

XI SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED CAPS

Barcelona, 30 de octubre de 2009

SER ENFERMERA EN UN HOSPITAL: VIVENCIAS, TRABAJO INVISIBLE, TRABAJO A LA SOMBRA

Cristina Cantalejo Recio. Enfermera. Hospital del Tajo (Aranjuez)

En primer lugar quisiera dar las gracias a la Red y especialmente a Margarita por darme la oportunidad de expresar todo esto que tengo dentro; también porque he aprendido mucho obligándome a organizar mis ideas y vivencias para contarlas en estos 25 minutos y porque no es habitual en sanidad que se nos de la palabra a las enfermeras. Espero que mi intervención sirva para tener más claro quiénes somos las enfermeras y qué hacemos.

¿Enfermeras imprescindibles? Quiénes somos las enfermeras.

Voy a empezar desde el principio, porque no todas en la Red habéis tenido la oportunidad de relacionaros con nosotras. Yo diría que las enfermeras somos un tipo de personal sanitario especializado en CUIDAR, CUIDAR con mayúsculas, CUIDAR a las personas, a veces consideradas sanas y principalmente consideradas enfermas. No voy a explicar que es CUIDAR con mayúsculas porque cuando acabe todas sabréis a qué me refiero. Si ese trabajo es en puestos de gestión también el objetivo debe ser CUIDAR a la población.

Trabajo en una planta de Medicina Interna desde hace 18 meses, en el hospital de Aranjuez que es un pequeño hospital al sur de Madrid, uno de los 8 hospitales que en la Comunidad se construyeron en la última legislatura. Se llama Empresa Pública Hospital del Tajo, y únicamente médicas, enfermeras, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas somos personal público. Absolutamente todos los demás servicios del hospital se han subcontratado: lencería, cocina, informática, administración de personal, celadores, servicio de rayos, laboratorio... Antes he trabajado 7 años en cirugía general y 3 años en la UCI de coronarias del hospital 12 Octubre que es un gran hospital de Madrid. Y voy a hablar de la enfermería en atención hospitalaria, desde lo que vivo y he vivido en estos años.

Sobre lo que hago todos los días tengo que contaros que existe una **tensión constante entre centrar el trabajo de enfermería en CUIDAR o en las acciones derivadas del tratamiento médico**. Yo necesito saber qué diagnóstico médico tienen las personas porque una de mis funciones es detectar complicaciones y vigilar cómo evolucionan determinados signos o síntomas, esto es primordial por ejemplo en una UCI, o en las primeras 24h tras una cirugía. Pero aunque esto es importante, el bienestar, el cuidado integral de las personas tiene que ser protagonista en mis quehaceres. Es tan significativo, que es lo que justifica que las enfermeras dejáramos de ser ayudantes técnicos sanitarios, para ser una disciplina independiente. Tengo la posibilidad y

también la responsabilidad de conocer cuáles son los problemas de las personas para que su vida sea lo más cómoda posible, y el concepto de comodidad es desde el criterio de la persona que está enfrente, de quien estoy cuidando. Yo les digo “¿qué tal, cómo está?” A las personas encamadas les suelo decir “¿estas a gusto?” Porque si tiene dolor, si su postura es incómoda, si tiene legañas en los ojos, está sin peinar o tiene la piel seca a lo mejor no está a gusto, y en esto me da igual si tiene una insuficiencia cardiaca, una cirugía por cáncer de ovario o una neumonía. Cuando alguien me responde: “estoy triste, estoy preocupada, estoy harta de esto, tengo miedo...” estas respuestas ya sé que me piden otro tipo de cuidados. Y yo siento entonces, que tengo la suerte y la desgracia a la vez, de ser la profesional que debe favorecer este estar mejor en el que entran muchas cosas. Me cuentan a mí lo que sus apoyos familiares no son capaces de solucionar, gestionar o simplemente escuchar. No tenemos que olvidar que el hospital es un medio hostil y agresivo, las personas están ingresadas porque tienen un problema de salud, se encuentran mal, y eso conlleva estrés e inseguridad, están pasando un momento difícil de sus vidas, los ingresos además afectan mucho a las dinámicas familiares. Para esta tarea una de las principales dificultades es el tiempo del que dispongo, pero hay otras razones. Para proporcionar cuidados integrales hay que estar disponible integralmente, y aquí entra la afectividad y las condiciones de trabajo de las que luego hablaré.

No todas estamos disponibles para facilitar además de estar mejor, sentirse mejor por muchas razones: No se nos pide, no se fomenta y no tenemos la formación para ello. Desde la universidad aprendemos a centrarnos más en las técnicas que en estas actividades. Aprendemos a aparcar todas las vivencias profesionales en el vestuario a la salida, para que no me duelan, después pasamos a la pantalla autoprotectora y quizás, algún día podamos aprender a establecer esa relación terapéutica. Y eso que somos de las profesiones sanitarias que tenemos más formación en habilidades sociales, escucha y otros aspectos claves para ello. Un compañero, tras 12 años trabajando, escribió un relato sobre una vivencia con un enfermo oncológico y decía “aquel día aprendí que se puede abrazar a un paciente y seguir siendo un buen profesional”. Yo este año he cumplido también 12 años de enfermera, viví eso mismo unos años antes; no todas llegamos a esto porque no llegamos voluntariamente, es muy duro, las características del servicio donde trabajas te llevan antes, después o nunca. Es un punto de inflexión entre el aparcar y no querer ver los sufrimientos, y plantearse establecer este tipo de relación con los pacientes. No se nos forma para esto, nadie me habló mientras estudiaba de ver en primera fila cómo sufren las personas y sus familias, no he hecho ningún curso sobre cómo afrontar este estar en el contexto de los sufrimientos y no huir sino acompañar y apoyar, sólo en cuidados paliativos se habla de este tema. Además tengo que aprender a no sufrir yo demasiado a causa de mi trabajo diario.

¿Enfermeras desaprovechadas? Qué hacemos

Por ello creo que tengo miles de posibilidades pero nada potenciadas, me falta tiempo y me sobra carga de trabajo. Os cuento lo que hago en mi tarde, los primeros 20 minutos los dedico a recibir “la guardia”, mi compañera me cuenta cómo han pasado la mañana las personas que me toca cuidar, y después dedico entre ½ hora y 1 hora a “apagar los fuegos de la mañana”, porque al final del turno quedan cosas pendientes;

todas tenemos que registrar lo que hemos hecho, lo que no registramos no es valorado, no existe para el sistema en el que estamos inmersas, así que las demandas o necesidades de las pacientes que surgen al final del turno, a veces, pasan a un segundo plano: retirarle la vía a alguien que se va de alta o resolver dudas sobre como se tomará en casa la medicación, alguien con dolor o que hay que ayudar a ir al baño o que hay que retirarle alguna medicación, cualquier cosa que ha quedado pendiente del turno anterior. Después me pongo a preparar medicación. Poner el tratamiento médico parece ser el primer y principal objetivo que hay en mi tarde. Digo esto porque es lo único que siempre queda hecho, preparar y poner medicación ocupa más de 2/3 partes de mi tiempo. Así que tras apagar los fuegos preparo y pongo medicación, el volumen de medicación es tal que normalmente pongo en la misma ronda la de las 4 las 5 y las 6 de la tarde, porque para proteger mi salud mental he aprendido que los horarios son relativos y cuando intento separarla lo único que consigo es dar más vueltas sin mejorar los horarios. En esta ronda también tomo las tensiones arteriales y resto de constantes. Si me entretengo un poco más con cada paciente o hay que cambiar alguna vía, si hay alguna complicación o es un fin de semana que hay una enfermera y una auxiliar de enfermería menos, lo que significa un 50% menos de personal, puedo acabar pasadas las 19h, aunque lo normal es que sobre las 18 o 18:30 este terminando. Mientras pongo la medicación saludo y si no conozco a las personas que me ha tocado cuidar me presento, y ya miro de cada paciente qué vías hay que curar, qué ojos y bocas hay que limpiar, retiro los esparadrapos apretados... estas actividades del estar a gusto se comparten con la auxiliar de enfermería, se dice se delegan pero no es cierto, se comparten. En las condiciones en las que trabajamos, cuando ven que te pasas la tarde entre sistemas de suero, antibióticos y pastillas ellas responden a estas necesidades, este trabajo en equipo es imprescindible. Si se ha quedado alguna cama libre, que es lo habitual, entre las 18 y las 19:30 es el momento que mejor viene para que vengan los ingresos. Este tiempo es el único que dispongo para lo que no es poner medicación y registrar, o lo que es lo mismo, CUIDAR, y la mayoría de las veces se ocupa en acomodar a las nuevas pacientes y hacer los registros del ingreso. A las 19.30h comienza la cuenta atrás, hay que hacer muchas cosas hasta las 22h: hacer las determinaciones de glucemia, organizar las insulinas que hay que poner, muy alerta, porque en esta cuenta atrás es fácil cometer algún error, dar la medicación oral de la cena y comienzo a pasar las constantes vitales y glucemias, firmar los tratamientos que he puesto y escribir las incidencias de la tarde. Como es la hora de la cena normalmente hay menos demandas. Los registros los hacemos usando un complejo programa informático para cuyo uso me dieron una formación de dos horas. Luego pongo la medicación intravenosa de las 21.00 que ocupa mínimo ½ hora y ya sigo registrando. Normalmente me voy más tarde de las 22.00, y a veces no he curado todas las vías venosas o quedan pendientes otras tareas, pero me niego a dejar a medias el cuidado de los ojos y las bocas. Así que poder dar apoyo a alguien para que se sienta mejor, puede llegar a ser casi imposible. El objetivo del cuidado integral se suele quedar a medias.

Yo he aprendido cual es mi objetivo central: CUIDAR. Para ello he pasado por 8-10-12 años desarrollando mi profesión, me he seguido formando y le he dado muchas vueltas a por qué yo quería ser enfermera en lugar de otra cosa, cuales eran mis expectativas, el tipo de enfermera que quiero ser y qué tipo de enfermera puedo ser en estas condiciones.

Pero actualmente existe una dinámica en la atención sanitaria “del hacer”, de cumplir actividades, y esto nos ha llegado también a la enfermería: nolit si dolor, sonda rectal si gases, primperan si nauseas, orfidal si nerviosismo... Y ¿si llora? probablemente en los próximos días aparezca un antidepresivo en el tratamiento, pero otras actividades que quizá puedan ser útiles como estar, escuchar, consolar, coger la mano. ¿Y si necesita hablar? ¿No son actividades necesarias también? Parece que no. El caso es que las personas ingresadas han aprendido también esto y para todo piden una solución, siempre hay que hacer o dar algo tras una llamada, aunque no sirva para nada, pero si no, algunas personas no se quedan conformes, lo llamamos “la pastillita mágica”.

Relación terapéutica

Sobre el debate que surgió en la Red acerca de la relación terapéutica, me gustaría comentar que en mi opinión, las enfermeras tenemos una relación más cercana con el paciente que otras profesionales, incluso nosotras nos quejamos muchas veces de que nos consideran “un servicio”, cuando te llaman para apagar la televisión, o se pasan toda la tarde llamando por algún malestar que al final ves que no puedes solucionar y explicas al paciente que avisarás a la médica y dice “no mujer no, al médico no le molestes”.

Estos son los malos ejemplos, pero visibilizan que las personas se relacionan con las enfermeras de igual a igual e incluso a veces consideran que las enfermeras tenemos que estar a sus pies, a lo que nos manden. Cuando alguien demanda este tipo de cosas como “límpiale la boca a mi marido que se ha manchado tomando el café”, y esto le ha pasado a mi compañera esta semana, hay que explicar que eso lo pueden hacer ellos, que yo le ayudaré o haré lo que ellos no sepan o no puedan, pero que eso lo pueden hacer por si mismos.

Esta claro que esto es algo aprendido socialmente, pero las profesionales también seguimos alimentando estas concepciones o las vamos cambiando, poco a poco y día a día. Las personas que cuidamos otras personas y hemos decidido apoyar, estar cerca, estar disponibles, responder a sus necesidades, escuchar... esto supone soportar un aumento del trabajo, pero veo que gran cantidad de sanitarias se pierden la posibilidad de relacionarse con las pacientes con empatía y asertividad, o de acariciar la cara a una mujer mayor si es preciso, me encanta, y decirlas guapas, siempre contestan algo relacionado con la vejez y las arrugas... Es muy importante que este tipo de relación humana se dé para que las vivencias del ingreso mejoren.

Además veo situaciones en las que las personas se tienen que enfrentar a cambios muy duros, por ejemplo cuando les hacen una colostomía. Es una salida artificial para las heces hecha quirúrgicamente uniendo el intestino grueso que no funciona bien al abdomen, se pone una bolsa porque no hay esfínter voluntario. Y ¿si tiene que aprender a manejarse su colostomía, que además le da asco? Hay que estar y explicar, preguntar qué te pasa, ¿me quieres comentar o preguntar algo? Estoy aquí hasta las 10, mañana por la tarde también vengo.

La población probablemente nos considera la profesional sanitaria más accesible, pero esta accesibilidad la fomentamos, usamos menos tecnicismos, las pacientes, sobretudo

las que han pasado por una cirugía, te repreguntan por la tarde lo que les han explicado por la mañana y no han entendido... En mi caso la distancia en la relación terapéutica la determino yo al llegar a una habitación y presentarme o no, dónde miras, saludar y decir mi nombre y mi profesión, y añadir: "si necesitan algo llamen al timbre". Eso fomenta otro tipo de relación y normalmente favorece que las demandas sean menores. Las mujeres enfermas o acompañantes me suelen dar las gracias por esto, también algunos hombres ingresados lo agradecen. Estas mujeres han cuidado desde siempre sus familias, han visto a sus madres cuidar y cuidar a los demás. Hay que reconocer este trabajo que realizan, y esa actitud y aptitud para cuidar, y el sentimiento de orgullo y realización personal por ello o el de esclavitud y frustración. Hay aquí una conexión muy importante entre las mujeres con nosotras, ellas saben que comprendo lo que significa estar cuidando a un familiar y lo que implica en sus vidas.

Claramente el descubrimiento de una visión feminista y mi formación en antropología que han sido paralelas, han cambiado mi forma de trabajar, sobretodo de relacionarme con las pacientes, con sus acompañantes y con mis compañeras tanto médicas como cualquier profesional. No todas las médicas se toman bien las sugerencias de las enfermeras, otras en cambio nos piden opinión. Me miran mal los maridos enfermos cuando mando a casa a dormir a sus esposas de piernas hinchadas. O cuando les prohíbo hablar a sus mujeres de cierta manera al menos en mi presencia, me da igual llevarme un no te metas, que por suerte aún no me he encontrado. No sé si este reconocimiento incondicional de las mujeres y visibilizarlo hubiera sido posible desde una perspectiva diferente.

Las condiciones para esta relación

A partir de estas visiones, es muy preocupante la poca capacidad que tienen las personas de decidir en el hospital. Esto es muchísimo más acentuado en las mujeres que en los hombres, es asombroso. Increíble sobre todo con las mujeres mayores y qué poco nos sorprendemos ante estas situaciones. Así que no hace mucho tiempo me vi animando y legitimando este decidir sobre una misma, diciéndole a una mujer mayor que si no estaba de acuerdo con su tratamiento se lo comentase a su médica, que hay alternativas que se podían ajustar más a sus objetivos y que podían ser diferentes a los de la médica o a los míos. Desde luego, me parece que ninguna profesional sanitaria con la formación que recibimos, ni médica ni enfermera ni otras, somos capaces de visibilizar y empoderar para favorecer que las personas sean sujetos de sus vidas y decidan sobre su salud y su futuro según sus propias visiones. Generalmente pensamos qué es lo que necesitan según nuestros propios criterios.

El centro del sistema sanitario.

Además, como ya he dicho antes, es que tanto el sistema a nivel macro, como la organización de las unidades de hospitalización en las que he trabajado, no se centran en las personas ingresadas. Aunque esto sería lo lógico y lo que en principio todas podamos pensar, la realidad de la actividad diaria es que la atención parece centrarse en los ritmos de trabajo, horarios de médicas, enfermeras o personal de cocina, en

diagnosticar... Esto lo digo porque creo que si se tuviera más en cuenta a las personas ingresadas y sus necesidades no se les despertaría para sacarles una analítica a las 6.00 de la mañana. Se hace a esa hora para que cuando vengan las médicas por la mañana estén los resultados en el ordenador. Ni se le despertaría de la siesta para ponerles el termómetro o tomar la tensión, que si no se nos hace tarde. En mi servicio actual hay 30 pacientes, se sacan entre 10 y 18 analíticas cada noche de domingo a jueves, los viernes y sábados no se suelen sacar más de 5. El domingo pasado mis compañeras sacaron 21 analíticas, comenzaron a pinchar a las 5:15 de la madrugada. Se sacan a cada paciente entre 3 y 5 analíticas a la semana. Yo me paro a pensar y digo serán para seguir al pie de la letra la evolución analítica de cada paciente porque si fueran significativas para la salud, también se harían el fin de semana. Más de una y de dos abuelas llenas de hematomas y edemas que te cuesta 2 ó 3 pinchazos sacar la analítica me han dicho “no me pinches más por favor, déjame en paz”. No creo que sean necesarias tantas analíticas, tantos pinchazos, tanto dolor. Mi idea del cuidado y la salud no contempla estas acciones, pero las hago, yo no puedo decidir sobre esto, creo que mis pacientes tampoco. Incluso algún medico se sorprende de que un paciente que lleva ingresado un mes y medio tenga 30 radiografías de abdomen, aunque este ingresado por obstrucción intestinal y te dice bajito: “al médico que lleva este paciente hay que explicarle que las radiografías no son terapéuticas, son diagnosticas”. Así que se pueden pedir todas las analíticas y radiografías que se consideren necesarias sin valorar el coste humano y económico que suponen. Y por ejemplo se puede hacer una colonoscopia, con un valor x, a un señor que ingresa por rectorragia y tiene alzheimer, para confirmar el diagnostico inicial que se hace gracias a la clínica y a la elevación de los marcadores tumorales específicos del cáncer de colon. El señor mantenía sus capacidades físicas pero ya no era capaz de recordar ni decidir nada, ni de tener una conversación. Sin tener en cuenta que esta prueba implica: Para el paciente tres días antes de la prueba estar a dieta sin residuos, un día antes a dieta líquida, con 2 tandas de 8 sobres de solución evacuante bohms que se disuelven en 2 litros de agua y hay que beberse los en 2 horas, 8 por la mañana y 8 por la tarde, aunque no tenga sed y el sabor no sea agradable, ni sea capaz de comprender debido a su demencia cual sería la razón de tomárselos. Son para conseguir que las heces estén limpias, que parezcan orina, y si eso no es suficiente además algún enema de limpieza, entre 700cc y 1500 cc de agua jabonosa, para mejorar la limpieza intestinal. El día de la prueba estará en ayunas, probablemente tendrá hambre y constantemente se lo dice a su familiar porque no sabe porqué no come ni recuerda que le han dicho hace un minuto que no puede, además se le ha puesto una vía venosa y un suero. Como no puede colaborar un anestesista le sedará. Sólo la preparación ya no se lo deseo a nadie, y luego la prueba, introducir un aparato por el recto. Todo con el fin de ver en el colón limpio si hay alguna lesión cancerígena y coger muestras, si no esta bien limpio la prueba puede no servir. Para el familiar esta prueba implica que verá como se le pone un pañal a su ser querido ya que manchó el pantalón y no llegó al baño a tiempo en varias ocasiones, se pondrá sobre las heces en el suelo un empapador y vendrán las limpiadoras cuando puedan, las auxiliares de enfermería le cambiarán y finalmente le pondrán el pañal. Aunque yo no estoy de acuerdo con la realización de la prueba, como su hijo me pregunta si esto tiene que ser así que no sabía que la preparación era esa, le explico que es necesaria esta agresiva limpieza intestinal para que la prueba salga bien, y me pregunto si sabe que el tratamiento de esa rectorragia, será el mismo con

colonoscopia que sin ella, porque no se va a tratar, a operar el cáncer de colon a su familiar con alzheimer.

Pero como el hospital está centrado en el objetivo que es el diagnóstico, y se contabiliza estadísticamente, se ha hecho una colonoscopia más. Si el objetivo fuera el bienestar del paciente y su calidad de vida, minimizar el sufrimiento de la enfermedad y el que produce el mismo sistema sanitario, no se hubiera hecho la colonoscopia. Si se hubiera informado a la familia de forma que hubiera comprendido lo que implica hacer esa colonoscopia y su verdadera utilidad probablemente hubieran decidido no hacerla. Y yo me pregunto en éste como en muchos casos ¿Quién decide el tipo de atención? El paciente, el médico, la familia, la enfermera, los objetivos anuales, las políticas... Parece que ni la gran mayoría de los pacientes ni muchos profesionales se dan cuenta del sufrimiento que el propio sistema sanitario produce a las personas.

Yo veo, en un hospital como el mío, que se pueden hacer pruebas caras que no cambiarán la actitud terapéutica, pero puede que no haya toallas suficientes, o camisones, que no haya jabón en el lavabo de los pacientes porque desde el primer día no funcionan los dosificadores que pusieron, que beban en vasos de plástico desechables porque a nadie se le ocurrió contratar que las personas ingresadas tuvieran un vaso de una mínima calidad en la mesita. Así que también pasa que el personal de enfermería todas las tardes emplea parte de su tiempo en dar varios vasos desechables, en explicar que no es que le hayan puesto a su madre un camisón roto si no que no hay camisones abiertos y por eso mi compañera de la mañana lo ha cortado por detrás para poder ponérselo, me pedirán jabón y toallas y diré que no hay mientras ofrezco esponjas jabonosas y fundas de almohada en sustitución... Sabemos cual es el coste de las cosas, hay que entrar en la valoración de cuales son las que se justifican y cuales no.

A estas condiciones también se suma que puede haber, por ejemplo, una enfermera que no conoce la sistemática de trabajo habitual, que esta ahí porque ha faltado alguien, o porque esa tarde tendremos 10 ingresos y no daremos abasto, y la mandan cuando acaba en su consulta por ejemplo de oftalmología, y además de todo lo que tengo que hacer me preguntara a mí casi todo lo que la preguntan a ella. No me da tiempo a entrar en cómo se siente ella. Lo que quiero decir es que el coste de que haya las enfermeras y auxiliares necesarias en cada servicio para que se impartan cuidados de calidad no lo justifican. Además como las pacientes conocen esta sistemática, los horarios, la organización, le pedirán a mi nueva compañera y a mí que le hagan la glucemia que ayer le hicieron aproximadamente a la misma hora y si no llamarán al timbre, y así todas las cosas. Cuando llegas a un servicio hay que aprender la sistemática de trabajo, orientarte en el espacio, saber donde están los materiales, preguntar cómo se hacen determinadas cosas que hace tiempo que no haces o nunca has hecho, en todo tardas más tiempo.

Estar en los pasillos del hospital y a pié de cama, estar cara a las personas te hace poder transmitirles y explicar cómo funciona el sistema sanitario, el porqué de muchas cosas que pasan. También podríamos transmitir las visiones y necesidades sentidas de la población a los niveles de toma de decisiones del sistema, pero esto no existe, tampoco interesa, porque actualmente de lo que se trata es de: hemos atendido en

urgencias en 24 horas a “n” personas, hemos operado “x”, el tiempo de espera para extirparle la vesícula biliar es menor de 1 mes. Por eso nos insisten tanto en los registros y no en otras cosas.

El último año que trabajé en cirugía general del 12 de octubre, cuando llegó diciembre, la estadística de enero a noviembre decía que ese año iba a haber menos trasplantes hepáticos que el anterior. Así que todas las intervenciones que estaban pendientes de trasplante de donante vivo se hicieron ese diciembre, lo consiguieron, mejoraron los números.

Pero no hay datos de cuáles son las condiciones en las que se dan estas estadísticas, no se analiza si es un dato de calidad asistencial que una enfermera sólo libre 4 días en todo un mes, o que te cambien en una mañana 3 veces de servicio porque eres “corretornos” o simplemente tu contrato es precario y no estas en condiciones de quejarte, a primera hora a la planta de medicina interna que hay mucha medicación, luego a una cirugía que hay muchas curas y se ha tenido que ir una enfermera que se encontraba mal y a las 13.30h te vas a la urgencia que se esta llenando la sala de espera.

Soy testigo de esta lógica hospitalaria que nada cuida los medios y así nos encontramos miles de incoherencias y se consigue que yo en mis 12 años de trabajo cada vez tenga peores condiciones laborales y más dificultades para seguir motivada. Y la población peores condiciones de atención sanitaria.

Hay responsables de lo que os he contado, de lo que viven las personas ingresadas y de las posibilidades negadas a mi trabajo, de esta atención sanitaria mediocre y mejorable. Yo intento trabajar lo mejor que sé y que puedo, hay muchas compañeras que hacen lo mismo, pero no se si algún día la política sanitaria no será el ahorro económico, porque en cuidados no se puede ahorrar más.

Ha sido muy agradable poder expresar todo esto, poder visibilizar cómo es la sanidad hoy en muchos sitios, creo que exige que hagamos algo como sanitarias y ciudadanas. Como me he quejado un poquito, tengo que aclarar algo aunque sé que ya lo sabéis. Me gusta ser enfermera y disfruto con mi profesión, y no cambio por nada que una mujer mayor me quiera regalar un beso o que un paciente o familiar venga a despedirse cuando se van del hospital, porque en esto veo que se han sentido cuidados por mí.

Gracias por escucharme.