

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA - Año IV N. 14

Diseñando el futuro profesional: la interrelación entre la enfermería comunitaria y especializada

La falta de coordinación entre los profesionales de enfermería comunitaria y especializada, es uno de los problemas más reconocido en el actual sistema sanitario.

Así me ha parecido importante:

✓ Analizar las repercusiones de

los cambios acontecidos en el sistema sanitario y en la profesión enfermera.

✓ Reflexionar sobre el desarrollo de la profesión enfermera en la sociedad.

✓ Definir estrategias que favorezcan la interrelación de las enfermeras comunitarias y las de especializada.

Tanto en la Ley General de Sanidad como en la restante normativa que regula la organización y funcionamiento del sistema sanitario se establece la necesidad e importancia de coordinación entre los dos niveles asistenciales.

Prueba de ello es que algunos elementos que caracterizan la atención sanitaria, como son la *atención integral* (considerando al ser humano desde una perspectiva global, continuada y permanente, es decir a lo largo de la vida de las personas y en los distintos ámbitos) y la *atención integrada* (desarrollando actividades de promoción, prevención, tratamiento y reinserción social), necesitaban sustentarse, para poder desarrollarse, en la comunicación e interrelación entre ambos niveles.

Pero a pesar de su reconocida necesidad, dicha interrelación,

todavía no se ha conseguido. Entre otros muchos factores, podemos citar como las variables que han contribuido a mantener esta falta de coordinación entre la atención primaria y la atención especializada las siguientes:

a) Las características de nuestra sociedad.

b) La desigualdad en el desarrollo de las profesiones que intervienen en el sistema sanitario.

c) Las dificultades en la organización de la atención sanitaria.

d) La prevalencia de un modelo biologista orientado a la enfermedad.

—
Otro factor que incide en mantener dicha descoordinación, es la existencia de un gran desconocimiento de la actividad que se desarrolla en ambos niveles.
—

Según Riera (1), otro factor que incide en mantener dicha descoordinación, es la existencia de un gran desconocimiento de la actividad que se desarrolla en ambos niveles, por lo que han ido evolucionando como parcelas indepen-

(pasa a pàg. 3)

sumario

Diseñando el futuro profesional:	1 a 7
Editorial	2
El arte de cuidar. Consideraciones antropológicas	8 a 10
El consentimiento informado: una visión enfermera	11 a 15
Más allá de la noticia .	16 y 17
Lluvia de ideas	18 y 19
Agenda	20

TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ

Núria Terribas i Sala

REDACCIÓ Y EDICIÓ

Irina Jurglis Talp

CONSEJO DE REDACCIÓ

Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven-Bartle
Miguel Martín Rodrigo
M. Pilar Núñez Cubero
Gemma Téllez i Bernad
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO

Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES

Berta Artigas
Ma. Lluç Bauza
Andreu Bover
Montserrat Busquets
Carme Royo
Gemma Téllez
Francesc Torralba

IMPRESO EN:

Gráficas JIDER, S.A.

EDITADO POR:

Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada

Enfermería

La publicación de este número de B & D, pretende aportar algunas consideraciones nuevas en la valoración del papel de los profesionales de enfermería desde una óptica ajena al sector profesional del mundo sanitario. En este sentido parece constatar que existe una valoración diferente del rol de los enfermeros/as, especialmente en el entorno hospitalario, entre los médicos y los usuarios de los servicios.

Ciertamente si en la valoración de estos profesionales nos ceñimos a su faceta académica, encontramos una diferencia notable derivada de los respectivos estudios universitarios, circunstancia que tal vez condiciona a los demás profesionales de su propio entorno laboral. Otra cosa bien distinta es cuando la valoración se hace en base a la asistencia sanitaria o sociosanitaria por parte de los pacientes usuarios de los servicios de unos y otros profesionales, pues habitualmente éstos fundamentan su valoración en los aspectos humanos, psicológicos o asistenciales. En este caso, dando por supuesta la preceptiva titulación académica igual que se hace con los médicos, los enfermos centran su atención/valoración en el trato personal, en la atención sanitaria continuada y en las relaciones humanas, hecho por el que valoran tan positivamente y agradecen el énfasis en el cuidar.

Este hecho permite inferir la conveniencia de equilibrar unos y otros aspectos en las respectivas carreras universitarias (planes de estudios), como se hace en Canadá, y así conseguir equiparar los niveles académicos de ambas profesiones, añadiendo y/o sustituyendo si es necesario, las materias que sean apropiadas en uno u otro caso, aún manteniendo la capacitación profesional diferenciada para alcanzar las funciones previstas en cada profesión a la vez que mejorándolas.

No se trata, pues, de reivindicar sólo un nivel académico superior sino, en todo caso, de adecuar los conocimientos de cada profesión a la demanda de los usuarios con el objetivo fundamental de mejorar la asistencia sanitaria de quienes lo necesiten.

En este número y desde el punto de vista de sus contenidos, si bien las problemáticas planteadas en el ámbito de la profesión enfermera son muchas, hemos tenido que limitar las aportaciones a incluir por razones de espacio, seleccionando aquéllas que por su oportunidad, coyuntura y mútua complementariedad más se ajustaban al conjunto de cuestiones que hoy se encuentran en la palestra: interrelación entre asistencia comunitaria y especializada, implantación del consentimiento informado, una reflexión filosófica sobre la esencial de lo que significa cuidar.

Bioètica & Debat quiere mantener un compromiso de presencia del mundo de la enfermería, publicando otros trabajos y aportaciones que desde este ámbito aborden cuestiones de interés, enriqueciendo así de forma continua el diálogo bioético.

(viene de pág. 1)

dientes, con fines y objetivos diferentes.

Actualmente la existencia de coordinación entre ambos niveles se establece en el área médica. En ella se han establecido, aunque de forma insuficiente, circuitos que permiten mantener una interrelación. Ejemplos de ello son las interconsultas, las pruebas diagnósticas, los informes de alta, etc.

Aunque si bien es cierto que desde el campo enfermero también se han desarrollado algunos circuitos de coordinación entre ambos niveles, como son la notificación de los partos por parte del hospital a las enfermeras de atención primaria y algún que otro intento de elaborar informes de alta de cuidados enfermeros, no se han podido institucionalizar de forma generalizada.

Las profesiones están inmersas y en constante interacción en un medio social, medio que las hace evolucionar, transformarse y adaptarse ante los nuevos retos.

La profesión enfermera desarrolla su servicio, de forma casi exclusiva, en la empresa denominada sistema sanitario. Así, dicha empresa, si quiere responder a las demandas de la sociedad, debe:

- ✓ Definir la cartera de servicios que ofrece.
- ✓ Identificar a los usuarios de sus servicios, es decir a sus clientes.
- ✓ Definir el perfil de sus profesionales.
- ✓ Diseñar los canales de comunicación.

La cartera de servicios enfermeros

La cartera de servicios enfermeros debe comprender la descrip-

ción de todos y cada uno de los procesos, que conllevan acciones enfermeras necesarias, para mejorar la respuesta del individuo y familia, ante las diversas situaciones de salud y enfermedad.

En la cartera de servicios enfermeros es importante que se describan todos los cuidados que prestamos al individuo, familia y comunidad. Por ello, deben elaborarse a partir de los diagnósticos enfermeros en base a un modelo conceptual y de los problemas interdisciplinares, que pueden presentarse. Es decir deben definir todos los cuidados enfermeros adecuados para la solución de dichos diagnósticos y la monitorización de actividades en la colaboración de los problemas interdisciplinares.

■
Dentro de la empresa sanitaria, los cuidados enfermeros son un servicio profesional más que contribuye a la mejora de la salud y la calidad de vida de la población.
■

Sin duda alguna, los cuidados enfermeros son una parte esencial en el proceso de salud de la población y por tanto un elemento fundamental e indispensable en la atención sanitaria. Dentro de la empresa sanitaria, los cuidados enfermeros son un servicio profesional más que contribuye a la mejora de la salud y de la calidad de vida de la población.

Sin embargo y a pesar de su demostrada importancia las enfermeras todavía tenemos cierta dificultad para definir y explicar nuestro servicio.

Entre los factores que creo obsaculizan la definición del servi-

cio enfermero quiero citar los que considero fundamentales: en primer lugar la dificultad en unificar criterios para definir los cuidados y, en segundo lugar, las insuficiencias encontradas en los sistemas de registros para recoger la totalidad y globalidad de los cuidados enfermeros.

Actualmente el énfasis del sistema sanitario está en conseguir el máximo aprovechamiento de los recursos y el reto para las enfermeras es demostrar el beneficio de nuestros cuidados, para que no se siga cuestionando la rentabilidad del número de enfermeras existente.

Estrategias como la participación de las enfermeras en la toma de decisiones, el reconocimiento por parte de todas las enfermeras/os de los cuidados como el servicio enfermero y de su importancia en la mejora de la salud, y la unificación de criterios para brindar unos cuidados de calidad, ayudarán, sin duda, a mejorar la oferta de servicios enfermeros.

Que duda cabe que la orientación, que nosotras como profesionales, le demos a nuestros cuidados generará unas expectativas a la población y por tanto un incremento de su demanda.

Los clientes

Identificar y comprender las características de los usuarios de los servicios enfermeros, es indispensable para poder ofrecer un servicio que responda a sus expectativas y necesidades.

Actualmente, el nivel de formación de la sociedad va conduciendo a que el **usuario** de los servicios de salud, al tener mayor formación, sea **más crítico y**

exigente, no conformándose con respuestas técnicas e incomprensibles y demandando, no sólo un servicio eficiente, sino también la **participación y decisión en todo su proceso**.

Por ello, la relación que debe de establecerse entre profesional y usuario debe realizarse fuera de actitudes paternalistas. Actitudes que lo que conllevan es que el paciente mantenga una actitud pasiva frente a su proceso de salud, dejando en manos de los profesionales todas las decisiones relacionadas con su enfermedad.

En muchos casos este tipo de relaciones han llevado a considerar el órgano enfermo, o la enfermedad, como el centro y objeto de estudio y tratamiento. Utilizando las palabras de Françoise Collière (2) «*la persona desaparece ante la enfermedad de la que es portadora*».

■
Actitudes que lo que conllevan es que el paciente mantenga una actitud pasiva frente a su proceso de salud, dejando en manos de los profesionales todas las decisiones relacionadas con su enfermedad.
■

Es en este tipo de relaciones en las que se pierde la verdadera concepción de cuidar. Actualmente muchos usuarios desean ser agentes de su propia salud, por ello buscan en los profesionales de enfermería complicidad y ayuda durante su proceso de vida.

Así, es necesario que la relación entre profesional y usuario se sustente sobre valores como: el **respeto**, la **información**, la **libertad** y la **participación**.

Los profesionales

Todos estos cambios acontecidos en la empresa, conllevan también cambios en la manera de ser y hacer enfermería.

Sería impensable, que los mismos profesionales no quisieran que nada o casi nada cambiara, en el ejercicio de la profesión «se seguiría desarrollando, igual que en el siglo pasado».

Sin lugar a dudas, ello implicaría frenar la necesaria evolución profesional, manteniendo el recuerdo de que el pasado fue mejor. En ello, se reflejarían sentimientos de miedo e incertidumbre ante las nuevas responsabilidades profesionales.

La profesora Adela Cortina en uno de sus artículos sobre la ética de las profesiones, especifica que en la actualidad las profesiones deben introducir en la vida corriente la aspiración a la excelencia. Así, defiende que: «*Un profesional excelente es aquel que compite consigo mismo para ofrecer un buen producto profesional, es decir aquel que no se conforma con la mediocridad de quién únicamente aspira a eludir acusaciones legales de negligencia*» (3).

Quiero recordar una frase de Thomas Huxley, en la que dice «*El peldaño de una escalera no está hecho para descansar sobre él, sino para sostener el pie el tiempo suficiente, para que se pueda poner el otro un poco más alto*».

Creo firmemente, que todas nosotras queremos seguir subiendo los peldaños hacia la profesionalización, buscando la excelencia en nuestro ejercicio profesional.

Por ello, el profesional de enfermería del siglo XXI, deberá desa-

rollar un servicio enfermero que favorezca la interrelación entre ambos niveles asistenciales y responder eficientemente a la demanda de cuidados enfermeros que plantee la sociedad.

■
«El peldaño de una escalera no está hecho para descansar sobre él, sino para sostener el pie el tiempo suficiente, para que se pueda poner el otro un poco más alto».
■

Así deberá ser:

✓ En primer lugar una enfermera con capacidad para tomar decisiones en el nivel primario y en el especializado y prestar cuidados integrales, integrados y continuos a individuos y familias. Cuidados que ayuden a conseguir el máximo grado de independencia, y se negocien y planifiquen conjuntamente con el paciente, familia o cuidadores. A su vez, deberá ser una enfermera, que asuma la formación y la investigación como los instrumentos imprescindibles que le permitan adaptarse positivamente a los avances sociales, tecnológicos y científicos que se produzcan y que administre y gestione el servicio profesional que prestamos a la sociedad.

✓ En segundo lugar **en la búsqueda de la excelencia profesional**, los enfermeros deberán trabajar conforme a un método de trabajo riguroso y científico, según un modelo de cuidados, que permita la unificación del lenguaje a través de los diagnósticos enfermeros, pues son los instrumentos que definen aquellas características específicas y únicas de la profesión enfermera, y mediante la unificación de los crite-

rios de actuación, mediante los planes de cuidados.

✓ Por último el profesional de enfermería del siglo XXI deberá por un lado asumir principios y valores como la solidaridad, la no discriminación de las personas, el respeto a la libre decisión de los clientes y a su derecho a la información. Y por otro lado, respetar la pluralidad cultural.

Canales de comunicación

Un elemento indispensable que las empresas deben establecer si quieren que dicha empresa empiece a funcionar, es definir o establecer los canales de comunicación.

En primer lugar quiero especificar que esta empresa denominada sistema sanitario tiene dos sucursales: una denominada atención especializada y otro denominada atención primaria.

Lógicamente si las dos sucursales son parte de la misma empresa, es lógico que tengan relación y que estén coordinadas, ya que su producto es el mismo.

Lógicamente si las dos sucursales son parte de la misma empresa, es lógico que tengan relación y que estén coordinadas, ya que su producto es el mismo.

Esto que es tan lógico en el mundo empresarial, no se cumple en el sistema sanitario. En el sistema sanitario existe un barranco que las separa. Podría parecer que el sistema sanitario se hubiese olvidado de la construcción del puente que las una y los profesionales que han querido superarlo, han tenido que hacerlo casi como "Indiana Jones". Lógicamente en

todas las empresas en las que se ofrece un producto común, en el que el comprador circula por ambas sucursales, necesitan sistemas de comunicación, si se pretende una gestión eficaz y un servicio excelente.

Por ello, es necesario la construcción de un **puente que las una** y es aquí, en esta construcción, donde estamos **todos implicados**, ya que no debemos ni podemos esperar a que nos lo construyan. Debemos participar en la definición y elaboración de estos canales, explicando la importancia y necesidad de los cuidados enfermeros y buscando la excelencia de nuestro servicio.

Debemos participar en la definición y elaboración de estos canales, explicando la importancia y necesidad de los cuidados enfermeros.

Actualmente la búsqueda de la mejora de la calidad en el sistema sanitario hace que sea necesaria la coordinación entre los niveles asistenciales ya que esta es la manera de poder responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población y conseguir una adecuada utilización de los recursos tanto humanos como materiales.

Por ello, quiero plantear estrategias y actividades que puedan contribuir a desarrollar dicha comunicación, facilitando con ello la interrelación y la coordinación:

1.- Profundizar y desarrollar el conocimiento enfermero.

Sin duda alguna, conseguiremos desarrollar la ciencia enfermera, mediante un instrumento: la for-

mación. La formación y especialmente la formación continua debe responder y adaptarse a los cambios y necesidades de la población.

La formación y especialmente la formación continua debe responder y adaptarse a los cambios y necesidades de la población.

Así una parte importante de la misma, debe de orientarse a clarificar la aportación específica enfermera, y a facilitar los instrumentos necesarios que permitan a los enfermeros responder a las nuevas necesidades de salud y con ello, a la responsabilidad profesional que se nos ha dado.

La formación de los profesionales, al no ser homogénea, ha fomentado en muchos casos la especialización de profesionales con papeles ambiguos, que para nada correspondían a las necesidades reales de la población ni respondían a los objetivos de la profesión.

Las enfermeras somos un grupo profesional más, dentro de los equipos multidisciplinares, que contribuimos a la mejora de la salud, por ello debemos formarnos, a lo largo del ejercicio profesional, para poder mejorar y demostrar nuestra competencia y excelencia profesional. Con ello podremos comprender y explicar la utilidad e importancia de los cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, disminuyendo la gran brecha existente entre la teoría y la práctica enfermera, manteniendo así un ejercicio profesional **crítico, innovador y transformador**.

Así, propongo realizar activida-

des, como cursos y sesiones conjuntas sobre temas profesionales que permitan la profundización de las teorías y metodología enfermera; el conocimiento de la actividad que se realiza en ambos niveles asistenciales; el análisis de los cuidados enfermeros que permita mejorar su calidad; la realización conjunta, entre las enfermeras de ambos niveles, de sesiones de cuidados en pacientes que no consigan obtener un nivel de independencia ante su proceso de salud y requieren frecuentes ingresos hospitalarios.

Sin duda, la formación favorecerá un aprendizaje evolutivo hacia un ejercicio profesional que será la base del puente hacia la interrelación, y coordinación entre ambos niveles asistenciales.

2.-La aportación enfermera, en el trabajo interdisciplinar.

La salud al ser una experiencia multifactorial, requiere de distintos profesionales para poder cuidarla en su globalidad, exigiendo su interrelación y colaboración.

Así la colaboración e interrelación entre niveles, debe basarse en intercambios bidireccionales por lo que es necesario conocer ampliamente las distintas actividades que realizan los distintos profesionales en ambos niveles de atención.

Además, para poder colaborar es necesario que dicha colaboración se apoye en la equidad, reconozca la igualdad y acepte la diferencia de cada profesión.

Por ello, entre las distintas profesiones, es necesario definir lo específico de cada disciplina, pero también lo es saber reconocer zonas de solapamiento entre las dis-

tintas profesiones.

Pero para ello es necesario tener una concepción clara de la disciplina enfermera, que nos permita mantener un **discurso enfermero unificado**, discurso que, según R. Ma. Alberdi (4) engloba y define las áreas de responsabilidad de la profesión, identificándola y diferenciándola de las demás profesiones.

■

Es necesario tener una concepción clara de la disciplina enfermera, que nos permita mantener un discurso enfermero unificado que, englobe y defina las áreas de responsabilidad de la profesión, identificándola y diferenciándola de las demás profesiones.

■

Ésta será, sin duda, la vía que permitirá la interdisciplinariedad en la atención de la salud de la sociedad y la posibilidad de que la profesión enfermera tenga un impacto real en los planes sociales y políticos. Así propongo, también, la realización de sesiones multidisciplinares, en las que se discuta el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados enfermeros pertinentes. Por otro lado, mantener también una interrelación con los equipos de apoyo, ya sea con las unidades de cuidados paliativos, unidades de salud mental, etc.

3.- Afianzar la continuidad de los cuidados enfermeros.

Si queremos conseguir una atención global, continuada y permanente, deberemos dejar constancia escrita de la totalidad de los cuidados enfermeros. Por ello, el informe de alta del hospital debe-

ría ser un informe de alta asistencial, en el que constara el informe de alta médica, y el informe de enfermería o de cuidados enfermeros.

Al facilitar dicha información al paciente y familia se consigue disminuir su ansiedad y preocupación de tener que enfrentarse y responsabilizarse a una nueva situación, como es volver a su hogar.

Dicho cambio genera temor, al perder la seguridad que el propio sistema hospitalario ofrece ante cualquier complicación o duda que les surja. Por otro lado, esta nueva responsabilidad, les genera desconfianza, al dudar de su capacidad para realizar los cuidados que en el hospital realizaban las enfermeras.

Por ello es necesario que la enfermera comunitaria tenga el informe al alta, para poder iniciar el seguimiento ya sea en el domicilio o en la consulta del centro de salud. Con ello conseguimos ayudar al paciente y a la familia en aquellas dificultades que tengan para conseguir la independencia de su problema de salud.

■

Al facilitar dicha información al paciente y familia se consigue disminuir su ansiedad y preocupación de tener que enfrentarse y responsabilizarse a una nueva situación, como es volver a su hogar.

■

Por otro lado debemos elaborar también un informe de enfermería al ingreso, que incluya la información que la enfermera comunitaria tenga de este paciente, como sus hábitos de vida, el cumplimiento del tratamiento, la respon-

sabilidad y aceptación de su problema de salud, los conocimientos sobre su enfermedad, la situación familiar, etc.

Dicha información permitirá planificar unos cuidados enfermeros adaptados a la situación del paciente y familia, así como, disminuir la sensación de corte con su vida durante su ingreso hospitalario. Creo firmemente que si las enfermeras y enfermeros desarrollamos estas estrategias, conseguiremos avanzar en este camino que permita mantener, la coordinación entre los dos niveles asistenciales.

Quiero recordar las palabras que en 1985 dijo el Dr. Mahler, en las que identificó a las enfermeras como «líderes y motor de la reforma sanitaria» (5).

Actualmente se sigue confiando en la profesión enfermera, por ello, quiero citar también las palabras de Hirosi Nakajima (6), director general de la OMS, quién en la asamblea celebrada en 1996, puso de manifiesto la necesidad de fortalecer el trabajo enfermero, con más medios y más formación, resaltando la importancia de aumentar su representación y participación en todos los niveles de la planificación y toma de decisiones.

Pero para que todo esto sea posible, es necesario, que nosotras pensemos lo mismo de nuestra profesión. Es necesario que aprendamos a mirarnos de frente, reconociendo esta parte de nosotros en la que nos faltaba el lenguaje y una unidad de criterios, como una época, ya pasada.

Es necesario que con suavidad cerremos la puerta de nuestro pasado. Esta forma de mirarnos, sin duda alguna, nos permitirá abrir

las puertas del futuro y nos ayudará a desarrollarnos profesionalmente, es decir a conseguir la madurez profesional que nos introducirá en una vida profesional distinta.

■
*Es necesario que con
suavidad cerremos la
puerta de nuestro pasado...
nos permitirá abrir las puertas
del futuro y nos ayudará
a desarrollarnos
profesionalmente.*
■

Lo que equivale a subir por la escalera de la profesionalización y situarnos en un escalón más alto.

De esta forma podremos no sólo diseñar nuestro futuro profesional, sino ejercer la profesión siguiendo aquellos principios y características que nos definen y permiten, a los otros, nombrarnos y reconocernos.

Sin duda, esta nueva manera de desarrollarnos profesionalmente en cualquier ámbito y en cualquier situación, permitirá:

- Mantener una continuidad en los cuidados entre la enfermera comunitaria y la de atención especializada.
- Brindar y garantizar unos cuidados eficaces y eficientes que respondan a las necesidades de la población.
- Favorecer que la profesión enfermera, ocupe el lugar que le corresponde en la sociedad.

BERTA ARTIGAS
MA. LLUC BAUZA
ANDREU BOVER
PROFESORES DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA
UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Bibliografía referenciada:

- (1) Riera, JR. « Interrelación una necesidad entre atención primaria y atención especializada ». Metas de Enfermería 2, pág 53-59, 1998.
- (2) Collière M.Françoise. « Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados ». Rol 179-180, 1993.
- (3) Cortina, A. El País .20 febrero 1998.
- (4) Alberdi, R.Ma. « Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras ». Rol 239-240, pág 27-31.1998.
- (5) Mahler Halfdan. « Las enfermeras marcan la pauta ». Salud para Todos, 1985.
- (6) Nakajima, H. OMS. Diario Médico « Otras profesiones ». Mayo 1996.

Bibliografía consultada :

- ✓ Alberdi Castell, R.Ma.; « La intervención enfermera en un entorno cambiante ». XV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Barcelona, 1994.
- ✓ Artigas Lelong, Berta; « La aportación enfermera al cuidado de la salud de la comunidad ». Metas de Enfermería 7, pág 44-52. 1998.
- ✓ Hernandez Serra, RM. « La medición del producto enfermero ». Jornadas de Enfermería .AEED.Jerez de la Frontera, 1995.
- ✓ Kérouac, S. « El pensamiento enfermero ». Masson:Barcelona.1996.

El arte de cuidar.

Consideraciones antropológicas

Cuidar y curar

Desde sus orígenes históricos en la Grecia hipocrática hasta su despliegue contemporáneo en las grandes ciudades sanitarias, el arte de curar ha constituido la esencia y el hecho diferencial y específico de la medicina dentro del conjunto de las ciencias de la salud. La articulación teórico-práctica del arte de curar ha experimentado transformaciones muy notorias, fruto de muchos factores, tanto de orden cultural, como económico, como social o religioso. Pero en cualquier caso la reflexión alrededor del sentido y de la excelencia de la terapéutica es una de las líneas de fondo de la antropología médica tanto en el presente como en el pasado. La obra de Hipócrates, de Galeno y, posteriormente, de Paracels y de Arnau de Vilanova son ejemplos suficientemente elocuentes. En cada época esta reflexión sobre el arte de curar, se ha desarrollado en el marco de una cultura y de una simbología propia. En nuestro país, por ejemplo, la antropología del arte terapéutico ha recibido, en la época contemporánea, un impulso a partir de la obra de Pedro Laín Entralgo (1).

Por otra parte, el ejercicio de cuidar constituye el rasgo fundamental del ámbito de enfermería, no sólo por su génesis histórica sino también en la enfermería contemporánea tal y como han manifestado los más grandes representantes de este ámbito de la salud (2). No obstante, la reflexión an-

tropológica alrededor del arte de cuidar, porque cuidar es fundamentalmente un arte, no se ha desarrollado en el mismo grado ni con la misma intensidad intelectual que la reflexión alrededor del arte terapéutico, aunque el ejercicio de cuidar presenta unas dificultades y unas especificidades que exigen un análisis teórico de la cuestión en diversas direcciones.

■

*La reflexión antropológica
alrededor del arte de cuidar
no se ha desarrollado
en el mismo grado ni con la
misma intensidad intelectual
que la reflexión alrededor
del arte terapéutico.*

■

Este olvido en el orden antropológico es especialmente grave, ya que el arte de cuidar no es una acción unilateral, sino una acción poliédrica, es decir, presupone diferentes planos y consecuentemente la excelencia en el cuidar pide una adecuada integración de elementos técnicos y teóricos y, simultáneamente una gran dosis de sensibilidad ética y estética.

Cambio de paradigma

En un contexto como el nuestro caracterizado por una transformación paradigmática de las ciencias de la salud, especialmente de la medicina y de la enfermería, resulta extraordinariamente urgente reflexionar sobre la especificidad de cada una de estas disci-

plinas en el conjunto del ámbito sanitario y esto obliga a cada una de ellas a encontrar los elementos esenciales que las definen, con el fin de evitar colonialismos disciplinares y dependencias y vasallajes entre unos profesionales y otros. La adecuada articulación de la interdisciplinariedad exige una definición previa de cada una de las disciplinas con el fin de precisar los campos de actuación y los espacios de complementariedad. La autonomía disciplinar no significa independencia, significa el reconocimiento de una especificidad en un conjunto integrado y heterogéneo. En el paradigma de la interdisciplinariedad o transdisciplinariedad, cada disciplina o saber tiene que hacer un esfuerzo encomiable para recontrar su lugar, su ubicación a fin de evitar faltas y refriegas competenciales. En la polifonía interdisciplinar, cada disciplina tiene que encontrar su voz para que el resultado de las interacciones mutuas sea una armonía.

■

*En este marco de
transformación y de
reubicación disciplinar,
la enfermería tiene que
precisar adecuadamente su
aportación esencial y
definitoria en el ámbito
de la salud.*

■

En este marco de transformación y de reubicación disciplinar, la enfermería tiene que precisar adecuadamente su aportación esencial y definitiva en el ámbito

de la salud y debe desarrollarla no sólo en el marco de la praxis cotidiana, sino también en el ámbito teórico-reflexivo. Desde este punto de vista, el ejercicio de cuidar ha focalizado la atención de diferentes especialistas en este campo, poniendo de manifiesto la trascendencia del saber antropológico en la teorización del cuidar (3). Al fin y al cabo, el ejercicio del cuidar tiene un destinatario evidente que es la persona del paciente y esto significa que el conocimiento profundizado de lo que es la persona y de sus múltiples dimensiones y facetas es central para una buena praxis del cuidar. El arte de cuidar solicita una sólida formación antropológica porque cuidar a un ser humano exige un conocimiento adecuado de la riqueza de la persona humana.

Sin pretensiones de exhaustividad, tratamos de ver aquí, qué aportaciones de tipo general puede hacer la Antropología Filosófica, es decir, la reflexión crítica y racional sobre la condición humana, en el arte de cuidar, entendiendo que la excelencia del cuidar presupone muchos otros elementos, de orden técnico, de orden psicológico, de orden comunicativo y espiritual (4).

Perspectiva antropológica

De entrada, cabe considerar que el arte de cuidar exige una creativa integración de teoría y de praxis. La teorización aislada es pobre pero la praxis sin una debida articulación intelectual llega a ser una acción sin fundamento. Precisamente por esto, es necesario abastecer la praxis del cuidar con una sólida y rica base antropológica y ética a fin de evitar el activismo

irreflexivo.

Desde la Antropología Filosófica se concibe la persona humana como una *estructura pluridimensional* porque es un nudo de muchas dimensiones (exterior, interior, ética, histórica, estética, religiosa y lúdica), como una *estructura plurirelacional* porque el ser humano establece relación con diferentes entidades del universo (el tú, la naturaleza, la técnica, el Misterio), como una *estructura polifacética* porque el ser humano es capaz de diferentes acciones (contemplación, praxis y producción) y como una *estructura políglota*, porque el ser humano es capaz de expresarse en diferentes lenguajes (lenguaje verbal, no verbal, poético, científico...). Desde esta concepción antropológica, en la acción de cuidar es completamente necesario considerar el destinatario de una manera global.

Cuidar a una persona es acompañarla a vivir su proceso de reestructuración, es decir, de restablecimiento.

En este proceso de acompañamiento, el centro de acción es ... la persona del paciente.

Cuidar a una persona es velar por su desarrollo integral, es acompañarla desde diferentes perspectivas y niveles en su reestructuración global. La enfermedad, antropológicamente, es una desestructuración del ser humano que tiene efectos no sólo en el orden somático-biológico, sino en el orden interior, relacional, por tanto, psicológico y social (5). Cuidar a una persona es acompañarla a vivir su proceso de reestructuración, es decir, de restablecimien-

to. En este proceso de acompañamiento, el centro de acción es el destinatario, es decir, la persona del paciente. Esto significa que acompañar a alguien es caminar a su lado, siguiendo su paso y respetando su ritmo.

Sólo es posible cuidar a un ser humano si cumple el imperativo de la sincronía, es decir, la complicidad rítmica.

Dado que la persona es un ser único y singular, el ejercicio de cuidar no puede desarrollarse masivamente o en serie, sino que pide una atención solícita a la individualidad de cada sujeto.

Por otra parte, el ejercicio de cuidar no es esencialmente igual en una cultura u otra, sino que exige una debida atención en el universo simbólico de la persona objeto de los cuidados. La aportación de la antropología cultural en este campo es fundamental ya que los gestos, las palabras y los ritos por expresar cuidado solícito hacia alguien varían según culturas y contextos. El estudio y la profundización de la gestualidad y los símbolos culturales constituye un factor clave en la profundización intelectual del cuidar.

Desde una perspectiva antropológica, la enfermedad altera todas las dimensiones, relaciones y actividades de la persona. En el ejercicio del cuidar es fundamental velar por cada uno de estos aspectos alterados. Cuidar a una persona es, en este sentido, velar por su dimensión somática, pero también relacional y también interior, sea en el orden psicológico, sea en el orden espiritual. Dado

que la persona es un ser único y singular, el ejercicio de cuidar no puede desarrollarse masivamente o en serie, sino que pide una atención solícita a la individualidad de cada sujeto. Asimismo, para alcanzar una excelencia en el cuidar es necesario un conocimiento profundo de la persona destinataria, especialmente de su biografía y circunstancias. El conocimiento narrativo de su vida y de su registro lingüístico es esencial para un buen acompañamiento.

Perspectiva ética

La actitud de proximidad es fundamental desde una perspectiva ética. Se impone aquí la distinción entre contigüidad y proximidad (6). La contigüidad espacio-temporal es condición necesaria en la acción de cuidar, pero no suficiente, porque pide una atención solícita hacia el otro, una atención al rostro del otro y esto es, precisamente, la proximidad. Desde esta perspectiva, el desarrollo adecuado de la acción de cuidar requiere también una reflexión ética ya que el cuidar siempre es una relación interpersonal y en el marco de esta relación hay unos parámetros y unos valores que es absolutamente necesario contemplar para una buena culminación del cuidar.

Desde esta perspectiva ética, el cuidar requiere un respeto sublime a la libertad del otro. No se puede confundir la acción de cuidar con formas paternalistas de asistencia donde la persona del enfermo es tratada de una manera infantil. Cuidar a una persona que sufre una desestructuración global de su ser, es velar por el desarrollo de su libertad responsable,

es tratar de ayudarla a vivir dentro de los límites de su vulnerabilidad la libertad propia y definitoria del ser humano. La delimitación de la libertad ajena es una cuestión compleja que pide un esmerado conocimiento de la persona en cuestión y no sólo puntual sino continuado.

Desde una perspectiva ética, la acción de cuidar exige el desarrollo de algunas virtudes fundamentales, especialmente la virtud de la justicia ya que el cuidar no puede sufrir discriminaciones, la virtud de la esperanza, porque la confianza en el bien del futuro es fundamental en el proceso de reestructuración global de una persona, y de la paciencia, ya que en el trato interpersonal, la capacidad de aceptar al otro con sus límites es básica para el buen ejercicio del cuidar (7).

Las instituciones

Una última consideración, el ejercicio del cuidar se desarrolla en la interpersonalidad, pero, generalmente, en el seno de las instituciones. Las instituciones tienen su propia identidad y su propia lógica y esto significa que la excelencia en el cuidar depende también, aunque no únicamente, de la lógica organizativa y de la sensibilidad de una institución hacia las personas que atiende. Investigar la pirámide axiológica de una institución y el lugar que ocupa en esta pirámide de valores la persona humana es principal para detectar la calidad del cuidar y también del curar. Esto significa que la acción del profesional es básica, pero en corresponsabilidad con la institución. En el arte de cuidar, el marco contextual, es decir, los ele-

mentos no humanos, como el espacio y el entorno, son fundamentales para coger debidamente a la persona, así como la importancia que la propia institución y las otras instituciones no centradas en el arte de cuidar propiamente le otorguen. Pues no debemos olvidar que estamos excesivamente centrados en la enfermedad, dado el modelo biomédico que impera en nuestro entorno y cultura sanitaria. Debemos esforzarnos y asumir el reto que supone variar el eje, pasando de centrarnos únicamente en la patología para centrarnos en el ser humano.

DR. FRANCESC TORRALBA

PROFESOR DE FILOSOFÍA DE LA U.R.L.
MIEMBRO INVESTIGADOR DEL I.B.B.

Bibliografía:

(1) Cf. P. Lain Entralgo, «*Antropología médica para clínicos*», Madrid, 1985.

(2) Cf. O. Leininger, «*Caring: An essential human need*», Thorofare, 1981; «*Nursing and Anthropology; two worlds to blend*», New York 1970.

(3) Cf. J. Watson, Nursing; «*The philosophy and science of caring*», Boston, 1979; A.H. Bishop, J. Scudert, «*Caring. Caring. Coping*», Alabama, 1985.

(4) He desarrollado con más exhaustividad esta cuestión en «*Antropología del cuidar*», Institut Borja de Bioètica, Fundació Mapfre Medicina, Madrid, 1998.

(5) Cf. S. Sontag, «*La enfermedad y sus metáforas*», Barcelona, 1981.

(6) La distinción es de E. Levinas. Cf. E. Levinas, «*El tiempo y el Otro*», Barcelona, 1993.

(7) Sobre la ética del cuidar ver: A. Llano, «*La nueva sensibilidad y el cuidado integral del enfermo*», en VV.AA., Symposium Internacional de Ètica en Enfermeria, Pamplona, 1990.

El consentimiento informado: una visión enfermera

El consentimiento informado ha sido ampliamente definido y expuesto por autores individuales (1) así como se encuentra plasmado en diversidad de documentos de instituciones sanitarias en forma de guías/formatos (2) para su desarrollo en cada centro particular.

Múltiples profesionales sanitarios, médicos y enfermeras sobre todo, están actualmente trabajando su puesta en marcha en la práctica clínica. Basta repasar la documentación y actas de los congresos, sesiones o jornadas de los últimos años, tanto de enfermería como de medicina, para constatar el incremento de aportaciones que en este sentido se realizan. Gran parte del contenido de los Comités de Ética, tanto los de Ensayos Clínicos como los de Ética Asistencial, hace referencia a la consolidación del consentimiento del enfermo en la práctica clínica diaria, tanto en situaciones cotidianas como en las de conflicto. El consentimiento ya no es un concepto nuevo, sino más bien un concepto en discusión, análisis y en proceso de implementación.

Frecuentemente el consentimiento es visto como una responsabilidad del médico, siendo la enfermera una posible colaboradora en su obtención.

Lo que a mi entender ha sido más escaso en nuestro país es el análisis y discusión de la responsabilidad concreta de la enfermera, y la

aportación que hace la enfermería como disciplina y cuerpo de conocimientos al respecto.

Frecuentemente el consentimiento es visto como una responsabilidad del médico, siendo la enfermera una posible colaboradora en su obtención, con una responsabilidad que no va mucho más allá de la ayuda en la determinación del nivel de competencia del enfermo y la obtención de la firma del documento. A mi entender, esta es una visión demasiado parcelada y restrictiva, la enfermera por su continuidad en la atención y por su especificidad profesional en el cuidado de las necesidades de salud de las personas, puede y debe desarrollar un rol mucho más activo.

El consentimiento es un instrumento que puede ser, en gran parte, pieza clave para el proceso de humanización de la atención sanitaria.

Poner en práctica los principios bioéticos, desarrollar los derechos de las personas enfermas, va más allá del alcance de una sola profesión. Los médicos y las enfermeras son los principales dispensadores de la atención directa. A pesar de que en nuestro país el último responsable legal de la atención sanitaria es el médico, las enfermeras avaladas por sus conocimientos y experiencia y por las normas deontológicas de la profesión, comparten la responsabilidad ética de la atención sanitaria.

El consentimiento es un instrumento que puede ser, en gran parte, pieza clave para el proceso de humanización de la atención sanitaria, estableciendo un puente entre los principios bioéticos. A pesar de que estos requieren un análisis en cada caso o situación particular, se ha establecido una determinada priorización para los casos en conflicto; algunos autores (3) proponen que la no maleficencia y la justicia deben anteponerse a la beneficencia y la autonomía cuando el dilema está presente. De esta priorización surgen varios interrogantes.

En la aplicación de normas o criterios justos, pensados para el bien de la mayoría, ¿tiene que dejarse de lado la autonomía de la persona concreta?

¿No es posible que una acción considerada por los profesionales como no maleficente, si lo sea para el usuario? ¿Por qué, si el criterio es claro, debe priorizarse la no maleficencia a la autonomía solamente en situaciones de conflicto y no siempre? ¿No podría ser que precisamente en situaciones de conflicto el respeto por la autonomía signifique un criterio de no maleficencia? También en la aplicación de normas o criterios justos, pensados para el bien de la mayoría, ¿tiene que dejarse de lado la autonomía de la persona concreta?, o ¿no es precisamente el esfuerzo profesional para mantenerla en los casos concretos, un criterio de justicia individual? ¿Es

tan evidente que siempre el criterio de la mayoría deba prevalecer sobre el individual?. El consentimiento planteado como parte fundamental del proceso asistencial puede ayudarnos a actuar lo más correctamente posible y a responder de forma no estandarizada.

Sobre la competencia de la persona enferma

Los profesionales se enfrentan y a veces con muy poco tiempo, a situaciones clínicas en las que deben decidir si el enfermo es o no competente para decidir, o bien qué es lo que tiene que decidir un enfermo y qué es lo que debe decidir el profesional. Obviamente quien más sabe sobre diagnósticos y tratamientos médicos es el médico y quien más sabe sobre diagnósticos y cuidados de enfermería es la enfermera. El consentimiento nos dice que a pesar de ello, la decisión de aplicarlos o no, recae en el enfermo competente.

El enfermo es quien debe demostrar a los profesionales su aptitud para decidir, ellos son quienes la evalúan y deciden su grado y ámbito de decisión.

Teniendo en cuenta la influencia del paternalismo, corremos el riesgo de focalizar la relación exclusivamente en la valoración del grado de competencia. El enfermo es quien debe demostrar a los profesionales su aptitud para decidir, ellos son quienes la evalúan y deciden su grado y ámbito de decisión convirtiéndose en una especie de jueces acerca de la libertad de opción del otro.

La persona enferma, acude al ser-

vicio sanitario en busca de ayuda profesional, dado que por si solo o con la ayuda informal, no puede solucionar su problema o problemas de salud. Precisa de profesionales con conocimientos y experiencia en el abordaje y resolución de situaciones similares a la suya. La persona enferma ve disminuida su capacidad para manejar su propia vida, puesto que frecuentemente y sobre todo al inicio de una enfermedad, no tiene conocimientos suficientes para poder comprender qué le está sucediendo y cómo actuar lo más saludablemente posible. La actuación profesional debe servir para ayudarle a mantener y a incrementar su autonomía en estas situaciones en las que está dificultada.

Por eso los profesionales preocupados en ofrecer y mejorar la información saben que es tan importante el contenido de la información como la forma en que se lleva a cabo.

La ansiedad es inherente a todo comportamiento y por ello está presente en cualquier toma de decisión. Por eso los profesionales preocupados en ofrecer y mejorar la información saben que es tan importante el contenido de la información como la forma en que se lleva a cabo. Ayudar al enfermo a manejar su ansiedad manteniéndola en los límites tolerables es un importante quehacer profesional. Transmitir el saber teniendo en cuenta el miedo, la confusión, la pérdida, el dolor emocional que la hospitalización, los tratamientos y los cuidados, pueden implicar está directamente relacionado con

ayudar al enfermo a tomar decisiones. La capacidad de comprensión de la persona enferma está directamente relacionada con la calidad de la relación (4), cómo se despejan las dudas, cómo se humaniza el contacto, cómo se mantiene el respeto al propio saber del enfermo acerca de su propia vida, cómo se le ayuda a decidir desde sus conocimientos y experiencia....

Incluso en aquellas situaciones en las que la incompetencia parece muy clara, la relación con el enfermo tiene por objetivo ayudarle a comprender la propuesta profesional.

La persona que hace frente a una enfermedad, ya sea adulto, anciano, niño, o sufra un trastorno mental, no debe comportarse a los ojos de los demás, como si fuera un «adulto sano», más bien son los profesionales quienes deben buscar, investigar, profundizar en cómo establecer la información y mejorar las técnicas de comunicación para poder trabajar el consentimiento en todos los casos, también en los conflictivos. El objetivo profesional es mantener e incrementar el nivel de competencia de las personas, evaluarlo, al tiempo que se investiga la mejor manera de hacerlo. Incluso en aquellas situaciones en las que la incompetencia parece muy clara, la relación con el enfermo tiene por objetivo ayudarle a comprender la propuesta profesional adaptándola lo máximo posible a la situación concreta de vida. No se trata tanto de evaluar si es o no competente, como de mantener o mejorar el grado de competencia y autonomía. Por ejemplo es muy

distinto trabajar el consentimiento en un paciente con un trastorno psiquiátrico que requiere neurolépticos como tratamiento farmacológico, en un adulto considerado tradicionalmente como competente que precisa una resección transuretral, en un niño que requiere quimioterapia, o en un anciano que precisa por motivos familiares ingresar en un centro geriátrico...

■
El consentimiento es un proceso que comienza al inicio de la relación sanitaria y finaliza con el alta.
 ■

Desde esta perspectiva la persona siempre mantiene un nivel de autonomía y de competencia. Salvo en casos de urgencia inmediata es muy poco justificable actuar en contra de su voluntad, o sin contar con ella, aún persiguiendo su mejor beneficio. La persona siempre participa en el proceso de decisión (5). Por ello el consentimiento ya no es una finalidad, ni finaliza con la obtención de la firma, ni se ciñe sólo a algunos tratamientos y pruebas diagnósticas. El consentimiento es un proceso que comienza al inicio de la relación sanitaria y finaliza con el alta. Engloba los tratamientos médicos, las pruebas diagnósticas, los cuidados de enfermería, el planteamiento del ingreso y del alta hospitalaria, la atención domiciliaria..... está presente en todos los aspectos referentes al tratamiento y cuidado de la salud de las personas. El mejor interés para el paciente, actuar lo mejor posible, supone proporcionarle conocimientos respetando su voluntad.

La dependencia que suponen la

enfermedad y hospitalización, lejos de mermar la autonomía de la persona, supone concentrar gran parte del esfuerzo profesional en su mantenimiento, desarrollo y potenciación. Visto así la obtención de la firma del documento puede ser el mínimo ético exigible desde la legalidad (6) pero no puede ser el límite de la información del profesional.

El respeto por la autonomía y el cuidado de enfermería

En la práctica clínica, la enfermera al llevar a cabo los cuidados de enfermería, tanto los derivados del rol interdependiente como en los del rol autónomo (7), se puede encontrar altamente comprometida, por ejemplo en la administración de medicamentos, preparación para una prueba diagnóstica, preparación quirúrgica..., cuando el enfermo parece no comprender, no estar de acuerdo o no conocer los efectos secundarios ni las posibles alternativas.

■
No es en absoluto ajeno para las enfermeras que después del pase de visita médica, el enfermo plantee dudas, preguntas, demande aclaraciones, quiera reafirmar sus ideas sobre el tratamiento y pronóstico de su enfermedad.
 ■

También en los procesos de corta hospitalización, donde múltiples profesionales médicos en muy poco tiempo analizan y tratan la enfermedad, de nuevo la enfermera en el desarrollo de su actividad profesional, se encuentra frente a situaciones potencialmente

conflictivas. Asimismo no es en absoluto ajeno para las enfermeras que después del pase de visita médica cuando los médicos ya no están presentes, el enfermo plantea dudas, preguntas, demande aclaraciones, quiera reafirmar sus ideas sobre el tratamiento y pronóstico de su enfermedad. Es muy interesante señalar la cantidad de dudas y preguntas que surgen al anochecer, que vienen acompañadas o preceden al insomnio, las preguntas indirectas sobre el pronóstico o la indicación de los tratamientos...

■
Se ha enfatizado mucho en la imposibilidad de cuidar sin considerar la cotidianidad del enfermo.
 ■

Cuando realmente aceptamos la importancia de la autonomía de la persona enferma y actuamos en consecuencia, es cuando trabajamos desde una relación de igualdad con el enfermo (8). Queda olvidada la relación de cortesía con escasos objetivos terapéuticos, en la que los profesionales son los expertos y tienen toda la responsabilidad de lo que sucede y el enfermo es como un recipiente en el que se vierten las decisiones tomadas considerando su caso, pero sin él. Igualdad que no significa que todos tengan la misma vivencia de la situación, sino que todos comparten la responsabilidad en el mantenimiento, mejora del estado de salud o la ayuda a morir con el máximo respeto y dignidad. Es pues una relación de interdependencia mutua.

Para la enfermera la idea de interdependencia no es nada nueva, múltiples autoras desde Hender-

son hasta la actualidad (9, 10), han enmarcado el cuidado de enfermería como un compartir saberes con la persona cuidada, incluso se ha enfatizado mucho en la imposibilidad de cuidar sin considerar la cotidianidad del enfermo y se ha debatido grandemente que la definición de los diagnósticos, objetivos, criterios de resultados, acciones y evaluación de enfermería deben realizarse siempre que sea posible junto con la persona interesada (11).

■

Ayudar al enfermo a saber y por ello a manejar su propia vida, desde su experiencia, es el núcleo de la atención de enfermería.

■

El saber y experiencia de la enfermera se une al saber y experiencia del enfermo para de forma conjunta permitir que la vida continúe (12) manteniendo cubiertas las necesidades de salud. Ayudar al enfermo a saber y por ello a manejar su propia vida, desde su experiencia, es el núcleo de la atención de enfermería.

El cuidado tanto preventivo como curativo facilita a la persona el dominio de su situación. Implica esencialmente una preocupación por las necesidades de salud, por como varían en los procesos de enfermedad, de hospitalización, de cambios vitales... Por ello apelan a la utilización del potencial de autonomía y de participación de la persona en su bienestar y satisfacción.

Todos los modelos y teorías de enfermería trabajan desde la participación activa y la toma de decisión de la persona cuidada. S. Kerouac (13) en un análisis sobre la profesión encuentra diez prin-

cipios presentes en toda concepción enfermera. De todos y cada uno de ellos se desprende el profundo respeto por la persona, por su manera de mantener su salud y vivir su enfermedad, el respeto a las diferencias y el planteamiento del cuidado desde la premisa de que toda persona tiene posibilidad de cuidar de si misma, si recibe la ayuda pertinente, es decir si se le ayuda a saber y se respeta su voluntad. Saber se define como aquello que se ha probado, sentido, aprendido por la experiencia, el saber pasa por un descubrimiento, por una adquisición personal, significa conocer. Esta idea se opone a la ignorancia. En la relación enfermera-enfermo se ponen en común los saberes de ambos para ir modificando aquellos que son necesarios porque interfieren en la salud y en la experiencia de enfermedad (14).

■

En algunas situaciones sólo será posible cuidar, ya sea porque no hay posible tratamiento médico o porque el enfermo lo rehúsa.

■

Desde esta perspectiva el hecho de que el enfermo no consienta una determinada prueba diagnóstica o un tratamiento médico, no significa que también rechace los cuidados de enfermería. Mas aún, en algunas situaciones sólo será posible cuidar, ya sea porque no hay posible tratamiento médico o porque el enfermo lo rehúsa. El desarrollo del consentimiento como garante del respeto a la persona enferma implica que se le ayude de forma profesional tanto si acepta la propuesta profesional como si no.

Por último, vale la pena recordar las normas deontológicas profesionales que rigen la profesión enfermera. Todos los diversos códigos existentes dedican más de un apartado al tema de la información, al mantenimiento de la capacidad de decisión del enfermo, y sitúan como mala praxis profesional no considerar la globalidad de la persona y actuar sin su consentimiento.

La buena praxis profesional enfermera, enmarcada por las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales que tienen su traducción en los Códigos Profesionales, insta a las enfermeras a desarrollar un rol activo en la información al enfermo y por ello en la puesta en práctica del consentimiento.

El trabajo interdisciplinar: exigencia ética

Poner en marcha el consentimiento implica también resituar la organización del trabajo, definir responsables concretos y directos de las atenciones y disponer de un tiempo y espacio para ello.

Las situaciones de vida de las personas enfermas, los problemas de salud actuales, las posibilidades de tratamiento, la multiplicidad de creencias y valores... nos obligan de una vez por todas a aprender a trabajar en equipo desde la corresponsabilización de los resultados obtenidos definiendo la responsabilidad concreta de la enfermera y del médico en ello (15). También en el seno de los equipos de las unidades asistenciales (ya sea en hospitales o en la atención primaria) hay que ir pasando de posturas paternalistas,

protectoras, autoritarias, frecuentemente del médico para con la enfermera y de ambos hacia los enfermos, a posturas autonomistas, democráticas que buscan el consenso pero capaces de tolerar el disenso.

■

Hay que ir pasando de posturas paternalistas, protectoras, autoritarias, frecuentemente del médico para con la enfermera y de ambos hacia los enfermos, a posturas autonomistas, democráticas que buscan el consenso pero capaces de tolerar el disenso.

■

El respeto por la autonomía del enfermo no se puede conseguir solo con el esfuerzo y dedicación de los profesionales de la asistencia directa. Las direcciones de los centros deben comprometerse con ello y valorar y llevar a cabo las modificaciones necesarias en la organización interna de los centros.

El desarrollo del consentimiento desde una concepción amplia del respeto a las personas puede y debe ayudarnos a situar más claramente que el objetivo primordial de los servicios sanitarios no son las enfermedades ni los trabajadores, médicos, enfermeras, gestores ... sino las personas con problemas de salud.

El consentimiento es un planteamiento ético en el ámbito sanitario, y por ello precisa incluir junto a los aspectos clínicos, el contexto del enfermo, su bienestar, calidad de vida, prioridades, familia... además de preocuparse por la confección de fórmulas para aplicar en los casos concretos. El contexto del enfermo incluye las

personas que entran en contacto con él, ya sean profesionales o no, el problema de salud y pronóstico, sus familiares y personas significativas, y sus valores y experiencia en la vida. Es tiempo ya de reconocer que las enfermeras pueden y deben colocarse a lado del enfermo y su familia en el proceso del consentimiento, ayudándoles a autodeterminarse desde sus deseos y voluntad (16).

En resumen cualquier planteamiento de puesta en marcha del consentimiento debe desarrollar la participación activa de todos los protagonistas: los enfermos y los miembros de los equipos de salud y tener como núcleo el desarrollo, mantenimiento, protección del respeto por la autonomía y autodeterminación de las personas con problemas de salud, y denuncia en caso de vulneración.

MONTSERRAT BUSQUETS

ENFERMERA
PROF. TITULAR DE ÉTICA Y ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA U.B.

Nota: El término «enfermera» se utiliza para designar a enfermeras y enfermeros.

Bibliografía :

(1) Quintana, O. «Bioética y consentimiento informado». En Casado, M. Materiales de Bioética y Derecho cap 7. Cedecs Textos Abiertos, Barcelona 1996.

(2) «Guía de recomanacions sobre el Consentiment Informat». Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona 1997, y, «La información y el consentimiento informado (principios y pautas de actuación en la relación clínica)». Documento de las Comisiones Promotoras de los Comités de Ética Asistencial del País vasco. Osakidetza. Bilbao 1997.

(3) Viedma, «Bioética i trasplantament». Ver cita en Bioética & Debat, Año IV núm. 13.

(4) Chalifour, JA «La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanística». Caps 1 y 3 S.G. editores. Barcelona 1994.

(5) Davis, A. Aroskar, M «Ethical dilemmas and nursing practice». 3ed. Applenton and Lange, San Mateo, 1991.

(6) Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE 29 de Abril 1986.

(7) Tellez, G. «Reflexions sobre el rol de la infermera». Bioética & Debat Año III, nº 11.

(8) Tschudin, V. «Ethics: nurses and patients». Cap 2. Scutari press. Royal College of nursing, 1993.

(9) Riehl-Sisca «Modelos conceptuales de enfermería». Doyma. Barcelona 1992.

(10) Henderson, V. «Principios básicos de los cuidados de enfermería». CIE. Ginebra. 1991.

(11) Gordon, M. «El diagnóstico enfermero». Mosby-Doyma, 1996.

(12) Colliere, F. «Promover la vida». Interamericana. McGraw Hill. Madrid 1993.

(13) Kerouac, F. «El pensamiento enfermero». Masson. Barcelona 1996.

(14) Antón, P. «Ética y legislación». Serie Manuales de Enfermería. Colección Salvat. 2ªed. Barcelona 1996.

(15) Busquets, M «Ejercicio profesional; responsabilidad ética y legal». Enfermería clínica, 1998; vol8 nº1, 29-33.

(16) Barnes, D. Davis, A. Moran, T. Portillo, C. Koenig, B «Informed consent in a multicultural cancer patient population; Implications for nursing care». Nursing Ethics, 1998; 5 (5)

Vida y muerte: reflexiones en tiempo de descanso

Todas estas noticias surgían en pleno verano, cuando los periódicos publicaban también las noticias que hacían referencia a las miles de hectáreas quemadas en lo que consideramos el corazón de Cataluña y también en otras partes del territorio español. Así pues los pensamientos y las emociones hervían en mi interior, de tal forma que toda una sucesión de ideas, que quisiera compartir con vosotros, se fueron entrelazando y quizás por deformación profesional y como mujer y persona que procura trabajar su receptividad, me golpeaba la imperiosa necesidad que tenemos de despertarnos y reaccionar con la finalidad de cuidar aquello que nos rodea y a lo que no prestamos la atención que merece y precisa; me estoy refiriendo a las personas, al entorno y a uno mismo.

De toda situación siempre hay, por pequeña que sea, una parte positiva que es la que permite mirar hacia adelante, aprender y por tanto evolucionar. Así la «parte positiva» que quise buscar tanto en las noticias que preceden este artículo como en las noticias que hacían referencia a los incendios era que aún sucediendo en un momento del año en el cuál nos centramos más en el descanso que en el trabajo, tanto unas noticias como las otras parecían destacar con tal fuerza que difícilmente podían pasar desapercibidas.

¿Qué pretendo decir con esto?. Sencillamente pienso que si ponemos atención suficiente y queremos «escuchar» y «sentir», lo más seguro es que hechos como estos nos ayuden a adoptar determinadas actitudes como pueden ser: la *prevención* que nos permite, aún

Una enfermera francesa reconoce haber acabado con la vida de 30 pacientes terminales.

...Considerada una buena profesional, la enfermera ha declarado que sólo la compasión y el sufrimiento de los enfermos motivaron su comportamiento.

...En sus declaraciones al Juez, Christine ha dicho que actuó de común acuerdo no sólo con los familiares de los pacientes o con los propios enfermos sino también con su jefe de servicio.

EL PAÍS, domingo 26 de julio de 1998

La vida, la muerte

La justicia de los hombres, incluso una vez se pone en marcha, duda en voz alta: has dejado en libertad a una enfermera, aunque ha reconocido haber practicado la eutanasia en treinta ocasiones/... El tema nos sobrepasa. Pero hay que plantearlo/.../Sobre todo por la razón que la mejora de las curas paliativas puede bastar para hacer soportable la espera de la muerte.

LA VANGUARDIA, martes 28 de julio de 1998

(LE FIGARO, Paris 27/VII/1998)

teniendo en cuenta el presente, evitar o disminuir riesgos futuros; la *empatía*, necesaria para comprender al otro a partir de su realidad y no de la nuestra; la *capacidad de continuidad*, en el sentido de ser perseverante que no inflexible en cuanto a pensamientos y acciones... En definitiva estas actitudes juntamente con otras, permiten ser más responsables hacia nosotros, los que nos rodean y el medio ambiente. Es decir, estos hechos nos dan la oportunidad de poner de relieve la necesidad de aprender a escuchar y actuar en consecuencia.

Querer escuchar qué nos está pidiendo la tierra o la persona que tenemos delante, seguramente hará que en otras ocasiones, lleguemos a tiempo de evitar o reconducir algunas de estas situaciones tan dolorosas para aquellos que las viven o han vivido.

Responsabilidad individual y, a la vez, social

Esto lo que requiere es un cambio en nuestra manera de actuar, de pensar, de ser, que puede y debe traducirse en la cotidianidad del día a día, pues no se puede

obviar el hecho que constantemente todos y todas tomamos muchas decisiones de tipo e importancia diversas: debemos pensar y centrarnos en aquellas que, a veces, por parecernos rutinarias, las tomamos sin tener en cuenta muchos factores condicionantes. Si nos acostumbrásemos a *centrarnos* en aquello que hacemos, en el aquí y el ahora quizás nuestra manera de actuar, sería muy diferente.

Pero aparte del esfuerzo individual de observar y entender la vida y lo que hacemos, debemos facilitar también la comprensión del cambio de paradigma y de las nuevas interpretaciones de la realidad, aunque cabe reconocer que cuando una corriente de pensamiento ha guiado la comprensión del mundo y de las cosas es difícil variarla. Es cierto que ha habido y está habiendo un cambio a muchos niveles y que queda patente en la manera de ser y pensar de mucha gente, pero la concienciación todavía no es general, no es conocida ni compartida por todos.

Modelos de pensamiento y profesión enfermera

Sin ser demasiado conscientes

pero gracias a la realidad que nos otorga nuestra praxis, dada en gran medida por el factor continuidad, así como la capacidad de observación, receptividad y empatía, todas ellas fundamentales en el arte y ciencia del cuidar, en muchos casos y en diferentes ámbitos ha sido posible que fuéramos adoptando de manera bastante sencilla esta nueva comprensión de la realidad.

La introducción de una nueva manera de hacer se puede identificar de diversas formas, como por ejemplo, cogiendo el modelo de la interrelación que se establece con una persona que vive un proceso de enfermedad determinado: mientras el antiguo modelo habla de *tratar* al enfermo, quien es visto como una «cosa» que es perfectamente divisible en partes, ¿quién no ha oído la expresión: «*el de la neo de la 303?*», el nuevo modelo permite ir desarrollando una visión holística de la realidad y comprende que las cosas son complejas, por tanto en éste la persona es contemplada como un todo indisociable.

También podemos poner de manifiesto esta evolución observando la manera de entender el funcionamiento dentro de las organizaciones. Así pues, las estructuras jerárquicas, verticales, unidireccionales, rígidas... están demostrando su incapacidad a la hora de hacer frente y gestionar el cambio constante o bien para dar respuesta a las necesidades que plantean sus potenciales clientes y sociedad en general. Las organizaciones que están entendiendo la complejidad de las cosas y la necesidad de adoptar una visión global de la realidad comprenden que tienen que establecer relaciones formando una red o bien, como se conoce en gestión, adoptar estructuras matriciales donde cada una

de las personas y los diferentes departamentos que conforman la organización, se complementen y se potencien de manera que la colaboración se hace absolutamente necesaria para alcanzar con éxito los objetivos y tener capacidad de adaptación a las exigencias del entorno que puedan presentarse.

Evidentemente un cambio de paradigma no es algo instantáneo, tarda años durante los que coexisten dos visiones de la realidad con las dificultades que esto comporta. El esfuerzo para intentar un cambio vale la pena pero no se puede obligar a que todo el mundo vaya a un mismo ritmo.

Para algunos es necesario y, a veces, más plausible seguir con el modelo en el que las cosas son perfectamente divisibles y se pueden establecer relaciones lineales, de causa-efecto. Esto que puede ser comprensible en algunas ciencias o ámbitos de conocimiento, no es igualmente aplicable cuando nos referimos a la complejidad del ser humano. Aquí no podemos limitarnos a establecer relaciones de causa-efecto y *debemos entender con la ayuda del otro* su complejidad, y hacer esto sin olvidar tener en cuenta su historia de vida y su entorno para poder definir y establecer **conjuntamente** objetivos y estrategias, de manera que éstas no entren en conflicto y sean alcanzables, pues sólo de esta manera será posible establecer una verdadera relación de colaboración donde se podrá desarrollar el acompañamiento, entendido como la completa sintonía con la realidad y voluntad del otro.

Condiciones para acompañar

Para acompañar hay que ser capaz de acoger la participación del

otro y por eso es importante desarrollar un trabajo personal de reflexión y crecimiento interior que cada uno hace en muchas ocasiones como puede, le es posible o le parece, que le conduzca a la maduración personal, para poder tener un espíritu abierto, tolerante, colaborador, de compromiso y de aceptación de la diversidad, elementos todos ellos fundamentales. Pienso que aquí está el reto y la responsabilidad que cada uno tiene consigo mismo y con la sociedad, sin olvidar nunca que éstos son recíprocos. Desde esta nueva realidad será desde donde podremos *prevenir* muchas de las situaciones que ahora nos angustian o aunque sea abordarlas con más serenidad que, al fin y al cabo, es lo que necesitamos para ser capaces de escuchar, identificar alternativas y tratar de elegir la opción que nos parezca menos mala, pues tampoco tenemos que olvidar que en la práctica aquello que es perfecto no existe.

Finalmente, recordar que no debemos centrarnos exclusivamente en las necesidades del cliente externo o persona que acude al sistema sanitario. Debemos también reflexionar sobre el dolor y la angustia que muchos profesionales de la sanidad sienten ante las relaciones que se establecen en estas situaciones y de otras que no siendo tan extremas plantean también dilemas serios y que forman parte de la cotidiana toma de decisiones. Una buena fórmula sería plantearnos la necesidad de cuidar a los que cuidan para hacer más fácil la cooperación y el trabajo en equipo.

GEMMA TÉLLEZ I BERNAD

ENFERMERA - COLABORADORA DEL I.B.B.
 PROF. DE LA E.U.I. SANTA MADRONA

A propósito del cambio

El punto de vista enfermero, el cuidar en la asistencia sanitaria actual está a favor de un cambio que deja atrás filosofías que buscan la identidad y que miran hacia una definición de enfermería, profesionalizada, muy impregnada de valores y alejada de los modelos tradicionales que le han transmitido normas y pautas. Esta idea se desarrolla a través del análisis del cuidar en el que, en el año 1982, Carol Guilligan y, posteriormente, otros autores como Medeleine Leninger o Patricia Benner, lanzan ideas como:

- ✓ Cuidar de una persona enferma es común a todas las culturas.
- ✓ Cuidar requiere una arte moral y un compromiso.
- ✓ El sentir de la profesión enfermera parte de la práctica cotidiana.
- ✓ La práctica enfermera se puede enriquecer a partir de la reflexión de las teorías del cuidar y la humanización.
- ✓ El sentido esencial de los cuidados enfermeros se puede descubrir a través de profundizar consigo misma partiendo de la filosofía del cuidar y de la humanización.

Es cierto que todas estas ideas vienen de movimientos feministas, pero la esencia se aleja de posicionamientos radicales o posturas esencialistas, se trata como dice Victoria Camps, en su reciente libro *«El siglo de las mujeres»*, de apostar hacia una sociedad que acepte otras formas de MIRAR con mayúscula y en consecuencia otras formas de actuar.

La enfermera (1) como mujer y como profesional se va impregnando poco a poco de todo este cambio aunque de una forma tímida. A la enfermera se le supo-

nen valores que tradicionalmente están reconocidos en los libros de bioética, escritos por enfermeras. Sus introducciones están llenas de escritos como: *«se ha escrito que la enfermería es el último reducto de humanidad en la praxis sanitaria. Son múltiples los dilemas éticos implicados en la actividad de la enfermería. Pero como se verá a lo largo del libro, la llamada a la humanización es un gran reto en la praxis sanitaria, donde la enfermería debe jugar un papel fundamental. Son las enfermeras las que tienen una presencia más continuada ante el ser humano enfermo, que vive todas las incertidumbres, alegrías, angustias y esperanzas...»*, dice el profesor J. Gafo en su libro de ética para enfermeras.

Humanización, dijo J. M^a Ruíz Irigoyen en las *III Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud y la Relación de Ayuda*, es hacer al hombre más hombre, es una cultura de vivir la vida, de vivir la salud, de vivir el sufrimiento y de vivir la ayuda que da la enfermera y que está en sintonía con los valores más puramente humanos. Esta definición es posible que sea utópica pero es cierto que desde el principio del hombre todos los logros de la humanidad han sido impulsados por utopías.

Permítanme decir que feminizar es humanizar y que para humanizar el mundo de la salud se debe feminizar. Feminizar significa que virtudes o cualidades consideradas típicamente femeninas empiezan a ser asumidas por los varones que trabajan en el campo de la salud y no sólo por los que están en contacto directo con el enfermo sino también empiezan a recogerse

desde los gestores, gerentes, diseñadores de planes de salud, etc.

En la globalidad del mundo sanitario, nuevas formas de ver, juzgar y actuar pueden hacer que todos, sanidad, enfermos y sanitarios salgan enriquecidos.

De la misma manera que la mujer se ha hecho más humana y ha crecido como persona, aún apropiándose de ventajas que hasta hace poco eran exclusivas de los hombres, a éstos les toca ahora hacer el movimiento inverso y aprender de la vida de las mujeres, aquello que dan de humanamente positivo para plasmarlo en el campo del trabajo.

Virtudes como la compasión por quien sufre, la renuncia a la propia comodidad en favor del otro, la cooperación, la intuición, el detalle personalizado, la sensibilidad, la ternura, la abnegación, el pragmatismo, la responsabilidad, etc., son algunas de las cualidades atribuidas a las mujeres desde tiempos inmemoriales. Ciertamente es que éstas son imprescindibles para una sanidad que quiere ser más humana.

El cambio del que les hablaba al principio no está dedicado a la enfermería únicamente, sino que está inmerso en un proceso mucho más global que abarca toda la sanidad y a todos los profesionales que nos dedicamos a atender a personas que pueden sufrir o sufrir una enfermedad.

¿Cómo sobrevivir a un cambio radical donde se prevén nuevas formas de organizarse con metodologías como los diagnósticos relacionados, la gestión por procesos o de otros no sólo dentro del ámbito hospitalario sino en todos los ámbitos implicados en la asis-

tencia y donde no sólo estará presente la enfermera sino todos los profesionales? ¿Como encontrar un equilibrio entre la teoría de la humanización y todo este futuro lleno de situaciones nuevas?. Para responder, he encontrado un artículo de un médico inglés, Dr. Gilmore, que ayudó a organizar en los años 70 la medicina inglesa, concretamente, la asistencia primaria. Propuso una metodología de trabajo que permite la confluencia de las diferentes profesiones que convergen en el acto sanitario, nombrándola *Metodología del Trabajo en Equipo*.

Este médico dijo hace bastantes años que: «*Un equipo es un grupo de profesionales que realizan diferentes aportaciones desde su saber, experiencia, valores, cultura, etc... para conseguir un objetivo común*». También dijo que las características del trabajo en equipo pasan por los siguientes elementos:

✓ Porque los diferentes profesionales de un equipo compartan un propósito común que los una y los guíe en sus acciones.

✓ Cada miembro del equipo tiene una clara comprensión de sus propias funciones y reconoce intereses comunes.

✓ El equipo tiene que trabajar agrupando conocimientos, técnicas y recursos. Y todos los miembros del equipo comparten la responsabilidad de los resultados.

✓ La efectividad del equipo está relacionada con su capacidad de llevar a cabo el trabajo que tienen encargado y su habilidad para poder organizarse como grupo.

Durante más de 25 años hemos usado, gastado e incluso devastado las palabras «trabajar en equipo» y creo que cuando se han utilizado lo que realmente hemos querido decir

es que tenemos que trabajar juntos y con armonía, nada más lejos de lo que el Dr. Gilmore propuso.

A los conceptos de trabajar juntos y con armonía podemos añadir conceptos como la interdisciplinariedad, la visión compartida, fuertemente compartida, que incluye compartir valores, visiones dispares, participación, etc... y es posible que después del tiempo y adquiriendo ciertas habilidades, podamos decir que trabajamos en equipo, ya que el trabajo en equipo no se improvisa sino que requiere un entreno y una preparación previos.

Para trabajar en equipo el Dr. Gilmore dijo que era necesario que cada miembro cumpla por lo menos dos requisitos:

1.- Una conducta adecuada que depende de los valores, la cultura, la experiencia, el saber, etc.

2.- Una sensibilidad hacia el tema, y querer trabajar realmente en equipo, creer realmente que es una buena manera de trabajar y de ir hacia adelante.

Según el Dr. Gilmore, «*el trabajo en equipo tiene ventajas y desventajas; las segundas pasan porque, al principio los resultados son lentos, el grupo puede disminuir su capacidad de respuesta y, al fin y al cabo, es una inversión a largo plazo; pero las ventajas, a pesar que son a largo plazo, pasan por la satisfacción de los diferentes profesionales y del enfermo ya que está incluido en la toma de decisiones y de las empresas en general, ya que los resultados son más eficientes.*»

La exigencia del trabajo en equipo nace de la consciencia de los propios límites ante la complejidad de la asistencia y de la necesidad de optimizar las diversas intervenciones de los diferentes

profesionales. Requiere, pues, los conocimientos y el reconocimiento de los diferentes profesionales que forman el equipo, de todos los recursos utilizados en la asistencia al enfermo y de los profesionales implicados a través de reuniones formales e informales.

A menudo esta colaboración deseada por todos, es obstaculizada por comportamientos autosuficientes. Cada uno reclama su dosis de autonomía en el quehacer cotidiano y no quiere ser molestado ni que nadie se entrometa en su parcela o especialidad. Ser autónomo en el desarrollo de las profesiones, no quiere decir dejar de ser interdependiente.

La multiplicación de intervenciones provoca la fragmentación del equipo. Cada profesional se acerca al enfermo con su propia agenda, el enfermo nota y percibe desorden y fragmentación en su cuidado. Dar unidad a la asistencia que prestamos además de reducir esfuerzos, provoca en el enfermo una sensación de seguridad, armonía, seriedad, buen funcionamiento, factores que por sí solos, son terapéuticos.

Para terminar, me gustaría decir que se está iniciando un cambio, un cambio que puede implicar a más de una generación, en el que parece que lo positivo sean nuevas maneras de entender la organización, la interdisciplinariedad, el equilibrio de valores y el trabajo en equipo.

CARME ROYO CASTILLÓN

ENFERMERA

JEFE OPERATIVA CRÍTICOS - PARC TAULÍ
MÁSTER EN BIOÉTICA Y DERECHO U.B.

(1) El término «enfermera» se utiliza para designar tanto a la enfermera como al enfermero.

✓ **4th World Congress of Bioethics. "Global Bioethics. East and West, South and North"**. Organizado por «International Association of Bioethics» y «Asian Bioethics Association» del 4 al 7 de noviembre en Tokio (Japón). Secretaría: Dept. Philosophy, Nihon University, Tokio (Japón). Fax: +81.3.5317.9217 E-mail: kasamatu@chs.nihon-u.ac.jp.

✓ **III Symposium Internacional "Estrategias globales para prevenir la transmisión VIH perinatal" y III Symposium Internacional "Sida y Reproducción"**. Organizado por Hospital "Casa La Salud" y Fundación Mediterránea de Ayuda a la Infancia para los días 9 y 10 de noviembre en Valencia. Secretaría: Fax: +34.96.382.65.15 E-mail: phytoma.es@vlc.servicom.es

✓ **Advanced European Bioethics Course "Ethics and Genetics"**. Organizado por "The International Programme in Bioethics Education and Research" del día 19 al 21 de noviembre en Nijmegen (Holanda). Secretaría: Dept. of Ethics. Catholic University of Nijmegen. P.O. box 9101 6500 HB Nijmegen (Netherlands) E-mail: b.gordijn@efg.kun.nl

✓ **Curso sobre "El personal sanitario ante los problemas éticos de final de la vida"**. Organizado por el Centro de Humanización de la Salud para los días 20 al 22 de noviembre en Madrid. Secretaría: Centro de Humanización de la Salud. Sector escultores, 39. 28760 Tres Cantos (Madrid) Fax: 91.804.0.33.

✓ **XXV Symposium Internacional "Medicina Perinatal 98. Nacer en el 2000"**. Organizado por el Dpt. de Obstetricia y Ginecología del «Institut Universitari Dexeus» para los días 26 al 28 de noviembre en Barcelona. Secretaría: Institut Universitari Dexeus. Telf: 93.227.47.00 Fax: 93.418.78.32

✓ **Curso sobre "Cuidarse para cuidar"**. Organizado por el Centro de Humanización de la Salud para los días 27 al 29 de noviembre en Sant Pere de Ribes (Barcelona). Secretaría: Centro de Humanización de la Salud. Sector Escultores, 39. 28760 Tres Cantos (Madrid). Fax: 91.804.00.33

✓ **III Reunión Científica "Evaluación del Impacto de las Intervenciones Sanitarias"**. Organizada por la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para los días 2 al 5 de diciembre en Tenerife. Secretaría: Instituto de Comunicación Científica. Antonio Maura, 20, 3º dcha. 28014 Madrid. Telf: 91.521.07.02 Fax: 91.521.68.18

✓ **III Symposium European Network for Biomedical Ethics "Ethics in Human Procreation, Genetic Diagnosis and Therapy"**. Organizado por el «Center for Bioethics in the Sciences and Humanities» (Univ. Tübingen) y por SIBLE (Univ. Sheffield) para los días 7 al 10 de enero en Sheffield (Inglaterra) Secretaría: Center for Ethics in the Sciences and Humanities. Fax: +49.70.71.29.52.55 E-mail: biomedical.ethics@uni-tuebingen.de

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE



FUNDACION MAPFRE MEDICINA