

La enfermera: repercusiones actuales sobre el médico y el enfermo

AQUILES R. AYALA*

Un grupo selecto de mexicanos impulsados por la necesidad de una cultura superior, no encontrándola fuera en el mundo en que vivían, la realizaron dentro de sí mismos. Ellos fueron el alma de Médico, pero un alma... sin cuerpo. Una cultura superior necesita, para sostenerse, de cierta forma social de cultura media, que es su atmósfera vital. Esta última sería el cuerpo...

SAMUEL RAMOS¹

La Guerra de Crimea (en el Mar Negro) de 1854 a 1856 dio carta de naturalización a la profesión de enfermería en la persona de Florence Nightingale. Antes que ella y con el advenimiento del cristianismo, Febe «socorrió a muchos», según el apóstol San Pablo; Marcela hizo de su palacio un monasterio para mujeres; la Reina Fabiola transformó su casa en hospital. Estas mujeres y otras como ellas, ejemplificaban la nueva libertad intelectual para la mujer y su participación en acciones sociales y religiosas de alto nivel. Florence Nightingale tuvo un sin número de tropiezos para dar a la enfermera su carácter profesional; con todo, fue mujer que organizó los servicios médicos de campaña con impacto en los índices de mortalidad, abatiéndose ésta en 80 por ciento; se justifica así su presencia en el escenario de la medicina.

Fue responsable de establecer la primera escuela médico-militar en Inglaterra, así como una institución educacional para enfermeras en el Hospital de Santo Tomás.² Ciencia, matemáticas y economía política fueron la base de sus conocimientos. Ella creía que las enfermeras debían estar preparadas para la atención de los enfermos, ya fuera en casa o en hospitales, y que debían enseñar prácticas benéficas para mantener la salud en los pacientes y sus familias. Sentía que

atender al enfermo requería de mucho conocimiento y destreza. Quizá el único obstáculo que no pudo franquear fue el de lograr que la interacción del médico y la enfermera fuese de índole profesional. Esta interacción es la que pretendemos analizar, por que ha cambiado con el tiempo, y por su repercusión en el enfermo y en el médico. La relación entre médicos y enfermeras es especial, basada en el respeto mutuo e interdependencia, abultada en historia y estereotipada en la cultura popular. Se trata además de una interacción de conformación singular, pues si bien esta es precisa, sus límites no son claros; de mucho apego, pero con frecuencia de demérito para la enfermera y reconocimiento de menor cuantía respecto a otras acciones profesionales generadas en Medicina. Hasta hace aproximadamente veinte años existía un acuerdo claro entre médicos y enfermeras; pero su relación era jerárquica, y en esta escala los médicos eran superiores a las enfermeras. Todas sus interacciones eran planeadas cuidadosamente para no alterar la jerarquía. Las enfermeras debían tener valor, iniciativa y ser responsables al hacer recomendaciones importantes, aunque al mismo tiempo debían aparentar pasividad. En suma, las enfermeras podían hacer recomendaciones, pero debían aparentar que su punto de partida yacía en el médico. La regla cardinal en esta especie de juego era que la discrepancia abierta entre los

* Académico numerario. Dirección de Investigación y Enseñanza. Nuevo Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud.

contendientes debía evitarse a toda costa. Así que las enfermeras requerían comunicar sus recomendaciones sin hacerlas aparentes. Los médicos que solicitaban alguna recomendación necesitaban hacerlo sin aparentar preguntarlo. Esta técnica mantenía a ambas partes lejos de conflicto.

De esta forma la discrepancia abierta se evitaba; si el juego tenía éxito, ambos contendientes eran recompensados. La recompensa más obvia era que el equipo médico-enfermera operaba eficientemente. El médico podía utilizar a la enfermera como consultante valiosa, mientras que ella ganaba autoestima y satisfacción profesional. A través de esta alianza el médico ganaba respeto y admiración de parte del cuerpo de enfermería.³

Los castigos por no respetar las reglas del juego podrían ser severos. Los médicos poco diestros para tal interacción, incapaces de reconocer las recomendaciones útiles de las enfermeras, podían ser tolerados como necios. Mientras que si interpretaban estos mensajes como insolencia e indicaban que no tolerarían sugerencias de las enfermeras, éstas transitarían por un camino tortuoso, una nube negra flotaría sobre sus cabezas. Las enfermeras que se veían a sí mismas como consultantes, pero que eran francas y se rehusaban a seguir las reglas del juego para hacer recomendaciones, lo pagarían caro. Si eran brillantes y sus recomendaciones valiosas, se les mantenía empleadas pero con frecuencia se les recordaba y de mil formas, que no eran bien vistas. Estas actitudes tienen su origen en el entrenamiento impartido a médicos y enfermeras. Las estudiantes de enfermería participaban en el juego médico-enfermera desde el entrenamiento temprano, mientras que el estudiante de medicina interviene hasta la conclusión de su carrera. La disciplina y vigilancia estrecha en escuelas de enfermería eran para inculcar subordinación y evitar desviaciones.

Durante su entrenamiento, las enfermeras aprendían que hacer sugerencias a los médicos equivalía a insultarlos o rebajarlos, a cuestionar los conocimientos e insinuar que no sabían lo suyo. Y aunque a la estudiante de enfermería se le educaba en el entendimiento de que cualquier forma de recomendación podría ser insultante para el médico, también se le decía que su ayuda era invaluable para el médico y que el deber la inclinaba a contribuir con sugerencias para beneficio del paciente. Así que cuando su buen sentido aconsejaba que una recomendación podría serle útil al médico, no se le permitía comunicarla directamente, pero tampoco era permitido no comunicarla. La salida de esta en-

crucijada era utilizar el juego de interacción médico-enfermera y comunicar la recomendación sin que ésta se notara.^{4,5}

El cambio

Se dice que la buena enfermera debe tener aptitudes similares a las de un buen médico, y éstas son: salud corporal, salud mental, estabilidad psicológica y emocional, capacidad de trabajo, capacidad de observación, tenacidad, orden, responsabilidad, lealtad, espíritu de grupo, comprensión, fortaleza, veracidad, sinceridad, naturalidad y alegría.

Este listado de virtudes que la gente y los médicos esperan de la enfermera me parecen cualidades inherentes a la especie humana inocente y no perversita, que de preservarse no haría necesario referirme a una clasificación de cualidades. Pero la realidad es que hay cambios o alteraciones de bien a mal, que hacen indispensable conformar una férula ortopédica e ilustrada de virtudes por aspirar. Curiosamente, son las mujeres quienes a lo largo de la historia han conformado los valores morales del hombre, y me veo obligado a hacer estos distinguos porque la mayoría de las enfermeras son mujeres y creo que ellas son las que por su calidad femenina, en esta época de crisis económica dada por escasa moralidad deben manifestarse y justificar como nunca su existencia.

De hecho la calidad de la enfermera se ha modificado en los últimos veinte años, proporcionada quizá por movimientos de corte liberal como el feminista, pero que no se ha generado ni reconocido, lamentablemente, por la comunidad médica. Pero los cambios sociales, económicos y de organización familiar si han contribuido a este cambio de actitudes, y de ellos nos hemos percatado muy poco. En México los representativos del sexo masculino han perdido terreno en el campo de trabajo, por varias razones: falta de vocación, apatía, abulia, machismo, etc. Destaca, sin embargo, que muchos empleos no son tomados por considerarlos poco masculinos o dignos; como si fueran inconcientos de los cambios técnicos o sociales que se han experimentado. Resultado: más mujeres policías, en las fuerzas armadas, albañiles, taxistas, meseras y otras que se suman a las ya casi privativas de la mujer como el de secretaria o cajera. A este respecto me parece curioso que en cosas tan típicas de nuestro país como las taquerías, siempre o casi siempre son mujeres las que preparan las tortillas y sus ingredientes, y hombres quienes blandiendo inconmesurables cuchillos son los que se

aprestan a preparar un taco por lo regular de frugales dimensiones, para su entrega condescendiente. La verdad que no he entendido, porqué no despachan los tacos las mujeres, si son las que más tiempo pasan en la cocina. A lo mejor el cuchillo inmenso no es para cortar la carne, sino para alinear al cliente y los taqueros deben sentir muy bonito.

En este mismo orden de ideas, los médicos han perdido la imagen de omnipotencia que los caracterizaba a través de la dedicación desinteresada. La comercialización y burocratización de la medicina han ido disminuyendo la confianza del público, permitiéndole reconocer además que no son infalibles. Así mismo, la medicina se ha extendido de tal forma que ya no es posible saber todo acerca de los pacientes, y el número de mujeres interesadas en estudiarla es cada vez mayor. Así también, se observan nuevos fenómenos como: más hombres que estudian enfermería y enfermeras que desertan de su carrera, unas porque descubren que pueden y les conviene más estudiar medicina, y otras por encontrar empleos mejor remunerados y de más perspectiva. En consecuencia, ahora se tiene que hay menor número de enfermeras debido al énfasis o agravamiento de condiciones adversas, tales como pobres estímulos financieros, autonomía clínica limitada en comparación con los médicos y escasa participación en la administración hospitalaria.

La imagen de las enfermeras como asistentes está siendo en algunos centros gradualmente reemplazada por las practicantes certificadas y/o especialmente entrenadas, con deberes independientes y de responsabilidades hacia los pacientes. Los médicos dependen cada vez más de la experiencia particular de la enfermera adquirida en unidades de prestigio como son: departamentos de urgencias, clínicas especializadas o unidades de cuidados intensivos. Los nuevos papeles de las enfermeras en la conformación de estrategias hospitalarias y garantía de calidad amenazan la autoridad del médico en la tarea de decisiones clínicas. En otros aspectos, las enfermeras participan con los médicos en la enseñanza de salud. En algunos campos como geriatría, pediatría y psiquiatría, se ha propuesto el modelo interdisciplinario como el de mejor calidad para atender enfermos crónicos.^{5,6} Este modelo de colaboración contraviene la estructura jerárquica entre médico y enfermera. El perfil de la enfermera es otro: más de colaboración que de asistencia, y debe reconocerse concretamente -no en abstracto-, como una profesión de la salud de carácter autónomo y área bien definida de experiencia.

Hasta hace poco la relación médico-enfermera era una interacción compleja y desarrollada cuidadosamente con el tiempo, en el que ambos participantes eran voluntarios. Lo que sucede ahora es que uno de éstos (la enfermera), ha decidido unilateralmente dejar de participar en el juego y en su lugar intenta consciente y activamente cambiar la enfermería y como deben las enfermeras relacionarse con otros profesionales de la salud.

El diálogo³ que citamos a continuación representa fielmente el cambio en la relación médico-enfermera. La escena tiene lugar en un pabellón de cirugía en el que cada paciente tiene asignada una enfermera la cual cuya responsabilidad primaria es atender al enfermo. La paciente es la señora García, a quien se practicó mastectomía. La señora García confió a la señorita Cervantes, enfermera del pabellón, que se hallaba preocupada por creer que su marido ya no la volvería a encontrarla atractiva sexualmente. La enfermera Cervantes opta por reunir al matrimonio García y discutir el asunto a la tarde siguiente. El doctor Espino, que ignora el problema, así como el encuentro programado, dictamina el alta de la señora García. El diálogo es el siguiente:

SEÑORITA CERVANTES. -Doctor Espino, entiendo que va a dar de alta a la señora García el día de hoy.

DOCTOR ESPINO. -Sí, ya que ha evolucionado muy bien de su cirugía y creo que está lista para irse.

SEÑORITA CERVANTES. -Estoy de acuerdo con usted, su herida quirúrgica se ve bien y ha recuperado su estado de ánimo; pero que hay de la preocupación que tiene sobre la falta de atracción sexual que tendrá para su marido después de la mastectomía.

También mencioné en mis notas que había concertado un encuentro conjunto con la pareja el día de mañana para discutir el problema. [Nótese que esta última aseveración es hecha sin la menor huella de remordimiento por tomar una acción independiente].

DOCTOR ESPINO. -Pues yo no tenía conocimiento de eso y ya decidí que la señora García se debe ir. Después la referiré a algún especialista, de surgir algún problema.

SEÑORITA CERVANTES. -Doctor Espino, esto ya es un problema para ella y es por lo que me estoy permitiendo insistir en que se posponga su alta hasta después de la cita de mañana con el esposo de la señora García. Por otra parte, ayudaría a nuestro esfuerzo colaborativo si usted leyera mis notas con el mismo cuidado que yo leo las suyas. [Nótese la recomendación más que directa y la certeza en la igualdad de importancia diagnóstica y documentación por parte de la enfermera].

Es curioso que la GACETA MÉDICA DE MÉXICO sólo haya publicado hasta la fecha dos artículos relacionados con la profesión de enfermería.^{7,8} Ambos son de corte editorial y rasgos condescendientes, que denotan cierta subestimación y la poca importancia que en el fondo hemos dado los médicos a la enfermería con todo

y el gran peso que tiene y ha tenido en la medicina así como por su grado de intervención en la atención de enfermos. A continuación intentaremos definir la perspectiva de las enfermeras para modificar la interacción y reacciones con los médicos como son: a) motivos de desencanto para trabajar en enfermería; b) la actitud adversa del médico; c) objetivos actuales de la enfermería; d) su motivación; e) vehículo de cambio y f) efectos en la comunidad.

a) *Motivos de desencanto para trabajar en enfermería.* Cualquier hospital de nuestro país encara actualmente una carestía notable de enfermeras debido a múltiples situaciones. Así, se tiene desde las formas elementales de comunicación con base en nuestra cultura que comienzan por desacreditarle su actividad; puesto que si uno desea dirigirse a una enfermera se le dice «señorita» y no por lo que es: «enfermera»; como si supiésemos de antemano que no está orgullosa de su profesión y hay que tratarla con pudor. Dicha actitud genera una sensibilidad *a priori* que el médico no tarda en demostrar ante cualquier posición de «resistencia» por parte de la enfermera, vía cuestionamiento de una orden o cualquier circunstancia que ponga a prueba sus conocimientos.

Estos factores, aunados a vicisitudes cotidianas semejantes, han contribuido al deterioro en la relación médico-enfermera a las ya de por sí complejas relaciones humanas existentes en general. Así como se da la necesidad primaria de conocer realmente las normas y procedimientos que prevalecen en un hospital y en este sentido, con frecuencia la enfermera no participa en la organización y administración con todo y que pasan más tiempo al lado del enfermo. Además, todas ellas tienen que asistir al trabajo uniformadas, lo que demanda una atención extra de su persona, mayor esfuerzo y costo. En medio de todo esto debe prevalecer el deseo de elevar la calidad de atención, lo que no siempre es dable pues comúnmente sólo se le provee de cursos breves y conocimientos que aún cuando llegan a ser de carácter especializado, no por ello dejan de contener bases superficiales. También se les demanda disciplina y orden en el trabajo, lo que el médico suele transgredir pasando visita o impartiendo consultas tardíamente, o bien dando órdenes asumiendo que se deberán cumplir para retirarse después de su servicio y no volver en ocasiones hasta el día siguiente, sin tomar en cuenta además las notas de enfermería. La concentración de la enfermería en mujeres ya ha sido señalado, contribuye a la discriminación por parte del personal masculino

en general, lo que ha propiciado trastornos en programas de atención, dándose más importancia a los aspectos curativos sobre aquellos de prevención y por limitaciones presupuestales a la incorporación de enfermeras auxiliares o habilitadas por profesionales. Y así, hasta la deserción, que puede ser definitiva o latente. Esta última se pone de manifiesto a través del ausentismo, mala distribución del personal y desproporción existente que conllevan una mayor carga de trabajo. En efecto, se considera que en condiciones ideales debe haber un médico por tres enfermeras y en nuestro país esta situación se presenta al revés, tres médicos por una enfermera y por ello acarrea consigo; injusticia escalafonaria, trabajo desigual, jerarquías mal definidas, mayor riesgo profesional, profesionalización mal delineadas, conformismo y mal trato.

b) *La actitud adversa del médico.* La actitud adversa del médico tiene su inicio desde los elementos que conforman su particular punto de vista de lo que debe ser la medicina y los motivos que le llevarán a estudiarla. Pues si bien el objetivo primordial es adquirir la destreza para atender en forma efectiva los problemas de salud en una comunidad, la enseñanza suministrada y la realidad van influyendo para que se busque una o varias metas particulares dependientes de la ambición que se tenga.

Así pues, adquirir más importancia tener una buena base económica pero también prestigio moral, académico, científico y político, en donde la enfermería, junto con trabajo social y el aparato administrativo son de carácter secundario o auxiliar de estos propósitos. El médico, por su posición intelectual, dada cuando menos teóricamente, por un mayor número de años de estudio casi que cualquier otra profesión, debe ser quien procure ante todo una mayor comunicación vía facilitación de la coparticipación en toma de decisiones y actualización. Con esto se evitaría además la penosa metamorfosis de los expedientes clínicos en oficios conminatorios o acusativos, en vez de dejar claras la fallas de apreciación que serían más orientadoras y educativas. Un esfuerzo en este sentido además de ayudar mejor a los pacientes, contribuiría a una mejor coordinación de servicios; pero sobre todo, a aprovechar mejor la capacidad de la enfermera en papeles preventivos ya sea dentro o fuera de hospitales.

c) *Objetivos actuales de la enfermería.* Las enfermeras quieren que la enfermería sea una profesión de salud con carácter autónomo como un área bien definida de experiencia. Además, desean trabajar cooperativamente, igual que asociados, con otros profesio-

nales de la salud; por ejemplo: médicos, farmacobiólogos, trabajadores sociales y dentistas. Nótese que los médicos no son resaltados, simplemente son otro grupo de profesionales de la salud.

d) *Motivación.* Aunque la motivación de la conducta humana es compleja, la lucha de las enfermeras por alcanzar su objetivo, está determinada por varios factores incluyendo económicos y de organización. Sin embargo, es dable pensar que están motivadas primordialmente por esa fuerza de la condición humana que nos mueve de la dependencia a la autonomía y a la interdependencia mutua. La enfermería cuenta con más de cien años de antigüedad y la energía conductora de esta motivación siempre ha estado ahí. Mucho de la historia de enfermería no es sino reflejo de una lucha árdua por obtener un lugar de respeto. Sin embargo, la enfermería organizada, identificada en los ochenta como la década de decisión en enfermería, uno debe preguntarse, ¿por qué ahora? La respuesta está en lo que señalábamos al principio, pero también se trata de una extensión en la búsqueda de derechos y más particularmente de la emancipación femenina. La escasez de enfermeras sólo ha acelerado el paso hacia la autonomía, dándonos la oportunidad de definir mejor su función.^{9,10}

e) *Vehículo de cambio.* El vehículo principal para el cambio es la educación. Debe promoverse la instauración de escuelas con alto sentido y prestigio académico, más que la organización de cursos breves para obtener un diploma en hospitales. Bajo el espíritu académico no se promueve la socialización hospitalaria ni se acepta la autoridad médica o su influencia. Al existir un órgano colegiado, este no puede estar subordinado y las enfermeras serían profesionales obligadas a tomar decisiones y responsabilidades. También un órgano académico de enfermería, observaría una actitud penetrante hacia el médico, viéndolo como técnico que trata las enfermedades pero sin interés en los aspectos humanísticos en la atención de salud como proveer de educación para la salud, previniendo enfermedades y asistiendo pacientes o familias a sobrellevar enfermedades crónicas. Estas son precisamente las áreas que conformaría el dominio de la enfermería. Otro vehículo para cambiar sería la participación en proyectos y conferencias en colaboración médicos y enfermeras. El desarrollo de estos proyectos en otras partes del mundo han permitido obtener satisfacción en el trabajo, mayor confianza entre médicos y enfermeras, así como muestras diversas de entusiasmo en pacientes por el cuidado recibido.^{11,12}

f) *Efectos en la comunidad.* Cada vez se observa con más frecuencia que la enfermera se siente con libertad de confrontar médicos sobre la atención a pacientes, dado que visualizan ciertos problemas de atención como de su dominio y toman decisiones alrededor del paciente sin consultar al médico tratante. Estos ejemplos dan cuenta del cambio profundo en la actitud de algunas enfermeras hacia los médicos. Ya no existe la postura complaciente o suplicante, es ahora la posición de un «rebelde necio». Este término siento que es apropiado, porque la conducta de las enfermeras es a menudo resuelta y hasta provista de toque de hostilidad. Pero ¿cómo podría esperarse lo contrario?, si las enfermeras se perciben a sí mismas como luchadoras de la libertad y se hallan en el proceso de establecer a la enfermería como una profesión autónoma.¹³ La profesión médica ha sido una de sus principales fuentes de opresión, ejercida a través de una discriminación sexual institucionalizada y de la burocracia hospitalaria.¹⁴ Muchos médicos reaccionan a estos cambios con sentimientos que oscilan del asombro a la confusión, y no sin frecuencia se llegan a sentir traicionados o furiosos. La mayoría de los médicos no imaginan a las enfermeras subordinadas en primer lugar, y de aquí su confusión por los esfuerzos en adquirir igualdad en el trato. Por supuesto, no es desusado para aquellos en situación de poder, ser olvidadizos que quienes se encuentren abajo puedan sentirse oprimidos.

Son pocos los médicos dotados de la capacidad para apreciar que las enfermeras se han cansado de hacer enfermería. La mayoría ven en la enfermera alguien quien tiene que efectuar las órdenes del doctor y se sienten frustrados con las enfermeras que desean un trato igualitario. Dichos médicos prefieren tratar con enfermeras «prácticas» quienes «gustosas y alegremente» hacen lo que se les ordena.

Las instituciones que avalan el estudio de enfermería requieren avocarse a la reglamentación y a la organización de la nueva enfermería con orientación académica. El juego tradicional médico-enfermera ejerce un efecto paralizante y anti-intelectual en las enfermeras, que elimina toda satisfacción en su profesión y su interrelación profesional ha contribuido a que cada vez exista menor número de ellas. La comunicación abierta entre médicos y enfermeras permitirá aprovechar mejor el poder de observación y las cualidades intelectuales de la enfermera. Se recibe satisfacción del trabajo desempeñado y mejoraría la habilidad para contribuir en la atención del enfermo. Los pacientes dependen de estas dos profesiones para salir adelante y pue-

den verse en peligro, de no resolverse los conflictos de interacción médico-enfermera. Una de las interacciones con más fama ha sido aquella generada en las unidades de cuidados intensivos en que la evolución de los pacientes tiende a ser muy positiva cuando se logra una buena asociación de nivel y calidad entre el médico y la enfermera.

No existe duda, que con un cambio de relaciones como el que se plantea, muchos médicos y enfermeras pueden llegar a sentirse incómodos. El modelo jerárquico brinda seguridad a los profesionistas de la salud, al reconocer «cada quien su lugar». También existe la posibilidad de que una comunicación más abierta degenera en luchas campales con impacto en la confianza de los pacientes y la calidad de atención. Las disputas inevitables y los asuntos territoriales requieren ser dirigidos constructivamente, anteponiendo sobre todo los intereses del enfermo. Los médicos y las enfermeras pueden ambos beneficiarse si su relación llega a ser más interdependiente. Los papeles de subordinación y dominio son ambos psicológicamente restrictivos. Cuando un subordinado es liberado existe el potencial de que quien lo domina sea liberado también.

Agradecimientos

El autor agradece a las enfermeras Irma Salgado Martínez y Ma. Carmen San Pedro su invaluable experiencia aportada para el desarrollo del presente trabajo.

Referencias

1. Ramos S. El perfil del hombre y la cultura en México. Espasa-Calpe Mexicana, S. A. 18a. ed. 81.
2. The New Encyclopedia Britannica. 15th ed Benton Publishers 1979; 13: 395.
3. Stein LI, Watts DT, Hawell T. The Doctor-Nurse game revisited, N Engl J Med 1990; 322: 546-549.
4. Inglehart JK. Problems facing the nursing profession. N Engl J Med 1987; 317: 646-651.
5. Blendom RJ. The Public's view of the future of health care. JAMA 1988; 25: 3587-3593.
6. Relman AS. The changing demography of the medical profession. N Engl J Med. 1989; 1540-1542.
7. Instrucciones para cuidar a un enfermo. ed. Gac Med Mex 1878; 13: 547.
8. Programa de las clases de enfermería práctica. ed. Gac Med Méx 1914; 9: 301.
9. Maradom HJ, Gibbons P. Nurses and Physicians: prospects for collaboration. Ann Int Med 1985; 103: 134-136.
10. Delamothe T. Nursing grievances: IV. Not a profession, not a career. Brit Med J 1988; 296: 271-274.
11. Prescott PA, Bowen SA. Physician-Nurse relationships. Ann Int Med 1985; 103: 127-133.
12. Mechanic D, Aiken LH. A cooperative agenda for medicine and nursing. N Engl J Med 1982; 307: 747-750.
13. Fagin C, Diers D. Nursig as metaphor. N Engl J Med 1983; 309: 116-117.
14. Aiken LH, Mullinix CF. The Nurse Shortage. Myth or reality? N Engl J Med 1987; 317: 641-646.

