INTERRELACIÓN PROFESIONAL Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Necesidad vs Dificultad

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA

Director de Enfermería A.P. Área 17. Elda (Alicante)

RESUMEN

La prestación de los cuidados precisa de una Interrelación Profesional que facilite la adecuada y necesaria continuidad de los cuidados. A lo largo del artículo se analiza tanto el concepto de Interrelación y su necesidad, como las dificultades que impiden su desarrollo. Los niveles asistenciales, los profesionales sanitarios, la Organización, la Comunidad y el propio usuario y su familia, se convierten en piezas clave para lograr alcanzar una adecuada Continuidad de los cuidados que pasa necesariamente por la Interrelación Profesional. Las Enfermeras como piezas clave del dilema cuidar-curar, adquieren un mayor protagonismo en esta necesidad vs dificultad de la Interrelación Profesional, lo que obliga a plantearse cambios en las actitudes y aptitudes que favorezcan la continuidad de los cuidados que demanda la Comunidad.

Palabras clave: Interrelación Profesional, continuidad de los cuidados, comunicación.

PROFESSIONAL INTERRELATION AND CONTINUITY OF CARES

The benefit of cares needs a Professional Interrelation that facilitates the suitable and necessary continuity. Throughout of this work is analyzed the concept of Interrelation and its necessity, and also the difficulties that prevent their development. The welfare levels, the sanitary professionals, the Organization, the Community and the

user and his family, become pieces nails to reach a suitable Continuity of the cares that happens necessarily through the Professional Interrelation. The Nurses as pieces nail of the dilemma caring of-to cure, acquire a greater protagonism in this necessity versus difficulty of the Professional Interrelation, which forces to consider changes in the attitudes and aptitudes that favor the continuity of the cares that the Community demands.

Keywords: professional interrelation, continuity of cares, communication.

*Non caret effectu, quod voluere duo.
Lo que quieren dos, no deja de realizarse.*

OVIDIO, *Amorum*, II, 3, 16.

INTRODUCCIÓN

Sucede con relativa frecuencia que utilizamos términos para definir situaciones, actividades o proyectos sin que realmente tengamos claro cuál es el verdadero significado de los mismos. Es por ello, que me van a permitir, que recurra al Diccionario para analizar correctamente de lo que pretendemos hablar hoy, es decir de "Interrelación".

Al no aparecer como voz o vocablo, se entiende que se trata de una palabra compuesta que según el Diccionario de María Moliner dice: Inter: elemento procedente de la preposición latina *inter*, entre, en medio, que aparece como prefijo en voces compuestas.

Relación: situación que se da entre dos cosas, ideas o hechos cuando por alguna circunstancia están unidos de manera real o imaginaria.// Correspondencia, trato o comunicación entre dos o más personas.

En el caso que intentamos analizar se presentan, pues, múltiples y en ocasiones difíciles relaciones que van a influir de manera muy importante en la posibilidad de alcanzar una satisfactoria Interrelación Profesional que facilite la correcta, eficaz y eficiente continuidad de los cuidados que es, al fin de cuentas, el principal objetivo de la misma, aunque no el único, como iremos viendo.

Centrándome en la Interrelación, en primer lugar tendríamos la situación que se da entre el profesional (sea éste de la categoría que sea) y el usuario por la circunstancia real o imaginaria derivada de su salud por la que evidentemente están unidos. Por otra parte se produce la relación entre profesionales de una misma categoría a través del trato o comunicación ante situaciones que se dan entre ideas derivadas de la circunstancia que les une, es decir, la atención al usuario, paciente o cliente, y sobre la que no siempre se consiguen poner de acuerdo. Asimismo, existe la relación entre profesionales de diferente categoría pero de un mismo equipo, con idénticas características que las anteriormente mencionadas pero, habitualmente, con diferentes intereses derivados de su posición profesional. Se da, también, la relación entre el equipo de trabajo y la organización, en la que la circunstancia que les une es en más ocasiones, de lo que sería deseable, más imaginaria que real.

Teniendo en cuenta todo lo dicho, al anteponer la preposición latina *inter* como expresión de situación o conexión, a la voz de *relación*, ya analizada, nos daría como resultado el intento de conexión de todas las situaciones ya apuntadas y que obedecen más a un sistema de relaciones interindividuales que a una tendencia institucional con relación a una realidad social, distinta de las relaciones

individuales, formada por categorías de fenómenos organizadas y estructuradas.

Estamos, pues, ante un intento de conjugar todos los intereses individuales (personales, profesionales, estructurales...) que se pueden producir, con el fin de poder dar respuesta a la necesidad de una atención integral que pasa por la continuidad de cuidados y ésta a su vez por la Interrelación Profesional.

INTERRELACIÓN PROFESIONAL

Quisiera destacar, antes de seguir que me parece más acertado hablar de Interrelación Profesional que de Interrelación entre niveles, lo que ya de por sí es una desigualdad al situar a diferente "altura", uno por encima o debajo de otro, aquello que queremos relacionar y que sin duda lleva implícitos desniveles que deberemos afrontar como dificultades a salvar.

Al hablar de Interrelación Profesional, por el contrario, nos situamos desde el inicio en una situación de igualdad que aunque, evidentemente, no elimina las dificultades, al menos permite abordar la situación desde planteamientos de igualdad.

Aún así la Interrelación Profesional resulta restrictiva por cuanto estamos abordando el problema o la solución, según se mire, desde una óptica excesivamente personalista, al olvidar en esta Interrelación a quien verdaderamente es la causa y efecto de nuestra actividad profesional, es decir, el individuo, la familia y la comunidad.

Está claro que los profesionales, como verdaderos proveedores de cuidados, tenemos un papel importante en el juego de la continuidad de cuidados, pero no lo está menos el hecho de que los individuos, sus familias y las comunidades en las que viven tienen que ser integrados plenamente en la correspondencia, trato o comunicación con los profesionales para de esta manera alcanzar la continuidad de cuidados que se pretende y sin los cuales no será percibida por los mismos.

Todos estamos de acuerdo en que la continuidad de los cuidados es una necesidad tanto para los que los prestan como para los que los reciben o tienen que recibirlos e incluso para quienes los tienen que gestionar o proveer como empresa y sin embargo se siguen organizando Jornadas, Congresos, Proyectos, Seminarios... para debatir, estudiar o aportar ideas que traten de hacer efectivo algo que participa de tanto consenso.

No parece, pues, que sea un tema de tan fácil solución y que más bien se plantea como un verdadero problema del que participan prácticamente todas las Organizaciones Sanitarias. Y es precisamente en ese problema en el que tenemos que centrar nuestra atención.

INTERRELACIÓN PROFESIONAL: DIFICULTADES DE UNA NECESIDAD

Detectado el problema, valorada su importancia y analizado su significado, se hace necesario, pues, el análisis de las causas que lo provocan o que, cuanto menos, impiden su solución.

La evolución histórica de los Sistemas Sanitarios ha provocado una, cada vez mayor, diferenciación de los niveles asistenciales, que se han configurado como parcelas "independientes", con objetivos diferentes y en lucha por obtener más y mejores recursos materiales y humanos, más como muestra de preponderancia o poder que como esfuerzo por conseguir una mejor atención.

Así pues, es frecuente encontrarse con la nada alentadora discusión entre *"Yo dueña y vos doncella, ¿quién barrerá la casa"*, que suele acabar como con los canes de Zurita, que *"no teniendo a quien morder, uno a otro se mordían"*. En consecuencia, se provoca una importante distorsión en la prestación de los cuidados requeridos por la población, independientemente de la calidad que en cada uno de los niveles pueda llegar a producirse.

La población, por su parte, que nunca es ajena a los juegos políticos, sociales y/o profesiona-

les, aunque pueda parecer lo contrario, asume rápidamente el rol que más le interesa y que no es otro que el de situarse al lado de quien se transmite más poderoso, eficaz y resolutivo, dejando en un segundo plano a quien se transmite, por el propio Sistema, como secundario, accesorio o de trámite.

Los profesionales por su parte también entran en este juego de Rol y se sitúan rápidamente en el lugar que entienden da una mayor respuesta a sus inquietudes y desarrollo profesional.

Los políticos y por ende las Organizaciones confieren una hegemonía y preponderancia a la técnica derivada más como un medio de transmisión de las demandas que hace la población, en vez de como un fin que de respuestas a esas demandas.

Nos podemos plantear, pues, las siguientes preguntas: ¿Existen cuidados de Primaria y de Especializada?, ¿Existen pacientes de primaria o de especializada?, es más ¿Existen enfermeras de Primaria y de Especializada?, ¿Existen familias de Primaria y Especializada?

Las preguntas con parecer de perogrullo tienen difícil respuesta a las que espero dar cumplida cuenta.

Con este marco escénico en el que la accesibilidad, la equidad y la integridad forman parte de los circunloquios utilizados por la falta de ideas e incluso de franqueza convirtiéndose en quimeras o todo lo más en promesas difíciles de cumplir, y en el que la comunicación, no traspasa los límites de pequeñas parcelas de poder, se establecen de forma progresiva los Niveles Asistenciales en los que el esfuerzo por salvar las diferencias es tan grande que se suele abandonar, ahondando en el dilema curar - cuidar al que no sabe dar respuesta adecuada la tecnología.

La percepción de pertenencia a un Nivel u otro, por otra parte, es interiorizada de forma rápida y permanente por parte de los profesionales adoptando actitudes de defensa de no se sabe bien que intereses, por cuanto éstos, no interesan real-

mente ni a quienes los defienden, ni a quienes afectan, ni a quienes tienen la obligación de que se produzcan, generando situaciones kafkianas en las que los profesionales consumen su tiempo, esfuerzo y capacidad en acotar, reforzar y defender su espacio de actividad, reservando información y dificultando su transmisión mientras el usuario, paciente o cliente permanece como espectador pasivo a merced de lo que los actores quieran hacer en cada momento.

Si a todo esto añadimos que los servicios sanitarios institucionalizados se han venido orientando a la familia de forma implícita más que explícita, con evidentes vacíos, silencios y por lo tanto potenciales cambios y distorsiones, nos daremos cuenta de lo complejo que puede llegar a resultar la Interrelación Profesional imprescindible para alcanzar la continuidad de los cuidados.

La insatisfacción de la población, la desmotivación de los profesionales y el obligado planteamiento de gestores y políticos en cuanto a que la Salud no tiene precio pero sí un coste muy elevado, obligaron a plantear un cambio de escenario que pasaba por el desarrollo de la Atención Primaria, para tratar de dar respuesta a las necesidades planteadas desde los diferentes sectores políticos, sociales y profesionales.

Sin embargo, y con ser importante, este desarrollo de la Atención Primaria se realiza manteniendo intactas las posturas y posicionamientos de los profesionales, cuando no, incrementándolos dado el mayor peso específico que adquieren los de Primaria y que es observado como una amenaza por los de Especializada, lo que genera un círculo vicioso que impide eliminar la dicotomía Primaria - Especializada, en donde el paciente se convierte, en la mayoría de las ocasiones, en el único nexo de unión entre los profesionales, haciéndolo además de manera tenue, al actuar básicamente como mensajero y transmisor de la información, lo que provoca un efecto de colum-

pio, en el que percibe mucho movimiento pero ningún avance.

Consecuentemente se provoca un efecto de rebote en el que no ya tan solo los profesionales recelan y desconfían entre sí, sino que son los propios usuarios los que, una vez más, acaban percibiendo y asumiendo esta desconfianza que impide o dificulta la continuidad de los cuidados.

A todo lo señalado hasta ahora hay que añadir graves problemas de interdependencia entre los diferentes colectivos profesionales en contra de la Filosofía transmitida, desde diferentes organismos, del trabajo en Equipo que acaba convirtiéndose más en una falacia que en una realidad, con constantes agravios comparativos y actitudes ultradefensivas e irracionales que no hacen sino aumentar las dificultades de lo que venimos llamando Interrelación.

Todas estas circunstancias favorecen la fragmentación de la atención, la repetición de muchas actuaciones innecesarias y a medias, el sentimiento de posesión exclusiva hacia el paciente (mi paciente), las acciones contradictorias por desconocimiento y un importante aumento del gasto.

El cambio de determinados servicios hospitalarios a otros basados en la comunidad, la mayor exigencia de servicios sanitarios por parte de la población debida al incremento de sus expectativas, los cambios demográficos, el desarrollo de tecnología quirúrgica no invasiva, la instauración de hospitales de día, hospitalización a domicilio, etc. está afectando la demanda profesional, básicamente de enfermería, que se tiene que desplazar cada vez más al domicilio del paciente y que tienen que generar un cambio de actitudes y aptitudes con relación a las clásicas y caducas concepciones de que la técnica es exclusiva de Especializada, la Educación para la Salud de Primaria, la Promoción de la Salud de Salud Pública, la gestión de los cuidados de la Administración y la paciencia del usuario, la familia o la comunidad.

Las Organizaciones, sin embargo, no suelen reaccionar con la rapidez deseada a los cambios mencionados, interfiriendo, por el contrario, de forma manifiesta en la realidad de que el Domicilio es el escenario natural de cualquier usuario y su familia y que, por lo tanto, deberá ser en él donde con mayor incidencia se deban prestar los cuidados. Interfiriendo en la realidad de que los profesionales sanitarios son una parte, importante pero tan solo una parte, de la prestación de cuidados. Interfiriendo en la realidad de que las familias son el núcleo principal de la prestación y demanda de cuidados. Interfiriendo en la realidad de que la Comunidad dispone de recursos que no están siendo debidamente coordinados y utilizados para la eficaz prestación de cuidados. Interfiriendo en la realidad de que el Hospital debe convertirse en un espacio sin solución de continuidad con el Domicilio del paciente. Interfiriendo en la realidad de que no puede seguir existiendo un tiempo de cuidados dependiendo de que se esté en el Hospital o en el domicilio. Interfiriendo en la realidad de que los profesionales sanitarios lo son de la Comunidad y no del Hospital o del Centro de Salud.

Son, pues, los profesionales los que deberán asumir la imprescindible necesidad de cambiar lo real por lo óptimo adoptando, además, este cambio como una actitud personal y decidida que impida, como decía Pierre FLUCHAIRE, que *"Deseamos que el mundo y los demás cambien y no pensamos en cambiar nosotros mismos"*.

Por su parte, los demás recursos comunitarios tienen que abandonar la idea de competencia con los anteriores como forma de demostrar un espacio de utilidad entre la población, coordinando los esfuerzos y facilitando la reordenación y racional utilización de todos ellos, entrando a formar parte activa también de la Interrelación que aumente la cobertura y continuidad de los cuidados prestados.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS: NECESIDAD DE UNA DIFICULTAD

Si bien es cierto que la Interrelación Profesional, acotada al ámbito de la Enfermería, se ha logrado a un nivel importante mediante la interiorización ciertas actividades llevadas a cabo en el desarrollo profesional de ciertos ámbitos sanitarios (protocolos, Informe de Enfermería al Alta, Informe de Enfermería al Ingreso...), no lo es menos que la Interrelación Profesional en el sentido más amplio de la expresión aún está lejos de alcanzarse.

Los motivos, razones o juicios que al respecto pudiera argumentar en estos momentos podrían sonar a excusa, si los enmarcase en el manido y en muchas ocasiones interesadamente utilizado agravio comparativo que se produce entre colectivos y fundamentalmente con los médicos. Pero lo bien cierto es que mientras no se logre una interiorización de todos los instrumentos actividades y proyectos desarrollados por parte de todos y cada unos de los profesionales que intervienen en la prestación de cuidados, del tipo que sean, no se alcanzará ni la Interrelación profesional ni la adecuada continuidad de los cuidados, por cuanto se entenderán como anécdota, voluntariedad e incluso esnobismo, cuando no como una manera de adquirir, suplantar o conquistar parcelas de actividad, mal entendidas muchas veces como de "poder".

Las/os enfermeras/os debemos de ser capaces no tan solo de desarrollar nuevos y eficaces instrumentos de Interrelación sino de saber transmitirlos para que sean entendidos y asumidos como elementos de racionalización de la actividad propia de cada uno de los profesionales implicados en un proyecto que tiene como fin el obtener la mayor eficacia, efectividad y eficiencia posibles.

El IEA, el IEI, los protocolos, etc., no deben ser entendidos como de utilidad exclusiva para las/os enfermeras/os, lo mismo que la HSAP no lo

es del médico, del Trabajador Social o de la Enfermera/o, tampoco.

Pero evidentemente para convencer hay que estar convencido. Y si nosotros no lo estamos, difícilmente podremos convencer a otros profesionales de su necesidad, utilidad y conveniencia, por lo que tendremos que redoblar los esfuerzos tendentes a conseguir que éstos y cualesquiera otros instrumentos sean entendidos como parte fundamental de la Interrelación Profesional que favorezca la continuidad de los cuidados.

Por otra parte los órganos de gestión deberán implicarse también en este proceso sin el que difícilmente se podrán alcanzar metas u objetivos relacionados con la Interrelación. Sus objetivos, como gestores, aún pudiendo aparecer lejanos a los nuestros, como profesionales, se encuentran íntimamente ligados no pudiendo desligarse los unos de los otros, por lo que resulta imprescindible también su integración en la continuidad de los cuidados.

Por último, se hace imprescindible la COMUNICACIÓN, como el verdadero y más importante instrumento de la Interrelación. Y esta consideración que, dados los avances tecnológicos existentes en este sentido, puede ser considerada como superada, se hace más patente todavía. Pues si bien es cierto que la informática, Internet y demás redes de comunicación pueden sernos de

gran utilidad, no lo es menos que puede hacernos caer en una "comunicación autista", en la que los sentidos queden anulados completamente del necesario intercambio de información. La relación interpersonal a través de la vista, el habla, el oído, el tacto... se hacen imprescindibles en la Interrelación Profesional, más allá de la simple, aunque necesaria, Interrelación Informativa.

La Interrelación Profesional resulta imprescindible para alcanzar la CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS, que aunque pueda parecer objetivo difícil de alcanzar, tal como decía GANIVET "No hay que desistir de nada, sino que hay que empezar inmediatamente a hacer lo que quiera que sea como si fuese una obra muy larga".

BIBLIOGRAFÍA

- ESCOLAR, F., HERNÁNDEZ, M. (1996); "Experiencia de integración atención primaria/hospital en el área de Tudela"; Cuadernos de Gestión; Edit Doyma; Vol. 2, n.º 4.; 214-219 (Artículo revista).
- MARTÍNEZ RIERA, J.R. (1999); "Informe de Enfermería al Ingreso (IEI) Instrumento específico de Interrelación"; Rev. Rol, Vol. 22, n.º 2; 133-139 (Artículo revista).
- MARTÍNEZ RIERA, J.R. (1998); "Interrelación: una necesidad entre Atención Primaria y Atención Especializada"; Rev. Metas de Enfermería, Edit.: Paradigma; n.º 2.; 53-61 (Artículo revista).
- SOLANS, P., RODRÍGUEZ, L. (1996); "La atención compartida entre la atención primaria y el hospital"; Cuadernos de Gestión, Edit Doyma; Vol 2, n.º 3, 150-158. (Artículo revista).