiempo no les ayuda, y como lo expresaron, justifican el cuidado directo con una sonrisa, un saludo, una información o realizando un procedimiento especial: "Con una sonrisa, con una caricia que yo le haga al paciente, así sea poquito, ¿cierto? en ese momento es lo que yo le puedo ofrecer. Es el poquito tiempo, el poquito contacto que yo pueda establecer con él" (E16); "Estar pendiente del paciente, de que sí lo vea el especialista, que los exámenes estén a tiempo. Yo voy a ver cómo llegó mi paciente, si llegó de cirugía, mirar cómo está la herida, y mirarlo como está, como está del dolor, y explicarle que ya le vamos a aplicar la droguita para el dolor, o que todavía no le podemos dar más para el dolor, porque ya le pusimos. Trato como de decirle que a tal hora puede comer, y darle como esa induccioncita [...]. (E9).

Las participantes en el estudio, conscientes de la falta de tiempo para dar el cuidado directo, y a sabiendas de que es un asunto central de la enfermería profesional, se valen de la cortesía para tener cierto acercamiento a la persona hospitalizada.

Criterios para la clasificación del cuidado

La obligación de múltiples tareas lleva al profesional de enfermería a priorizar las actividades de cuidado, y para ello hace una clasificación de las enfermedades de las personas a su cargo y determina cuáles de entre ellas deben recibir cuidado profesional. Así, la condición para brindar el cuidado directo se refiere a condiciones biológicas y a procedimientos técnicos especiales, como curaciones difíciles o cateterismos: "Muchas veces

uno se dedica a la sala más congestionada [...] Le da a uno hasta dificultad colaborar con una curación del paciente. Tienen que ser curaciones así, pues muy grandes, porque de verdad que no nos queda tiempo; con tantas salas, no [...]. Pregunta a la compañera que me entrega el turno de noche, cuál es la sala que está más complicada y que tiene más usuarios. Entonces me voy para esa, y recibo con las auxiliares cada paciente en su habitación. [...]. Cuando son así, curaciones grandes y todo, uno saca el tiempo como sea” (E3); “De pronto casos especiales donde uno sí tiene que hacer una intervención, uno saca el ratito y se acerca al paciente [...] Haciendo procedimientos más difíciles, los que tengan mayor riesgo de complicación” (E4); “Yo ya sé que aquel paciente necesita una curación difícil, yo la voy a hacer, o que está muy infectada, que es muy difícil y yo la quiero hacer” (E2).

Las enfermeras, a pesar de sus múltiples tareas, en ocasiones deciden dedicar tiempo al cuidado directo de un paciente porque encuentran que la acción directa es indelegable.

El cuidado delegado

Una vez clasificada la enfermedad, se delega el cuidado en la auxiliar de enfermería, dejando el cuidado de enfermería relegado a un segundo plano. Como lo expresó una de las participantes, “el cuidado con calidad es un acto de buena fe”, y el cuidado directo ejercido por ellas “se ha acabado”. Es la auxiliar de enfermería quien conoce a los pacientes y en ella se delegan actividades propias del profesional, como por ejemplo, la administración de medicamentos y las curaciones.

Las profesionales se quedan en la administración de la sala, considerada la función primordial por quienes dirigen la institución prestadora de servicios de salud: “El cuidado directo se delega prácticamente, porque la misma dinámica de la institución, la misma coordinación de las tres sedes, hace que el cuidado directo pase a un segundo plano. [...] el cuidado de calidad, digamos que es un acto de buena fe. [...] es prácticamente

la auxiliar la que está cuidando directamente al paciente. Yo pienso que en el cuidado directo al paciente, la enfermera profesional sí se ha acabado. Uno tiene que delegarle a la auxiliar” (E3); “La auxiliar es la que conoce el paciente [...] Estamos delegando cosas tan importantes como la administración de medicamentos. A mí, eso me parece básico y fundamental. Primero, una auxiliar de enfermería no aplicaba un medicamento y ahora les toca a todas. Aquí hay una auxiliar que está dedicada nada más a eso. Entonces, la auxiliar está todo el tiempo con el paciente y la enfermera se está dedicando a delegar todo. La enfermera icómo tiene que hacer tantas cosas! Yo no me puedo ir a hacerle la curación a ese paciente, entonces hágasela usted [...] Las enfermeras nos dedicamos a delegar, delegar, y delegar [...]” (E2); “Que la auxiliar tenga alguna duda, alguna inquietud, algún problema, le toca a uno hacerse cargo del paciente” (E8).

Varias enfermeras afirmaron que las instituciones establecen las reglas de juego en la asignación de tareas, como se aprecia en el siguiente testimonio, obtenido durante la socialización de los resultados a las participantes del estudio: “El cuidado y acompañamiento al paciente no se puede sistematizar y quedamos mal con las tareas asignadas; los auditores y administradores no valoran el cuidado directo de enfermería”.

Los testimonios expresan su preocupación por la delegación del cuidado en la auxiliar de enfermería. Sin embargo, un participante que labora en una institución privada, dijo que supervisa el trabajo de las auxiliares para poder dedicarse a las otras actividades, e incluso expresó: “(...) el cuidado directo no da estatus, en cambio el trabajo con la gerencia de la institución sí” (E1).

La descripción pone en evidencia que las profesionales de enfermería participantes de este estudio cumplen una función administrativa dentro de la sala de hospitalización. El cuidado directo de los pacientes recae en la auxiliar de enfermería, salvo en las ocasiones en que la profesional lo considera indelegable, y la función de educación e investigación está ausente. Es claro que tratan

de minimizar su ausencia en el cuidado directo, y la falta de comunicación con normas de cortesía que permiten alguna relación con los pacientes. Esta problemática fue reconocida por los miembros del COINDE y uno de ellos dijo: *“Esto es una fotocopia del día a día, debemos recuperar el cuidado”*.

Discusión

Con la Ley 100 de 1993 se redujo en Colombia el recurso humano en las instituciones de salud, situación que afectó concretamente al personal de enfermería.¹³ Con la disminución del recurso humano, a las enfermeras se les asignan en ocasiones varias salas con alto número de pacientes, razón por la cual no dan el cuidado directo y se ven obligadas a delegarlo. Es de anotar que la delegación del cuidado enfermero en este contexto geográfico, se viene reportando desde los estudios realizados en la década de 1990.^{10,11}

Si bien el profesional de enfermería debe dar cuidado directo al paciente, gestionar el servicio, cumplir las funciones médico-delegadas, dar educación e investigar, estas funciones deberían estar en un cierto equilibrio, de manera que el cumplimiento de una de ellas no entorpezca las otras. Sin embargo, la cultura institucional implantada con la reforma del sector salud, no les permite a las participantes cumplir con dichas funciones equitativamente, y hacerlo implicaría correr el riesgo de perder el trabajo, riesgo que ninguna de las participantes quiere correr y que resuelven privilegiando la parte administrativa, usando la cortesía como forma de comunicación, delegando el cuidado en las auxiliares de enfermería y dando un mínimo de cuidado directo.

Chanbliss²⁰ expresa que, en el ámbito de la cultura hospitalaria, la praxis de enfermería es un reto para el profesional, puesto que se espera que: a) sea una persona que cuida, b) una profesional y c) un miembro relativamente subordinado de la organización.

A la luz de este planteamiento encontramos que las instituciones observadas demandan de los profesionales de enfermería tanto la administración de los servicios, como el cuidado directo a los pacientes, como se muestra en la observación 3. Es decir, el cuidado directo, como centro de su praxis, sigue presente en la cultura institucional, pero la función administrativa prima sobre las otras funciones. Según el mismo autor, a la subordinación de enfermería contribuye, en parte, el legado histórico. Según Turner²¹ y Medina,²² desde sus orígenes la práctica de enfermería se ha enfrentado a la ambivalencia porque de una parte está el acto de cuidar, y de otra, un medio absorbido por el profesionalismo médico dominante, con unas condiciones tradicionales de acatamiento, tecnicismo y burocracia. Este legado histórico, sumado a las exigencias del sistema de salud actual y a la baja oferta salarial, mantiene a las participantes del estudio en condiciones de subordinación.

Si bien uno de los participantes no expresó sentimientos de tristeza o frustración, porque sentía que desde la administración del servicio y la participación en los diferentes comités cumplía con el cuidado de enfermería, las demás sí manifestaron sentirse culpables por no poder estar con los pacientes, asunto que también es reportado por otros estudios, como el de Fletcher.²³ Sin embargo, las enfermeras defienden el cuidado directo y procuran darlo. Con esta intención hacen una clasificación de las salas o de las condiciones fisiológicas de los pacientes, y ante la imposibilidad de brindar el cuidado directo, procuran tener cierta proximidad con los pacientes a través de la cortesía.

En el presente estudio se entiende la cortesía desde la propuesta de Brown y Levinson,²⁴ quienes lo interpretan como el concepto de imagen pública que hay que proteger y evitar dañar. Pero además tiene dos imágenes: la negativa y la positiva.

La imagen negativa hace referencia a que los individuos no desean que sus actos sean irrespetados por otros, o mejor aún, quieren que sus acciones no sean impedidas y se afiance su derecho a la intimidad. La imagen positiva es la que el individuo tiene de sí mismo, y él aspira a ganar

el reconocimiento de los demás según esa imagen; es decir, toda persona espera que se acepte su forma de ser.²⁵ De este modo, cuando la enfermera señala que, “(...) con una sonrisa, con una caricia que le haga al paciente, así sea poquito, porque es lo que ella puede ofrecer en el poquito tiempo que puede estar con él”, ‘un saludo, un cómo estás’”, lo que hace es desarrollar una estrategia de comunicación que le permite mantener su imagen positiva ante el paciente y familia.

Con relación a lo que hacen las enfermeras en las salas de hospitalización de adultos, este estudio señala tres problemas: el primero tiene que ver con las instituciones formadoras de recursos humanos con programas desarticulados de la realidad del contexto; el segundo es el desconocimiento de los administradores, auditores y gerentes de las empresas de salud, sobre el objeto de la enfermería, sus implicaciones en el bienestar y la vida, y los costes hospitalarios, desconocimiento que obedece, quizás, a la falta de una cultura que avale sus decisiones en el cuidado directo, en la educación y en la investigación. Sólo ven en la enfermera la función de administradora de salas o servicios de salud y la coadyuvante de otros procesos administrativos institucionales; y el tercero es la falta de oferta laboral bien remunerada. La empresa asigna las profesionales de enfermería a determinadas funciones necesarias, y éstas, a pesar de su insatisfacción por no poder dar el cuidado como lo aprendieron, tienen que asumir dichas tareas y quedan totalmente subordinadas a las decisiones de la institución empleadora.

Finalmente cabe señalar que, según la experiencia de otros países, el cuidado por parte del profesional de enfermería repercute directamente en la calidad de la atención: el mayor número de horas de dedicación de la enfermera está asociado estadísticamente con un período más corto de hospitalización y con la disminución de complicaciones clínicas.²⁶⁻³⁰ También en nuestro medio se ha comprobado que el cuidado del profesional de enfermería significa seguridad para los pacientes.³¹

Como conclusión de este estudio se puede afirmar que es marcada la prioridad que las profesio-

sionales de enfermería del estudio que laboran en salas de hospitalización de adultos, les dan a las tareas administrativas, sacrificando el resto de sus funciones. El tiempo para dar el cuidado directo es poco y éste se da sólo cuando ellas consideran que es indelegable. Las funciones de educación e investigación quedan por fuera de las funciones de enfermería. Realizar funciones que no les competen y delegar el cuidado directo en la auxiliar de enfermería obliga a estas profesionales a optar por la cortesía como estrategia para mitigar la desvinculación del cuidado.

Estos hallazgos suponen un desafío para las profesionales, quienes deben discutir de manera abierta y reevaluar las funciones actuales de enfermería, según las exigencias del contexto y las entidades empleadoras. Frente al quehacer de las participantes del estudio, existe un desencuentro entre las entidades formadoras y las entidades contratantes, lo que obliga a un diálogo donde las primeras expresen su objeto disciplinar y el impacto positivo de éste, y las segundas expresen sus necesidades frente a la contratación de profesionales de enfermería.

Los resultados de este estudio muestran la necesidad de que en Colombia se realicen investigaciones relacionadas con el costo-beneficio del cuidado directo de enfermería en salas de hospitalización; sólo así se podrá rescatar su valor e impacto en el cuidado de la salud y, por supuesto, en las instituciones.

Referencias

1. Medina L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999. p. 35.
2. Gabriela G, Jávita R. Manual de la Enfermera. Madrid: Cultural S.A; 2005. p. 24-25.
3. McDermit M.T. Análisis conceptual de la enfermería. Educ Med Salud. 1973;7(1):3-15.
4. Marriner Tomey A. Definición de la enfermería clínica. En: Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y

- teorías en enfermería. 5ª ed. España: Mosby; 2003. p. 98-100.
5. Organización Mundial de la Salud. Servicios de enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008. Ginebra: OMS; 2002. p. 27-38.
 6. Aiken Aiken LH, Sloane D, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Med Care*. 1999;37(8):760-72.
 7. Miranda MB, Gorski LA, LeFevre JG, Levac KA, Niederstadt JA, Toy AL. An evidence-based approach to improving care of patients with heart failure across the continuum. *J Nurs Care Qual*. 2002;17(1):1-14.
 8. Aiken LH, Smith H, Lake E. Lower medicare mortality among a set of hospital known for good nursing care. *Med Care*. 1994;32(8):771-87.
 9. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*, 2002;346(22):1715-1722.
 10. Ortiz AC, Gaviria DL, Palacio ML, Marín A, García DP, Montoya EL, et al. La participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. *Invest Educ Enferm*. 2002;20(2):2-29.
 11. Escobar Saldarriaga I, Castrillón Agudelo MC, Pulido de Lalinde S. Calidad de atención en salas de trabajo de parto. *Invest Educ Enferm*. 1992;10(2):65-78.
 12. Castrillón Agudelo MC, Jaramillo Londoño E, Lalinde Gómez MC, Pérez Peláez L, Palacio Molina M. Atención de pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares en dos instituciones del segundo nivel de atención en salud. *Invest Educ Enferm*. 1997;15(1):13-33.
 13. Romero Ballen MN. Reflexión desde la enfermería sobre el sistema garantía de la calidad de los prestadores de servicios de salud. En: Foro permanente sobre la calidad de la atención en salud. Bogotá: Academia Nacional de Medicina de Colombia; 2002. p. 139-148.
 14. Boyle JS. Estilos de etnografía. En: Morse JM, compilador. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.185-214.
 15. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Piados; 1992. p. 20, 29-37,109.
 16. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N. 008430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (Oct 4, 1993).
 17. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía: métodos de investigación*. 2ª ed. Barcelona: Paidós; 2001. p. 16-37, 224-257.
 18. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation. Methods*. California: Sage Publication; 2002. p. 260-264.
 19. Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa cualitativa em saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1999. p.99.
 20. Chanbliss D. ¿What it means to be a nurse? En: Strother K. *Women and health: power, technology, inequality, and conflict in a gendered world*. Boston: Allyn and Bacon; 2002. p. 271 -280.
 21. Turner B. Los profesionales y los pacientes. En: Cuesta C, Compilador. *Salud y enfermedad*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 187-222.
 22. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. España: Laertes; 1999. p. 41-142.
 23. Fletcher CE. Hospital RN's job satisfactions and dissatisfactions. *J Nurs Adm*. 2001; 31(6):324-31.
 24. Brown, P, Levinson S. *Politeness: some universals in language usage*. Cortesía: algunos universales en el uso del lenguaje. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
 25. Alvarado Ortega M. La ironía y la cortesía: una aproximación desde sus efectos. *Estudios de Lingüística*. 2005;(19):33-45.
 26. Dennis MS, Lewis SC, Warlow C. Routine oral nutritional supplementation for stroke patients in hospital: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;365(9461):755-763.
 27. Lazarus C, Halyn J. Prevalence and documentation of malnutrition in hospital: a case study in a large private hospital setting. *Nutr Diet*. 2005;62(1):41-7.
 28. Horn DS, Bender AS, Bergtrom N, Cook AS, Ferguson ML, Rimmasch HL, et al. Description of the National Pressure Ulcer Long-Term. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(11):1816-25.
 29. Daza de Caballero R, Prieto de Romano GI, Torres Pique AM. Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. *Index Enferm*. 2005;14(48-49):18-23.
 30. Morales PC, Guanache GH, Gutiérrez GF, Martínez QC, Hernández AR. Costos de las infecciones nosocomiales en pacientes atendidos en una unidad de cuidados intermedios. *Rev Cubana Enferm*. 2004;20(2)1-4.
 31. Quintero MT, Areisa S, Peláez A, Gómez M. El cuidado del profesional de enfermería significa seguridad. Medellín: Universidad de Antioquia y Fundación Sanitas; 2008. p. 20-29.