# LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS i LUCAS

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA - N.º 12 - (2005)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas
c/. Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona

Imprime: Gráficas Gispert, S.A. - La Bisbal
Depósito Legal: GI-904-1999

# SUMARIO


Pág.

**Presentación – Montserrat Busquets** . . . . . 7

**Primera ponencia – Mercedes Ferro** . . . . . 11

**Segunda ponencia – Núria Cuxart** . . . . . 39

**Guión del debate** . . . . . 59

**Aportaciones de las participantes:**

1. Pilar Antón . . . . . 60
2. Esther Busquets . . . . . 65
3. Rosa Mª Blasco . . . . . 69
4. Margarita Esteve . . . . . 73
5. Rosa López . . . . . 76
6. Núria Gorchs . . . . . 81
7. Luisa González . . . . . 85
8. Ramon Bayés . . . . . 88
9. Victoria Camps . . . . . 90
10. Maria Gasull . . . . . 92
11. Judith Gispert . . . . . 95
12. Clara Gomis . . . . . 97
13. Maria Fca. Jiménez . . . . . 100
14. Cristina Martínez . . . . . 103
15. Begoña Román . . . . . 108
16. Mercè Salvat . . . . . 113
17. Jesús Sanz . . . . . 116
18. Pilar Vilagrasa . . . . . 122

**A modo de conclusión** . . . . . 127

**Participantes en el seminario** . . . . . 130

**Títulos publicados** . . . . . 132

# PRESENTACIÓN

En este seminario queremos discutir la relación entre dos aspectos a nuestro entender esenciales: las líneas de la gestión del cuidado y su importancia ética. Queremos debatir sobre la aportación específica y concreta de las enfermeras al conjunto sanitario. En las últimas décadas, las enfermeras hemos realizado importantes avances en la comprensión del significado y alcance ético del cuidado: se ha definido la ética del cuidar. La ética del cuidar plantea que hay una dimensión ética intrínseca en los actos de cuidar que enriquece el discurso ético sanitario y ayuda a situarlo desde la perspectiva del usuario, paciente y familia que reciben la atención. Cómo cuidan las enfermeras plantea una noción acerca de lo que debe hacerse y cómo llevarlo a cabo y adquiere una relevancia importante si de verdad se quiere dirigir el modelo asistencial hacia el cliente, paciente o usuario. En la organización de un servicio sanitario hay que considerar los principios básicos del cuidado profesional como mínimo con la misma importancia que los principios básicos del tratamiento de las enfermedades.

Por otro lado hay que entender que aplicar la Bioética y cumplir con los Derechos Humanos requiere una profunda modificación en toda la cultura sanitaria; ya sean los propios profesionales, en sus relaciones inter e intraprofesionales, ya en la organización y gestión de los servicios. No basta con tener normativas, hay que realizar cambios y aportaciones delimitando el quehacer y estableciendo la corresponsabilización que permita la aportación de cada grupo profesional; por ejemplo en la información veraz, en la ayuda a la comprensión de los problemas de salud y las posibles alternativas, en el mantenimiento y fomento del respeto y de la dignidad, en la inclusión de las familias y allegados en la atención, en el respeto por la intimidad de los datos, por el manejo del cuerpo y del espacio personal, etc. Por supuesto en ello las enfermeras estamos comprometidas tanto como el resto de profesionales. Es por ello que queremos clarificar y dejar constancia del avance de conocimientos en nuestra profesión al respecto.

Es decir, en la cuestión ética las enfermeras podemos participar en una doble vertiente; desde la propia disciplina, organizando y atendiendo las necesidades de cuidados, y aportando al trabajo en equipo nuestro conocimiento.

Teniendo estas ideas en mente parece importante replantear los supuestos que orientan la gestión de los servicios sanitarios y concretamente los servicios enfermeros. Entendemos que la sensibilidad y razonamiento éticos que permi-

ten a las enfermeras abordar los problemas éticos en la clínica requieren tanto una formación específica en ética como una organización que los facilite y potencie. En este seminario trataremos de debatir la relación entre los modelos de gestión de cuidados y el cuidado ético, intentando abarcar la responsabilidad del gestor en materia de ética profesional. Es decir, consideraremos el cuidado ético como una cuestión relativa a la gestión y organización de los servicios y no sólo como una cuestión particular de cada enfermera.

Dada mi condición de docente en una Escuela de Enfermeras, una de mis preocupaciones es la de cómo las estudiantes van a poder mantener y desarrollar los valores profesionales a lo largo de su vida profesional y cómo las organizaciones sanitarias fomentan y ayudan a ello. Termino la presentación de este seminario sobre la "Gestión del cuidado en enfermería" con la opinión de una estudiante que, tras leer y trabajar la importancia de las actitudes éticas del cuidado, escribió lo siguiente:

"Después de leer el artículo me vienen diversas ideas a la cabeza, entre otras y puede que la más clara de todas, la bidireccionalidad del concepto de cuidar y de la idea de presencia cuidadora.

En mi opinión, y utilizando por ejemplo la administración de medicamentos, creo que el papel de la enfermera no es el de administrar el tratamiento por orden médica, sino que es algo mucho más extenso y complejo: cómo informamos sobre las acciones e interacciones del fármaco, procuramos que el paciente disponga de toda la información necesaria sobre el tratamiento que se aplica, favorecemos su autonomía respecto a los cuidados necesarios, nos preocupamos por la continuidad del tratamiento después del alta si es que es preciso, nos aseguramos de la mejor vía de administración para ese tratamiento concreto y la persona en concreto… y todo esto tan sólo para la administración de un fármaco.

Por lo tanto, en algo más complejo como por ejemplo la educación sanitaria, los cuidados a realizar serán más complejos todavía, teniendo que tener en cuenta muchos aspectos del paciente, a fin de tratarlo como un ser completo procurando una presencia cuidadora en todo momento.

¿Quién cuida de las enfermeras cuidadoras? ¿De dónde obtienen los cuidados para cuidarse de sí mismas? Considero importante poder realizar unos cuidados integrales a cada paciente en concreto y favorecer la presencia cuidadora, pero creo que esto no se puede llevar a cabo si la enfermera que ha de realizarlos no recibe los suyos propios cuando los necesita. Para poder llevar a

cabo una unidad de la mejor forma posible obteniendo el mejor rendimiento, hemos de favorecer un ambiente de trabajo con el fin de que a la vez que se crea una presencia cuidadora hacia el paciente, también se cree hacia la enfermera y el resto de profesionales y personal, evitando situaciones de estrés y de agotamiento de los recursos personales de cada profesional".

En las palabras de esta estudiante queda bastante clara la importancia de la relación entre quien lleva a cabo el cuidado directo, es decir, la enfermera asistencial y quien organiza la atención, es decir, la enfermera gestora. También queda clara la retroalimentación entre ellas; ser una buena enfermera depende de cada profesional, pero también depende de que la orientación de la gestión esté focalizada en ayudar a cada profesional a poder conseguir su máximo potencial.

El seminario se ha realizado en torno a los siguientes objetivos:

- Plantear la aportación del cuidado enfermero a la ética sanitaria.
- Establecer relaciones entre los diferentes modelos de gestión y el trabajo ético de las enfermeras.

Montserrat Busquets
Vocal del Patronato de la
Fundació Víctor Grífols i Lucas

## PRIMERA PONENCIA

# LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

Mercedes Ferro Montiu

# 1. Introducción

Ocurre, en alguna ocasión, que entre las sensaciones que conforman la vida cotidiana, surge algo, alguien, alguna palabra, hecho y significado que quizá, aun sin pretenderlo, exige una reflexión más profunda, genera un interrogante. Una pregunta de las que no se resuelven desde un tratamiento superficial o desde lo inmediato, una duda que hace reconsiderar y reflexionar en mayor profundidad y que tras llegar a una conclusión, la conveniencia de recolocar otros aspectos o valores del escenario vital.

En los momentos de la vida profesional en los que se instala una duda o un interrogante sobre un determinado *input* o concepto, éste también provoca la revisión de otros, que hasta entonces parecían claros. De esa forma se van incorporando nuevos paradigmas profesionales y se amplía el conocimiento expreso de algunos aspectos importantes que ayudan a mantener un mejor o más competente ejercicio profesional.

Cuando me ofrecieron la posibilidad de colaborar en este foro de reflexión sobre gestión del cuidado enfermero y ética, tuve la sensación de volver a estar ante uno de esos momentos de reflexión extraordinaria.

Como enfermera, con una dedicación de más de 20 años en actividades gestoras, los temas alrededor de la responsabilidad directiva han ocupado mucho tiempo profesional de estudio y experiencia. Ello hace que ya de forma natural parezcan ordenados y opinados suficientemente. No obstante, esta oferta incorporaba un compromiso de análisis y reflexión desde un enfoque ético y por ello se volvía a hacer necesario reflexionar sobre el quehacer directivo, en esta ocasión desde una lente de valores y de significados éticos.

Ante ello siento cierta inseguridad, quizás también algo de pudor, porque hago patentes limitaciones en el abordaje ético de mi quehacer profesional. Como no puede ser de otra forma, mi ejercicio profesional, ligado básicamente a la organización, gestión de cuidados y profesionales enfermeros, me plantea continuamente preguntas con contenidos éticos, cuyos significados se centran en el bien o el mal, el deber, el derecho, la adecuación, la justicia, la responsabilidad, los costes, la autonomía, la calidad. Es entonces cuando busco una respuesta desde lo que yo entiendo un compromiso ético, mis valores como persona, hacia las personas y en el contexto de una organización, institución o empresa.

Este tiempo de reflexión ha sido para mí verdaderamente comprometido porque las preguntas que han surgido observando o analizando mi propia

experiencia con una lente de valores éticos, han hecho evidente la presencia de fisuras, puntos débiles o comportamientos que sugieren dudas. Este compromiso me ha situado como persona y como profesional entre mis valores y mis actos en un espacio donde las líneas de la coherencia a veces se desdibujan.

Es incuestionable mi consideración de que el significado de los valores o los códigos éticos de toda acción humana no son algo añadido al hecho, pensamiento o sentimiento humano, sino que forman parte consustancial del mismo. Y aun así, también es cierto que este compromiso me ha exigido volver a revisar, desde esa imaginaria óptica de códigos éticos, el quehacer y trascendencia de la responsabilidad directiva.

Este ejercicio ha dado como resultado algunas de las reflexiones que recojo a continuación y ha hecho explícitas algunas conclusiones que aporto para un debate mayor desde una reflexión plural y compartida.

## 2. Función de la profesión enfermera en la sociedad. ¿Qué valor aporta?

De forma previa a abordar el tema que, recogido hoy en este seminario, tratará sobre ***"la gestión del cuidado en enfermería"***, parece oportuno expresar algunas consideraciones generales sobre la profesión enfermera.

Esta actividad, desde el acto básico de cuidar la salud, podemos considerarla tan antigua como la propia historia de la vida humana. Si bien es cierto que a lo largo del tiempo y de las diferentes civilizaciones o sociedades quedan claramente recogidas personas que desde sus conocimientos o habilidades se encargaban, en sus respectivas sociedades, de esta responsabilidad, no es hasta principios del siglo XIX cuando comienzan enseñanzas regladas dirigidas a profesionalizar la actividad de cuidar. Es entonces cuando Florence Nithingale aporta un referente indiscutible a lo que a partir de ahí serán las primeras escuelas de enfermeras. Desde entonces hasta la actualidad un camino de largo recorrido y abundante trabajo ha consolidado académicamente lo que hoy son los estudios universitarios de la profesión enfermera.

Así a través del tiempo y del estudio, la disciplina enfermera ha quedado configurada en un cuerpo propio de conocimientos en los que se basa y fundamenta el adecuado y complejo ejercicio de esta profesión, que no es otro que el cuidado de la salud de las personas.

El pasado mes de abril, José Antonio Marina, filósofo y escritor, expresaba en una de sus conferencias[1] que, en un sentido profundo, "persona" no es un concepto científico, es un concepto ético. Si yo pudiera, en mi propia experiencia, trasladar algunos convencimientos explícitos o implícitos de la profesión enfermera tendría que decir que es, precisamente ése, un convencimiento propio de toda enfermera: considerar que ser persona es un concepto ético. Es por ello, también como él dice, que la expresión persona, paciente o enfermo la utilizaré siempre vinculada al ser humano como sujeto de la dignidad.

No encuentro mejor manera de referirme al eje central de la profesión enfermera que a través de las palabras escritas por el profesor Marina: "quisiera reivindicar el cuidado como el núcleo profundo de ser persona… el cuidado es una actitud respetuosa y perspicaz, que capta lo valioso, lo protege, que anima a la acción, que refuerza los vínculos entre las personas, que se toma en serio las cosas serias".

El cuidado de la salud de las personas es, por tanto, el objetivo principal y el fin de la profesión enfermera. Cuidar de la salud es lo que, a lo largo de toda la historia, ha configurado el quehacer enfermero. Ello ha hecho de esta acción básica toda una profesión, precisamente por la consideración tan valiosa del significado que tiene en la vida humana, la salud, la integridad, la dignidad, la autonomía, todo ello desde una consideración holística e integral del ser humano.

Una profesión que nace de una necesidad social tan fundamental para la persona como es su derecho a la salud y que se ejerce bajo una amplia perspectiva como la de cuidar del individuo, familia y comunidad desde una consideración expresa de los valores y creencias, tanto de la persona que cuida como de la que es cuidada, en interacción con el medio y su entorno. Por ello ésta profesión se consolida y se legitima desde la ayuda a las necesidades más básicas del ser humano, individuo, familia o comunidad.

Así la profesión enfermera tiene como acción y valor centrales el cuidado de la salud de las personas, en sus propias circunstancias y a lo largo de toda la vida. Éste es el valor que la enfermera proyecta a la sociedad o comunidad en la que radica y, desde esta relación bidireccional de necesidad y de sustento, la profesión enfermera se convierte en aval de la sociedad y la sociedad en aval para dicha profesión.

---

[1] *Humanismo en el arte de cuidar*. Libro de ponencias: XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico. Vitoria, 2004.

Sobre la relación entre ética y enfermería, afirman las profesoras Antón y Busquets que "la ética no es algo que se añade al desarrollo profesional, sino que lo fundamenta y da sentido. No es posible hablar de ética y de enfermería como conceptos aislados que se superponen"[2].

Esta profesión dedicada al cuidado de la salud de las personas, donde la relación interpersonal no es un mero instrumento de comunicación, sino que se convierte, en gran parte de los casos, en el mejor medio terapéutico, ha estado siempre comprometida y se ha ejercido desde un compromiso ético. Por ello la relación entre enfermera y persona cuidada es desde su propia naturaleza un acto ético.

Como también expresa Anne J. Davis: "la enfermería nunca ha considerado la ética como una cosa sin importancia o como una moda pasajera. De hecho, la ética ha sido la verdadera base de la práctica profesional de enfermería desde el inicio de la enfermería moderna en el siglo XIX."[3] Quisiera expresar por tanto mi primera consideración:

*La función que la profesión enfermera tiene en la sociedad*
*es la del cuidado de la salud de las personas.*
*Y el valor que con ello aporta es ayudarles a nacer, vivir y morir*
*en cualquiera de las circunstancias en las que éstas se encuentren*
*y desde la máxima consideración a sus propios valores.*

*El cuidado de la salud de las personas es,*
*por su propia naturaleza, un acto ético.*

---

[2] Casado, M. *Materiales de Bioética y Derecho*. Ed. Cedecs. Barcelona, 1996.

[3] Anne J. Davis. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería Clínica*, vol 9, núm 1. p. 21.

## 3. Algunos condicionantes del escenario sanitario. ¿En qué contexto se desarrollan los cuidados enfermeros?

Como he expuesto anteriormente, el valor que la profesión enfermera ofrece a la sociedad es el del cuidado de la salud de las personas, atención ordinaria que debe efectuarse a lo largo de toda la vida y que se vuelve extraordinaria en momentos determinados como el nacimiento, el enfermar o el morir.

Por esto la acción del cuidado y sus resultados sobre la salud se dan en cada una de las múltiples circunstancias en las que se encuentran las personas atendidas y ello hace que sean condicionados por una diversidad de aspectos que interaccionan circunstancial o fundamentalmente. Los condicionantes inciden en una relación bilateral entre la persona cuidadora y la persona cuidada, por lo que algunos de sus efectos pueden repercutir exponencialmente.

Como decía Rosa Mª Alberdi: "la aportación de la enfermera es, en todo caso, indispensable e insustituible, y adquiere tantas formas como individuos son atendidos"[4].

Es por ello que podemos considerar el cuidado como el resultante de una acción profesional enmarcada en un contexto sociosanitario determinado y resultante de una relación de ayuda interpersonal e individualizada enfermera-paciente.

En nuestra sociedad los cuidados enfermeros se ofertan fundamentalmente desde organizaciones sanitarias. La mayor parte de las veces, los servicios sanitarios se prestan a la población desde equipos multidisciplinares que, de forma conjunta, trabajan para conseguir el mejor resultado de salud. De esta forma, y a través de equipos plurales, se consigue ofertar un producto sanitario único cuya traducción final debe ser la mejora de la salud de la sociedad.

Conseguir un producto u obtener un servicio a través de un equipo de trabajo no debe significar que éste resultante no sea único ni individualizado, no presupone que no se establezca desde una relación personalizada. Únicamente significa que las organizaciones o empresas que elaboran sus productos de esta forma, deben establecer eficaces mecanismos de coordinación para garantizar

[4] Alberdi Rosa M. "Nosotros cuidamos: la práctica del cuidado en el ámbito comunitario" *III Congreso Asociación Enfermería Comunitaria.* Arnedillo, 2000.

que sus procesos internos formen un continuo completo, en donde las personas atendidas perciban los beneficios de cada una de las partes que deben componer su continuo asistencial. Así, la coordinación interna de todos los procesos es un verdadero afán de las organizaciones sanitarias que obtienen sus resultados a través de equipos de trabajo plurales y multidisciplinares.

Es necesario que toda organización o empresa tenga bien identificados cada uno de los productos finales así como los procesos en los que orientar su actividad. Cuando, como se ha dicho, el producto sanitario es fruto de equipos multidisciplinares (y ser un fruto único no significa que no pueda estar formado por diferentes partes o tener diferentes *inputs*) deben identificarse muy bien los subproductos del conjunto.

Significa esto que en cada organización sanitaria (hospital, clínica, servicio, unidad, equipo de atención primaria, etc.) el cuidado enfermero es una parte mayor o menor de un todo llamado producto sanitario. Así lo recoge Rosa Mª Hernández en su artículo "La medición del producto enfermero".[5]

No hay duda que, en las actuales organizaciones sanitarias, la aportación enfermera, el cuidado, es un valor imprescindible y consustancial al producto o resultado final, y esto que tan fácil puede ser de entender desde una conceptualización teórica, es menos fácil y poco probable encontrarlo materializado en la realidad. Todavía hoy, una gran parte de nuestras organizaciones sanitarias mantienen la responsabilidad y poder de decisión de los profesionales de enfermería en un plano secundario de opinión, responsabilidad asistencial, planificación o evaluación del producto sanitario.

Toda enfermera en el ejercicio de su profesión constata continuamente la importancia que sus cuidados tienen para el buen desarrollo de cualquier proceso sanitario, y de igual manera podemos asegurar la necesidad que para el bienestar del paciente y para la calidad de su atención tiene su labor profesional. Sin embargo, las organizaciones sanitarias en general reconocen escasamente esta profesión y lo hacen de forma poco proporcionada a la repercusión real que los cuidados tienen como componentes del proceso asistencial.

Lo expresado anteriormente recoge la opinión de muchas enfermeras y el sentimiento de que su presencia en las organizaciones sanitarias está profesionalmente poco reconocida, con limitada capacidad de decisión, de responsabi-

[5] Rosa M. Hernández "La medición del producto enfermero" *Enfermería Clínica*, vol 5, núm 3 pág. 111.

lidad o de autonomía profesional. Y esta realidad provoca algunas preguntas cómo: ¿Por qué ocurre esto? ¿Deberían hacer algo las organizaciones para reconocer la presencia y aportación enfermera en los procesos y resultados asistenciales? ¿Deberían hacer algo más las enfermeras?

Efectivamente, en la actualidad la aportación enfermera al producto sanitario está poco identificada, poco reconocida y, por tanto, escasamente valorada, si bien es cierto que poco a poco se van realizando esfuerzos para hacer de los cuidados un valor visible y tangible. Ya en 1986 Collière desarrolló el concepto de "cuidados invisibles"[6], en estudios que demuestran la desproporcionada y poco reconocida presencia de las enfermeras respecto a su acción, resultados o valor añadido en el proceso asistencial.

Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer para llegar al conocimiento real de la repercusión que los cuidados tienen en el producto sanitario de las organizaciones dedicadas a la salud. Sobre la importancia de la aportación enfermera en el resultado de salud existen estudios que demuestran cómo las organizaciones y acciones enfermeras repercuten en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos. Linda H. Aiken, refiriéndose a los resultados de investigaciones sobre los denominados hospitales magnéticos, escribe: "la organización de enfermería en el contexto global del centro confiere a las enfermeras una mayor independencia para estructurar la práctica de la forma que consideren oportuna" y demuestra cómo en estas organizaciones enfermeras se reduce la tasa de mortalidad de los pacientes.

Quisiera expresar que, en mi opinión, el "producto sanitario" ha mejorado mucho en los últimos años gracias a importantes avances del producto médico, fundamentalmente por componentes farmacológicos y tecnológicos. De esta forma ha mejorado considerablemente la eficacia y eficiencia de procesos diagnósticos o terapéuticos y se han reducido significativamente las estancias medias por proceso. Ahora es necesario e imprescindible mejorarlo a través de una bolsa de mejora todavía sin explotar, como son las decisiones y acciones enfermeras. En ellas radican actualmente un importante componente de calidad asistencial que está vinculado a los cuidados enfermeros y cuya capacidad de mejora todavía queda por explotar.

---

[6] Collière, M.F. "Invisible Care and Invisible Women as Health Care Providers". *Int. Journal of Nursing Studies*, 23 (2) 95-112, 1986.

*El cuidado de la salud se realiza en el contexto social, cultural y sanitario de cada persona, familia o comunidad, desde equipos multidisciplinares a través de las organizaciones sanitarias.*

*En el producto final de las organizaciones sanitarias deben identificarse y reconocerse explícitamente los subproductos o partes que aporta la profesión enfermera en la medida del valor añadido que sus acciones confieren al producto sanitario.*

*Los profesionales enfermeros tienen que asumir en las organizaciones sanitarias el peso, responsabilidad y autoridad que les corresponden a los cuidados enfermeros en función del valor añadido que aportan al producto sanitario.*

## 4. Las organizaciones enfermeras. ¿Se adaptan a las expectativas de los ciudadanos?

El sector sanitario, como dice la socióloga Carmen Domínguez-Alcón, "es especialmente interesante para el sociólogo, ya que reproduce la estructura social"[7]

Que una organización reproduzca una estructura social puede hacer pensar que lo hace justo a tiempo y que por ello recoge o reproduce las expectativas y necesidades actuales de los ciudadanos, pero no se produce de forma simultánea, en presente, en tiempo cero. Más bien podemos observar cómo, una gran mayoría de las organizaciones sanitarias actuales reproducen todavía algunas estructuras ancladas en el pasado, un pasado cercano pero ya pretérito.

Una condición irrenunciable para que las organizaciones se desarrollen y mantengan su valor en la estructura social en la que se encuentran, es evolucionar al ritmo y en la dirección hacia donde se dirige la sociedad.

Esto repercute también en las organizaciones enfermeras, que deben tener una capacidad de adaptación continua, lo que significa que tienen que desarrollar una gran sensibilidad e inteligencia para interpretar precozmente las

[7] Carmen Domínguez–Alcón y otros. *Sociología y Enfermería.* Ed. Ediciones Pirámide. Madrid, 1983.

tendencias de los cambios sociales, culturales, económicos, demográficos, medioambienales o políticos de la sociedad.

El cambio permanente y adaptativo es una constante indiscutible en la existencia de toda sociedad y en todos los tiempos. Ahora conviene tomar conciencia de que a esta realidad histórica y natural hay que añadirle, como factores diferenciadores en esta época, la velocidad con la que se dan los cambios y la complejidad de una sociedad globalizada, en un mundo sin fronteras.

La sociedad actual está marcada por la rápida velocidad en la que se dan los cambios, lo que exige, al escenario empresarial, una adaptación rápida a las modificaciones de tendencias sociales y sanitarias. Consecuentemente, a las organizaciones enfermeras se les exige una revisión continúa de sus conocimientos, modelos organizativos, estructuras, procesos y resultados. En definitiva, se espera una continua y rápida respuesta de adaptación a los valores y necesidades de la sociedad en la que radican, respuesta ésta que desde las actuales organizaciones sanitarias (en general todavía con muchas rigideces y resistencias) es francamente costosa.

Uno de los factores más condicionantes del cuidado es el escenario donde se desarrolla, es decir, el contexto sociosanitario donde se realiza y gestiona el cuidado de la salud de las personas. Para facilitar la comprensión de este complejo proceso de adaptación continua, me parece gráfico apuntar algunos de los factores visibles o invisibles que, en mi opinión, más han condicionado a las organizaciones enfermeras en tan sólo los últimos 25-30 años.

Algunos condicionantes de nuestra actual sociedad:

- *Los valores* respecto al concepto o bien "salud" han pasado en pocos años de estar focalizados hacia la enfermedad o la muerte, a centrarse hoy en la salud y la vida, consolidando en este recorrido un nuevo objetivo social que es el derecho al importante elemento cualitativo de "calidad de vida o de muerte" o "derecho a vivir y morir bien".
- *La disponibilidad de recursos* humanos, de conocimiento, materiales o tecnología, ha evolucionado tanto que podemos afirmar que, en este periodo, se ha pasado de considerarlos mínimos a valorarlos globalmente suficientes, aunque no ilimitados y es por esto por lo que el valor que se ha añadido en torno a los recursos es el de "eficiencia" o uso justo, adecuado y responsable de los mismos.
- Otro de los condicionantes está vinculado al *nivel de expectativas* o exigencias de las personas y de la propia sociedad. Este nivel hace pocos años

era escaso, para pasar a ser en la actualidad bastante mayor y con seguridad podemos saber que su tendencia también irá incrementando.

- Respecto a *la información*, en nuestra sociedad en general, la información tanto cuantitativa como cualitativa ha pasado de ser escasa, con un reparto asimétrico y poco disponible para la sociedad, a ser abundante y fácilmente disponible. Ahora queda por consolidar, respecto a la misma, que su distribución sea más simétrica, es decir, que esté menos secuestrada por los profesionales sanitarios y más compartida con las personas que se constituyen como pacientes, clientes o usuarios.
- El efecto de *la globalización*, de un mundo sin fronteras o sin límites geográficos, hace que nuestra sociedad esté condicionada ya, y lo vaya a estar más en el futuro por una pluralidad y diversidad cultural. Es ya incuestionable el respeto a las diferencias de la vida en una aldea global.
- Como condicionante también, podemos identificar *la actitud ciudadana*. Los ciudadanos como personas de derecho, hemos pasado de vivir en sociedades conformadas, que manifestaban actitudes pasivas ante temas fundamentales, a ver como esto va cambiando para encontrarnos ante sociedades activas, lo que hace pensar que la actitud de la ciudadanía va a adquirir un protagonismo total, marcando en todas las organizaciones sanitarias una dinámica de participación real e interactiva.

Existe una opinión general sobre los componentes profesionales, clínicos, tecnológicos o humanos de las organizaciones sanitarias y parece que cubren bastante adecuadamente las actuales expectativas de la sociedad (así lo reflejan también encuestas de opinión de los usuarios)[8]. Esto no significa que no se deban aunar más esfuerzos todavía para cumplir mejor las expectativas a las que nuestra sociedad tiende y, además, hacerlo desde un compromiso ético con la calidad, los presupuestos y recursos limitados de los que cada sociedad pueda disponer.

*En poco tiempo la sociedad española está modificando valores sustanciales, lo que exige a las organizaciones sanitarias una rápida adaptación. Aquéllas que no respondan positivamente al cambio no sobrevivirán.*

*Las organizaciones enfermeras, desde estructuras funcionariales, tienen dificultades internas para responder ágilmente a la demanda. Sin embargo, sus cuidados enfermeros están adaptados a los actuales valores de las personas que configuran la sociedad.*

## 5. Diferentes modelos aplicados en organizaciones de cuidados. ¿Diferentes resultados?

La mayoría de los programas de formación de posgrado en gestión de servicios de enfermería, como es, a modo de ejemplo, el Máster de la Universidad de Barcelona[9], dedican una parte de su programa al estudio y profundización de modelos; por un lado, modelos derivados de diferentes teorías de enfermería (de cómo se entiende la disciplina enfermera desde diferentes formas de concebir la profesión y sobre todo la realidad de la persona), y por otro diferentes modelos aplicados a la organización, alineación y gestión de unidades de cuidados.

Ahora nos centraremos exclusivamente en los modelos de organización de unidades de cuidados y, aunque enumeraré algunas características de las más

[8] *Barómetro Sanitario Diciembre 2002.* Centro de Investigaciones Sociológicas CIS.

[9] Apuntes Master Gestión Servicios de Enfermería MGSI. Universidad de Barcelona, 1995.

habituales o presentes en nuestra realidad sanitaria, no pretendo efectuar sobre ninguno de ellos una valoración superior o inferior, puesto que en mi opinión el mejor modelo es el que más se ajusta a las características sociales de cada momento y a los valores tanto del gestor como de los profesionales implicados y de la población atendida.

En general los modelos que con mayor frecuencia se han desarrollado en las organizaciones de cuidados de los últimos años, podemos verlos claramente reflejados en los hospitales, aunque de forma similar se han reproducido en otros tipos de organizaciones como los equipos de atención primaria.

Los modelos (implícitos o explícitos) de las organizaciones de cuidados, como en cualquier empresa, se pueden agrupar para su análisis en función de diferentes variables como son: el tipo de estructura y organigrama, cómo se distribuyen las responsabilidades profesionales o cuál es el elemento resaltado en la gestión. Así, según recogen las profesoras Duran y Mompart en su libro de Administración y Gestión[10], los modelos según la estructura serían los siguientes:

- **Burocrática**: organización en la que la autoridad se transmite claramente de forma vertical de arriba abajo y las decisiones se encuentran muy centralizadas. Es muy rígida.
- **De staff**: organización en la que el reconocimiento se otorga más en función de los conocimientos o especialización y se utiliza para servir de apoyo a las decisiones de los profesionales, no tanto para ejercer una autoridad directa sobre ellos. Es flexible en función de circunstancias.
- **Matricial:** organización que resulta de una combinación de las dos anteriores. Combina las estructuras verticales con las horizontales y da como resultante un entramado con líneas de autoridad y de experiencia con parte rígida y parte flexible.
- **Plana u horizontal**: organización que busca acortar al máximo la cadena de mando y que los trabajadores tomen las decisiones y asuman la autonomía y responsabilidad directa de sus propias acciones. Es muy flexible.

También, y según expusieron Hermoso de Mendoza, J. y Blasco, R. en las XV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente[11], en relación con la distribución de responsabilidades asistenciales se pueden identificar los distintos modelos siguientes:

---

[10] Duran, M. y Mompart, M.P. *Administración y gestión. Enfermería S21*. Ed. DAE SL. Madrid, 2001.

[11] Hermoso de Mendoza, J. y otros. Organización de los cuidados de Enfermería. *XV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente*. Barcelona, 1994.

- **Funcional o por tareas**
  Consiste en la asignación de actividades o tareas específicas; éstas se distribuyen entre los profesionales disponibles en el trabajo agrupando tareas de realización más o menos similares.
- **Por pacientes/enfermera**
  Consiste en la asignación de un número de pacientes determinados por enfermera y turno/horario. Se distribuyen las enfermeras de cada turno entre los pacientes que proporcionalmente les corresponde atender.
- **Por pacientes/equipos**
  Como el anterior, se asignan pacientes pero no sólo por enfermera, sino por equipo cuidador, es decir, enfermera y auxiliar de enfermería.
- **Por enfermera de referencia**
  Consiste en asignar toda la responsabilidad sobre el cuidado de un paciente a una enfermera, desde su ingreso hasta su alta. Ésta contará con otras enfermeras, en diferentes turnos, como colaboradoras para la continuidad del plan de cuidados efectuado a cada paciente.
- **Por programas**
  Consiste en asignar las responsabilidades y organizar los profesionales en función de programas de atención o procesos determinados, no en función de pacientes.
- **Por Enfermeras Clínicas**
  Consiste en asignar el trabajo y las responsabilidades en función de determinados profesionales que tienen la consideración de expertos en cuidados y asignarles a ellos la función de promover, proponer, poner en marcha, evaluar y formar para los diferentes planes de cuidados específicos de cada unidad. De alguna manera podríamos decir que en las unidades de cuidados, estas personas se convierten en el referente cualificado y autorizado en la planificación y evaluación de los planes de cuidados.

Por último, los modelos que pueden identificarse en función de cual es el foco principal sobre el que se gestiona son los siguientes:

- **Recursos materiales** (**RR. MM.**): consiste en alinear y programar la organización de las unidades de cuidados en función de los recursos materiales, tecnológicos o de espacio físico.
- **Recursos humanos** (**RR. HH.**)**:** consiste en efectuar las labores organizativas del trabajo en función de las personas existentes y de sus condicionantes laborales.

- **Conocimiento:** consiste en organizar las unidades en función del conocimiento que aportan los profesionales (áreas de conocimiento).
- **Competencias**: consiste en incorporar al modelo de conocimiento o experiencia, las capacidades, habilidades, cualidades y preferencias de los profesionales que forman la unidad de cuidados, potenciando entre todos ellos aspectos de valor añadido al desempeño del trabajo.

De la misma forma que hemos reflejado aspectos de la evolución social en los últimos 25 años, podríamos reflejar en este mismo y corto espacio de tiempo los diferentes modelos anteriores aplicados en las organizaciones enfermeras.

*Las organizaciones de cuidados, a través de los diferentes modelos de gestión que han ido desarrollando, reflejan los cambios en los valores de la sociedad que atienden.*

*Las organizaciones enfermeras han llegado a la gestión del cuidado tras haber pasado primero por la gestión centrada en los recursos materiales, y después en la centrada en los recursos humanos.*

*Las organizaciones de cuidados, en el actual contexto sociosanitario, deben aplicar modelos de gestión centrados en los pacientes y que al mismo tiempo favorezcan el mejor desarrollo personal y profesional de las enfermeras.*

Daniel Goleman expresa cómo "las normas que gobiernan el mundo laboral están cambiando; no solo se juzga la inteligencia, la formación o la experiencia, sino el modo de relacionarnos con nosotros mismos y con los demás"[12]. Expresando el acuerdo con esta afirmación, podemos situar el reto de los gestores en la capacidad para las relaciones, enfocada a la llamada gestión por competencias, es decir, buscando el máximo aprovechamiento de las capacidades, cualidades, conocimientos y habilidades de nuestros profesionales.

Un modelo de gestión por competencias significaría dirigir a las profesionales de enfermería y consecuentemente la propia empresa, considerando a las personas de forma integral e integrada en función de los conocimientos, habilidades y capacidades, y reconociendo justamente el valor añadido que ellas aportan al producto final de la empresa.

---

[12] Goleman, D. *La práctica de la inteligencia emocional.* Ed. Kairós Barcelona 1999.

Y en lo que se refiere a los posibles resultados de la aplicación de diferentes modelos de gestión, mi expresa convicción de que existen claras diferencias cualitativas y cuantitativas, que también Linda H. Aiken demuestra en sus investigaciones respecto al modelo de gestión aplicado en los llamados hospitales magnéticos, que no sólo tienen una importante atracción para las profesionales sino que "se ha comprobado que los hospitales con magnetismo presentan menores tasas de mortalidad que otros centros equiparables"[13]

## 6. Consideraciones sobre gestión y ética. ¿Uno o dos compromisos?

Consecuentemente con lo ya expresado respecto a las organizaciones sanitarias, quienes asumen la responsabilidad gestora de las mismas, para adaptarlas a las nuevas expectativas y responder a la demanda, tienen ante sí el reto de conseguir de las mismas que sean capaces de:

- expresar explícitamente los valores de cada organización,
- marcar objetivos y líneas de desarrollo, ofertando carteras de servicios concretas,
- garantizar la máxima calidad de sus procesos y resultados,
- buscar modelos organizativos de máxima eficiencia,
- impulsar el conocimiento y la praxis científica,
- hallar el compromiso o adhesión del trabajador a los fines de la empresa,
- establecer códigos éticos de actuación, relación y comunicación,
- encontrar fórmulas de financiación que las haga estables,
- establecer una relación de equilibrio con su entorno y ecosistema.

Todo ello está generando importantes exigencias y cambios en la cultura y organización de los profesionales, lo cual frecuentemente justifica las resistencias internas que se manifiestan. Y es tal vez ahí en donde la labor directiva se hace más costosa.

Las actuales organizaciones sanitarias tienen depositada en sus directivos, gestores o líderes la nada fácil responsabilidad de orientar la empresa al futuro, hacerla competente y de calidad, permeable, eficaz, eficiente, forjando rela-

[13] Artículo de Linda H. Aiken y cols. "Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes". *Enfermería Clínica*, vol 5, núm 6, págs 259-262.

ciones basadas en principios éticos. También las organizaciones de cuidados, organizaciones enfermeras, tienen delante de sí éstos importantes retos.

El desarrollo de los comentarios y afirmaciones realizados hasta este momento, haciendo un expreso recorrido que ha discurrido desde la función y el valor social de la profesión enfermera, pasando por algunas características del contexto sanitario y social donde se desarrolla el cuidado enfermero para recoger algunos modelos de las actuales organizaciones de cuidados, han sido recogidos para enmarcar una convicción básica y fundamental que es la siguiente:

*La principal responsabilidad de las enfermeras directivas es la de tomar decisiones que dirijan la organización (personas) por los caminos elegidos (estrategias) a la consecución de sus fines (objetivos).*

Una de las principales funciones de los profesionales que ejercen una responsabilidad directiva, o más propiamente gestora, se centra en la toma de decisiones. Éste es un proceso nada fácil, que compromete el quehacer directivo de forma continúa.

En ocasiones -y tal vez paradójicamente- nos encontramos con profesionales que ante este importante compromiso evitan tomar decisiones, las posponen de forma continua o las delegan inadecuadamente; en definitiva, evidencian un manifiesto temor a tomar decisiones, incluso sin darse cuenta de que, en organizaciones tan dinámicas como son en la actualidad las organizaciones sanitarias, posponer una decisión o huir de ella no significa no tomarla sino dejarla al azar. Y por ende, puede llegar a ser el azar el que acabe tomando importantes decisiones directivas en nuestras organizaciones. Permítaseme una reflexión presente y sentida en nuestro entorno: frecuentemente la peor de las decisiones es no tomar ninguna decisión.

No podríamos abordar, en unas pocas líneas, la importancia y el significado que adquieren los múltiples aspectos que inciden simultáneamente en este proceso, condicionándolo de forma decisiva, ni la responsabilidad con la que los directivos deben abordar y explotar los medios que tienen a su alcance para llevar a cabo de la mejor forma posible la función de toma de decisiones.

Como recoge Pilar Antón de la Universidad de Barcelona "el comportamiento de las personas, ya sea que obedezca a una rutina o a una elección inmediata, es siempre una elección, y refleja los valores o principios de la persona que lo lleva a cabo"; y sobre la toma de decisiones, expresa que ésta "se lleva a cabo explicando de la forma más concreta posible cuál es el bien a obte-

ner y las posibles formas de llegar a él, identificando los valores en juego y buscando su orden de prioridad para la situación particular"[14].

Debemos tener en cuenta que todo lo relacionado con la persona adquiere, por su propia naturaleza, un significado ético o, dicho de otro modo, que no puede desvincularse de los valores humanos. Se ha hecho hincapié en que la enfermería es también, por su propio contenido del cuidado de la salud de las personas, una disciplina que no puede ejercerse sin un compromiso ético (implícito o explícito). Si la principal función directiva es tomar decisiones organizativas que encaminen a las personas componentes de una determinada empresa a la obtención de sus fines, ¿existen dudas acerca del contenido y compromiso ético que enmarca el quehacer directivo?

Ésta es una pregunta con clara respuesta y se refiere a la vinculación existente entre ética y gestión en general, y mucho más concretamente a ética y gestión de cuidados enfermeros que tal vez también podría expresarse como la ética del ejercicio profesional de quienes toman decisiones que afectan a personas que cuidan del derecho a la salud de otras personas. ¿Es posible encontrar mayor cualidad ética?

Podemos así hablar de una ética individual que implica a la persona cuidadora y a la cuidada y de una ética empresarial que vincula a las personas que componen la organización o tal vez sería más lógico hablar de ética como una cualidad manifestada y manifiesta en todas y cada una de las expresiones humanas que les confiere un significado de bondad o adecuación. Esta cualidad ética analizada en las organizaciones incorpora en ellas la magnitud extraordinaria de los actos y de los significados humanos.

Merece la pena una reflexión complementaria sobre otra de las responsabilidades directivas cruciales, y es la que se refiere a mantener la empresa en un determinado y explícito compromiso ético; compromiso que debe manifestarse en todos los niveles y acciones de la estructura empresarial, en todas las políticas, objetivos, estrategias, alineaciones, actividades, comunicaciones, relaciones y resultados. Esto se expresa como manifestación de los valores éticos que comprometen el total de la empresa, que no pueden estar presentes únicamente en el quehacer de los profesionales enfermeros, o en el de los directivos propiamente dicho, sino que debe comprometer a toda la organización en su conjunto, a todos las decisiones, acciones y resultados de la empresa.

---

[14] Antón, P. *Enfermería: ética y legislación.* Ed: Científicas y Técnicas Masson-Salvat enfermería, 1994.

Como expresa Agustín Domingo[15]: "la gestión de un centro sanitario no es un problema éticamente neutro". El Profesor Domingo hace hincapié en que "tenemos que ir ofreciendo modelos éticos de gestión que, sin dejar a un lado la formación ética individual, integren la dimensión ética de las organizaciones sanitarias".

No ser un experto en bioética no significa no estar preocupado o comprometido con los valores o significados éticos de las decisiones propias. La preocupación por los aspectos éticos y las consecuencias en "terceras personas" deben ser una constante en aquéllos cuya responsabilidad es tomar decisiones que afecten a otros y éste es el caso de las enfermeras gestoras de Unidad, Servicio, Área o Equipo.

Si la bioética facilita a las enfermeras la toma de decisiones sobre su adecuada práctica clínica, la ética de las organizaciones debiera también facilitar a la enfermera la toma de decisiones más adecuadas desde su responsabilidad gestora, y ambas debieran ir convergiendo y formando los principios y las bases éticas de todo el complejo organizacional. Como dice Pablo Simón: "los planteamientos microéticos y privados, típicos de la bioética clínica, estarán cada vez más necesitados de su complementación con análisis mesoéticos y organizacionales"[16].

Los gestores de las organizaciones enfermeras no podemos creer que la presencia de un Comité de Bioética en el centro, o que disponer de profesionales formados en bioética, o acometer la realización de actividades formativas en aspectos éticos, o la formalización del consentimiento informado, cubren de por sí la responsabilidad gestora. Eso no es así, la ética no puede ser sólo un compromiso individual del profesional con el paciente, no se refiere únicamente a la relación del profesional con la persona enferma, no es un componente parcial. La ética es un compromiso globalizador que, desde el respeto a la dignidad de la persona, engloba toda decisión, acción, relación, y compromete a todas y cada una de las personas que componen la organización y con las que éstas se relacionan. Las relaciones internas, externas, individuales, institucionales o sociales pasan a estar comprometidas y amparadas en lo que dentro de la organización podríamos denominar ambiente, entorno o clima ético, que debe dar cabida a la pluralidad, diversidad, diferencias, derechos y deberes de todas las personas interrelacionadas.

---

[15] José Ramón Amor y otros. Ética y Gestión Sanitaria. *Documentos de trabajo 31*. Ed. Sal Térrea. Madrid, 2000.

[16] Simón P. "La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Revista Calidad Asistencial* 2002;17 (4):247-59.

Este clima ético es, en gran medida, responsabilidad directa del directivo y en ello debe invertir una parte importante de sus energías y capacidades. No es por su propia trascendencia o importancia una responsabilidad más; es una cualidad que debe manifestarse y estar presente en todas y cada una de las funciones y responsabilidades del directivo, es decir, en todas las labores de planificación, organización, dirección y evaluación de la empresa.

Una de las causas subyacentes en la búsqueda de referentes metodológicos de calidad y de principios éticos puede estar originada en un ¿hasta dónde las personas, en el escenario complejo, veloz e incierto de nuestra práctica profesional, necesitamos de referentes que aseguren nuestras reflexiones, decisiones o actuaciones?

¿Hasta dónde los profesionales necesitamos hacer las cosas bien y ello ya no lo avala tan solo un juicio individual, sino que necesitamos demostrarlo y que ello sea refrendado por "juicios u opiniones sociales"? ¿En qué medida la búsqueda de principios éticos de práctica profesional, va ligada a principios de calidad? ¿Hasta dónde éstos se consolidan a través de la responsabilidad individual o del consenso profesional o social? ¿La buena práctica se avala desde juicios individuales o desde juicios grupales y sociales?

En nuestra actual sociedad, ¿pierde legitimidad el individuo en favor de la colectividad? ¿O es que el conocimiento aceptado a través de grupos de expertos y estrategias de actuación consensuadas compensa y refuerza algunos referentes debilitados desde la práctica individual?

Por los mismos razonamientos con los que hemos expresado que ética y enfermería se vinculan en un compromiso único, el de ser persona, la ética también se vincula en forma de cualidad inseparable de la gestión y no puede desgajarse de ella ni abordarse parcialmente. Ésta es la razón por la que los cuatro principios éticos se proyectan también como principios éticos de gestión:

- Autonomía: decisiones que faciliten una organización en la que los profesionales puedan sentirse autónomos y asumir la responsabilidad de sus propios actos.
- Beneficencia: decisiones encaminadas a mejorar a buscar un bien común.
- Ausencia de maleficencia: decisiones que excluyan el daño.
- Justicia: nada mejor que la explicación de Diego Gracia, Catedrático de la Universidad Complutense, cuando explica que "lo justo se define no por las consecuencias, sino por los principios".[17]

[17] José Ramón Amor y otros. Ética y Gestión Sanitaria. *Documentos de trabajo 31*. Ed. Sal Térrea. Madrid, 2000.

Pudiera ser que, de la misma forma que podemos identificar igualdades en los principios básicos de la ética y observarlos como tales también en la gestión, podamos encontrar alguna cualidad diferenciadora, y tal vez la práctica profesional cotidiana sitúe más frecuentemente al profesional asistencial en función del bien individual (paciente) y al gestor en función del bien común (comunidad).

De cualquier modo, mi aportación aquí no será la de analizar los diferentes modelos de gestión de cuidados para deducir cuál de ellos tiene más integrada una dimensión ética, porque no creo que haya que buscar modelos de gestión éticos, sino más bien reflexionar sobre modelos éticos de gestión, ya que no entiendo la ética como un complemento de la gestión de los cuidados, sino como parte consustancial de ella.

*El componente ético que conlleva el quehacer directivo de las enfermeras es una cualidad inseparable de la gestión de cuidados.*
*El significado ético de las expresiones y relaciones humanas se manifiesta y compromete a todas las personas de una organización.*

*El compromiso ético de las enfermeras, debe manifestarse en cualquiera de las actividades de planificación, organización, dirección o evaluación que ellas o su equipo lleven a cabo.*

*Ética y gestión se vinculan en el compromiso único de ser persona, por ello en las organizaciones enfermeras cada profesional debe ser tratado de forma individualizada.*

## 7. Modelos éticos de gestión. ¿Coherencia entre el concepto y la aplicación práctica?

Existen pocas dudas sobre si los profesionales asistenciales o clínicos están obligados legal y éticamente a ejercer su praxis de una determinada manera, entendiendo que ésta debe dirigirse desde los principios éticos de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, con criterios desarrollados desde la evidencia científica y el consenso, apoyados en adecuados soportes de registros de la información y comprometidos con su confidencialidad.

En muchas ocasiones me he preguntado qué razón existe para que, una gran parte de los gestores, entiendan que los condicionantes anteriores obligan a los profesionales que se dedican a la asistencia o a la investigación y, sin embargo, no les obliga tanto a ellos como profesionales en la gestión. Es obvio que si los profesionales sanitarios inducen o toman decisiones asistenciales por y ante otros, también los gestores fundamentan su trabajo en las tomas de decisiones que afectan directa o indirectamente a terceros (trabajadores, pacientes, familias, proveedores…); ¿qué ocurre para no abordarlas desde compromisos similares?

Lo expresaré más concretamente preguntándome si las enfermeras gestoras:

- ¿consideran un deber y una exigencia tomar decisiones que afectan a terceros, desde principios éticos?
- ¿lo hacen utilizando instrumentos legitimados por la evidencia científica o desde el consenso?
- ¿informan directamente a los terceros implicados y valoran de forma participada todas las opiniones de las otras partes?
- ¿se sienten comprometidas y respetan la confidencialidad de toda la información de que disponen?
- ¿registran sus actividades gestoras y sus actuaciones de forma rigurosa, dejando constancia por escrito de los motivos en los que basan sus decisiones?
- ¿evalúan objetivamente sus resultados en la organización?
- ¿facilitan organizaciones que posibiliten la mayor autonomía posible para los trabajadores?
- ¿en el afán de mejorar consideran en un lugar equilibrado el bien de los profesionales?
- ¿valoran todos los efectos adversos de las decisiones?
- ¿aplican los principios de justicia y equidad?
- ¿mantienen una actitud abierta para hacerse preguntas y buscar las respuestas desde una consideración diversa y plural?

Paradójicamente, entiendo que éstos no sólo serían los comportamientos responsables de la enfermera gestora hacia la organización, sino que pudiera ser también la organización y la sociedad (civil o sanitaria) las que haciendo uso de sus derechos y deberes abordaran los compromisos del gestor desde estos presupuestos.

Adela Cortina, en una entrevista afirmaba el pasado mes de marzo: "el concepto moderno de empresa ha de incluir necesariamente cuestiones éticas"[18].

¿Es lógico que no se pidan al profesional gestor las mismas garantías, utilización de instrumentos, conocimientos profesionales acreditados o resultados acotados como se le pide al profesional asistencial?

¿Por qué parecen ser obvios y exigibles determinados comportamientos en los profesionales dedicados a la asistencia y no tan claros en los dedicados a la gestión?

*Donde las enfermeras encuentran verdaderas dificultades*
*para aplicar modelos éticos de gestión no es en su conceptualización*
*sino en su aplicación para nuestras actuales organizaciones.*
*Es precisamente en la práctica gestora donde la coherencia se desdibuja.*

*Las gestoras de cuidados a través de foros de reflexión, con la participación de sus profesionales, pueden y deben acordar los componentes éticos de mayor consideración para aplicar en la gestión de sus unidades.*

## 8. ¿Propuestas para la práctica gestora?

Para finalizar de forma algo más productiva este tiempo de reflexión, me gustaría poner a disposición de las enfermeras que gestionan unidades de cuidados algunas reflexiones que puedan serles de referencia para facilitar el abordaje ético del ejercicio de su labor o para inducir sus propias y mejores reflexiones al respecto:

I. *De forma previa a asumir una responsabilidad directiva, es conveniente asegurarse de que existe un equilibrio entre los principios éticos individuales del gestor y los valores éticos de la organización.*
   Para poder ser congruente en el quehacer directivo debe haber entre el directivo y la empresa un esquema de valores compartidos, que si no son exactamente iguales, debe ser bastante parecidos. Esto trasladará una realidad coherente para todos los que componen la organización. Es importante comprometer expresamente en un primer momento, los valores éticos ante la dirección de la empresa y posteriormente trasladarlos de forma natural explícita e implícita en todas las actuaciones y

[18] Entrevista recogida en la *Revista de Política Social*. Marzo 2004

manifestaciones ante los profesionales que componen la unidad y ante los pacientes atendidos.

Éstos son compromisos éticos que hay que manifestar con claridad y prioridad en cada una de las manifestaciones vitales y directivas.

II. *Es necesario tener siempre presente y recogida por escrito la razón de ser de la unidad de cuidados junto a los significados éticos de y para las personas que configuran la organización (pacientes y enfermeras).*

Toda organización enfermera debe tener expresadas clara y sencillamente aquellas cualidades que configuran su propia razón de ser, porque a través de su explicitación se conseguirá un compromiso unificado y compartido entre todos los componentes de la organización, que de esta forma se trasladará a los pacientes y población atendida. De forma elemental la descripción se hará participadamente con los trabajadores y básicamente hará referencia a los siguientes apartados:

- MISIÓN. Es la razón de ser de la propia organización y los valores fundamentales en los que asienta su servicio a la sociedad. Qué y quiénes somos.
- VISIÓN. Es la expresión de hacia dónde se orienta todo, de lo que se desea alcanzar. Qué queremos ser.
- VALORES. Aquellos principios fundamentales que hacen referencia a los significados morales o éticos de los comportamientos y relaciones humanas. Qué valor damos a las personas y cómo significamos algunas acciones.
- FINES. Son los objetivos finales que persigue la organización. Qué queremos obtener.
- ORGANIZACIÓN. Es la estructura disponible, los recursos. Qué tenemos y cómo lo alineamos u organizamos para conseguir los objetivos.
- RESULTADOS. Son los productos o servicios concretos cuantitativos y cualitativos. Qué alcanzamos o perseguimos.
- ALIANZAS. Son los apoyos complementarios que tenemos o pretendemos conseguir.

III. *Respecto a la responsabilidad de tomar decisiones -principal quehacer directivo- conviene conocer los pasos y completar adecuadamente el proceso previo.*

La toma de decisiones responsable debe ser la resultante de un proceso analítico (intelectual o material) que no debiera, en ningún caso, obviar los siguientes pasos:

– INFORMACIÓN. Conocimiento suficiente de la situación sobre la cual se vaya a decidir, identificación de fuentes fiables de información, selección de indicadores o aspectos importantes al respecto.
– OPINIÓN. Estudio y elección de las alternativas posibles, valoración de todas.
– DECISIÓN. Selección de alternativa elegida.
– COMUNICACIÓN. Traslado y explicación suficiente a los afectados directa o indirectamente por la misma.
– ACCIÓN. Puesta en marcha de la decisión tomada.
– EVALUACIÓN de los resultados conseguidos y corrección si procede.

*IV. El quehacer directivo, cómo cualquier actividad profesional en una organización, debe quedar recogido en los documentos que se establezcan para su posterior conocimiento y evaluación histórica.*

El registro de la información sobre la estructura y organización de la misma, así como de las actividades directivas de una unidad debe dar lugar a los siguientes documentos de trabajo cotidiano:

- REGISTROS Y MEMORIAS DE ACTIVIDADES GESTORAS
- "HISTORIA DE CADA PROFESIONAL"
- "HISTORIA DE CADA UNIDAD ORGANIZATIVA"

Por último quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Fundació Víctor Grífols i Lucas por haberme dado la extraordinaria posibilidad de reflexión plural y de aprendizaje, materializada en éste seminario sobre la gestión del cuidado enfermero.

## Otra bibliografía consultada:


Arroyo, M.P. y Serrano, A. *Ética y legislación en enfermería*. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1987

Joyce B. Thompson. *Ética en enfermería*. Ed. El manual moderno SA. Traducido por Gloria Sierra, 1988

Lozano J.F y Siurana J.C. *Las Comisiones ética como mecanismo de integración de la ética en las organizaciones. Papeles de Ética*. Economía y Dirección nº 5. 2000

Medina C.D. *Ética y legislación*. Ed. Difusión Avances de Enfermería DAE SL 2000

Valls, R. *Ética para la bioética y a ratos para la política*. Ed. Gedisa, Barcelona, 2003

*Código Deontológico de la enfermería española*. Madrid, 1989

## SEGUNDA PONENCIA

# LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

Núria Cuxart Ainaud

## Justificación de trabajo

En primer lugar quiero agradecer a la Fundació Víctor Grífols i Lucas la invitación a participar en este foro de reflexión en torno a la ética, el cuidado enfermero y su gestión. Sin que haya tenido la fuerza para renunciar con tiempo a la invitación me he enfrentado a esta terrible pero apasionante reflexión por dos motivos: por un lado el interés de su planteamiento y a pesar de unas circunstancias personales y profesionales que me han dificultado enormemente el trabajo.

En segundo lugar y de forma también muy especial, agradecer a las personas que conforman el foro por su asistencia. Por si fuera poco, hoy tengo la oportunidad de exponer algunas de mis reflexiones ante quienes han constituido y constituyen algunos de mis principales referentes profesionales en el ámbito de la ética y ante los que, a través de su enseñanza, he sido capaz de trasladar a la práctica profesional gran parte de lo que para mí significa la dimensión ética del cuidado. Pienso que este ejercicio debería ser más frecuente entre los enfermeros y enfermeras y muy especialmente en quienes nos dedicamos a la gestión de los servicios enfermeros.

La tercera consideración se refiere al planteamiento de este trabajo. Como ustedes pueden imaginar, esta participación es fruto del encargo concretado a través de un cuestionario para la reflexión con el propósito de debatir la relación entre los modelos de gestión de cuidados y el cuidado ético, intentando abarcar la responsabilidad del gestor en materia de ética profesional, es decir, considerando el cuidado ético como una cuestión relativa a la gestión y organización de los servicios y no solo como una cuestión particular de cada enfermera y con los objetivos de:

- Plantear la aportación del cuidado enfermero a la ética sanitaria
- Establecer relaciones entre los diferentes modelos de gestión y el trabajo ético de las enfermeras.

En función de estos dos objetivos, me propusieron una serie de cuestiones para el debate, considerando mi experiencia profesional en el ámbito de la gestión, de la docencia y de la asistencia. Éstas fueron las siguientes:

¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de pacientes, usuarios y sus familias?

¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras gestoras?

¿Cómo se pueden establecer puentes entre la asistencia y la gestión, de forma que el trabajo ético no sea sólo una cuestión personal de cada profesional?

¿Es posible incluir criterios éticos como criterios de calidad o de buen servicio en la gestión de las unidades asistenciales e instituciones sanitarias?

¿Cuál es la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales y de las enfermeras gestoras? ¿Podemos establecer una interrelación entre ambas responsabilidades?

Me permito recordar la propuesta porque para responder a las preguntas que se me planteaban, sobretodo, y acogiéndome al ofrecimiento de basarme en mi experiencia gestora, docente y asistencial, ante otras posibilidades más formales, he optado por un enfoque muy personal.

A modo de presentación de quién les habla, permítanme que dedique unos minutos para comunicarles que, efectivamente, mi trayectoria profesional se ha desarrollado alrededor de estos tres ámbitos de trabajo.

- Mi experiencia asistencial, que a veces me gustaría repetir, si no fuera que tantos años separada de ella podrían jugarme alguna mala pasada, me ha proporcionado dos cosas fundamentalmente: mi pasión por los cuidados enfermeros y el reconocimiento del orgullo que proporciona la tarea del cuidar.

- Mi vivencia gestora, y muy especialmente en el liderazgo de una experiencia de unos servicios enfermeros que abordan cambios fundamentales en su manera de trabajar y en su concepción de lo que significa el compromiso profesional, a partir de la decisión de adoptar un modelo conceptual enfermero.

- Mi intervención en la docencia me ha servido –me sirve en realidad y por esta razón no renuncio a ella- para buscar nuevas palabras, nuevos enfoques y distintos abordajes para intentar convencer a tod@s aquell@s que tienen previsto dedicarse a él –al cuidado- y a tod@s aquell@s que se dedican a su gestión a convencerles que, entre tod@s tenemos que hacer que esto sea posible.

Esta perspectiva, procedente de estas tres vías de mi desarrollo como profesional, me conduce a la sospecha que los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de la persona no difieren mucho de los que afrontan las enfermeras gestoras.

Para intentar razonar esta afirmación he planteado mi trabajo de acuerdo con el cuestionario propuesto, precediéndolo de mi personal visión del entor-

no donde se desarrollan: el "hecho de cuidar" y quienes lo ejercen profesionalmente y terminando con alguna propuesta a propósito de su gestión.

Para ello he creído necesario hacer un breve recorrido por el marco general en el que nos movemos las enfermeras y la profesión enfermera, que nos ayude a identificar de dónde provienen la mayoría de los conflictos que se nos plantean.

## Marco general en el que nos movemos las enfermeras y la profesión enfermera

El concepto actual de Salud y el modelo de atención para la salud que recogen las disposiciones legales para garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud de los ciudadanos del Estado Español no ha conseguido alcanzar todavía el nivel de desarrollo deseado en la práctica cotidiana.

Diversas normativas -europeas, estatales o autonómicas- regulan y desarrollan la organización, funcionamiento, objetivos y actividades del sistema sanitario, basándose en unos conceptos de persona, entorno y salud que son integrales, globalizadores, dinámicos y que determinan un modelo de atención para la salud, centrados básicamente en la promoción, educación, prevención y readaptación y no, como ha venido sucediendo hasta ahora, exclusivamente en la curación de la enfermedad.

Algo parecido le ha sucedido al modelo asistencial orientado al cliente, donde la calidad asistencial debería ser el eje sobre el que vertebrar todo un conjunto de actividades. Este enfoque precisa de una reflexión profunda en el marco organizativo a fin de encontrar nuevos elementos, poco habituales en las organizaciones sanitarias, que proporcionen posibilidades reales de futuro y garanticen un desarrollo en correspondencia con este enfoque. No es una tarea sencilla. Significa una modificación importante del modelo organizativo clásico, concebido y orientado en relación con un modelo basado en especialidades médicas.

### ¿Qué sucede en el ámbito de la profesión enfermera?

En el ámbito de la profesión enfermera sucede un poco lo mismo. Es más frecuente encontrar fórmulas y procedimientos de trabajo propios de un modelo biologista en el cual las enfermeras desarrollan su rol profesional

basándose en un modelo biomédico, a través de actividades destinadas a dar apoyo al diagnóstico y al tratamiento de la patología y de cuidados dirigidos exclusivamente a la enfermedad y rigurosamente estandarizados, es decir, en donde la individualización de dichos cuidados es escasa.

Este rol, incoherente con el contenido curricular del actual plan de estudios y los conceptos modernos de la profesión enfermera, mantiene una "distancia" parecida con lo establecido en las normativas mencionadas.

Se acepta de manera general que el centro de interés de la profesión enfermera es el *cuidado* de la persona, familia o comunidad que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

La OMS, a través de un Comité de Expertos, emitía en 1995 recomendaciones a los Estados Miembros pidiéndoles que formulasen políticas y planes de acción para el desarrollo de la Enfermería como parte de la reforma de los sistemas sanitarios y que se incluyese a las enfermeras en los órganos gubernamentales para la toma de decisiones en materia de salud.

La idea de liderazgo del colectivo enfermero en los servicios de salud, ha sido expresada repetidas veces desde muchos puntos. Me gustaría destacar, por ejemplo, la llamada del entonces Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Maler, en 1987, al expresar su convicción acerca de la importancia que, para la atención de la salud de las personas, tiene la asunción de responsabilidades en el liderazgo por parte de las enfermeras. Es bueno recordar que la conferencia que me refiero se titulaba, justamente, "*Las enfermeras lideran el camino*".

Este liderazgo colectivo, de ser ejercitado, puede situar a las enfermeras y a los enfermeros en la posición que ha de serles más productiva como profesión de servicios, mostrando el camino, guiando a los usuarios, al lado de ellos, promocionando, desde su liderazgo, la concienciación de las capas de la sociedad a las que atienden, de los grupos que no tienen poder en la decisión, de tal manera que la salud no sea el objetivo de unos cuantos profesionales sino de toda la sociedad.

Este liderazgo es también el aspecto que, probablemente, sea más difuso en el momento actual y se encuentre menos patente. Los profesionales ejercen influencia y poder según sea el conocimiento que la sociedad tiene de ellos, de su imagen, de la idea que transmiten, y la tradicional postura de silencio del colectivo enfermero hace que seamos a veces poco conocidos y valorados de forma muy distinta a como nos gustaría serlo.

Los cuidados enfermeros están en manos de las enfermeras y es a nosotras a quien nos toca desarrollar las acciones profesionales que permiten obtener estos resultados. Son los cuidados enfermeros directos los que forman la imagen social. El ciudadano consumidor de servicios enfermeros, de servicios de salud, no ve ni al directivo ni sabe de colectivos. Percibe una respuesta profesional que él mismo es capaz de valorar también de forma directa y personal, reconociendo en cada momento su auténtica importancia.

Como en el caso del concepto de salud y el modelo de atención para la salud, resulta contradictorio que, por un lado, diversos organismos internacionales hagan este análisis y la disciplina enfermera haya alcanzado un importante nivel de desarrollo -con el potencial que ello otorga a las enfermeras como agentes de salud- y que por otro, persista un modelo sanitario, orientado a la enfermedad y bajo el paradigma biomédico, distante de una concepción centrada en la persona que permita una prestación de cuidados. Así, el papel de la enfermera queda relegado a la realización de tareas que complementen la intervención médica y con grandes dificultades se puede valorar el estado de necesidades de la persona, sus respuestas humanas, el nivel de cuidados que precisa, e intervenir facilitando la comunicación, la educación, etcétera.

## A propósito de las enfermeras y de los cuidados enfermeros

Las enfermeras hablamos de la necesidad de profundizar en la reflexión del significado del "ser enfermero". Desde "lo filosófico", probablemente, todos asumimos una definición genérica de acuerdo con planteamientos teóricos, pero en el terreno de la práctica estamos lejos de conseguir un consenso real sobre el significado y las consecuencias del cuidado o del cuidar. Parece que hemos dejado el concepto del cuidado en "lo conceptual". Eso sí, con la aparente convicción de que, la nuestra, es una aportación única, indispensable e insubstituible.

La dificultad que en ocasiones existe en la definición de la intervención enfermera viene dada principalmente porque el cuidar suele tener un valor indeterminado e intangible pero también porque la enfermera no asume totalmente su objetivo profesional.

A la luz de lo expuesto, creo necesaria una referencia a los trabajos de Rosamaría Alberdi alrededor de las características o los elementos que configuran la base sobre la que se sustenta el desarrollo de cualquier profesión y, a

partir de los cuales, esta autora ha profundizado y ha concretado en la profesión enfermera (Alberdi, 2003).

La definición de estos elementos –desde una perspectiva general- la formula con los términos en los que lo hace la filósofa Adela Cortina (1997) que lo denomina el *bien intrínseco,* es decir, aquello que la profesión proporciona de forma única a la sociedad y que constituye un servicio indispensable para su mantenimiento.

El *bien intrínseco* de las profesiones es siempre el mismo pero se manifiesta de diferentes formas, adaptándose a cada época y circunstancias. A esta manifestación concreta, que es el segundo elemento del desarrollo profesional, la denomina el *discurso profesional.*

Entiende por *discurso profesional* el conjunto de significados que nombran las parcelas de responsabilidad de una profesión, las identifican y diferencian de todas las demás y que está compuesto por los dos elementos siguientes:

1. *Las bases teóricas* que sostienen la manera específica de nombrar las parcelas de realidad que la profesión contribuye a mejorar.
2. *Las denominaciones propias*, es decir, el lenguaje profesional formado por las taxonomías que se utilizan y el conjunto de términos que sirven para identificar la actuación y para comunicarse profesionalmente.

Pero aunque el *discurso profesional*, como el *bien intrínseco* que lo origina, son elementos fundamentales para toda profesión, el elemento que realmente permite que ésta se desarrolle son los propios profesionales, es decir las personas que saben convertir el bien teórico en servicio concreto.

Por tanto, la posibilidad de desarrollo proviene del tercer elemento que no es otro que "el ejercicio excelente" de la profesión. Y cuando habla de "ejercicio excelente" hace referencia al hecho de que sólo es fuente de desarrollo la práctica profesional que cumple rigurosamente dos condiciones:

- soluciona problemas de los clientes
- hace evidente la contribución profesional al bienestar social

El cuarto elemento descrito se refiere al "*control del mercado*" y el quinto a *la capacidad de unión y representación.*

Hechas estas consideraciones, podríamos afirmar que si las enfermeras no podemos o no queremos comprometernos con la adopción del "cuidar" como objetivo último de la profesión enfermera nos situamos en una posición absolutamente paradójica, éticamente más que discutible y, desde un punto de vista práctico, tremendamente incómoda.

La enfermera que no ha adoptado el cuidar como su objetivo profesional se sitúa, además, en una posición pseudo-fraudulenta con relación a la persona susceptible de la prestación de sus cuidados, con los alumnos que forma y con los servicios que gestiona.

## A propósito de la adopción de concepciones de cuidados

Una de las mayores fuentes de falta de asunción y de orientación en el ejercicio de la profesión enfermera es la ausencia de un referente conceptual. A mi modo de ver, este "andar sin conocer el destino" conlleva demasiados riesgos de que el camino recorrido sea infructuoso o requiera demasiados esfuerzos para progresar pequeñas distancias. O lo que es peor, que se pierda de vista cuál es su razón de ser profesional.

La otra, el escaso apoyo metodológico con instrumentos diseñados desde nuestra área de competencia. Creo necesario resaltar que yo soy de las que comparto que comprender el proceso de cuidados, adquiera la forma que adquiera, se represente de un modo o de otro, incluso esté o no dentro de otro instrumento interdisciplinar, es comprender y admitir que es un instrumento esencial para el desarrollo profesional de la enfermería, pero que, como instrumento que es, así hay que entenderlo, sabiendo que hay un objetivo final que, no sólo lo trasciende, sino que lo justifica. Una cosa es el instrumento y otra muy distinta lo que se quiere conseguir con él. Es imprescindible pues una construcción teórica que explicite el ideal a conseguir. Es decir, un modelo conceptual enfermero.

Los modelos conceptuales, pese a todas las críticas que han podido recibir -probablemente por una deficiente difusión y enseñanza- clarifican la naturaleza de los cuidados enfermeros, identificando el objetivo que persigue la enfermera, ya sea la independencia de la persona, su capacidad de autocuidado, la adaptación a su proceso, etc. en función del modelo adoptado (Fernández Ferrín, 1997).

Consecuentemente, la valoración y detección de problemas, así como las intervenciones y actividades que planifique la enfermera, estarán guiadas por los conceptos de salud, persona y entorno establecidos y permitirán definir el servicio que se puede ofertar a la población. Si sólo se tiene en cuenta la dimensión biológica de la persona, no podremos ofrecer cuidados para las alteraciones del afrontamiento, la desesperanza, las alteraciones en el mantenimiento de la salud, la negación ineficaz, etc., aspectos que en el modelo biomédico no son "relevantes" (Fernández Ferrín, 1997).

Cierto es que los servicios enfermeros son un complicado mecanismo, en el que confluyen diferentes actividades que llevan a cabo distintas enfermeras, que desarrollan diferentes tareas de acuerdo con los objetivos de la institución.

Cierto es que los procesos de adopción de un modelo conceptual en el ámbito asistencial, suponen un reto difícil y un recorrido lento y complejo, a pesar de la voluntad, perseverancia y determinación de muchas enfermeras interesadas, motivadas y capacitadas para llevarlo a cabo; pero es necesario avanzar en el consenso sobre lo que hacemos, cómo lo hacemos, de qué nos servimos y qué pretendemos.

Y más cierto es, todavía, que hay que reorientar el modelo asistencial desde el punto de vista conceptual para incorporar a la persona como protagonista principal del acto sanitario y, en este sentido, hay que evolucionar desde el paradigma tradicional hacia otros más integradores, que estimen por igual todos los aspectos de la persona. Las enfermeras hemos avanzado mucho camino hacia nuevos aspectos del conocimiento que se aproximan a la demanda que el ciudadano hace respecto a los servicios sanitarios, y las Organizaciones Sanitarias deben tenerlo en cuenta. A las enfermeras nos corresponde, hacérselo ver.

Hasta aquí mi reflexión muy personal de las características de este entorno en el que nos movemos las enfermeras y la profesión enfermera y que, en mi opinión, es origen y causa de muchos de los problemas que se identifican en el ejercicio asistencial, docente, gestor y investigador.

A partir de aquí intentaré responder a las preguntas que se me planteaban desde la Fundación, fruto también de mi reflexión desde mi experiencia profesional.

## Cuestiones para la reflexión

La primera de las cuestiones propuestas se formulaba del modo siguiente:

**¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de pacientes, usuarios y sus familias?**

Si analizamos la propuesta que Pilar Antón y Montserrat Busquets nos hacen en el libro *Ética y Legislación en Enfermería* (Antón, 1994) por lo que se refiere a los principios éticos que define Tiroux (1980) y que deberían presidir el quehacer profesional de la enfermera pero que también pueden ayudarla en su vida no profesional, veremos que la sitúan en una perfecta posición para un ejercicio excelente.

El valor de la vida, lo bueno y correcto, la justicia e imparcialidad, la verdad y honestidad y la libertad individual son estos principios éticos propuestos que nos ayudan, sin lugar a dudas, a identificar la dirección a seguir.

De nuevo, como en el caso del modelo conceptual enfermero tratado en el apartado anterior, debe entenderse como guía a través de la cual podemos actuar en interés de la persona objeto de nuestros cuidados.

Del mismo modo el marco de la bioética, como el primero de referencia para los profesionales de la salud, es adoptado por la profesión enfermera que está dedicada al cuidado y a la promoción de la vida y que entiende la salud como la posibilidad de desarrollar las capacidades de cada ser humano y llevar adelante su proyecto vital (Alberdi, 2004).

Los principios que la constituyen (No-maleficencia, Beneficencia, Autonomía y Justicia) no siempre tienen la misma consideración en la atención sanitaria. *Adaptando el lenguaje médico que emplea Gracia (1997) a la profesión enfermera, podemos decir que un acto de cuidado no se justifica moralmente sólo por la indicación enfermera (principios de no-maleficencia y beneficencia) sino también por las opciones de la persona a quien se atiende (principio de autonomía) y por las consideraciones socioeconómicas (principio de justicia).*

*En estos momentos* –prosigue la autora- *el sistema sanitario transita por el camino que lleva de la ética de la beneficencia a la ética de la justicia, pasando por la ética de la autonomía, y que llegue a esta primera meta (la de contemplar los cuatro principios), es sin duda uno de los principales tareas que las enfermeras deben llevar a cabo.*

*Y me refiero* –dice- *a que son los enfermeros quienes, actuando en su papel de innovadores morales, deben convertir los principios de autonomía y justicia en actuaciones y modos concretos frente a sus clientes.*

La no-adopción de un marco ético como de la no-adopción de un modelo conceptual enfermero, dificulta tremendamente a las enfermeras la toma de decisiones.

Siempre con la base de mi experiencia profesional y entiendo que así se me hizo el encargo, los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su práctica asistencial tienen su origen en este contexto.

A mi modo de ver y aunque todas las clasificaciones son inexactas y muy discutibles, me he permitido la licencia de identificar cuatro:

- Los derivados de la orientación de las instituciones sanitarias, de dinámicas tradicionales del sistema sanitario como de la "venta" a la persona que accede al sistema sanitario que la mejor atención que se puede obtener del mismo es la que se presta a través de los aparatos; cuando la enfermera no puede ocuparse de todos los pacientes al mismo tiempo y debe priorizar tratando que esta decisión no perjudique a los que deben esperar; cuando una enfermera sin experiencia es asignada a un puesto de trabajo aunque no pueda responder y su compañera no puede ayudarla; cuando las condiciones de trabajo son poco deseables y limitan la calidad de los cuidados o cuando unos determinados cuidados constituyen un coste elevado y ello comporta problemas.
- Los derivados del trabajo de otros profesionales, cuando el consentimiento informado no constituye el proceso de información, o cuando no interesan todos los enfermos sino sólo aquéllos sobre los que se puede actuar terapéuticamente y, así, enfermos crónicos, personas de edad avanzada o en situaciones terminales no encuentran, en algunas ocasiones, la atención que les es debida.
- Los derivados de la atención directa a la persona cuidada, que tropiezan con las convicciones culturales y religiosas o hasta qué punto debe llegar para mitigar el sufrimiento o cómo puede prevenir el contagio y al mismo tiempo garantizar la confidencialidad. Y la vida y la muerte.
- Los derivados de la no-asunción del *bien intrínseco* de su profesión, cuando se presta apoyo a los valores y a las decisiones de la persona como responsable de la toma de sus decisiones independientes y de control de su propio destino. Cuando no se es capaz de determinar cuándo y a quién delegar una tarea o, al contrario, cuando intentan delegarte otra que no

es de tu competencia. O cuando tiene la oportunidad de compartir información valiosa y ayudar a la toma de decisiones coherentes con sus valores. O cuando debe denunciar a una compañera o cuando no se responde a los requerimientos de las personas atendidas.

La segunda cuestión planteada para este debate:

**¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras gestoras?**

Si bien ya anunciaba al principio de mi trabajo la sospecha que los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de la persona no difieren mucho de los que afrontan las enfermeras gestoras, es necesario recordar que, tradicionalmente, el rol de la enfermera gestora ha consistido en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender, con la mejor eficacia posible, los objetivos de la organización.

La gestora se sirve para ello de conocimientos extraídos de las ciencias de la gestión, de la economía, de la psicología, etcétera, disciplinas indiscutiblemente necesarias para la práctica gestora en cuidados enfermeros.

Pero Meleis y Jennings (1989) en Kérouac (1996) sostienen que la gestión de los cuidados no solamente debe sustentarse en teorías administrativas o prestadas de otras disciplinas sino en las que propone la disciplina enfermera.

Aseguran que la salud y el bienestar de la persona, tanto sea ésta un enfermo, un miembro de la familia, un empleado o un cuidador, están en el centro mismo de la actividad de gestión de los cuidados enfermeros. El rol de la enfermera gestora entonces consiste en apoyar al personal cuidador. Es decir, debe dirigirse a alcanzar el objetivo que busca la práctica enfermera a través de la acción del personal cuidador.

Esta gestión requiere de un profundo conocimiento de las concepciones que propone la disciplina así como de creatividad, voluntad de transformación y asunción del riesgo. Y yo añadiría de credibilidad.

Es cierto que, citando de nuevo a Kérouac, el entorno en el que se sitúa la acción de las enfermeras gestoras presenta numerosos retos y situaciones que pueden parecer paradójicos, como la supervivencia financiera del centro y los valores humanos de los cuidados enfermeros, la continuidad de los cuidados y la inestabilidad de los equipos de trabajo, la autoridad jerárquica y la autonomía del personal cuidador, las luchas del poder y la colaboración intra e interprofe-

sional, la estandarización y el respeto a la diversidad y a la individualidad, la burocracia y la participación, la impersonalidad de las estructuras y el compromiso hacia la persona, la tecnología y los valores humanos, y un largo etcétera.

Sin embargo, la gestión de los cuidados no consiste en esto solamente. En todo caso, la posición de las personas que desempeñan estas actividades de gestión en el liderazgo de los cuidados es evidente, ya que es a estas enfermeras y enfermeros a quienes les compete la responsabilidad de asegurar los recursos, de mantener la organización, de desarrollar líneas de garantía de calidad de la atención y de promocionar la mejora constante del personal a su cargo.

No son cuidadores directos, pero su papel en el cuidado, en la producción de acciones enfermeras de atención directa a los usuarios es fundamental. Su objetivo final es una meta enfermera, de cuidados, de mejora de salud de los usuarios, si bien, probablemente nunca tendrán relación directa con éstos. En el cuidado, ellos ejercen una especie de liderazgo en la sombra que debe acompañar, siempre, al cuidador directo.

No quisiera generalizar porque conozco excelentes gestoras de cuidados, especialmente en los niveles intermedios pero, en algunos casos, l@s enfermer@s directiv@s han caído en la tentación administrativa al actuar como si la gestión que realizan tuviera fin en sí misma, olvidando que su acción no tiene ningún sentido sin un fin que la dirija y que éste, en los servicios enfermeros, no puede ser otro que aquello que la profesión enfermera ofrece de forma única a la sociedad y que constituye un elemento básico para su mantenimiento y desarrollo: el cuidado enfermero.

Los modelos tradicionales de la gestión enfermera deben enriquecerse con las concepciones recientes orientadas hacia la persona, concepciones que se relacionan con el liderazgo, la motivación, la colaboración y la participación y que, por el conocimiento de la persona que precisamente proporcionan, pueden sostener mejor los procesos de gestión dirigidos a la movilización del potencial de las personas a su cargo y de los recursos del entorno. Por esta razón las enfermeras somos excelentes gestoras.

La gestión enfermera innovadora pasa, pues, por propuestas guiadas por una concepción explícita de cuidados enfermeros que le servirá de dos cosas fundamentales: llevar a cabo una práctica administrativa centrada en el conocimiento de la persona y si la salud de las personas y de su entorno es el principal centro de interés de esta gestora, su actividad se dirigirá a promover los

contextos más favorables para el cuidado de la persona. Como si de una enfermera asistencial se tratara.

La tercera de las cuestiones planteadas preguntaba: **¿Cómo se pueden establecer puentes entre la asistencia y la gestión de forma que el trabajo ético no sea sólo una cuestión personal de cada profesional?** que, siempre a mi modo de ver, está estrictamente vinculada a: **¿Cuál es la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales y de las enfermeras gestoras? ¿Podemos establecer una interrelación entre ambas responsabilidades?**

Intentaré argumentarlo. Para responder es necesario abordar dos cuestiones fundamentales: la relación entre proyecto profesional y proyecto institucional y la relación entre compromiso profesional individual y compromiso profesional colectivo.

Ya no se discute que las innovaciones en las empresas de servicios no son viables sin el compromiso de los profesionales con los objetivos que quieren alcanzarse.

Me he referido anteriormente a la dificultad de encontrar nuevos elementos, poco habituales en las organizaciones sanitarias que garanticen un desarrollo en correspondencia con un modelo asistencial orientado a la persona que accede al sistema sanitario.

Exige de un concepto totalmente nuevo de gestión basado en una cultura participativa y en un perfil directivo facilitador. En realidad son los profesionales los que saben y conocen cómo organizar más efectivamente una actividad concreta y precisan de la confianza necesaria para desarrollarlo y a los directivos nos corresponde facilitarlo y asegurarnos de este compromiso.

Este compromiso debe asegurarse por ambas partes. La cultura de la responsabilidad requiere de la plena asunción de los diversos componentes de la organización y no quiere ni traspasos ni transferencias de responsabilidad de unos a otros.

Quiere, por lo tanto, trabajo autónomo de quienes con conciencia profesional, de desarrollo profesional conjunto, creen posible compaginar intereses -con frecuencia aparentemente contrapuestos- como son los de las instituciones y los de las profesiones.

La voluntad de llevar a la práctica una excelente gestión enfermera debe sustentarse en un proyecto profesional, al servicio de un proyecto institucional; es decir, un proyecto que integre los valores de la organización y los de la pro-

pia profesión para hacer posible lo que Montserrat Teixidor (Teixidor, 1995) define perfectamente como "pacto entre proyectos". Si esta situación no se da, deberá identificarse, reconocerse y deberá incidirse en la institución de modo que el proyecto profesional propuesto tenga una traducción progresiva en el proyecto institucional.

Es preciso, pues, que integre:

- Una concepción clara de los cuidados de enfermería que guíe a enfermeras y enfermeros en su práctica, defina su rol, identifique sus valores y formule el objetivo propuesto.
- Los valores de la organización y de la propia profesión.
- Determine las políticas de los servicios enfermeros y tenga un carácter de globalidad, o sea que, parafraseando de nuevo a Alberdi:
  - Promueva la adhesión de los profesionales y
  - Permita evaluar la coherencia de las actuaciones concretas, en función de horizontes de desarrollo profesional.

Es necesario no olvidar que las enfermeras trabajamos en instituciones sanitarias o sociosanitarias y que, es a través de ellas como llegamos a l@s usuari@s. La asistencia es la razón de estas organizaciones y, lo que las justifica y lo que les da sentido es la resolución de procesos asistenciales de la persona que accede a ellas. No pretendemos ser expertas en concepciones enfermeras, sino dispensar cuidados excelentes.

Hasta aquí la primera cuestión que creo se debería abordar, es decir, la referente a la relación entre proyecto profesional y proyecto institucional y, a partir de aquí, la relación entre compromiso profesional individual y compromiso profesional colectivo.

Para resolver esta segunda cuestión debo referirme de nuevo a Rosamaría Alberdi cuando trata del compromiso de las enfermeras para lograr un futuro de cuidados y lo hace centrándome en el análisis de los valores que deben haberse adoptado para comprometerse con la prestación de una atención excelente (Alberdi, 2004).

Parte de la idea de que "*comprometerse*" *es contraer voluntariamente una responsabilidad como producto de la convicción íntima de que así se cumple con la finalidad profesional. O dicho de un modo más exacto, el compromiso de las enfermeras es el conjunto de responsabilidades que se asumen - en cada momento- como consecuencia de la adopción del bien intrínseco de la profesión, que no es otro que cuidar.*

Tras la formulación de propuestas muy concretas respecto a las circunstancias que ayudan a desarrollar el compromiso de las enfermeras con la sociedad a la que cuidan, finaliza con una referencia al cumplimiento del compromiso con uno mismo. Para ello, se sirve de la idea expresada por Watson (1988) de que el *cuidado y el amor hacia uno mismo precede al amor y al cuidado hacia los demás* e insiste en que *la cuestión nuclear de dicho compromiso consiste en, habiendo adoptado el cuidar como el objetivo último de la profesión, conjugar armónicamente los valores individuales y profesionales, obteniendo el grado de "comodidad moral" que tiene como resultado la satisfacción y el orgullo por lo realizado.*

Y, a partir de aquí, el abordaje de la última de las cuestiones:

**¿Es posible incluir criterios éticos como criterios de calidad o de buen servicio en la gestión de las unidades asistenciales e instituciones sanitarias?**

A la luz de lo expuesto, efectivamente creo que es posible incluir criterios éticos como criterios de calidad o de buen servicio en la gestión de las unidades asistenciales e instituciones sanitarias.

Recientemente he colaborado en un trabajo para la identificación de actitudes y aptitudes en relación con la profesión enfermera con el propósito general de facilitar el camino que debería permitir a las enfermeras desarrollar un proceso de adopción de una concepción de cuidados.

Como ya se ha mencionado, este proceso sólo puede llevarse a cabo si previamente se cumplen las siguientes premisas:

- Haber adoptado como bien intrínseco* de la profesión la prestación de cuidados.
- Valorar la necesidad de desarrollar el trabajo diario de forma profesional.

A partir de estas dos premisas se proponen una serie de indicadores en dos fases. La primera sirve para el análisis del servicio enfermero actual en relación con:

- El servicio enfermero: los indicadores aquí definidos analizan si el servicio ofertado contempla el desarrollo del bien intrínseco profesional y un ejercicio profesional excelente.
- Los usuarios del servicio enfermero: analizan si l@s usuari@s identifican la aportación enfermera como un servicio específico, diferente y necesa-

*Se entiende por "bien intrínseco" aquello que la profesión ofrece de forma única a la sociedad y que constituye un elemento básico para su mantenimiento y desarrollo.

rio para solucionar los problemas relacionados con la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Trabajo interdisciplinar, que tienen como objetivo analizar la aportación específica de las enfermeras en el trabajo interdisciplinar y su contribución a la prestación de una atención global a los usuarios.
- La organización del Centro, que identifica si el sistema de organización del Centro permite desarrollar el servicio enfermero que se desea ofertar.

La segunda, para la identificación de las áreas de cuidados, tiene como propósito conocer los problemas enfermeros más frecuentes que presenta la población atendida.

Para finalizar, sólo destacar que a mí me ha servido mucho recordar que los rasgos de identificación de las enfermeras que trabajan desde la perspectiva cuidadora podemos encontrarlos en aquella enfermera que tiene las siguientes características:

Será enfermera:

- Aquélla que tenga una inclinación nacida de lo íntimo, hacia la tarea de cuidar y que en su ejercicio, se sienta reconocida y se reconozca.
- La que, en el terreno de la salud, esté dispuesta a sustituir al OTRO siempre que sea necesario pero dejando que el OTRO sea, recordando en todo momento que quien cumple los objetivos, quien logra los resultados, es fundamentalmente aquél o aquélla a quien van dirigidos los cuidados.
- Quien quiera ponerse como meta el conseguir ser rápidamente sustituida en su tarea, o lo que es lo mismo, quien sea capaz de promocionar el autocuidado.
- La que considere que su aportación no está limitada por un título y es consciente de que la perspectiva enfermera ofrece elementos indispensables e insustituibles en todos los ámbitos de desarrollo de lo sanitario.
- Aquélla que sepa apreciar el reconocimiento que se obtiene por un trabajo que se realiza en la "zona oscura"[*] y en el que nunca se puede ejercer el monopolio del saber.
- Quien esté orgullosa de prestar cuidados profesionales y reivindique la escucha de la orientación cuidadora.

[*] Con esta denominación se designa el espacio de intimidad en el que se produce la relación enfermera-paciente que se caracteriza, entre otras cuestiones, por la dificultad para que sus contenidos trasciendan a la esfera social. Para una ampliación sobre esta idea, puede consultarse Alberdi Castell, Rosamaría "Las enfermeras del tercer milenio". *ROL de Enfermería.* 178 [43-50].

Muchas gracias por su paciencia, muchas gracias por su atención y, sobretodo, muchas gracias por permitirme intentar trasladar la imagen enfermera que nosotros queremos comunicar, la oferta profesional que estamos dispuestos a hacer, las acciones que deseamos emprender, el cuidado enfermero que deseamos ofertar.

# Bibliografía


Alberdi Castell, Rosamaría. *Las enfermeras del tercer milenio.* ROL de Enfermería, núm. 178. Barcelona, 1993.

Alberdi Castell, Rosamaría. Género, *Enfermería y desarrollo profesional.* XVI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Palma de Mallorca, 1995.

Alberdi Castell, Rosamaría. *Un futuro de cuidados.* XXI Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Bilbao, 2004 (No publicado)

Alberdi Rosamaría, Artigas Berta, Cuxart Núria, Agüera Ana. Guías para implantar la metodología enfermera. *ROL de Enfermería*, vol. 26, núm. 3. Barcelona, 2003.

Collière, Marie Françoise. *Promover la vida.* McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid, 1997

Fernández Ferrín, Carmen. *La investigación en cuidados y el desarrollo disciplinar.* Libro de las XVIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Cádiz, 1997

Gracia Diego. *Ética, salud y servicios sanitarios.* En García MM, editora. Ética y salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie monografías número 22. Granada, 1997

Kerouac, Suzanne et al. *El pensamiento enfermero.* Masson. Barcelona, 1996.

Mompart Garcia, M. Paz y Duran Escribano, Marta. *Administración y Gestión.* Difusión Avances de Enfermería (DAE). Madrid, 2001.

Teixidor Freixa, Montserrat. Los espacios de profesionalización de la Enfermería. *Revista Enfermería Clínica*, vol. 7, núm. 3. Barcelona, 1995.

## GUIÓN PARA EL DEBATE

Considerando su experiencia profesional en el ámbito de la gestión, de la docencia y/o de la asistencia le proponemos las siguientes cuestiones para el debate:

1. ¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de pacientes, usuarios y sus familias?
2. ¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras gestoras?
3. ¿Cómo se pueden establecer puentes entre la asistencia y la gestión de forma que el trabajo ético no sea sólo una cuestión personal de cada profesional?
4. ¿Es posible incluir criterios éticos como criterios de calidad o de buen servicio en la gestión de las unidades asistenciales e instituciones sanitarias?
5. ¿Cuál es la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales y de las enfermeras gestoras? ¿Podemos establecer una interrelación entre ambas responsabilidades?

## APORTACIONES DE LAS PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO

Para facilitar la lectura, se han ordenado las reflexiones de las participantes en el seminario de forma que en primer lugar se exponen las que siguen el guión propuesto y luego el resto, por orden alfabético de autor.

### 1. Pilar Antón, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona

***"Creo que la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales es la que se desprende de su propio sentido de ser: proporcionar cuidados de excelencia, mientras que la de las enfermeras gestoras consiste en asegurar que esos cuidados se puedan proporcionar, estableciendo mecanismos correctores cuando haya deficiencias y medidas que aseguren la calidad de los cuidados."***

En primer lugar quisiera agradecer la iniciativa que ha permitido que nos reuniéramos las enfermeras que estamos en los diferentes ámbitos de gestión, asistencia y docencia, para poner en común las distintas realidades de una misma profesión, pero no sólo eso, sino que nos ha dado la posibilidad de debatirlo con profesionales de otras disciplinas, enriqueciendo el diálogo y sacando, tal vez, el debate de un posible estado de endogamia.

Me resulta muy difícil decir todo lo que me sugieren las intervenciones de las dos ponentes, así como las de los participantes que han tomado la palabra antes que yo; comprendo que el mecanismo del seminario no permite la intervención "sobre la marcha" y eso – necesario por otra parte – hace que mi intervención pueda parecer inconexa. No obstante voy a seguir el esquema sugerido por la organización e intentaré contestar a los interrogantes que se han planteado inicialmente.

**¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de pacientes, usuarios y sus familiares?**

Núria Cuxart los ha definido en cuatro apartados:

- Orientación de las instituciones sanitarias.
- El trabajo de otros profesionales.
- La atención a la persona.
- La asunción del bien intrínseco de la profesión.

Coincido plenamente con ella. Los problemas éticos que tienen las enfermeras en su práctica asistencial son los que derivan de la confrontación de valores o los que surgen por no saber cuál debería de ser el comportamiento o la actitud correcta. La confrontación o la duda se pueden dar en el marco de las relaciones que la enfermera tiene con el paciente y sus allegados, con los otros profesionales que intervienen en el proceso asistencial y con la institución en la que trabaja.

En el marco de la relación con el paciente y sus allegados, y a modo de ejemplo, algunos interrogantes pueden ser: ¿quién debe informar al paciente?; ¿la falta de información del paciente sobre su proceso hace que la enfermera tenga más dificultad para llevar a cabo su trabajo adecuadamente?; ¿quién debe recibir la información?; ¿cuándo es adecuado cuestionarse la capacidad del paciente para participar activamente en su proceso de atención?; ¿qué criterio debe prevalecer cuando la familia discrepa de la propuesta profesional?; ¿quién asegura que se respeta la voluntad del paciente?; ¿qué miembros del equipo deben conocer los datos del paciente?; ¿qué exige el deber de confidencialidad?.

En las relaciones con los otros profesionales los principales interrogantes surgen del significado del trabajo en equipo y de la corresponsabilización ética de los resultados. El concepto de interdisciplinariedad debe modificar la concepción de las relaciones entre los diferentes miembros del equipo, considerando a todos los participantes en situación de igualdad. Así las cuestiones pueden ser: ¿cómo se concibe y lleva a cabo la relación entre los profesionales que intervienen en el proceso?; ¿qué pasa cuando hay diferente criterio profesional sobre el mantenimiento de determinados tratamientos o ante la solicitud de algunas pruebas diagnósticas?.

En la relación con la institución la enfermera se puede encontrar problemas. Algunos ya los ha puesto de manifiesto Mercedes Ferro, como el poco reconocimiento de las enfermeras en la organización y la poca autonomía profesional, además de los relativos a la falta o inadecuación de recursos personales; la ratio enfermera/pacientes es claramente insuficiente en la mayoría de los servicios, a lo que se suma, en ocasiones, la falta de recursos materiales. En ocasiones se han utilizado estas causas para justificar una atención incorrecta o incluso no ética. Mi punto de vista al respecto es que el cuidado ético está íntimamente relacionado con las actitudes profesionales y personales de la enfermera y que si bien puede verse influida por condiciones de trabajo adversas, las actitudes poco tienen que ver con los recursos o con el reconocimiento. Aún dentro de esta realidad, el trabajo, el cuidado puede ser ético. En ocasiones no

se trabaja desde una perspectiva ética simplemente porque no se ha reflexionado lo suficiente sobre el respeto que debemos tener a la persona que estamos cuidando.

**¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras gestoras?**

El principal problema, manifestado por las enfermeras gestoras presentes en este seminario, es el de compaginar el proyecto institucional con el proyecto profesional. Para ello es necesario que ambos proyectos estén bien definidos, explicitados y sean conocidos por todos los integrantes de la organización. El proyecto institucional pasa por tomar en consideración a las enfermeras en tanto que profesionales, en conseguir que tengan sentido de pertenencia a la organización, pero creo sinceramente que es difícil que se pueda conseguir esto cuando las enfermeras no se sienten valoradas y cuando la relación que desde los responsables de la gestión se establece con ellas no es una relación de igualdad.

El proyecto profesional, en palabras de Núria Cuxart, debe integrar o definir una concepción clara de los cuidados, los valores de la organización y los valores de la profesión y establecer unas políticas y un carácter de globalidad, que permita promover la adhesión de los profesionales y el desarrollo profesional. Personalmente creo, sin dejar de admitir que en el amplio abanico de enfermeras gestoras podemos encontrar distintos modelos de gestión, que el primer paso para poder aunar los dos proyectos, el institucional y el profesional, es que las enfermeras gestoras gestionen cuidados y no personal y recursos, que no pierdan de vista que su razón de ser es posibilitar que se den unos cuidados de excelencia.

**¿Cómo se pueden establecer puentes entre la asistencia y la gestión de forma que el trabajo ético no sea sólo una cuestión personal de cada profesional?**

En cierta medida esta pregunta está contestada en lo que acabo de decir, definiendo claramente los dos proyectos, el institucional y el profesional y adquiriendo un compromiso sobre ellos por ambas partes.

También se pueden establecer puentes centrando, como ya se ha dicho, el foco de gestión en las competencias y los valores profesionales. Afortunadamente se ha avanzado mucho en la prestación de cuidados y en la concepción de lo que es la profesión, pero hay que seguir avanzando en esta línea cambiando o modificando cuestiones mencionadas en este seminario.

Entre ellas quisiera destacar la necesidad de tener una política para hacer frente a la presión asistencial basada en el desarrollo del cuidado de la salud de las personas que acuden a los centros sanitarios. Se tiene que garantizar la competencia profesional al tiempo que se establece un ratio adecuado y suficiente para que la enfermera tenga un espacio donde poder reflexionar y organizar el cuidado de la forma más competente posible, que le proporcione los conocimientos y el tiempo necesario para poder establecer una relación con el paciente que le permita ayudarlo en la clarificación de sus valores personales en relación con su problema de salud, ayudarlo en la toma de decisiones al respecto, en el aprendizaje de nuevas formas o hábitos de vida, en el mantenimiento de su seguridad, etc. ; se tiene que abandonar la contratación o la distribución de las enfermeras, al margen de sus competencias o capacidades, no permitiendo que ningún profesional afronte su trabajo sin la adecuada formación específica.

**¿Es posible incluir criterios éticos como criterios de calidad o de buen servicio en la gestión de los cuidados asistenciales e instituciones sanitarias?**

Naturalmente que sí. De hecho ya se mide la calidad en las organizaciones sanitarias aunque, a mi entender, de forma parcial. Existen estándares de calidad y cuestionarios para medirla a través de la cumplimentación o no de los distintos registros. También se realizan encuestas para conocer el grado de satisfacción de los pacientes y usuarios. Sin embargo, estas mediciones se hacen al margen de cómo se hayan llevado a cabo las actividades, por eso no son suficientes desde el punto de vista ético. Ejemplos de criterios éticos pueden ser: buscar criterios de valoración respecto al respeto y cumplimiento de los Derechos Humanos en cada una de las actividades o cuidados realizados, la forma de llevar a cabo la información y su comprensión por parte del paciente, la calidad de las respuestas a las dudas o preguntas, el respeto por la confidencialidad de todos los datos y el secreto de equipo o la inclusión en todos los procedimientos y técnicas de criterios de mantenimiento de la intimidad. Al mismo tiempo se debe medir la calidad percibida no sólo del paciente y usuario, sino también de los trabajadores de la organización.

Las instituciones sanitarias, como cualquier organización, están formadas por quienes proveen los servicios y por quienes los reciben; por ello ambas partes deben ser evaluadas a través de criterios de calidad que inexcusablemente deben contener indicadores de criterios éticos. En cada actividad clínica hay una actividad ética dado que no es posible deslindar ambos conceptos.

**¿Cuál es la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales y de las enfermeras gestoras? ¿Podemos establecer una interrelación entre ambas responsabilidades?**

Creo que la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales es la que se desprende de su propio sentido de ser: proporcionar cuidados de excelencia, y la de las enfermeras gestoras asegurar que esos cuidados se puedan proporcionar, estableciendo mecanismos correctores cuando haya deficiencias y medidas que aseguren la calidad de los cuidados.

Las enfermeras asistenciales aportan su competencia y sus capacidades, que deberán mantener al día, como exigencia ética, como deber moral, para asegurar esa excelencia en los cuidados.

Las enfermeras gestoras aportan, por un lado, la garantía de que el medio en que se desarrollan esos cuidados es el idóneo, y por otro los recursos para que se pueda hacer efectiva la pertenencia de la enfermera a la organización y conseguir su compromiso con los objetivos de la misma. Esto último no se puede conseguir sin que las enfermeras gestoras cuiden a las enfermeras asistenciales, lo que implica establecer una relación profesional de igualdad, favorecer el tiempo para la reflexión, establecer criterios de equidad en la valoración de la enfermera, alejándose del trato/consideración igualitario, favorecer los espacios y el tiempo para la discusión y el consenso, y otras cosas que seguramente podríamos acordar entre todas nosotras y que algunas de las participantes seguro que pondrán de relieve en sus intervenciones.

## 2. Ester Busquets i Alibés, Enfermera, Institut Borja de Bioètica

***"La ética no es solo una cuestión individual de cada profesional, sino también una cuestión institucional."***

Parece que en los últimos tiempos nos hayamos instalado en una falsa dicotomía entre la gestión enfermera y el cuidado enfermero; este hecho es común y habitual también en otras profesiones sanitarias. Me parece acertado, y aún más necesario, debatir a fondo sobre esta cuestión con la finalidad de superar esa dicotomía. El diálogo profundo y respetuoso entre enfermeras, gestoras, asistenciales y docentes, nos hará ver que las dos tareas, como bien nos ha recordado Núria Cuxart en su ponencia, no se oponen sino que se complementan: "*El rol de la enfermera gestora consiste en apoyar al profesional cuidador*". Establecer puentes de comunicación y colaboración entre ambas tareas puede contribuir mucho a la promoción y al desarrollo de nuestra profesión. La ética ya no es solo una cuestión personal sino también institucional.

**Problemas éticos que deben afrontar las enfermeras asistenciales y gestoras**

Identificar los problemas éticos que afrontan las enfermeras, tanto en la práctica asistencial como en la gestión, es el paso previo e indispensable para poder reflexionar sobre ellos e intentar resolverlos de la mejor manera posible. Sin pretender ser exhaustivos enunciamos algunas situaciones que pueden ser la causa de problemas éticos ya sea para las enfermeras asistenciales, ya para las enfermeras gestoras.

Utilizando la definición de I. King, las enfermeras asistenciales "enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos, y les proporcionan cuidados cuando están enfermos" podemos agrupar las situaciones de riesgo de conflicto ético en los siguientes tipos:

a) *Derivados de la institución.* Señalamos la sobrecarga de trabajo derivada de un número muy elevado de pacientes a cargo de cada enfermera y de la complejidad de los problemas de salud, la necesidad de mantener el día los conocimientos profesionales, la importante presencia de la tecnología en la asistencia que hace que a menudo el cuidado se centre más en cuestiones biologistas o técnicas que en las personas y las vivencias, y la dificultad para poder simultanear la práctica asistencial con la investigación, entre otros.
b) *Derivados de la atención al enfermo.* De entre ellas señalamos las demandas de ayuda del enfermo o su familia que sobrepasan el ámbito de

competencia de la enfermera y que pueden situarse más en el plano personal que en el profesional, a veces el escaso reconocimiento que tiene el cuidado y que es valorado como una actividad poco profesional, la diversidad cultural ideológica y/o religiosa que supone que la enfermera debe ser capaz de respetar y proponer cuidados desde visiones de la salud y de las necesidades humanas a veces muy diversas a la suya, tanto ideológica como religiosa.

c) *Derivados del equipo multidisciplinario.* En este apartado señalamos como posible fuente de problemas éticos la existencia de jerarquías autoritarias que no permiten o dificultan el trabajo con valores compartidos en el seno de los equipos asistenciales, aspecto que favorece la poca colaboración entre sus miembros y que desde la perspectiva ética ocasiona múltiples situaciones de dificultad; señalamos, por ejemplo, la descoordinación en cuestiones de información al paciente.

Por lo que respecta a las enfermeras gestoras y teniendo en cuenta que su objetivo es la planificación, organización, dirección y control de los recursos económicos y materiales y el personal a fin de atender eficazmente los objetivos de la organización, las situaciones que pueden generar conflicto ético pueden ser las siguientes:

a) *Derivados de la institución.* La limitación de los recursos económicos, materiales y de personal es una de las primeras causas. Sin embargo, los recursos, si bien son imprescindibles, por sí solos no garantizan el cuidado ético. Hay que tener en cuenta que a veces la toma de decisiones por parte de la organización no tiene suficientemente en cuenta los criterios éticos. Las enfermeras gestoras también tienen que afrontar su responsabilidad de gestionar teniendo en cuenta los valores de la institución y los valores humanistas que defiende el cuidado enfermero; más aun las gestoras deben integrar ambos y hacerlos compatibles.

b) *Derivados del enfermo.* La principal situación generadora de conflicto deriva de las dificultades de distribuir equitativamente los recursos en función de las necesidades de cuidados de los enfermos y familias. Al mismo tiempo las gestoras deben planificar los servicios de forma que se pueda dispensar una atención de calidad con un coste mínimo para la institución.

c) *Derivados de las profesionales y personal a su cargo.* En instituciones con un elevado número de personal, una dificultad añadida es el desconocimiento de las capacidades del personal cuidador y encontrar maneras eficaces de potenciar la competencia profesional constante del personal.

Y otro elemento clave son los pocos espacios para la *comunicación* entre las enfermeras asistenciales y las gestoras que permitan compartir los valores y buscar las mejores maneras de llevar a cabo el cuidado en cada institución o servicio, respetando los criterios éticos y de resolver las situaciones de conflicto lo mejor posible.

**De la ética profesional a la ética institucional**

Se podría decir que la ética profesional de la enfermería es casi tan antigua como la misma profesión; así lo muestra la historia de la profesión y lo recogen las numerosas declaraciones enfermeras y las de ética enfermera. Sin embargo, en el ámbito de las instituciones la consideración ética es un aspecto más reciente. No es hasta la década de los setenta cuando se pone de moda, primero en Estados Unidos y después en Europa, la "ética de los negocios", la "ética empresarial", "ética de la organización" o "ética de la gestión". A partir de ese momento se cae en la cuenta -más vale tarde que nunca, podríamos añadir-, que la ética no es sólo una cuestión individual de cada profesional, sino también una cuestión institucional. Eso significa que tanto los centros hospitalarios y de atención primaria como las enfermeras que trabajan en ellos deben seguir orientaciones morales (criterios éticos) de acuerdo con los fines de la institución y de la profesión, fines que les dan sentido y legitimidad social.

Si decimos que tanto los profesionales como la institución deben actuar de acuerdo con unos cánones de moralidad debemos preguntarnos cuáles son o pueden ser los cánones morales asociados a las enfermeras asistenciales y a las enfermeras gestoras.

***Responsabilidades éticas de las enfermeras asistenciales***

Las responsabilidades éticas de las enfermeras asistenciales se encuentran debidamente recogidas en los códigos de ética de la profesión. Se trata de responsabilidades encaminadas a: 1) priorizar siempre el bien del enfermo, informarle, ser respetuoso con su intimidad, ayudarle en su proceso de muerte…, 2) trabajar para el desarrollo y promoción de la profesión, 3) integrarse plenamente en el equipo multidisciplinario y aportar criterios de actuación y evaluación, 4) ponerse al servicio de las finalidades sociales de la institución.

***Responsabilidades éticas de las enfermeras gestoras***

A diferencia de las enfermeras asistenciales, los criterios éticos que deben guiar la conducta de las enfermeras gestoras aún no han sido tratados a fondo.

Sabemos cuál es la tarea "técnica" de esas enfermeras, pero aún no sabemos muy bien cuáles son los elementos que convierten la gestión de la enfermera en una "gestión ética".

Antes de pasar a ver algunas de las características de la "gestión ética" debemos recordar que toda institución tiene una finalidad que le da sentido y la legitima socialmente. En el caso de un hospital o centro de salud su finalidad es prestar un servicio de salud a los ciudadanos que lo necesitan y educar en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los posibles riesgos que se derivan de dichas enfermedades. Tener los criterios de buen servicio lo más claros y objetivables posible es esencial para la supervivencia de la institución. Si se dice –con razón- que "sin ética no hay profesión" también es cierto que "sin ética no hay institución". Debemos recordar que los fines de las estructuras sanitarias se consiguen a través de las personas que trabajan en la institución. Por eso las enfermeras gestoras delante de las enfermeras asistenciales tienen la responsabilidad ética de:

- dar a conocer los ideales o valores de la empresa y promover su adhesión.
- potenciar la responsabilidad y participación en el proyecto institucional.
- facilitar que toda enfermera pueda desarrollar eficazmente sus tareas de acuerdo con sus capacidades.
- promover la iniciativa y creatividad de las enfermeras.
- facilitar la comunicación entre las enfermeras y el equipo multidisciplinario.
- introducir espacios de comunicación entre las enfermeras asistenciales y la dirección de enfermería.
- velar para la formación permanente (científico-técnica y humanista) de las enfermeras.
- revisar conjuntamente el trabajo de las enfermeras a fin de evaluar su autoestima y su realización personal.
- desarrollar la calidad de vida en el trabajo.

A través de estos aspectos se puede configurar un nuevo modelo de gestión en el que las enfermeras gestoras estarán más cerca de las enfermeras asistenciales ayudando a lograr la excelencia en el ejercicio de la enfermería, objetivo ético de primer orden.

A modo de conclusión: Debemos alejarnos de planteamientos excluyentes que consideran ambas funciones como rivales e incompatibles, porque las dos tareas forman parte de un mismo proyecto humano y social y debemos compartir los valores e ideales éticos buscando las maneras de llevarlos a cabo en todas y cada una de las acciones profesionales.

## 3. Rosa Mª Blasco, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona

***"El desafío que se presenta a la profesión enfermera es la manera de seguir prestando cuidados éticos y centrados en las personas que den a la vida, a la salud y a la muerte su verdadera significación en organizaciones que buscan la eficiencia y la efectividad de los costes".***

**1. ¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de pacientes, usuarios y sus familias?**

Desde hace unos años los sistemas sanitarios están en permanente cambio y, dentro de las reformas que plantean, la mayoría reconocen la equidad y la eficiencia como principios fundamentales y prioritarios**.** Para que las enfermeras comprendan y participen en estos cambios tienen que contextualizar los valores profesionales en los nuevos escenarios culturales, socioeconómicos y políticos en los que desarrolla su actividad profesional, reafirmando el modo de pensar enfermero y adaptándolo a los nuevos contextos sanitarios. De esta forma los criterios éticos de la profesión pueden reformularse sin perder de vista el núcleo esencial de la actividad enfermera: la persona que precisa cuidados profesionales para mantener o mejorar su salud o bien morir con dignidad.

La respuesta a las necesidades de salud de los pacientes y usuarios hoy en día implica un gran reto para las enfermeras. Los cuidados son cada vez más complejos y es necesario tener en cuenta que los conocimientos deben actualizarse constantemente. Pero también es necesario disponer de espacios adecuados para la reflexión acerca de la dimensión humana del cuidado y de su repercusión en la dignidad de las personas y que las enfermeras se sientan y estén apoyadas en su toma de decisiones. Con conocimientos, reflexión y apoyo las enfermeras asistenciales pueden incluir en cualquier atención o cuidado criterios éticos y pueden desarrollar formas de actuar en consecuencia.

Aunque es cierto que la ética en los cuidados es en gran medida un tema de actitud por parte de la enfermera -actitud que se traduce en una forma determinada de llevar a cabo las relaciones interpersonales tanto con el paciente como con el resto del equipo-, no es menos cierto que el contexto asistencial, en muchas ocasiones, no favorece esta actitud. Así, nos encontramos, por ejemplo, con la enfermera que necesita informar, asesorar, enseñar o aconsejar a un paciente y no cuenta con un espacio adecuado donde mantener una relación terapéutica que garantice la intimidad del paciente o no cuenta con el tiempo necesario por falta de personal.

En resumen, la enfermera asistencial debe afrontar una serie de problemas éticos relacionados con la atención que presta a los pacientes que tienen que ver con recursos materiales y de personal así como con falta de formación en temas éticos o de estructuras que le presten apoyo en caso de conflicto. Recursos, formación y apoyo de la organización pueden ser tres elementos de ayuda a la detección y al afrontamiento de los problemas éticos en la asistencia cotidiana.

**2. ¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras gestoras?**

Las enfermeras gestoras se encuentran con dos problemas fundamentales: uno haber cambiado su papel de gestoras de cuidados por el de gestoras de personal y el otro haberse alejado del conocimiento enfermero, es decir, preocuparse más por formarse en temas de gestión que en temas de la disciplina enfermera. Esto unido a la presión asistencial hace que uno de los problemas de las gestoras sea la adecuación de las plantillas de enfermeras a las necesidades de cuidados de los pacientes y familias. En muchos centros sanitarios, debido a una inadecuación de las plantillas en función de la carga de trabajo de las enfermeras, las enfermeras con responsabilidades en la gestión tienen que enfrentarse a situaciones de distribuciones de personal inadecuadas en cuanto a número y nivel de competencia de los profesionales o incluso tienen que enfrentarse a la responsabilidad de rebajar la calidad de los cuidados.

En 1992 el CIE (Consejo Internacional de Enfermería) reunió a un grupo de expertos con el objetivo de que elaborasen un documento sobre "Costes de los servicios de Enfermería" en el que se plantean algunos de los problemas a los que se enfrentan las enfermeras en su contribución a la atención sociosanitaria. En este documento se plantea, entre otras cosas que "en casi todas partes a las enfermeras se les paga por las actividades que desempeñan, no por las responsabilidades que asumen; por sus tareas no por sus conocimientos expertos. Más de la mitad de lo que una enfermera hace por el paciente no se explica por el diagnóstico médico o por la duración de la estancia, criterios en los que se basa el reembolso y que perjudican claramente a los centros donde se proporcionan más cuidados, como son los centros de media y larga estancia". Y sigue diciendo, las enfermeras trabajan "con la cabeza" y no solamente "con las manos", aunque tradicionalmente se muestran reacias a discutir cuestiones financieras. Por ello, es necesario que las enfermeras tomen la iniciativa en el examen y evaluación de los resultados sanitarios de sus servicios y los costes que comportan. Es fundamental comprender la importancia profesional de vincular la responsabilidad de las enfermeras con los cuidados de calidad y con la rentabilidad de sus servicios.

Esto implica haber pasado de un modelo biomédico a un modelo economicista donde se pone el énfasis en la eficacia y la eficiencia más que en los valores de la profesión que se basan en proporcionar unos cuidados de calidad de acuerdo con el modelo humanista, para lo que es necesario que las gestoras proporcionen las condiciones adecuadas para que esto pueda suceder.

Es decir, a mi entender uno de los problemas principales de las enfermeras gestoras es incluir en los criterios de gestión el trabajo de las enfermeras basándolo en criterios profesionales y no tan sólo economicistas o biologistas; criterios que dejen clara la aportación concreta de las enfermeras en el mantenimiento y fomento de la salud de la población.

**3. ¿Cómo se pueden establecer puentes entre la asistencia y la gestión de forma que el trabajo ético no sea sólo una cuestión personal de cada profesional?**

Puede hacerse pasando de unas organizaciones jerarquizadas y centralizadas a unas organizaciones descentralizadas, flexibles y adaptables, las cuales deben contar con dos características:

- Los profesionales tienen el control de su trabajo y la autonomía suficiente para ejercer su práctica profesional dentro del ámbito de sus competencias.

- El poder y la toma de decisiones pasan a las enfermeras de las unidades y los servicios, con lo que se aproxima la toma de decisiones a las fuentes de información, se incrementa la participación y se estimula la iniciativa y la innovación. Todo ello favorece que el centro de interés sea el cliente.

**4. ¿Cuál es la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales y de las enfermeras gestoras? ¿Podemos establecer una interrelación entre ambas responsabilidades?**

Davis y Stark (1993) adujeron que existe en el plano mundial un sistema de valores compartido que se basa en los principios de inviolabilidad de la vida, beneficencia, evitación de la maleficencia y autonomía. Si esto es importante para cualquier profesional, en el caso de las enfermeras adquiere un carácter relevante. Vivimos una época en la que los cuidados sanitarios se racionan y por ello es necesario reforzar la ética de enfermería y entender que la deontología profesional abarca el concepto de atención en un sentido amplio, y establecer que la solicitud es una fuerte obligación moral entre el dispensador y el receptor de cuidados**.**

Las enfermeras son los profesionales clave del sistema de atención sanitaria para mediar en la interacción entre la ciencia, la tecnología y el paciente; por su función en tanto que dispensadoras de cuidados salvaguardan el carácter humano del paciente. El desafío que se presenta a la profesión enfermera es la manera de seguir prestando cuidados éticos y centrados en las personas, que den a la vida, a la salud y a la muerte su verdadera significación en organizaciones que buscan la eficiencia y la efectividad de los costes. Este desafío exige que las enfermeras relacionen el pensamiento y los valores profesionales con la efectividad de los costes de sus servicios.

Por ello, se precisan enfermeras con facultades intelectuales bien desarrolladas, capaces de combinar las características del Arte de Enfermería entendido como el apasionado compromiso de cuidar, el compromiso moral y ético con la profesión, la abogacía y la sensibilidad hacia los sentimientos del cliente, con las características de la Ciencia Enfermera, entendida como pensamiento crítico, mente tenaz, examen racional, medición y verificación de los hechos y conclusiones. Sea cual sea el lugar de trabajo y nivel de responsabilidad, cada enfermera debe responder a este reto, estableciendo una responsabilidad conjunta en el mantenimiento y desarrollo de la mejor salud posible de la población y el respeto más profundo a las personas a las que se dirige su trabajo.

## 4. Margarita Esteve, Directora de Enfermería del Hospital de Mataró

***"Quisiera señalar que independientemente del cargo que se ocupe, la enfermera siempre debe responder desde la perspectiva ética"***

Antes de responder a las cuestiones formuladas para el debate quisiera realizar dos consideraciones.

En primer lugar, al relacionar la ética con la gestión hay que tener en cuenta que abordar los problemas éticos en la práctica enfermera requiere que las instituciones sanitarias desarrollen y fomenten una fuerte cultura que facilite y potencie los valores éticos tanto de los profesionales como de los pacientes. Los principios éticos están inmersos en los cuidados de la salud y guían el ejercicio profesional. La ética forma parte de nosotros porque nos orienta en las decisiones de tratamientos, cuidados e investigaciones.

En segundo lugar, a pesar de que la mayor parte de las organizaciones sanitarias han desarrollado una misión y unos valores, en las que hacen explícito su compromiso ético con la sociedad, el día a día pone de relieve una disociación entre la teoría y la realidad. Es decir, los valores no están integrados como guía en la práctica asistencial de los distintos colectivos profesionales.

Mi aportación tiene como base dos de los objetivos de este seminario:

- Plantear la aportación del cuidado enfermero a la ética sanitaria.
- Establecer relaciones entre los diferentes modelos de gestión y el trabajo ético de las enfermeras.

En primer lugar y en relación con las enfermeras asistenciales, los principales problemas éticos a menudo están vinculados al respeto y fomento de los derechos de los pacientes. Dado que la salud del paciente ha de estar por encima de las conveniencias o intereses de los profesionales o de la propia institución, no son pocas las situaciones en las que la enfermera asistencial hace de garante de la persona enferma. La enfermera, creando un clima de confianza y respeto mutuo, es quien promueve el cumplimiento de los derechos del paciente. Destacamos el importante papel de las enfermeras asistenciales en el fomento y mantenimiento de la autonomía del paciente a través de la información y del mantenimiento de la intimidad.

El profesional de enfermería vela por *la intimidad física y psíquica* del paciente, integrando a la familia en todo lo que hace referencia al cuidado, la intimidad relacionada con el manejo del cuerpo y la atención a las necesidades

básicas, como la intimidad relacionada con los datos personales y de salud del paciente y la familia.

Respecto a la capacidad de toma de decisiones del paciente, la enfermera tiene que hacer fluir la información de forma que sea útil al paciente para poder tomar decisiones informadas y autónomas respecto de su salud. Al mismo tiempo, cuidar implica ayudar al paciente a participar activamente en todo el proceso de atención, aunque su enfermedad o problema de salud suponga niveles o grados de dependencia, es decir, el cuidado ético ofrece una garantía adicional al derecho de participación del paciente en la toma de decisiones. En este sentido el consentimiento informado es un instrumento de ayuda ya que obliga a los profesionales a dar información. Ahora bien, no hay que olvidar que el consentimiento debe ser consecuencia de la información y comunicación y que el proceso de consentimiento puede que no finalice con la aceptación del tratamiento o cuidado por parte del paciente. La información al paciente y la responsabilidad de cada profesional sanitario en ello requiere de un trabajo en equipo en el que básicamente el médico y la enfermera trabajen conjuntamente.

Recientemente se ha registrado un gran avance en el respeto a las últimas voluntades. Tradicionalmente la persona a lo largo de la vida explicita de forma oral lo que desearía, su posición respecto al sufrimiento, a la muerte, o en el caso en que no pudiera decidir por sí mismo. Actualmente es posible dejarlo por escrito y que esa voluntad sea vinculante para los profesionales. Las enfermeras en el transcurso de la relación de ayudar pueden ejercer el ejercer un rol facilitador ayudando al paciente a considerar la posibilidad de realizar voluntades anticipadas y a hablarlas y discutirlas con sus familiares.

La segunda materia del debate eran las cuestiones éticas en la gestión de los servicios enfermeros. Las enfermeras con responsabilidades de gestión tienen una importante responsabilidad en el desarrollo de la cultura ética estableciendo las maneras de llevar a cabo los principios éticos de la propia organización. La detección de situaciones problemáticas que se dan con relativa frecuencia y la elaboración de guías y protocolos que ayuden a la toma de decisiones y a la actuación es una de las formas con las que se puede contribuir a ello. Es decir, dar el respaldo y apoyo institucional a la actuación profesional en situaciones conflictivas de la asistencia cotidiana. Al mismo tiempo, desde la gestión se deben facilitar los mecanismos y poner en marcha los recursos necesarios. Por ejemplo, no es infrecuente que la atención y cuidados a las personas procedentes de otras culturas genere conflictos. Tener la posibilidad de una

mediación cultural puede ser una gran ayuda que permita llevar a cabo el cuidado ético. Al mismo tiempo lo es tener el acceso a diferentes guías espirituales, para poder ofrecer ese servicio a las personas que lo desean. Igualmente, en las situaciones de supuestos maltratos, infantiles o al adulto.

En tercer lugar y en relación con los puentes entre la gestión y la asistencia para que la ética no sea tan solo una cuestión de cada profesional, a mi entender y según mi experiencia, establecer y llevar a cabo un programa de calidad basado en los valores y derechos del usuario, la creación y seguimiento de comités de ética donde los profesionales puedan acudir para plantear dudas y orientación en momentos determinados, son dos instrumentos esenciales de que disponemos hoy en día. La planificación de cualquier proyecto, ya sea institucional o de un servicio o grupo de profesionales determinados, además de los criterios técnicos, ha de tener en cuenta los principios éticos y los derechos humanos previamente definidos. Por supuesto, al tiempo que velando por la confidencialidad de los datos de la historia clínica del paciente, poniendo mecanismos tales como el registro de acceso del profesional o como la exigencia de secreto profesional respecto a un diagnóstico o resultado de pruebas.

Respondiendo a si es posible establecer criterios éticos como criterios de calidad, quiero reflejar mi opinión positiva al respecto. Sí que es posible. El análisis de los registros de las historias clínicas, nos permite valorar el proceso asistencial. En esta valoración hay que incluir los aspectos relativos al confort, la información facilitada, la intimidad, etc... de forma que la ética asistencial esté integrada en todas y cada una de las acciones clínicas. Ello supone un trabajo previo de todo el equipo asistencial y un apoyo de la gestión que fomente y ayude a los profesionales asistenciales.

Por último, quisiera señalar que, independientemente del cargo que se ocupe, la enfermera debe responder también desde la perspectiva ética. La ética del cuidado está centrada en el propio cuidar y exige reconocer las diferencias en las necesidades humanas tomando como punto de partida siempre el contexto de donde surge el conflicto. La gestora, además, tiene que impulsar y promover el cumplimiento de los principios éticos mediante la creación de comités de discusión u otros que permitan la reflexión en torno a distintas experiencias.

Evidentemente, entre la responsabilidad de la enfermera gestora y la responsabilidad de la enfermera asistencial se pueden y deben establecer interrelaciones, mediante la definición de objetivos éticos comunes para obtener y posteriormente aplicar indicadores de evaluación que potencien la mejora y ayuden a desarrollar un lenguaje común para todos los profesionales del centro.

## 5. Rosa Mª López Pisa, Ambulatorio Área Básica la Gavarra, Cornellà

***"La gestión del cuidado en estas situaciones implicaría la incorporación en el trabajo habitual de actividades dirigidas al fomento de actitudes éticas y a la interiorización de los valores como grupo."***

En primer lugar, dar las gracias por haberme permitido asistir a este debate. Mi formación no es específica del ámbito de la gestión ni tampoco de la ética, sino que se ha desarrollado en la práctica asistencial. Práctica, por otro lado, con una situación privilegiada, ya que formo parte de un equipo de atención primaria por lo que la comunidad en la que presto mis cuidados los puede reconocer e identificarme por ello. Éste, a pesar de las dificultades que ello conlleva, sigue siendo uno de nuestros objetivos.

De acuerdo con las cuestiones que Montse Busquets nos ha planteado y las aportaciones de las ponentes Mercedes Ferro y Núria Cuxart intentaré exponer las ideas de mis propias reflexiones y las que se pusieron en común en la última sesión clínica mantenida hace unos días en mi equipo de enfermería al respecto. Así pues, presentaré los principales dilemas éticos que respecto al cuidar se nos plantean a las enfermeras de Atención Primaria –tal como ya nos ha expuesto con mucha claridad Núria Cuxart-, así como posibles planteamientos de gestión que podrían facilitar decisiones individuales de forma que el trabajo ético no sea solo una cuestión personal de cada profesional. Dichos planteamientos, a su vez, favorecerían la incorporación de una serie de valores en el quehacer cotidiano, que podrían llegar a constituir una ética de grupo o colectiva.

**Situaciones difíciles con impacto emocional para los profesionales que cuidan**

De entre todas destacamos dos: el cuidado a enfermos terminales o en personas y familias con mucho sufrimiento psíquico o las situaciones de trabajo con familias en las que los objetivos en términos de bienestar y salud de sus miembros son contrapuestos. ¿Qué ocurre cuando la enfermera tiene que cuidar frente a una situación que la "bloquea" emocionalmente? ¿Qué puede hacer si es capaz de reconocerla? ¿Qué se puede hacer –desde la gestión- si no es capaz de reconocerla? ¿Cómo prevé la institución cuidar a la enfermera en este caso y en consecuencia velar por la atención de calidad dirigida al enfermo?

Para la resolución de éstas y otras cuestiones propias de la práctica cotidiana se precisa tener actitudes éticamente correctas y, por lo tanto, favorecer reflexión y pensamiento con valores éticos en el seno de los equipos asistencia-

les. La gestión del cuidado en estas situaciones implicaría la incorporación en el trabajo habitual de actividades dirigidas al fomento de actitudes éticas y a la interiorización de los valores como grupo. Entre ellas se podrían mencionar las siguientes:

- **sesiones clínicas y formativas** que incluyan la discusión de los aspectos éticos de los casos estudiados. No obstante, en este sentido cabe plantearnos: ¿es ético presentar sesiones clínicas de casos reales en un equipo de trabajo cuya comunidad es atendida durante un largo período por los mismos profesionales de salud? La intimidad y la garantía de la confidencialidad deberían ser si cabe mucho más rigurosas.
- **protocolos** o guías de práctica clínica que incluyan de forma normalizada aspectos éticos, con los pasos a seguir explícitos, y que contemplen el tiempo que el usuario necesita para la toma de decisiones. Se debe tener en cuenta que cuando los aspectos éticos no se han tenido en cuenta en sesiones y no están reflejados en los protocolos de actuación, en situaciones de extrema dificultad es muy posible que no se tomen decisiones dada la extrema dificultad que el profesional afronta individualmente.
- **comités de ética** lo más cercanos y accesibles posible, de forma que favorezcan la reflexión y la deliberación de decisiones difíciles y que permitan el crecimiento personal y la madurez a través de la consulta y la formación.
- **grupos Balint** u otro tipo de trabajo grupal que permita "cuidar a los que cuidamos" y en consecuencia mejorar la relación asistencial.

**Confidencialidad y libre acceso a la información.**

La historia clínica es y siempre ha sido un documento confidencial, pero con su informatización el acceso puede ser más sencillo (a pesar de estar delimitado); ello implica que las personas responsables de establecer las claves y los sistemas de entrada y de seguridad de la información deben dirigir sus esfuerzos todavía más a **definir los ámbitos de acceso**. Asimismo, los distintos profesionales asistenciales también debemos tener en cuenta la confidencialidad cuando compartimos el trabajo con estudiantes u otros compañeros en formación. Puede suceder en Atención Primaria que éstos formen parte de la comunidad atendida por el propio centro docente, en cuyo caso tendrían acceso a información correspondiente a otros miembros de la misma zona de salud muy fácilmente identificables.

**Desacuerdo entre profesionales.**

¿Cómo, desde la gestión de la institución, se ayuda o facilita a la enfermera cuando se enfrenta a una situación de desacuerdo entre profesionales? El modelo de **trabajo en equipo** o el intento de trabajo en equipo facilita la discusión previa a la toma de decisiones y, en consecuencia, también permite cuestionar y reflexionar sobre los posibles desacuerdos. Si, además, dichos conflictos pueden ser presentados y orientados de forma constructiva en sesión clínica y, mediante supervisión interna y/o externa, el resultado de su resolución puede tener un enfoque más basado en valores éticos que en cuestiones puntuales de uno o un grupo profesional. En cambio, si se resuelve únicamente según la capacidad de discusión de las personas implicadas o bien si ni siquiera ésta se plantea porque se soluciona según la posición del profesional dominante, no se garantiza que la atención prestada esté fundamentada en un abordaje integral y de calidad para el paciente y mediante un planteamiento ético y satisfactorio del que corresponsabilicen todos los profesionales que cuidan.

Otro aspecto del desacuerdo entre profesionales es el que se da cuando compartimos nuestro quehacer con otro profesional que toma decisiones sin tener en cuenta el contexto concreto de la población y con un enfoque diferente al trabajado y consensuado en el equipo. Todavía más grave es la situación en la que dicho enfoque deriva en una práctica inadecuada o relativamente perjudicial para el enfermo. ¿Qué posición puede adoptar una enfermera en estas situaciones? ¿Qué significa cuidar cuando la decisión a tomar corresponde básicamente a otra enfermera? ¿Cómo desde la institución se pueden prever y/o atender estas situaciones sin tener que llegar a las situaciones de denuncia legal por parte del paciente? Una vez más, las **sesiones de formación**, mediante el comentario de casos, la supervisión externa, la **incorporación de valores éticos en la discusión**, la existencia de unos **protocolos** clínicos que contemplen dichos valores y el **asesoramiento por parte de los comités de ética**, permitirán garantizar una atención éticamente más correcta con una implicación definida por parte de la institución que gestiona globalmente los cuidados y la atención a los pacientes.

**Coordinación e integración de recursos.**

Hay otros elementos que aparentemente sólo están relacionados con la gestión de recursos y que, sin embargo, comprenden también aspectos éticos del cuidar y tienen que ver con los principios de no-maleficencia y de justicia. Entre ellos podemos mencionar los conflictos que se plantean ante la falta de

coordinación e integración de recursos. Ejemplo de ello seria la realización de determinadas pruebas analíticas en un mismo paciente cuando éstas han sido solicitadas por los distintos centros donde es atendido. ¿Es necesario y justo que en un período breve de tiempo se le practiquen a un mismo paciente distintas determinaciones cuando tal vez se podría **integrar la información, coordinar los recursos** y realizarlo en el centro más adecuado?

Asimismo, la gestión institucional o del centro también influye en la **gestión del tiempo** de los profesionales al promover determinadas actividades en perjuicio de otras o al priorizar la atención de determinados pacientes en lugar de otros. Desde un punto de vista ético, la orientación a los profesionales en la gestión del tiempo es fundamental, ya que éste es limitado y es preciso garantizar que la función de cuidar se correlacione positiva y equilibradamente con la jornada de trabajo y con una atención de calidad. En este tema, ambos, profesional e institución, deberían implicarse estrechamente en la consecución del objetivo antes mencionado.

**Priorización de actividades.**

También cabe cuestionarse hasta qué punto el modelo de Dirección por Objetivos (DPO) condiciona o puede influir positiva o negativamente en un trabajo de calidad al priorizar unas áreas de trabajo que son objeto de auditoría, evaluación y tal vez de remuneración, y no otras que quizá pudieran ser más adecuadas para el paciente. En este sentido, es necesario **fomentar y fortalecer las actitudes éticas individuales** para garantizar que las decisiones más íntimas en el cuidar no se vean afectadas por la presión que podría significar el sistema de dirección por objetivos. Una alternativa de gestión a este planteamiento podría ser la de favorecer **modelos de evaluación más flexibles** en los que la consecución de objetivos fuera pertinente según los casos valorados.

**Función asistencial y docente.**

También es necesario considerar las dificultades que se nos plantean en el cuidar cuando desempeñamos nuestra función asistencial simultáneamente con la docente sin que ello represente disponer de un tiempo específico para ello, pero sí una responsabilidad añadida importante. Esta dualidad funcional implica un esfuerzo personal y a la vez compartir la atención dirigida al paciente y al estudiante, cuyos intereses podrían ser algo divergentes. Partiendo de la base que los profesionales de enfermería realmente nos esforzamos por conseguir este doble objetivo, ¿cómo "cuidamos" al alumno para que su aprendizaje

sea efectivo, basado en experiencias positivas y con la máxima prevención de posibles errores posteriores? ¿qué herramientas docentes tiene la enfermera que ejerce de tutora para asegurar dichos objetivos?. En este sentido se podría proponer que el intercambio y **la coordinación ya iniciados entre las Escuelas de Enfermería y los Centros de Atención Primaria** sigan avanzando con el objetivo de mejorar la calidad docente y facilitar la tutela que las enfermeras ejercemos sobre los futuros profesionales.

En resumen, pienso que para que, entre la práctica clínica incluyendo la función docente y la gestión del cuidar, se produzca una **interiorización de los valores éticos** y éstos pasen de ser una **cuestión individual** a tener una **orientación colectiva,** es necesario recorrer un **proceso filosófico y organizativo de la institución** cuyo objetivo fundamental sea la calidad de la atención prestada y el bienestar de la población atendida.

## 6. Núria Gorchs, Secretaria Ejecutiva del Centro de Estudios del Envejecimiento de Catalunya

***"Gestionar el cuidado en enfermería es siempre gestionar necesidades y capacidades de personas..."***

Mi aportación se basa en mi experiencia en el campo de los cuidados paliativos, la geriatría y la demencia, en un centro sociosanitario del Hospital de la Santa Creu de Vic. Para nosotros el trabajo en equipo interdisciplinar es imprescindible para conseguir los objetivos asistenciales que se definen alrededor del objetivo central de promover la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.

Me gustaría empezar con algunas consideraciones en cuanto al marco en el que nos movemos cuando hablamos del cuidar en enfermería:

1. El sistema sanitario actual, como muy bien ha expresado la ponente Núria Cuxart, está orientado a la enfermedad, casi exclusivamente, bajo un paradigma biofísico. Es un sistema de atención fragmentado que no da respuesta a las personas con problemas de salud crónicos; está organizado alrededor de los episodios agudos de enfermedad, con un seguimiento esporádico, en el que el paciente y sus familiares tienen un rol pasivo y en el que la prevención está infrautilizada, al igual que los tratamientos efectivos de bajo coste[1,2]. Tiene muy pocos resultados duraderos en cuanto a las personas que sufren enfermedades crónicas, hay poca integración de los distintos niveles asistenciales y no atiende adecuadamente a las situaciones de dependencia. Existen actualmente opciones de política social y de salud que se deberían aplicar[3].
2. El material con el que trabajamos -personas humanas- y la finalidad de nuestro trabajo -ayudar a obtener la mejor la calidad de vida posible-. La calidad de vida entendida como "armonización entre nuestra realidad y nuestras expectativas, conservando nuestra dignidad y nuestras posibilidades de desarrollo personal y social"[4], requiere un análisis multidisciplinario y una intervención interdisciplinar que va mucho más allá de médicos y enfermeras. Es imprescindible una metodología de trabajo en equipo cooperativo e interdependiente definido y una dinámica de trabajo interdisciplinar real.
3. El "encuentro terapéutico": cada momento, tiempo y situación de cuidados son únicos e irrepetibles. Es necesario que los procesos, procedimientos, normativas... de atención estén definidos, a la vez que se requiere la habilidad individual de cada profesional para adaptarse a cada persona y entorno.

Gestionar el cuidado en enfermería es siempre gestionar necesidades y capacidades de personas, por ello en el análisis multidimensional y la propuesta de intervención no sólo se requiere de las enfermeras sino que es necesaria la participación activa de muchos más, algunos con estrecha colaboración como son los auxiliares y gerocultores.

**Problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario**

- La información. Dar información o no sobre el proceso de la enfermedad. El principal problema se produce cuando no hay un consenso en el trabajo en equipo y sobretodo si las expectativas no son de curación.
- La participación activa del paciente y familia. La implicación de los enfermos y los familiares para los "autocuidados". ¿Cómo se desarrolla el principio de respeto de la autonomía con la ayuda al paciente a cuidar mejor de sí mismo o a sus familiares? ¿Cómo desarrollar la beneficencia para ayudarles a preparar para un futuro mejor? Ambos, pacientes y familias, necesitan tiempo para la adaptación, por ejemplo a las situaciones de dependencia; el cuidado debe contemplar la atención emocional, la educación práctica, es decir, centrada en la vida cotidiana de la persona, la motivación, etc.
- Los recursos. Ante los bajos ratios de enfermera por paciente y el incremento cada vez mayor de trabajo administrativo, sobretodo en el ámbito sociosanitario y residencial, ¿cómo pueden coexistir los principios de justicia y no-maleficencia? El maltrato o trato inadecuado o trato desagradable puede tener mucho que ver con los recursos que tiene cada profesional para atender a la población asignada. No quiero con ello excusar la mala praxis sino potenciar que haya concienciación, educación y formación de profesionales y de todos cuantos están en contacto con los pacientes y sus familias[5].
- La toma de decisiones. Los problemas surgen cuando las decisiones se toman basadas más en la evidencia científica y, por tanto, en el principio de beneficencia, que en el principio de autonomía y de respeto por las decisiones de los enfermos y los suyos. El equilibrio es difícil y probablemente la problemática es debida al sistema en el que se está trabajando, como ya he descrito anteriormente, y a la poca formación y experiencia en trabajar desde la perspectiva de los pacientes.
- El trabajo en equipo. Si de mi resultado depende el resultado global sobre un proceso asistencial, ¿cómo se entienden los principios de justicia, de

equidad, de solidaridad… dentro del equipo, si hay tan distintas condiciones laborales? No sólo en el binomio médico/enfermera, sino en otros como enfermera/auxiliar o cuidadora, trabajadora social/psicólogo, etc.

**Problemas éticos que afrontan las enfermeras gestoras:**

- Coherencia entre los valores descritos, consensuados y asignados y los valores reales.
- Dificultades económicas para llevar a la realidad los proyectos requeridos.
- Coexistencia de distintos niveles de competencias y distintos niveles de resultados

**Puentes posibles entre la asistencia y la gestión para el trabajo ético conjunto**

Una gran ayuda es disponer de documentación escrita, con los procesos definidos, con normativas, procedimientos y guías de actuación para las situaciones éticamente comprometidas o de riesgo. Asimismo llevar a cabo grupos de trabajo de mejora y de revisión para la actualización y llegar a los consensos necesarios.

Por otro lado tenemos el reto desde la gestión de una actitud proactiva y de demostrar que otras fórmulas organizativas son posibles y pueden dar mejores resultados, por ejemplo una enfermera especializada dando apoyo y continuidad en el domicilio reduce la mortalidad y la morbilidad en las personas con insuficiencia cardíaca[6].

**Inclusión de criterios éticos como criterios de calidad**

El desarrollo de criterios éticos como criterios de calidad probablemente, como ya indicaba en su momento, en 1986, el Código de Ética de Enfermería del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, supone poseer los conocimientos, cualidades psicológicas y habilidades técnicas, es decir, competencias adecuadas, para asumir responsabilidades profesionales. Y, además, sancionar la mala práctica profesional, teniendo en cuenta que el trabajo de la enfermera tiene que ser en beneficio exclusivamente de la salud del enfermo.

También, y como muy bien decía Mercedes Ferro, los cinco principios básicos son aplicables tanto en la gestión como en la asistencia. Probablemente en las situaciones de cuidados paliativos y de final de la vida en personas mayores es cuando más urgente se hace su aplicación[7].

**¿Responsabilidades compartidas entre las enfermeras asistenciales y las enfermeras gestoras?**

Una gran responsabilidad es dejar constancia del cuidado que debe recibir el paciente y su familia y al que tienen derecho. Creo que es una responsabilidad compartida, en la que cabe una actitud proactiva y de respeto entre profesionales, pero también de denuncia si no se cumple con lo establecido. Estandarizar el cuidado es difícil puesto que trata de personas y de calidad de vida y se lleva a cabo en unos "encuentros terapéuticos únicos" e irrepetibles. Sin embargo, hay que conseguir definirlo con la máxima precisión. A partir de ahí toda la individualidad del terapeuta, de la familia, del enfermo, del momento irrepetible ya se pueden tener en cuenta.

Otra responsabilidad está en estar presentes en los debates políticos y de estrategias de salud, estando al día de las nuevas aportaciones y de las publicaciones de otros compañeros y compañeras respecto a estos temas.

Y por último, buscando nuevas fórmulas de gestión para aportar al sistema y a los enfermos y sus familiares; y así demostrar y ayudar a hacer cada vez mejor "mejores cosas".

**Referencias bibliográficas:**


1. OMS. WHO doc. Núm. WHO/NMC/CCH/02.01. *Innovative care for chronic conditions: Building Blocks for Action: global report.* 2002 www.who.int/chronic_conditions/en/
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288(14):1775-1779
3. *Llibre blanc de la Gent Gran amb Dependència: repensar l'atenció a la gent gran amb dependencia: 45 propostes de millora i 10 recomanacions.* Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Octubre 2002
4. Sobre el envejecimiento. Editorial Rev *ROL enf* 2004; 27(4): 5
5. Documento de la Asamblea Mundial del envejecimiento. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. Organización Mundial de la Salud. INPEA (Red Internacional para la Prevención del maltrato al anciano). Ginebra. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(6):319-331.
6. Blue L, Lang E, McMurray JJV, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, Petrie MG, Connolly E, Norrie J, Round CE, Ford I, Morrison CE. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ*, 2001;323:715-718.
7. *Better palliative care for older people.* Ed. Davies E, Higginson J. WHO Europa. 2004.

## 7. Luisa González, Directora de Enfermería del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

***"Tanto las enfermeras asistenciales como las enfermeras gestoras tenemos un objetivo común dirigido a mantener y promover el cuidado de la persona así como a hacer comprender la misión social específica de la disciplina enfermera y la utilidad e importancia del servicio que la profesión proporciona a la sociedad."***

**¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de pacientes, usuarios y su familia?**

Estoy de acuerdo con los temas centrales que han desarrollado ambas ponentes y, en relación con esta primera cuestión, Núria Cuxart ha identificado los problemas de orden ético más prevalentes a que las enfermeras se enfrentan en el ámbito clínico. Muchos de ellos exceden de su propio ámbito de responsabilidad.

Dada la importancia que tiene esta casuística ético–profesional en el ejercicio de la actividad cotidiana, en mi opinión personal, es fundamental potenciar desde las direcciones de enfermería una adecuada sensibilidad y formación sobre las obligaciones deontológicas y éticas de las enfermeras.

Sin embargo, si analizamos este punto como una cuestión particular de cada enfermera, como dice la profesora Cortina (1998) "puede suceder que un conjunto de profesionales deseen trabajar según las exigencias de la profesión y ello lo imposibilite la estructura de la organización hospitalaria en la que trabaja y de la institución político sanitaria de la que depende". Es por ello que, en mi opinión personal, la ética en el cuidado no sólo se debería debatir desde una perspectiva particular de cada enfermera, sino que debería abordarse desde un punto de vista de la ética de las organizaciones e instituciones sanitarias.

**¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras gestoras?**

Me resulta más complejo hablar sobre la gestión, pero los problemas y cuestiones éticas de la profesión de enfermería en general son los del área de la gestión de la actividad como tal. Ciertamente, en la gestión intervienen criterios económicos y de optimización de recursos que, por otro lado, afectan al interés de la sociedad en general, en la medida en la que no sólo atañen a los usuarios de la sanidad sino al contribuyente. Además, por principio considero, matizando una observación citada por uno de los ponentes, que no es posible

entender una gestión del cuidado enfermero en el sector público que desatienda o contravenga voluntariamente los principios éticos en aras de criterios estrictamente economicistas. El mayor problema ético de las enfermeras dedicadas a la gestión es, por tanto, compatibilizar los recursos materiales y presupuestarios disponibles con el desarrollo de una práctica conforme a los principios profesionales y a los objetivos fijados por las instituciones sanitarias.

**¿Cómo se pueden establecer puentes entre la asistencia y la gestión de forma que el trabajo ético no sea sólo una cuestión personal de cada profesional?**

Las instituciones sanitarias deberían dotarse de un marco ético–profesional o deontológico claro y conocido, basado en grandes principios válidos para cualquier profesional de la salud y traducir estos principios, reglas y normas en términos operativos con el fin de mantener una exigencia ética permanente y, sobre todo, analizar y atender las singularidades de los casos o escenarios concretos. Asimismo debería considerarse la posibilidad de establecer mecanismos estables tales como comisiones, intra e inter-centros, que permitan en cualquier momento y, en todo caso, de forma periódica, establecer intercambios entre los diferentes agentes o áreas sobre aspectos concretos de orden ético–profesional. Todo ello, por supuesto, sin menoscabo ni injerencia en los sistemas y procedimientos ya existentes que regulan o atienden las tomas de decisiones ante conflictos puntuales de la actividad asistencial. ¿Es posible incluir criterios éticos como criterios de calidad o de buen servicio en la gestión de las unidades asistenciales e instituciones sanitarias?.

La exigencia ético–profesional no sólo incluye el criterio de calidad, sino que éste es probablemente uno de los componentes esenciales del deber profesional de los profesionales de la salud. Al igual que en cualquier otra actividad profesional, el compromiso de calidad es de por sí un principio de deontología sin el cual no hay ética posible. En el caso de la salud, que afecta a uno de los derechos básicos del individuo y al primer pilar de su bienestar y autoestima, la calidad adquiere mayor carga ética e incluye criterios de competencia y capacidad profesional, atención humanitaria, integridad personal y hasta responsabilidad moral.

**¿Cuál es la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales y de las enfermeras gestoras? ¿Podemos establecer una interrelación entre ambas responsabilidades**?

Tanto las enfermeras asistenciales como las enfermeras gestoras tenemos un objetivo común dirigido a mantener y promover el cuidado de la persona,

así como hacer comprender la misión social específica de la disciplina enfermera y la utilidad e importancia del servicio que la profesión proporciona a la sociedad. Partiendo de estas premisas, creo que es necesario hablar no sólo de las responsabilidades éticas desde una orientación profesional, institucional y personal, sino también desde el punto de vista de cómo las enfermeras gestoras y asistenciales tomamos decisiones.

Hoy en día, el proceso de toma de decisiones es muy complejo y requiere una actitud ética. En muchas ocasiones estas decisiones no están basadas en modelos y valores enfermeros, sino que se toman a través de otras disciplinas. En esta situación se pueden producir y se producen situaciones y opiniones diferentes sobre el modelo de gestión y de cuidados.

Asimismo, y desde mi punto de vista personal, no sería moralmente sostenible aplicar modelos profesionales y de gestión que creen expectativas a los pacientes y al personal cuidador formulando objetivos muy difíciles de alcanzar.

## 8. Ramon Bayés, Catedrático de Psicología Básica de la Universitat Autònoma de Barcelona

***"Personalmente considero que el cuidado (o dicho con otras palabras, el fomento de la calidad de vida del enfermo) puede hacerse bien, regular o mal, y que la monitorización de esta realidad debería ser un instrumento de primer orden en manos de los gestores para asegurar la mejor atención hospitalaria posible."***

### Necesidad e importancia de la evaluación del cuidado para una gestión eficiente

Tanto las dos ponencias presentadas en el seminario como muchas de las intervenciones de los participantes en el panel han coincidido en señalar al ***cuidado*** como el eje vertebrador de la profesión de enfermera.

Nos gustaría llamar la atención sobre los siguientes aspectos:

1) Aun cuando sea posible estar de acuerdo con la afirmación anterior, tal vez sea conveniente recordar que el cuidado no constituye una práctica exclusiva de los profesionales de enfermería, de la misma manera que curar no es algo exclusivo aunque sí característico de la profesión médica. En un proceso agudo, todos los componentes del equipo sanitario -sean médicos, enfermeras, o pertenezcan a otra profesión sanitaria- tienen como objetivo prioritario la curación del enfermo; de la misma manera, en el proceso de morir, todos los miembros del equipo –tanto las enfermeras, como los médicos, los trabajadores sociales o los psicólogos- tienen como objetivo básico el cuidado del enfermo. Es sintomático, por ejemplo, que las unidades en las que se atiende a enfermos al final de la vida, reciban, el nombre, precisamente, de ***cuidados paliativos***.

2) De la misma manera que hay eficiente e ineficiente práctica curativa, también habrá eficiente e ineficiente práctica cuidadora[1,2]. Por ello, será importante –aun cuando pueda ser difícil y complejo– elaborar y disponer de indicadores y de instrumentos de evaluación del cuidado que sean sencillos, éticos, fiables y válidos. Y estos indicadores y los resultados evolutivos de su aplicación sistemática deben, probablemente, formar parte esencial de los datos puestos a disposición de los gestores en la toma de decisiones.

3) A mi juicio, más que partir de las necesidades y características de cada profesión, tal vez sería mejor –como ha sugerido Núria Gorchs– centrar los problemas del cuidado en el paciente, objeto y justificación de la existencia de los profesionales sanitarios. El cuidado puede afectar en mayor medida a las enfermeras y en este sentido sería lógico que fueran ellas las que suscitaran

mayor cantidad de iniciativas de investigación y formación en este tema, pero los médicos y demás profesionales sanitarios se encuentran igualmente involucrados en el proceso de cuidar. En mi opinión, el abordaje interdisciplinar sería, tal vez, en este tema, la mejor premisa para encontrar los caminos de solución más apropiados.

4) Uno de los principales instrumentos que se utilizan en el cuidado es sin duda una buena comunicación con el enfermo y es cierto que, en muchas ocasiones, es la enfermera la receptora de las confidencias y demandas de información, y la canalizadora de su emotividad, pero no hay que olvidar que otros estamentos profesionales se encuentran igualmente afectados[3]. Así, por ejemplo, la ley 41/2002 de 14 de Noviembre[4] sobre los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales obliga a todos los profesionales sanitarios. Y en un informe del Instituto Americano de Medicina (IOM) de este año[5], se recomienda que la formación de los médicos en los aspectos sociales, psicológicos y conductuales se realice antes, durante y después de los estudios que se lleven a cabo en la Facultad, con énfasis en la comunicación médico-paciente y en la importancia de las interacciones psicosomáticas.

En resumen, personalmente considero que el cuidado (o dicho con otras palabras, el fomento de la calidad de vida del enfermo) puede hacerse bien, regular o mal, y que la monitorización de esta realidad debería ser un instrumento de primer orden en manos de los gestores para asegurar la mejor atención hospitalaria posible. Asimismo, creo que el conocimiento de los factores de todo orden que influyen en una buena asistencia y en un óptimo cuidado no sólo interesan a las enfermeras sino que su investigación y gestión es patrimonio de todo el equipo sanitario. El cuidado, aun cuando, en muchos casos, pueda suponer una mayor dedicación de tiempo por parte de la profesión de enfermería es, por su naturaleza –como ha sugerido Victoria Camps- un valor social, y su implementación posee un carácter interdisciplinar.

**Referencias bibliográficas:**


1. Bayés R, Morera M. El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. *Med Clin* (Barc) 2000; 115 (4): 141-4.
2. Jovell AJ, Navarro MD, Salvatierra Y, Cirera M, Artells J.J. *Necesidad y demanda del paciente oncológico*. Barcelona: FUNDSIS; 2003.
3. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos.* Barcelona: Ariel; 2003.
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente. *B.O.E.* de 15 de noviembre de 2002, 40126-32.
5. *The Lancet* (2004). The soft science of medicine. Autor, 363, 1247.

## 9. Victoria Camps, Presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

***"Del mismo modo que hay que decir que la ética no puede reducirse al derecho, que si no existe una aceptación y un compromiso individual, las reglas o las normas son inútiles, también creo que es difícil que el proyecto ético personal y profesional prospere si no va acompañado al mismo tiempo de un proyecto organizacional"***.

Uno de los aspectos más tratados en el debate ha sido el del aún insuficiente reconocimiento social del cuidado. O, como precisaba la ponente Núria Cuxart, aunque puede afirmarse que la actividad de cuidar cubre las expectativas sociales con respecto a la necesidad del cuidado, el fomento de dicha actividad no produce, sin embargo, cambios significativos. Para hablar quizá del cambio más prominente: la medicina sigue anclada en el paradigma biomédico, mientras que la práctica cotidiana está pidiendo un modelo "centrado en la persona".

Me pregunto si la dificultad de cambiar de paradigma y entronizar el nuevo modelo no deriva de una división del trabajo y una especialización que asignan el cuidado a la enfermería y el curar a la medicina, de un modo aún demasiado radical. Es función del médico hacer un diagnóstico del estado del paciente y prescribir el mejor tratamiento con el fin de curar la dolencia, mientras que la enfermera ha de esmerarse en hacer una serie de cosas, mucho más complejas y dirigidas a la persona del paciente, que resumimos con la palabra "cuidado".

Si no me equivoco al trazar esa distinción que separa, a mi juicio en exceso, la tarea del profesional de la medicina del de la enfermería, tengo que añadir que es una distinción poco actual. Por lo menos, si la confrontamos con ese texto canónico que se titula *"Los fines de la medicina"*, y que fue publicado por *The Hastings Center* en 1996. Según dicho texto, uno de los fines de la medicina, para una sociedad tan compleja como la nuestra, debe ser: "la asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados". En efecto, tanto los avances científicos y técnicos, como una de las consecuencias de la aplicación de los mismos, que es el alargamiento de la vida humana, llevan inexorablemente a situaciones en las que el cuidar acaba sustituyendo literalmente al curar. Como explicaba plásticamente Ramon Bayés en este Seminario, si es cierto que existe un tiempo en el tratamiento del paciente en el que la curación ocupa el grueso de la práctica sanitaria, también llegamos al tiempo en el que la curación ya no es posible y –como indica el documento del *Hastings*- hay que concentrarse en el cuidado.

Entiendo que ese centrarse en el cuidado compete a todos los profesionales sanitarios, pertenezcan a la medicina o a la enfermería. Esa debería ser la cuestión, aunque no se vea así en la práctica, por inercia profesional, por exigencias de la división del trabajo, incluso, me atrevo a decir, por corporativismo profesional. El cuidado les pertenece a las enfermeras, mientras el curar les pertenece a los médicos. Por mi parte, pienso que esa falta de unidad en torno al cuidado, siendo como es un aspecto cada vez más básico del tratamiento del paciente, es uno de los aspectos que contribuyen a que la práctica del cuidado carezca de reconocimiento social y no lidere cambios significativos. Sigue siendo visto como una actividad secundaria, realizada por personas de una categoría profesional inferior, y sólo cuando el objetivo fundamental, que es el curar, ya no es posible.

Se ha dicho en el Seminario que la ética consiste en dar valor a la relación interpersonal, en la atención directa a la persona. Dicho valor se materializa, sin duda, en la relación clínica, a través de una comunicación fluida, que genere confianza y dé seguridad al paciente. Sólo si el profesional –médico o enfermero, da lo mismo- está dispuesto a "perder el tiempo" con el paciente, se dará ese valor añadido, el cual es imprescindible si hablamos de cuidado. ¿Qué es cuidar sino atender a la situación personal, singular y única en la que se encuentra cada paciente? Pero esa tarea no debe ser exclusiva de la enfermera, también el médico ha de participar en ella.

Lo dicho me lleva a tratar un último punto relacionado con la pregunta, planteada por la moderadora del Seminario, Montse Busquets, acerca de los puentes que hay que establecer entre la asistencia y la gestión enfermera. En el debate, la ponente Mercedes Ferro ha insistido en el hecho de que la ética es una obligación de la profesional de enfermería. Estoy de acuerdo en que la ética es, a fin de cuentas, una cuestión de actitudes, de deberes interiorizados y asumidos por la persona, de responsabilidad profesional. Ahora bien, del mismo modo que hay que decir que la ética no puede reducirse al derecho, que si no existe una aceptación y un compromiso individual, las reglas o las normas son inútiles, también creo que es difícil que el proyecto ético personal y profesional prospere si no va acompañado al mismo tiempo de un proyecto organizacional. Hoy se habla mucho de la ética de las organizaciones, o de la responsabilidad social de la empresa. No se trata de eximir de responsabilidades al individuo para trasladárselas a la organización. Se trata de poner de manifiesto que debe darse algo así como un "clima ético" para que las actitudes éticas se solidifiquen y se consoliden. Ese clima lo crean las personas, pero debe propiciarlo asimismo la organización. Ése es, a mi juicio, el puente que debe existir entre la asistencia y la gestión.

## 10. Maria Gasull, Profesora de la Escuela de Enfermería del Hospital de Sant Pau de Barcelona

***"Me gustaría remarcar, al hablar de cuidados de enfermería, que éstos históricamente ha sido concebidos en un doble sentido; el cuidar como aplicación de un tratamiento técnico y especializado así como el preocuparse por la persona enferma a través de un profundo interés por la misma en tanto que persona única."***

A lo largo de sus exposiciones, las dos ponentes, nos han ofrecido un análisis de la realidad de la gestión de los cuidados en enfermería. Comparto muchos de sus planteamientos pero dada la complejidad del tema me gustaría añadir o ampliar ciertos aspectos. Permítanme que efectúe tres consideraciones:

En primer lugar, a pesar de que ya ha sido manifestado por las ponentes, me gustaría remarcar, al hablar de cuidados de enfermería, que éstos históricamente ha sido concebidos en un doble sentido; el cuidar como aplicación de un tratamiento técnico y especializado así como el preocuparse por la persona enferma a través de un profundo interés por la misma en tanto que persona única. Actualmente esta doble concepción continúa siendo necesaria ya que, si los cuidados sólo se conciben como la aplicación de tratamientos, quedan circunscritos a unas técnicas y se limitan al cuerpo físico del paciente. Esto es el modelo biomédico o biologista en el que no es preciso establecer una verdadera relación entre dos personas. Si introducimos la preocupación por la persona, enferma o sana, y sus necesidades, el enfoque del cuidar al paciente devendrá un cuidado global a la persona. Se podría afirmar que, sin una relación humana, los cuidados no pueden tener lugar.

Las relaciones humanas son muy complejas y si se analizan desde la dimensión ética se deben tener en cuenta todos los factores que inciden dentro de la misma. En toda relación las emociones y razonamientos están entrelazados; cuando una persona actúa lo hace de una manera global como un todo utilizando su raciocinio y sus habilidades afectivas. La conducta humana no puede ser dividida en racional e irracional. Una verdadera actitud de cuidar por parte de las enfermeras implica un discernimiento intelectual y una integración de sus emociones e intuiciones para responder a las demandas de cuidados. Esta sensibilidad emocional, junto con un discernimiento intelectual, les permitirá proporcionar unos verdaderos cuidados globales. La actitud de cuidar posee grandes implicaciones éticas y para poder fundamentar una ética del cuidar de enfermería sería preciso utilizar, además del principalismo, otras vías de fundamentación como la ética de la virtud.

En segundo lugar, el significado moral de los cuidados que se proporcionan a las personas enfermas en los hospitales, en otras estructuras de cuidados de salud o en sus propias casas no ha recibido suficiente atención por parte de los eticistas hasta la década de los años ochenta del siglo XX. Es entonces cuando enfermeras, eticista y filósofos, siguiendo a C. Guilligan y otros, crearon una teoría moral denominada la ética del cuidado. Por tanto, considero que el tema que hoy abordamos es novedoso y requiere que se dediquen esfuerzos para la defensa de unos cuidados de calidad a la población.

Igualmente quisiera resaltar que la sociedad influenciada por el gran desarrollo científico y tecnológico no reconoce la importancia de los cuidados y, como nos ha dicho Núria Cuxart, éstos son muy necesarios pero desgraciadamente "invisibles". Las presiones económicas, que han conducido a una masiva reestructuración de los sistemas de cuidados de salud, están dificultando la atención global de las personas como se puede apreciar en los cuidados de enfermería proporcionados en los hospitales de agudos. En éstos la complejidad técnica y las estancias tan cortas dificultan la relación de cuidar entre la enfermera y el paciente. Igualmente, en las unidades de crónicos, la prestación de los cuidados presenta dificultades por la escasez de personal cuidador y de enfermeras titulares.

Por todo ello, se deduce que se debería potenciar un debate ético que contemplara los problemas de la justicia distributiva en general y en el que se analizara especialmente cómo se distribuyen unos recursos escasos, teniendo en cuenta de que el cuidar es una necesidad básica para la vida y no puede ser restringido.

En tercer lugar, los ponentes en sus exposiciones nos hablado de la responsabilidad y excelencia en la gestión de los cuidados.

Ser responsable es un hecho intrínseco a su naturaleza humana; las personas siempre estamos justificando lo que hacemos. Este dar cuentas lo realizamos tanto hacia nosotros mismos (responsabilidad ética) como ante los demás que nos piden cuentas de nuestras acciones (responsabilidad jurídica). Como profesionales también nos sucede lo mismo, no nos podemos limitar a la responsabilidad jurídica sino que debemos responder a nivel ético, lo que Diego Gracia denomina criterios de "calidad" y "excelencia" o también *ética de máximos* que defenderá la perfección y la felicidad de cada uno, en contraposición a *la ética de mínimos* exigibles a todas las personas y que se expresa en forma de ley pública. Ser responsables profesionalmente significa tomar decisiones morales que no sólo respeten la legislación vigente o ética de mínimos sino que potencien la felicidad y el bienestar de las personas que se atienden o cuidan.

Esta ética de máximos requiere el análisis profundo y como ya he mencionado anteriormente una fundamentación del deber ético de cuidar de las enfermeras y de todas sus implicaciones basándonos en la ética de las virtudes. Los códigos deontológicos actuales no son suficientes como medio de fundamentación dado que no contemplan todos los problemas éticos que se pueden presentar en el trabajo diario de la enfermera. Lidia Feitó nos dice que un código deontológico recoge las obligaciones de mínimos, se sitúa en el ámbito del deber y, por tanto, establece las exigencias que un grupo profesional considera básicas en su ejercicio. El código deontológico correspondería a la denominada *ética de mínimos* que nos indicaría los mínimos tolerables, pero no todas las acciones que el profesional debe hacer desde una *ética de máximos* que está más acorde con el sentido de la responsabilidad que defiende la felicidad y bienestar de las personas cuidadas.

## 11. Judith Gispert, Responsable higiénico-sanitario de la Fundació Albà de Barcelona

***"Trabajar en común el proyecto institucional incluyendo los criterios éticos enfermeros y los valores del cuidado significa desarrollar unas políticas de calidad asistencial determinadas que impregnen las acciones de todos cuantos trabajan en esa institución."***

Mi aportación al seminario la realizo desde mi experiencia profesional como enfermera en una residencia para personas mayores. En el cuidado a personas ancianas diariamente nos enfrentamos a problemas éticos que están relacionados mayoritariamente con el cuidado de las necesidades básicas para el mantenimiento de la vida. La situación de dependencia de las personas que viven en residencias para las actividades de la vida diaria, hace que el planteamiento del cuidado deba ser muy riguroso para poder respetar el bien de la persona manteniendo su máxima autonomía posible. El trabajo en equipo, consensuando filosofías y maneras de hacer, si siempre es necesario, en estas situaciones es imprescindible. La residencia es el hogar de los ancianos que en ella viven y por ello es un recurso asistencial que debe dar una respuesta integral a sus necesidades.

Quisiera remarcar la importancia de la comunicación entre las enfermeras gestoras y las asistenciales, de forma que las posibles diferencias, en lugar de ser elementos de confrontación, sean un factor de riqueza para la toma de decisiones sobre los cuidados y atenciones que las personas mayores precisan. Es necesario poder establecer guías consensuadas de trabajo al tiempo que dejar que la enfermera asistencial mantenga un nivel de autonomía que le permita individualizar la atención en función de las necesidades puntuales de cada anciano. La protocolización no tiene que estar reñida con la planificación individualizada de los cuidados; la valoración pormenorizada de cada persona, sus recursos, familia, percepciones, deseos, costumbres, problemas de salud, etc., debe ser considerada.

Trabajar en común el proyecto institucional incluyendo los criterios éticos enfermeros y los valores del cuidado significa desarrollar unas políticas de calidad asistencial determinadas que impregnen las acciones de todos cuantos trabajan en esa institución. El proyecto es responsabilidad de las enfermeras gestoras y de las asistenciales. Por ello la calidad y la ética son dos aspectos esenciales que no pueden separarse, de tal manera que uno no es posible sin el otro.

Hay que ser capaces de traducir en criterios de resultados los valores del cuidado, tanto desde la óptica organizacional como en el cuidado directo. Compartir la responsabilidad, cada uno desde sus áreas de trabajo, nos permite aunar los esfuerzos en la tarea común de cuidar de forma coherente, respetuosa y tolerante.

## 12. Clara Gomis Bofill, Profesora de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Ramon Llull

**"Creo que la clave de una gestión ética y eficaz se halla en la capacidad de confiar y generar confianza."**

**Conscientes del valor y generando confianza.**

Creo que la clave de una gestión ética y eficaz se halla en la capacidad de confiar y generar confianza.

Muchas cosas han cambiado en los últimos años en lo que concierne a conocimientos en las ciencias de la salud, progresos técnicos, recursos sanitarios y capacitación de los profesionales de la salud. Todos estos progresos, sin embargo, sólo alcanzan su máxima expresión cuando actúan en consonancia con otro cambio que se ha ido también gestando y que se impone, cada vez con más fuerza, en la conciencia social: una concepción integral de la salud y la persona.

Lejos ya de reducir la salud a un estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, se impone hoy un nuevo concepto, más profundo, ajustado y exigente, que subraya el carácter positivo y global de una vida saludable así como el papel activo que desempeña cada persona en su consecución; esto es, un concepto de salud centrado no en el tener sino en el ser y en una forma de vivir que tienda al equilibrio armónico entre las distintas dimensiones del ser humano (biológica, psicológica, social y espiritual). De ahí la necesidad de una atención sanitaria en la que trabajen conjuntamente equipos multidisciplinares de médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, asistentes espirituales… Para los profesionales de los cuidados enfermeros, en concreto, esta nueva definición implica atender al desarrollo saludable de la persona y su cuerpo de manera que posibilite al máximo el ideal de una vida plena y un desarrollo personal autónomo, solidario y gozoso; una vida en la que cada ser humano y su entorno familiar pueda vivir con la máxima serenidad posible sus circunstancias, aún a pesar de la enfermedad, de las limitaciones físicas y mentales, del duelo y del dolor.

Las y los profesionales enfermeros tienen como tarea curar y cuidar a las personas en los momentos más vulnerables y delicados de su vida -nacimiento, enfermedad, vejez y muerte- así como promover, proactivamente, la salud y el bienestar. Dentro del contexto sanitario, su tarea se caracteriza por ofrecer una atención cercana y constante. Su valor fundamental estriba en la calidad de sus cuidados, pero también en la calidad de su presencia**.** Por eso, los profesio-

nales de la enfermería son una pieza esencial en la promoción de la persona y de su conciencia de dignidad justo cuando el cuerpo falla y el enfermo se siente replegado en sí mismo, aislado de su entorno social y emocionalmente inseguro. La proximidad y la constancia en la atención al enfermo hacen que sean los más capacitados para captar y atender las más sutiles y diversas peticiones de ayuda; peticiones formuladas a veces silenciosamente, otras airadas, porque el paciente –que se encuentra, por definición, en situación de necesidad- no sabe a menudo cómo pedir de otra forma. La enfermera o el enfermero que actúa en su trabajo con respeto y generosidad, que sabe ser solícito y está preparado, sabrá, pues, percibir y responder a estas demandas: podrá favorecer la curación de las heridas, ofrecer alivio en el dolor físico y confort en la incomodidad, pero también convertirse en un referente al que recurrir en medio de la confusión, desorientación y soledad que experimenta el paciente. El enfermo agobiado por el dolor, el demente perdido en su alienación, el moribundo en su lecho, la madre novata que acaba de dar a luz, el anciano que apenas puede moverse... todos ellos reconocen el gesto respetuoso, la palabra amable, la mirada afectuosa, la escucha atenta, las manos delicadas, la eficacia, la sonrisa, la calma, la diligencia.

El gestor de enfermería sabe que éste es el objetivo -y el valor- del equipo que dirige: ofrecer un servicio sanitario de altísima calidad que contemple la curación y el cuidado, la acción y la atención de y a todos aquéllos (pacientes, enfermos o colectivos) que estén a su cargo. Por su proximidad con la realidad del día a día y las condiciones concretas en las que se desarrolla esta tarea, el gestor de enfermería sabe también de las dificultades económicas, organizativas y humanas que entraña: rutinas, prisas, presiones, ratios, *burn-out*, desmotivación, fatiga… Aún así, el gestor enfermero tendrá que crear las condiciones necesarias, tomar las decisiones adecuadas, adoptar las actitudes pertinentes, para que todo el equipo, del que él o ella forma parte, logre el objetivo común de excelencia en los cuidados al paciente. Y precisamente porque el gestor es conocedor tanto del valor como de las dificultades, tendrá que dirigir su equipo de enfermeros y enfermeras ofreciendo al mismo tiempo acción y atención, dirección y solicitud, liderazgo y escucha.

Creo que la clave de una gestión ética y eficaz se halla en la capacidad de confiar y generar confianza. Confiar en el propio equipo, en la contribución única y específica que cada cual puede aportar, en las capacidades y los talentos de cada persona, a menudo desconocidos incluso para sí mismo por miedo, inseguridad, conformismo, comodidad o falta de formación. Confiar en el otro

y en sus posibilidades más allá incluso que él mismo. Ayudarle a descubrir sus posibilidades, a encontrar su motivación, a desarrollar sus talentos, a mostrarlos sin miedo. Ayudarle a sentirse cada vez mejor profesional y mejor persona. En la confianza de que se apreciará el trabajo bien hecho, de que se le tendrá en cuenta en todo lo posible, de que el diálogo ayudará a ajustar expectativas o a limar desacuerdos; en la confianza, en definitiva, de que cuenta con la orientación y el respaldo necesarios para llevar a cabo su labor profesional.

Cierto que, aun así, habrá de todo dentro de un equipo. Habrá quien quiera formarse continuamente, ampliar conocimientos y compartirlos; quien se sienta satisfecho aplicando curas eficazmente y a diario; habrá quien requiera de cierta flexibilidad horaria para atender a todos sus compromisos laborales y familiares sin sentirse partido por el centro; habrá quien no quiera más que pasar el día sin complicarse y sin cansarse. Pero aunque no quepa esperar lo mismo, de todos cabe esperar. Las actitudes positivas se contagian, difunden optimismo y esperanza. El gestor enfermero puede y debe ser para su equipo un modelo y referente de profesionalidad y calidad humana en los cuidados; la misma que pretende se otorgue a los pacientes. Lo conseguirá si, además de confiar y atender a la diversidad de su equipo, trabaja con honradez e inspira él mismo confianza. Sin ella, cuando el gestor organiza, decide, muestra o encomienda, no ejerce liderazgo, sino solamente arbitrariedad y autoritarismo.

Curar y cuidar de la salud de las personas, atendiendo a su vulnerabilidad y a su riqueza humana. Ésta es la contribución, el auténtico sentido, el valor añadido a la atención de la salud que aporta el colectivo de enfermeros y enfermeras. Aquéllos a cargo de su gestión deben estar convencidos del valor que entraña esta compleja tarea, deben ser sus garantes y promotores, sus líderes y facilitadores, no sólo dentro de su mismo equipo de enfermeras y enfermeros sino también entre los demás directivos de su centro de salud y aún en el seno de la sociedad misma.

## 13. Maria Fca. Jiménez, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili

***"Tanto las enfermeras gestoras como las asistenciales debemos trabajar en términos de igualdad mediante la potenciación de la comunicación con el objeto de potenciar las cualidades humanas de cada uno de nosotros."***

La gestión del cuidado y la gestión institucional son actividades complejas por la magnitud que presentan; su centro u objeto de trabajo es el ser humano en diferentes ámbitos; unos como pacientes y dolientes de un proceso de enfermedad y otros como profesionales dentro de una institución. Al tener en cuenta que la gestión es una actividad llevada a cabo por personas y dirigida a personas y a equipos humanos, la gestión del cuidado, desde mi punto de vista, como enfermera asistencial y docente, se puede mirar desde cuatro perspectivas distintas;

1. Uno mismo
2. En relación con los demás
3. En el desempeño del quehacer enfermero
4. En relación con la institución

**Uno mismo**

El análisis de uno mismo incluye el autoconocimiento, el autocuidado y el autodesarrollo.

El autoconocimiento de uno mismo es básico. Autoconocimiento significa saber qué pensamos y qué sentimos frente a determinadas situaciones y personas y por qué, significa por qué tomamos las decisiones que tomamos, qué nos gustaría y qué hacemos para conseguirlo. Es decir, el autoconocimiento es identificar y argumentar los valores básicos de las acciones personales. El autoconocimiento supone una gran fuente de información en el proceso de salud-enfermedad que las personas podemos sufrir a lo largo de nuestra vida. Estar entrenado en la clarificación de valores permite, además, ayudar a los demás en este sentido.

Conocerse implica también cuidar de uno mismo. El autocuidado es un elemento esencial para desempeñar un trabajo cuya exigencia es importante. Hay que encontrar tiempo para estar por uno mismo, para formarse, relacionarse, etc. Si no sabemos cuidar de nosotros mismos, como profesionales nos será más difícil cuidar de los demás.

En relación con el autodesarrollo hay que decir que es un elemento clave respecto al análisis de uno mismo. Dentro de él estarían todos aquellos cambios

necesarios para reenfocar diariamente nuestro trabajo. Desde simplificar nuestra vida hasta aprender a delegar adecuadamente o mejorar la comunicación.

En nuestras manos está el decidir cómo queremos que se nos reconozca. El cambio deseable se enfoca hacia mejorar las relaciones humanas, el trabajo en equipo, la introducción de optimismo y pensamiento positivo, el análisis y la mejora continua y la satisfacción por el trabajo bien hecho. Y como todo cambio precisa de aprendizaje.

**En relación con los demás**

Tanto las enfermeras gestoras como las asistenciales debemos trabajar en términos de igualdad mediante la potenciación de la comunicación con el objeto de potenciar las cualidades humanas de cada uno de nosotros. Hay cualidades humanas que conviene practicar en la gestión ya que facilitan el trabajo en equipo y hacen que el lugar de trabajo sea un espacio de respeto y desarrollo personal y profesional, en donde se aprende, disfruta y enseña. Por ejemplo, a ser una persona facilitadora de decisiones, de cooperación, de delegación, de cohesión del grupo y de la comunicación. La sencillez en el trato y en los planteamientos es algo que agradecemos todos, aunque no debe confundirse con la falta de límites en las relaciones.

**En el desempeño del quehacer enfermero**

Desde la gestión se debería potenciar la responsabilidad para favorecer las acciones autónomas de los profesionales en pro del desarrollo de nuestra disciplina y de la propia persona cuidada. Es importante que las enfermeras asistenciales conozcan y valoren en su justa medida la filosofía y la cultura institucional; ello les ayuda a ser realistas y a poder participar en su consecución pero también en la introducción de cambios y mejoras. Por ello las enfermeras gestoras deben hacer partícipes de ello a quienes están a su cargo. Ser claros, objetivos y dar importancia a las cosas que la tienen, son elementos que dan seguridad a las personas y facilitan el trabajo en equipo. Trabajar con alegría y disfrutar haciéndolo se contagia y cuando es sincero, podríamos incluirlo en aquel apartado de "no se paga con dinero".

**En relación con la institución**

Las instituciones y los responsables de su gestión deben buscar mecanismos que ayuden a la comunicación y relación entre los planteamientos de la institución y los profesionales para tener un objetivo; el de la integración entre la

institución y las personas que la configuran. Creo que es fundamental plantearse ¿en qué institución estoy? ¿qué objetivos tiene? ¿cuál es su política empresarial? ¿qué esperan de mí? y ¿qué estoy dispuesto a dar? Debe existir una cierta afinidad de objetivos y planteamientos; de lo contrario puede ser difícil la integración. Los objetivos de las instituciones y de sus profesionales deben ser similares para que el quehacer ético sea un camino común. Es importante que todos los miembros conozcan las características y la filosofía del centro donde trabajan, para que puedan analizar su trabajo desde la esfera institucional. Las enfermeras gestoras son una pieza clave en la conexión entre la institución y su filosofía y la realidad cotidiana de los profesionales.

Para concluir, sea cual sea el ámbito de la responsabilidad de cada enfermera, ya sea la gestión, la asistencia, la docencia o la investigación, el quehacer ético debe fundamentarse en una comunicación y el establecimiento de relaciones de confianza. Confianza en las personas y en el convencimiento del potencial humano de que disponemos. Sin confianza no existe una buena comunicación y ello es una de las grandes dificultades de la gestión del cuidado. En definitiva la ética y la gestión se dan la mano porque ambas tienen mucho en común y tienen mucho en común con el trabajo diario de las enfermeras en el cuidado de las personas.

## 14. Cristina Martínez Bueno, Presidenta de la Associació Catalana de Llevadores

***"Lo que dejamos atrás y lo que nos espera en adelante son asuntos sin importancia comparados con lo que llevamos dentro"***

Ralph Waldo Emerson

1. Introducción

Abordar el tema de la ética, desde el punto de vista de no especialista implica un reto y al mismo tiempo una oportunidad para la reflexión. La sociedad y, por tanto, la política sanitaria, experimentan cambios importantes relativos a la incorporación de nuevos valores, la consideración del concepto de salud, la aplicación de nuevas tecnologías, la capacitación y competencias exigidas a los profesionales de la salud, la transformación de los modelos organizativos asistenciales y las demandas de los propios usuarios relacionadas con la mayor información, participación y corresponsabilización en las decisiones que afectan a su salud. Estos aspectos implican una nueva relación entre los ciudadanos y los profesionales de la salud y nos exigen actuar en beneficio de los usuarios-pacientes, mejorar y mantener los estándares de competencia y de integridad y rendir cuenta de nuestras actuaciones a los usuarios y a la propia profesión.[1]

Todo esto implica disponer de una perspectiva que permita juzgar el equilibrio de los intereses éticos y la libertad moral de cada uno y al mismo tiempo concierne al propio concepto de salud y a las múltiples formas de entenderlo. Ya no es posible adoptar una definición de salud totalmente estática. Hernán de San Martín[2] nos aporta una definición amplia, completa y poco utópica. Define la salud de la siguiente forma.

"*Un fenómeno psicobiológico y social dinámico, relativo, muy variable en la especie humana, que corresponde a un estado ecológico-fisiológico y social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto de salud hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función), y un tercero de tipo psicosocial (adaptación social del individuo).*

---

[1] Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya*, Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.; 2003.

[2] San Martín H. *La crisis Mundial de la Salud.* 2ª. Ed. Madrid: Editorial Ciencia 3;1985.Pág. 23.

La salud se acuña dentro del concepto de Promoción de la Salud y éste se convierte en un baluarte de un movimiento que traspasa al sector sanitario para convertirse en parte integrante de todo un movimiento social. La promoción apunta a una visión holística de la salud, la enfermedad y la forma de intervenir en ellas. Abarca a otras tendencias del pensamiento y la acción del mundo actual, al igual que le ocurre al concepto de Atención Primaria que sobrepasa su nivel de atención para convertirse en una filosofía.

La práctica de la profesión enfermera tiene una responsabilidad primaria respecto a los clientes-usuarios, pero también ante la sociedad en su conjunto. Los cuestionamientos éticos, cobran un valor fundamental ya que a menudo los dilemas humanos en materia de salud no tienen una solución ideal. Ésta debe de ser orientada a partir de un equilibrio o valoración de juicios que impliquen el desarrollo de la comprensión de una posición ética básica en el trabajo profesional. Ello nos exige dar prioridad y tener especial respeto frente a las necesidades y derechos de nuestros usuarios.

2. La ética del cuidado a debate: de lo imparcial a lo intersubjetivo

Así como en las matemáticas solemos hallar una solución única, una respuesta correcta que se puede encontrar con exactitud, y muchas respuestas incorrectas que podemos eliminar, en la ética existen diferentes soluciones correctas en función de las intuiciones morales o las teorías éticas de fondo. Lo importante no es la justificación desde una determinada posición sino la virtud de la crítica, el espacio para el pensamiento. *Sólo la conciencia del conflicto entre deseo y ley, entre naturaleza y norma…funda la ética.*[3]

Existe un debate ya clásico entre la ética de la justicia y la ética del cuidado, que han llegado a una confrontación al defender en cierta medida conceptos opuestos. Se entiende la primera como la aplicación de principios morales abstractos, donde lo importante es la imparcialidad, mirar al otro como otro genérico prescindiendo de sus particularidades como individuo (imparcialismo). Desde esta visión las personas deberíamos coincidir en la solución de un problema moral.

En cambio, la ética del cuidado se caracteriza por un juicio más contextual. Hay una tendencia a adoptar el punto de vista del "otro particular", con sus peculiaridades, la participación de los sentimientos, la preocupación por los detalles concretos de la situación a juzgar y, dado que se tiene en cuenta el con-

[3] Xandri, J. Ética, origen y horizonte. Tres al Cuarto. *Actualidad psicoanálisis y cultura* 1997; 3:27-30

texto, no todos hemos de coincidir en la solución del problema moral. La ética del cuidado pone especial énfasis en el acercamiento personal, particular, para llegar a la comprensión moral. En este sentido, esta ética del cuidado enriquece el contacto y lo hace más humano.[4]

Adoptar una ética del cuidado nos obliga a no caer en un trato excesivamente paternalista, y a intentar compaginar el cuidado y la justicia, no como conceptos opuestos, sino como una combinación que nos llevará a una ética profesional más adecuada a las necesidades de la sociedad actual.[5] Un concepto fundamental en la ética del cuidado es la responsabilidad, entendiendo ésta como la conciencia de formar parte de una red de relaciones, en la que dependemos unos de otros. La responsabilidad no consiste sólo en no hacer nada que lesione los derechos de los demás, sino en un deber moral de actuar, cuya desatención incurre en un comportamiento inmoral.

3. El valor de la comunicación en la gestión de cuidados: el autoconocimiento

El cliente-usuario es el punto central de nuestra acción profesional. Uno de los aspectos fundamentales de nuestra actividad es contribuir a su autonomía a través de la comunicación, la información y la ayuda a la autorresponsabilización de cuidado.

Para conseguir un acercamiento hacia el otro es necesario un conocimiento previo de uno mismo, que requiere un largo camino personal. Son fundamentales los espacios de autoconocimiento emocional en los que debemos ser conscientes de que no nos enfrentamos a un mundo de cosas objetivas sino a un mundo de cosas sentimentalmente percibidas.[6]

La formación en materia ética requiere un trabajo de actitudes de los profesionales para poder contribuir a la mejora personal y profesional, donde los valores relacionados con la comunicación adquieren una importancia fundamental: la cercanía, la intimidad, la justicia, la lealtad son importantes. La ética o la moral, como expone Victoria Camps[7], *no es otra cosa que la expresión de unos sentimientos y unas actitudes, de nuestras preferencias por unas formas de conducta y nuestra desaprobación de otras.*

---

[4] Hernán Báez R. Valores y comunicación. Ética del cuidado. *Medicina general* 2001;31:113-120.

[5] Corrales E; Baelo L; Grau C; Khalil M; Fernández M; Grijalva R. Importancia del respeto a la autonomía de la persona desde la ética del cuidado. Excelencia enfermera. *Revista científica y de divulgación 2004*; Julio.

[6] Marina JA. *Ética para náufragos*. Barcelona: Anagrama; 1995. pág. 47.

[7] Camps V. *Virtudes públicas*. Madrid: Espasa Calpe 2ª. Ed.; 1993, pág. 19.

La humildad es un valor fundamental que ha de impregnar el trabajo diario de los profesionales de la salud. Siguiendo a José Mª Valverde[8], se trata de una virtud mucho más auténtica que la sinceridad, pues implica frenar nuestras ansias de querer decir todo, de imponer nuestro pensamiento, y en definitiva de pensar y actuar como si fuéramos mejores.

La autonomía del usuario, desde este punto de vista, adquiere todavía un mayor valor y contenido. Algunas son las ocasiones en las que la autonomía no llega a completar su significado. Seguimos con un cierto miedo latente a conferir autonomía y perder el rol profesional. Evidentemente, esta afirmación la negaríamos desde el discurso profesional, pero si ahondamos en algunas de nuestras acciones todavía encontramos restos de este miedo intrínseco, que limita la real autonomía del usuario.

Para ser más conscientes de ello, las frases de Eduardo Galeano[9] nos aportan algún punto de reflexión: "*Si haces el amor tendrás sida, si fumas tendrás cáncer, si comes tendrás colesterol, si bebes tendrás accidentes, si respiras tendrás contaminación, si caminas tendrás violencia, si lees tendrás confusión, si piensas tendrás angustia, si sientes tendrás locura, y si hablas perderás el empleo.*" Nos encontramos con connotaciones éticas de una determinada manera de actuar en la que se culpabiliza a la persona en un intento de responsabilización de estar o no estar sano, sin tener en cuenta el entorno, el concepto de salud, etc. Aunque cada vez estamos más lejos de esta posición todavía hemos de profundizar y reflexionar sobre sus repercusiones desde la perspectiva ética.

Tenemos que trabajar desde la perspectiva de la autonomía, en la que la persona decide. La relación con el usuario debe permitir y fomentar una mayor aproximación, desarrollando y mejorando la empatía que implica compartir realmente las emociones con el otro y situarnos en su lugar. Aunque esto pueda resultar difícil, es la única entrada al contacto individual. Además, se requiere coherencia del profesional, compasión y saber escuchar. Todo ello requiere una búsqueda personal para la que no podemos encontrar un manual de instrucciones. Requiere un esfuerzo personal y una implicación en el conocimiento de uno mismo. Éste es el sentido que Sócrates adoptó como lema en su propia búsqueda del saber: el autoconocimiento. Aunque tal vez el error de Sócrates consistiera precisamente en suponer que el autoconocimiento podía ser mate-

---

[8] Martínez A; Valverde C. José María Valverde (Palabras, palabras y…silencio). Tres al Cuarto. *Actualidad psicoanálisis y cultura* 1997; 3:40.

[9] Galeano E. EEUU en siete vistazos. *El País*, 26/6/91

ria de conocimiento, que los seres humanos serían capaces de descubrir mediante la indagación reflexiva la manera de vivir realmente.

Por último, hay que tener en cuenta que además del conocimiento de uno mismo necesitamos dos aspectos fundamentales: una reflexión y discusión profesional conjunta de los valores que impregnan nuestra práctica profesional y una supervisión de nuestras actuaciones. Todo ello nos permitirá un abordaje holístico del usuario.

La profesionalización, por tanto, pasa por la formación y el establecimiento de unos ciertos estándares, principios éticos y proceso constante de reflexión.

Y, finalmente, comparto con Antonio Machado la frase: *"Confiamos en que no será verdad nada de lo que pensamos".*

## 15. Begoña Román Maestre, Facultad de Filosofía de Catalunya, Universitat Ramon Llull

***"Por lo que hace a la cuestión del cuidado, como es muy difícil lograr unos mínimos, se trata de que el profesional y la organización, en ese pacto de proyectos, decidan estar al lado del paciente y sus circunstancias."***

Quisiera aportar tres ideas al debate y creo que con ellas, directa e indirectamente, contestaré a las cinco cuestiones que sirvieron de guía a la reflexión del seminario. La primera de mis aportaciones se centrará en la importante cuestión de las palabras. Cuando hablamos de gestión hablamos de toma de decisiones que afectan a un colectivo, y si hablamos de buena gestión se nos introducen los conceptos clave de calidad y eficiencia. La segunda aportación aludirá a la necesidad de incluir la ética de la organización en el discurso bioético. La tercera aportación aludirá a la importante cuestión de las evaluaciones y mediciones.

### *1. Calidad y eficiencia*

Cuando hablamos de eficiencia aludimos al logro del fin con la mejor disposición de medios y recursos, los técnicos y los mal llamados recursos humanos. Si estamos de acuerdo en que en enfermería el fin intrínseco de la profesión es el cuidado, se trata entonces de lograr ese cuidado con los mejores medios posibles. Sabemos que ello no se reduce a los más numerosos sino a los que con mayor brevedad y austeridad podrán satisfacer el fin. El principio de economía dice que no hay que multiplicar los entes sin necesidad; estaremos de acuerdo también, pues, en que no se trata de dar más sino mejor, en que no se trata de cuidar más sino bien. Cuando hablamos de calidad, sin embargo, la cuestión se complica por dos motivos.

a) Porque el discurso economicista ha venido a inundarlo todo, y una cosa es reconocer que la eficiencia también es un valor moral y que el principio de economía es la manera adecuada de llegar al fin, y otra, maquiavélica, es convertir el medio en fin al priorizar la eficiencia descuidando la calidad. Resulta entonces que ese discurso economicista que ha monopolizado el valor de la eficiencia y ha identificado, como los necios, valor y precio, acaba reduciendo el concepto calidad a la mera satisfacción del cliente. En el caso del cuidado enfermero la calidad significa satisfacción del usuario de la sanidad. Más adelante argumentaremos que la satisfacción del usuario, del destinatario del servicio, es condición necesaria, pero no suficiente en el discurso de la calidad.

b) Porque no hay un consenso sobre lo que sea el cuidar, y mucho me temo que tal consenso, si alguna vez llegamos a él, no va a ser un consenso material, concreto, sino formal, y así debe ser, sin reducirse a los mínimos no negligentes. El tema clave radica en que el cuidado implica *sentirse cuidado* y aquí topamos con las múltiples, subjetivas, volubles y cosmovisivas maneras de sentirse cuidado, atendido. A lo que debemos aspirar entonces es a averiguar las expectativas de la persona a la que atendemos, a comprobar si son, aunque cosmovisivas y subjetivas, fundadas; esto es, las puede en rigor pedir y solicitar, y después de ese conocimiento, vislumbrar las posibilidades reales de la organización de poder satisfacer dichas expectativas.

Así pues, cuando hablamos de calidad, y ésta incluye la eficiencia, no podemos descuidar la satisfacción de las expectativas de otros implicados en la prestación del servicio, a saber, los profesionales enfermeros y las organizaciones donde esos profesionales llevan a cabo su labor. Ahora la dimensión de la calidad es más objetiva que las expectativas de los destinatarios, que pueden ser fundadas o infundadas, por un lado y, por otro, posibles de atender, factibles, imposibles hoy pero tal vez sí mañana, o absolutamente imposibles en esta organización.

Permítanme un ejemplo. Si un paciente le pide a la enfermera que le cure la diabetes, la satisfacción del paciente con la atención de esa enfermera será nula, y pésima la opinión que la calidad del servicio le merecerá a tal paciente. Pero cualquier persona que esté al día en la investigación de la diabetes, y quiénes mejor que los profesionales de la salud, debería informar a ese usuario de que su expectativa es claramente infundada: la diabetes hoy por hoy no se cura. Se trata luego de emprender una pedagogía de las expectativas y explicarle que la calidad de vida de un diabético puede ser muy elevada aunque no deje de ser diabético, en tanto que tal enfermedad no tiene por qué ser un obstáculo a la realización del proyecto personal. Mas para que un enfermero pueda llevar a cabo esa pedagogía hace falta que la organización le favorezca unas visitas con unos tiempos facilitadores y les permita llevar a cabo los programas de educación de los diabéticos. De esa forma, cualquier enfermera que esté al día en diabetes podrá informar sobre lo que en rigor se puede esperar de la diabetes, y a su vez, verá cómo la organización le permitirá poner en práctica todos sus conocimientos.

De ese modo, por lo que hace a la cuestión del cuidado, como es muy difícil lograr unos mínimos, se trata de que el profesional y la organización en ese pacto de proyectos, decidan estar al lado del paciente y sus circunstancias. Cuidar significa conocer la autonomía de la persona y acompañarla a descubrir

el nuevo grado de autonomía que la enfermedad pueda suponer. Mas ese pacto entre proyectos profesional y organizativo no va a ser posible si no se asume la conciencia de pertenencia. Y yo diría que no se trata de cuidar al cuidador. Porque se trata antes bien de profesionalizarlo, de facilitarle la búsqueda de la excelencia sin la cual ni los profesionales ni las organizaciones van a lograr calidad en el servicio que dan.

### *2. Ética de las organizaciones*

P. Drucker, en su libro *La Sociedad Postcapitalista,* decía que las organizaciones tenían que ser capaces de generar conciencia de pertenencia. Se trata de lograr una organización que funcione cual orquesta sinfónica: se necesitan virtuosos de los instrumentos múltiples que concuerden y concurran en una orquesta sin ir ni de "divos" ni de "protagonistas", porque entonces no suena a orquesta. Y para generar esa conciencia de pertenencia cabe vislumbrar un proyecto común, en nuestro caso, el cuidado asistencial de los usuarios. Para ello, la organización tendrá que pensar en su estilo, en su identidad, en los máximos compartidos por los que se quiere caracterizar, y forjar una democracia participativa en la que desarrollar las carreras de sus profesionales garantizándoles empleabilidad, etc.

Todo eso no va a ser posible sin un liderazgo, y no a la sombra, sino muy consciente y claro. El liderazgo ético implica asumir una labor suicida: las personas marchan, las organizaciones permanecen, y quedan éstas mal o bien paradas, altas o bajas de moral según las dejen aquéllas, los profesionales que por ellas pasaron, en ellas se profesionalizaron y en ellas y por ellas tomaron sus decisiones. Además, ha de ser éste un liderazgo proactivo: no se trata sólo de reparar y subsanar los posibles errores o fallos, se trata de autoconstituirse como una comunidad de aprendizaje, porque como todos los humanos funcionamos a base de ensayos y errores, y así aprendemos.

Me parece un gran desacierto confundir la toma de decisiones éticas, el tomar una decisión responsablemente, con el éxito de esa decisión. Trabajamos siempre en condiciones de incertidumbre, en un mundo cosmovisivamente plural y, además, siempre con prisa. Tomar decisiones éticas también implica gestionar el error, la polaridad, la dilemática, las contradicciones. Es así como, a largo plazo, se genera estilo organizativo, credibilidad, sólo a largo plazo. La atracción de los hospitales magnéticos radica en que son conocidos a lo largo de su trayectoria, y no hay conocimiento sin tiempo; acaso haya embrujo o enamoramiento, que quizá sea un estado de imbecilidad transitoria, como decía Ortega.

### *3. Evaluación y seguimiento*

Mi tercera aportación alude a la importancia de la evaluación. En último término la economía es infraestructural. Para un economista, lo que no se puede medir puede que no exista. Pues bien, los cuidados se han de poder medir, porque existen, son la razón de ser, el bien intrínseco de la profesión enfermera. Y como la calidad no consiste en satisfacer opiniones infundadas de usuarios desinformados o tontos que quieren siempre tener la razón, tendrá que proponerse la organización y el profesional enfermero una manera de trabajar la pedagogía de las expectativas de todos los implicados y una manera de evaluar la satisfacción de todos ellos.

Por acabar con algo muy concreto, esas formas de medir pueden consistir en preguntar a los usuarios tres preguntas que nos dan mucha información para evaluar y autoevaluarnos:

1. ¿Qué esperas de mí y a mí me gusta? Y me gusta porque está fundada tu expectativa y como profesional en esta organización lo puedo satisfacer.
2. ¿Qué esperas de mí y no me gusta? Y no me gusta porque es infundada tu expectativa, o fundada pero no es posible hoy en esta organización satisfacerla.
3. ¿Qué no esperas de mí y a mí me gustaría que esperaras? Y tal vez descubramos que más de un usuario no espera que le cuiden porque se ha acostumbrado al descuido o a la desatención, y trata como le tratan, esto es, mal.

Esas mismas preguntas, si las hacen gestores a profesionales, revelarán buenas razones, razones morales, por las que a los profesionales no les gusta su trabajo: desmotivación, falta de orientación, de apoyo, de reconocimiento. Y también podríamos descubrir un ingente capital humano desaprovechado que el profesional querría dar, pero no le dejan porque la organización desconoce que lo tuviera.

Para terminar aludiré concretamente a las cinco cuestiones que fueron objeto de reflexión en nuestro seminario:

1. ¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras en su trabajo diario al cuidado de pacientes, usuarios y sus familias? Muchísimos, y nada fáciles de resolver por el mundo plural en el que vivimos, los tiempos rápidos y las circunstancias no siempre deseadas en que tiene lugar el encuentro de aquellas personas.
2. ¿Cuáles son los problemas éticos que afrontan las enfermeras gestoras?

No deben ser diferentes de los problemas de las primeras, porque están las gestoras para facilitar el trabajo de las asistenciales.

3. ¿Cómo se pueden establecer puentes entre la asistencia y la gestión de forma que el trabajo ético no sea sólo una cuestión personal de cada profesional? Es que no se trata de establece puentes, sino de reconocer que estamos en el mismo barco. Se trata de que se asuman a un tiempo los siguientes proyectos: el de las personas de los profesionales, el de las personas de los usuarios y sus familias, el proyecto civil de la sociedad en general a la que sirven los profesionales de la salud, el proyecto profesional y el proyecto organizativo.
4. ¿Es posible incluir criterios éticos como criterios de calidad o de buen servicio en la gestión de las unidades asistenciales e instituciones sanitarias? No sólo ha de ser posible, es que es la única posibilidad de hacerlo bien.
5. ¿Cuál es la responsabilidad ética de las enfermeras asistenciales y de las enfermeras gestoras? ¿Podemos establecer una interrelación entre ambas responsabilidades? Las enfermeras gestoras están directamente al servicio de las asistenciales, las asistenciales al servicio de los usuarios y sus familias pero, por la propiedad transitiva, las primeras sirven a los usuarios o no sirven; han, por tanto, de ser responsabilidades interrelacionadas; las unas han de hacer posible la responsabilidad de las otras. Y todas con vocación de servicio: una organización de personas al servicio de personas.

## 16. Mercè Salvat Plana, Secretaria de la Associació Catalana d'Infermeria

***"Cabe destacar el papel de abogado de la persona y de defensor de sus derechos por el que apuestan las enfermeras pero, también la necesidad de apoyo por parte de los gestores de enfermería."***

A lo largo de este seminario se han ido tratando diferentes aspectos relacionados con la ética y la gestión del cuidado de enfermería. Todo ello desde diferentes perspectivas en el interior de la profesión enfermera y también desde el punto de vista de otros expertos profesionales que nos aportan nuevos elementos de reflexión. Mi aportación a la reflexión, después de todo lo que se ha debatido, tiene que ver con mi experiencia diaria como enfermera asistencial.

El comportamiento de la enfermera en el desempeño de su responsabilidad está condicionado por:

- Los valores profesionales y el código ético de la profesión, que se inician en la Universidad. Las enfermeras hemos sido formadas y estamos formando a las nuevas generaciones desde el compromiso ético y éste se desarrolla durante la vida profesional. Hay que destacar el papel que en ello tienen los colegios profesionales, las asociaciones científicas y las instituciones en las que trabajan las enfermeras.
- Unos valores personales, o lo que podemos llamar ética personal. La ética personal se establece desde la educación, la historia familiar y la experiencia de cada persona. Cabe pensar que en algunas ocasiones puede existir una cierta disociación entre los valores personales y los valores profesionales. Esta disociación puede ser el origen de algún conflicto ético en la enfermera.
- La historia de la profesión. Un pasado de vocación casi religiosa, a la que se añade la cuestión de género o de cuidado relegado a la mujer, son otros factores condicionantes que atribuyen al cuidado características de abnegación y servilismo más que de profesión y responsabilidad en el resultado.
- Los contextos profesionales. Me refiero a ellos teniendo en cuenta tanto el ambiente y entorno institucional, como las circunstancias particulares de cada una de las personas cuidadas. Respecto al contexto institucional, condicionará el comportamiento ético de la enfermera según sea el ambiente del entorno inmediato y el clima institucional. El ejercicio ético del cuidado enfermero necesita ser apoyado por la institución.
- La gestión económica. Parece obvio que diferentes modelos de gestión impliquen formas diferentes de relación entre paciente y enfermera. Por

ejemplo no se llevará a cabo el cuidado de igual manera si se trabaja con modelos de gestión centrados en las necesidades de las personas, o con modelos de mercantilización de la relación, de taylorización del cuidado etc. Estos últimos se alejan de la prestación individualizada del cuidado.

Éstos son, entre otros, algunos de los aspectos condicionantes del desempeño del rol profesional de la enfermera. Pero no quisiera terminar sin aportar otro elemento de reflexión y por lo tanto incidir en otro aspecto que me parece relevante y que parte de mi trabajo personal, estudio y reflexión al cuidado de personas mayores; éste es el entorno social. La ponente Mercedes Ferro ha comentado ya las expectativas de los ciudadanos y por tanto la capacidad de adaptación necesaria de las organizaciones enfermeras para evolucionar permanentemente con los cambios sociales y las necesidades cambiantes de los ciudadanos. El entorno social aporta, además de expectativas, unos valores que pueden tener influencia tanto positiva como negativa desde el punto de vista ético. Así por ejemplo, aspectos como la multiculturalidad o la vejez pueden plantear problemas y dilemas éticos bajo la influencia de prejuicios socialmente expandidos.

Un estudio en el cual he participado recientemente sobre las actitudes de los profesionales de enfermería hacia las personas mayores muestra que las actitudes son neutras y con tendencia a ser positivas. Al mismo tiempo muestra que las enfermeras tienen un conocimiento superior sobre aspectos biológicos del envejecimiento y creencias erróneas sobre aspectos psicológicos y sociales. Ello nos lleva a la conclusión de que persisten estereotipos y creencias erróneas, así como falta de conocimientos sobre el significado de la vejez y de las vivencias y trato con personas mayores. Todo ello puede influir en su cuidado específico y en algunos casos puede traducirse en deficiencias en la asistencia, así como en situaciones discriminatorias en razón de la edad. Lo que se ha llamado edadismo, traducción del concepto anglófono *ageism* utilizado para describir el prejuicio desfavorable y la discriminación hacia las personas mayores, en razón de la edad.

Con los resultados de este estudio pretendíamos detectar factores que pudieran influir en las actitudes, reforzar actitudes positivas, sensibilizar respecto a los cuidados a los mayores así como favorecer la toma de conciencia sobre las propias actitudes. La discusión de los resultados ha generado discusión acerca de situaciones discriminatorias reales respecto a los ancianos que se producen en las instituciones sanitarias y que en ocasiones generan dilemas importantes para las enfermeras, dilemas vividos respecto a la información que reciben las personas mayores, respecto a la toma de decisiones y respecto a la privación de tratamientos.

Cabe destacar el papel de abogado de la persona y de defensor de sus derechos por el que apuestan las enfermeras, pero también la necesidad de apoyo por parte de los gestores de enfermería, necesidad que reclaman las enfermeras que afrontan cotidianamente situaciones que ponen en entredicho la ética de los equipos asistenciales.

## 17. Jesús Sanz Villorejo, Presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

***"Si debemos dirigir por valores, las enfermeras gestoras deberemos centrarnos en afianzar el valor de los cuidados como valor social, por modelos organizativos, espacios de cuidados y actitudes profesionales que faciliten de verdad un modelo asistencial orientado al cliente."***

El título del Seminario y la orientación del debate nos invitan a centrarnos en la gestión del cuidado desde distintas perspectivas. Revisando el guión de este foro y organizando mis ideas para esta aportación, recordé que hace cuatro años y medio, hablando de este mismo tema, manifestaba en otras Jornadas lo siguiente: *"La implicación de los profesionales de enfermería en los proyectos de gestión clínica, significa un compromiso que requiere esfuerzos importantes; pero, a la vez, es la oportunidad que tiene la profesión enfermera de conseguir un modelo de organización de los cuidados que demuestre a los ciudadanos la contribución de la profesión al cuidado de la salud, que asegure que los servicios enfermeros respondan a las necesidades y expectativas de los clientes de los servicios sanitarios y, asimismo, que contribuya al desarrollo profesional de la enfermería."*[1]

¿Siguen siendo validos hoy día estos planteamientos? La respuesta no tiene duda: ¡sí! Es evidente que los objetivos prevalecen, aunque debemos admitir que las perspectivas desde las que se abordan han evolucionado. Afortunadamente hemos llegado al punto en el que los valores, la bioética y el liderazgo son las piedras angulares sobre las que se debe construir cualquier proyecto de gestión.

Hoy día estamos siendo testigos del rápido avance de la tendencia que considera las buenas prácticas directivas como buenas practicas sociales. Desde este enfoque precisaremos directivos que sean líderes sociales, expertos en gestionar organizaciones, que tengan visión anticipatoria, que busquen la eficiencia, garantizando el control y la evaluación de los procedimientos. Parece evidente que, poco a poco, va calando una cultura de exigencia con los directivos, mediante la cual cualquier estrategia directiva debe tener a la ÉTICA como referente.

Al mismo tiempo, no debemos olvidar que uno de los aspectos fundamentales de la Función Directiva es la toma de decisiones que afectan a otras perso-

---

[1] SANZ VILLOREJO, JESÚS. 2000. *"¿Cuáles son los retos que nos planteamos ante las nuevas formas de gestión de los cuidados?"*. Foro de gestión e innovación sanitaria, *"Gestión de los cuidados"*. Madrid. 16 de Enero de 2000.

nas, y que cualquier decisión se adopta siempre partiendo de unos valores determinados. *"En toda decisión, incluso en la más sencilla, se incluyen los valores. Y son esos valores los que delimitan el escenario de actuación de las personas."*[2]

Si debemos dirigir por valores, las enfermeras gestoras deberemos centrarnos en afianzar el valor de los cuidados como valor social, apostando por modelos organizativos, espacios de cuidados y actitudes profesionales que faciliten de verdad un modelo asistencial orientado al cliente.

Para poder alcanzar este objetivo, considero trascendente señalar que la enfermera debe participar activamente en la planificación, gestión y ejecución de todas aquellas actividades, que de acuerdo con la política SALUD21 para la Región Europea de la OMS, permitan avanzar en la consecución del principal objetivo permanente, que no es otro que *"el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud."*[3]

Asimismo, es obligado mencionar el Objetivo decimosexto, de los 21 establecidos por la Oficina Regional Europea de la OMS, que habla de *"Gestionar para una atención sanitaria de calidad."*[4]

Partiendo de estas dos premisas, debemos preguntarnos sobre el papel que desempeñamos las enfermeras gestoras centrándonos no tanto en el ámbito específico en el que se desarrolle nuestra actividad profesional, como en la capacidad de liderar un grupo de personas y unos proyectos determinados.

Por lo tanto, considero que es necesario hablar de una transición en el estilo de dirigir utilizando el liderazgo como referente, y al mismo tiempo preguntarnos si es necesario un cambio en las formas de pensamiento de los directivos enfermeros**.** Deseo matizar que cuando me refiero a directivos enfermeros estoy incluyendo a todas las profesionales que de una u otra manera asumen en su trabajo diario el papel de enfermeras gestoras. Hecha esta aclaración, podría ir concluyendo mi exposición, respondiendo que desde mi punto de vista no es necesario un cambio en las formas de pensamiento. Estoy convencido de que, a nivel conceptual, la inmensa mayoría coincidiríamos en que los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión y que por lo tanto estaríamos de acuerdo con Meleis y Jennings (1989) cuando *"sostienen que la*

---

[2] AMOR, JOSÉ RAMÓN. ET AL.2000. *"Ética y gestión sanitaria"*. Serie V: Documentos de trabajo, 31. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. Pág. 15.

[3] *"SALUD21. Salud para todos en el siglo XXI"*. 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Pág.6.

[4] *"SALUD21. Salud para todos en el siglo XXI"*. 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Pág. 24.

*gestión de los cuidados se ejerce no solamente en función de teorías administrativas o prestadas de otras disciplinas, sino igualmente con relación a concepciones propias de la disciplina enfermera*"[5]. Sin embargo, la realidad cotidiana, nos sitúa ante un viejo refrán castellano que dice: "*Una cosa es predicar y otra trigo dar*". Con esta expresión no pretendo ser irreverente o irrespetuoso con el duro y esforzado trabajo al que nos enfrentamos día a día, pero es lícito reconocer que esta manera de pensar, que este pensamiento compartido al que hacíamos referencia, tiene una escasa incidencia en la cultura profesional y apenas ninguna en la cultura social.

Ante este hecho se abren paso varias preguntas: ¿qué sucede en nuestras organizaciones? ¿qué ocurre con nuestro estilo directivo a la hora de gestionar los cuidados? ¿cuál es la implicación de los profesionales con las distintas alternativas que se presentan? A éstas podríamos añadir un largo etcétera de cuestiones que sin duda están en la mente de todos.

Buscando respuestas podemos encontrarnos con que tal vez suceda que el pensamiento al que antes hacíamos referencia no traspase la barrera de la acción y que por lo tanto no alcance a todo el proceso de toma de decisiones. Al mismo tiempo, debemos preguntarnos sobre cuáles son los valores que orientan nuestra función gestora. No debemos olvidar, como decíamos antes, que en toda decisión, incluso en la más sencilla, se incluyen los valores.

Son muchos los autores que nos aportan pistas para guiar nuestros pasos hacia las cuestiones planteadas. La profesora Caterina Lloret, hablando de la gestión para la complejidad en enfermería, se pregunta: "*¿Cómo evitar el reduccionismo de la complejidad vivida en los procesos institucionales a una gestión que sólo tenga en cuenta determinado tipo de objetivos, valores, relaciones, intervenciones y controles? o, entrando en camisas de once varas ¿hasta qué punto determinados referentes empresariales junto a determinados ajustes económicos (distribuidos según determinados intereses) y a unas políticas que prometen más de lo que dan, producen un doble discurso institucional cuyas contradicciones van a parar directamente sobre las espaldas y responsabilidades de los profesionales que atienden directamente los servicios?*"[6].

---

[5] KEROUAC, SUZANNE. PEPIN, JACINTHE. DUCHARME, FRANCINE. DUQUETTE, ANDRE. MAYOR, FRANCINE. 1996. "*El pensamiento enfermero*". MASSON, S.A. Barcelona. Pág. 121.

[6] LLORET CATERINA. 2003. "Gestión para la complejidad en enfermería". En el libro *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación.* Laertes S.A. de Ediciones. Barcelona. Pág.99.

Por su parte, el profesor Diego Gracia, hablando de ética y gestión sanitaria afirma: *"Lo correcto no es buscar la eficiencia máxima posible, aquélla que ahorre más gasto en términos absolutos, sino buscar el máximo ahorro una vez establecidos con claridad los valores y los bienes que se consideran importantes. En conclusión, pues, cabe decir que la eficiencia económica ha de estar al servicio de los valores y de los bienes y no al revés."*[7]

Estas reflexiones me sugieren una pregunta: ¿Estamos ejerciendo adecuadamente nuestro papel directivo, liderando el proceso de cuidar, dirigiendo por valores? El liderazgo de las enfermeras en la asistencia sanitaria lleva consigo responsabilidades para dar cuidados efectivos, dignos y oportunos a los pacientes, a sus familiares y cuidadores. A menos que el liderazgo en la asistencia sanitaria se centre en este objetivo final, de mejorar la atención al paciente y de ayudar a todos aquéllos que se encuentran dentro de la organización a hacer los objetivos realidad, tendremos que cuestionar su valor.

Abundando en esta idea, podemos leer en el libro *El pensamiento enfermero* que: *"Es deseable que haya coherencia entre los valores, la filosofía y la visión de los gestores y de las personas cuidadoras. Las enfermeras asistenciales y las gestoras están llamadas a compartir un lenguaje, unos símbolos y unos conceptos comunes."*[8]

Desde esta perspectiva, las enfermeras gestoras deben plantear propuestas y alternativas de gestión basadas en una perspectiva enfermera, que se centren "*en el crecimiento de la persona y la mejora de los ámbitos de cuidados*"[9] y buscar: "*la interacción entre la persona y el entorno*" y *"dirigida a mantener y a promover los contextos favorables para el cuidado de la persona."*[10]

Al mismo tiempo, y de acuerdo con la ya citada profesora Caterina Lloret, debemos generar: *"Propuestas para una gestión comprensiva y flexible que posibilite responsabilidades compartidas en equipos donde la articulación relacional permita una auténtica cooperación e intercambio. Propuestas encaminadas a superar el reduccionismo y la jerarquización de los objetivos y prácticas gerencia-*

---

[7] GRACIA DIEGO. 2000. "Ética de la eficiencia". En el libro *Ética y gestión sanitaria.* Serie V: Documentos de trabajo, 31. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. Pág. 54.

[8] KEROUAC, SUZANNE. PEPIN, JACINTHE. DUCHARME, FRANCINE. DUQUETTE, ANDRE. MAYOR, FRANCINE. 1996. "*El pensamiento enfermero*". MASSON, S.A. Barcelona. Pág. 136.

[9] KEROUAC, SUZANNE et al. 1996. *Opus. Cit.* Pág. 136.

[10] KEROUAC, SUZANNE et al. 1996. *Opus. Cit.* Pág. 136.

*les y a transformar, en lo posible, una evaluación controladora en una evaluación formativa, permanente y compartida de los procesos institucionales."*[11]

Por otra parte, no puedo renunciar a comentar que la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, en el documento *"Gestión Clínica de los Cuidados de Enfermería"*[12], publicado en el año 2000, hablando de la modificación en los roles directivos, apostaba por gestores *"facilitadores"* con capacidad para ejercer el liderazgo en los cuidados.

Pero éste es un camino de largo recorrido que requiere habilidades y destrezas, actitudes y aptitudes, que requiere innovación y creatividad, cercanía y sobre todo *"**diálogo** como constructor del consenso, lo que supone un esfuerzo por alcanzar un acuerdo con los demás, por construir una voluntad común sobre la forma de satisfacer determinados intereses en juego"*[13]. En este sentido, considero interesante señalar, que el Defensor del Pueblo Andaluz, en su informe de este año, aboga, precisamente, por el diálogo entre directivos y profesionales de enfermería para solucionar los problemas del colectivo.

Tampoco podemos olvidar que cada vez se resalta más en el papel directivo de todo el personal asistencial, así como la necesidad de que los directivos entendamos todos los aspectos de la asistencia sanitaria.

De todo lo dicho se puede concluir que, si somos capaces de avanzar en este nuevo hacer, podremos llegar a una gestión reconocida por los profesionales, frente a los modelos tradicionales que nos sitúan en una gestión impuesta a los mismos.

---

[11] LLORET CATERINA. 2003. *Opus. Cit.* Pág.101.

[12] ANDE. 2000. "Gestión Clínica de los Cuidados de Enfermería". *Documento de Enfermería 3.* Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Madrid.

[13] GARCÍA-MARZÁ DOMINGO. 2004. *Ética empresarial: del diálogo a la confianza.* Editorial Trotta. Madrid. Pág. 140.

## Referencias bibliográficas:


- AMOR, JOSÉ RAMÓN. ET AL. 2000. *"Ética y gestión sanitaria"*. Serie V: Documentos de trabajo, 31. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. Pág. 15.
- COSTA, MIGUEL. LÓPEZ ERNESTO. 1996. *"Los secretos de la dirección, manual práctico para dirigir organizaciones y equipos"*. PIRAMIDE. Madrid.
- DURÁN ESCRIBANO, MARTA. MOMPART GARCÍA, MARIA PAZ. 2001. "*Administración y Gestión*". "*Enfermería S. 21*". Ediciones DAE. Madrid.
- GILL, DAVID. PRIETO, CANDIDA. 1998. "*Alineando el desempeño individual con los valores organizativos. El Feedback 360 º en GF Capital*" Capital Humano, nº 11, pág 61.
- GARCÍA-MARZÁ DOMINGO. 2004. *"Ética empresarial: Del diálogo a la confianza"*. Editorial Trotta. Madrid. Pág. 140.
- GRACIA DIEGO. 2000. "Ética de la eficiencia". En el libro *"Ética y gestión sanitaria"*. Serie V: Documentos de trabajo, 31. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. Pág. 54.
- KEROUAC, SUZANNE. PEPIN, JACINTHE. DUCHARME, FRANCINE. DUQUETTE, ANDRE. MAYOR, FRANCINE. 1996. "*El pensamiento enfermero*". MASSON, S.A. Barcelona.
- LLORET CATERINA. 2003. "Gestión para la complejidad en enfermería". En el libro *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación.* Laertes S.A. de Ediciones. Barcelona.
- MINZBERG, HENRY 1983. "*La naturaleza del trabajo directivo*". Ariel. Barcelona.
- MONRÁS VIÑAS, P. 2002. "Más allá del acto clínico. Rol y responsabilidades de las profesiones sanitarias en las organizaciones sanitarias modernas". *Rev. ROL. Enf.* 2002; 25 (9).
- REPULLO, J.R.. OTEO, L.A. 1999. "Reformas y formación de directivos sanitarios". *Administración Sanitaria.* Vol. III. Núm. 9. Enero/Marzo 1999. Madrid.
- SANZ VILLOREJO, JESÚS. 2000. "¿Cuáles son los retos que nos planteamos ante las nuevas formas de gestión de los cuidados?". *Foro de gestión e innovación sanitaria, "Gestión de los cuidados"*. Madrid. 16 de Enero de 2000.
- URIZ URZAINQUI, JAVIER. "Recursos humanos; de concepto anticuado a creador principal de valor". *Harvard DEUSTO BUSINESS Review.* Ediciones Deusto. Referencia nº 1577.
- VACAS GUERRERO, MERCEDES. 2000. "Gestionar el proceso de cuidar; una propuesta para innovar la prestación de cuidados". En "*XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente*". AEED. Fundación MAPFRE Medicina. Madrid.
- *Gestión clínica de los cuidados de enfermería.* 1999. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Federación Española de Gestión Sanitaria. Madrid.

## 18. Pilar Vilagrasa, Directora de la Fundació Albà de Barcelona

***"La investigación enfermera, por no ser investigación en ciencias básicas, ha carecido durante tiempo de consideración e impacto."***

Antes de responder a las preguntas planteadas, me gustaría sintetizar algunas condiciones que, a mi parecer, dificultan que los cuidados se hagan visibles en el sistema sanitario y en la sociedad.

El principal problema, desde mi punto de vista, es que las actuales estructuras de gestión sanitaria, especialmente la hospitalaria, no se centran en la atención de las personas, familias y grupos con problemas reales o potenciales de salud. En nuestro país aún hoy en día los sistemas organizativos giran en torno a las patologías y los costes, a pesar de que el marco de referencia descrito, ya sea desde el punto de vista legal, ético o profesional, define la promoción, la preservación de la salud y la ayuda a morir con dignidad y plantea la atención desde un punto de vista global de la persona. Los modelos actuales de gestión en las instituciones sanitarias son funcionales, sirven objetivos de eficiencia, son burocráticos, apoyan la división del trabajo, fomentan la cuantificación, la orientación hacia las tareas, prestan poca atención a la calidad de los cuidados, al desarrollo profesional y al bienestar del personal que trabaja en ellas y especialmente a los profesionales que cuidan, las enfermeras.

Así, a pesar de que desde finales de los años setenta, momento en el que la formación enfermera pasó a ser universitaria, la formación de las enfermeras incluye la formación de modelos de enfermería para la gestión, la asistencia y la investigación, dado que el modelo de gestión de los centros sanitarios sigue orientado hacia la enfermedad, la orientación de los servicios, sobre todo los hospitalarios, sigue organizada en torno a los servicios médicos. La atención se centra en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, en el proceso de curar. Esta organización hace que las enfermeras afronten ambivalencias continuamente, dado que su profesión se centra en el cuidado integral de la persona, pero la organización les pide que se centren en la patología. Así, a pesar de la modificación de los contenidos curriculares, los futuros profesionales durante sus periodos de formación clínica no pueden contrastar sus conocimientos teóricos. Por eso, las enfermeras se encuentran en situaciones ambivalentes:

- Por un lado está el compromiso con la sociedad y con la profesión; la formación recibida capacita para tomar decisiones en lo relacionado con los cuidados. Cuidar de las personas y familias, es el núcleo de la profesión. Ello se lleva a cabo en un proceso de atención de enfermería, con diagnósticos y objetivos de cuidados concretos que ayudan a la persona sana a prevenir y mejorar su nivel de salud, a la persona enferma y a su familia a recu-

perarse o a vivir con la enfermedad de la forma más saludable y cuando esto no es posible, a confortarles y acompañarles en el proceso de muerte.

- Del otro, la dificultad de la toma de decisiones de cuidados. En la asistencia es muy difícil tomar decisiones de cuidados dado que el trabajo no se plantea desde el marco de referencia propio de enfermería y por ello la autonomía profesional de la enfermera en la toma de decisiones es muy escasa y casi exclusivamente individual de cada enfermera. La gestión desde marcos conceptuales de cuidados permitiría que las enfermeras gestoras junto con las asistenciales diseñaran sistemas de trabajo y estrategias adecuados a la situación de las personas y familias, al objetivo de cuidados marcado, a la intensidad de cuidados requerida, aplicando las técnicas de cuidados adecuadas en cada situación y los recursos disponibles, en un entorno concreto.

La aportación de los cuidados a la mejora de la salud, de la dependencia, de las dificultades que tienen las personas o las familias en afrontarlas, en el manejo de los recursos, en la consideración del entorno donde vive la persona o donde se lleva a cabo el cuidado son aspectos que no han sido suficientemente valorados por el sistema de salud, ni tampoco son conocidos por la sociedad en general y que tiene escaso eco en los medios de comunicación. Hay que tener en cuenta que en nuestro país no se evalúan de forma sistemática ni institucional los resultados de la aplicación del trabajo enfermero. La investigación enfermera, por no ser investigación en ciencias básicas ha carecido durante tiempo de consideración e impacto. Las propias enfermeras han investigado poco y los medios de comunicación no se han hecho eco de sus hallazgos. Sin embargo, cada vez con mayor fuerza y rigor, hay líneas de investigación que demuestran la aportación concreta de las enfermeras al sistema sanitario. Hoy hay evidencia de que la eficacia de una medicación, de una técnica quirúrgica, un tratamiento, dependen en un porcentaje determinado de los cuidados prescritos y realizados por las enfermeras. Hay estudios que valoran la influencia de la autonomía profesional, la relación de paciente-enfermera o la titulación de los profesionales que dan los cuidados directos en los índices de mortalidad y morbilidad de algunos problemas de salud. Es necesario reforzar estas líneas de investigación en nuestro país.

La aplicación de modelos de enfermería en la gestión de los servicios sanitarios, sin duda, es necesaria para que se realice el cambio en el enfoque del paradigma sobre la salud, tal y como recoge nuestra legislación y las normas de ética profesional. No basta con hablar de la humanización o personalización de la atención. Es necesario que las enfermeras, que son las portadoras del conocimiento, la experiencia y la práctica en los cuidados, sean tenidas en cuenta en el diseño de las estructuras y en todo lo relacionado con la salud.

El cuidado que las enfermeras proporcionan a las personas, familias y grupos se enmarca en torno a unos conceptos que no son unívocos, en conceptos como la salud o el cuidado. Las enfermeras entre sí y los usuarios y familias pueden tener diferentes formas de entenderlos. Al mismo tiempo el cuidado está íntimamente relacionado con los valores y creencias que a su vez también pueden diferir. Por último el entorno donde se prestan los cuidados, ya sea un hospital, un domicilio, un centro de atención primaria, un centro sociosanitario, una residencia… y los recursos disponibles también influyen notablemente en la prestación de la atención. Todo ello hace que la magnitud y los problemas éticos con que se enfrentan las enfermeras en su trabajo diario sean muy diversos. Para poder garantizar las mejores respuestas es importante tener el grado de autonomía profesional que permita hacer una valoración completa de la situación, incluyendo su perspectiva ética, y poder reflexionar y discutir, siempre que sea posible, con la persona cuidada acerca de las alternativas posibles y sus deseos e identificar la mejor manera de ayudarle a decidir mejor.

De ahí que se planteen tres grandes grupos de dilemas:

1- **Los relacionados con el hecho de atender las necesidades de salud** para el mantenimiento y fomento de la vida de las personas sanas o enfermas, manteniendo el máximo nivel de autonomía, entendida ésta como la capacidad de tomar decisiones, la voluntad de tomarlas, la fuerza para ejecutarlas y el conocimiento necesario para tomar la más adecuada según el momento y la circunstancia.

¿Cómo cuidar de la persona enferma y su familia, cuando 75% del tiempo de las enfermeras se dedica a ejecutar actividades técnicas derivadas de proceso médico?; ¿cómo personalizar los cuidados y dar continuidad si no se han identificado los diagnósticos enfermeros relacionados con el diagnóstico o diagnósticos médicos, o no se han consensuado las actividades que deben hacerse para solucionarlos? Éstos son dos de los interrogantes que deben resolver a diario las enfermeras en su práctica clínica, a menudo sin la ayuda institucional necesaria.

2- **Los relacionados con el derecho a la información** durante todo el proceso. La falta de comunicación entre los profesionales, sobre todo entre médicos y enfermeras, que atienden al enfermo es una de las principales fuentes de dificultad en la información. Además, dada la orientación del sistema en el proceso médico, la información suele centrarse en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y no en la dependencia ni los cuidados necesarios; la información suele ser una actividad puntual en lugar de un proceso y la información suele buscar la aceptación más que

la comprensión. La información es uno de los principales problemas éticos que se afrontan en las unidades asistenciales y que requeriría una atención especial por parte de gestores y asistenciales, aun cuando sólo se pretendiera cumplir con lo legalmente establecido, es decir, con el consentimiento informado. La enfermera, por ser quien está más cerca y más tiempo con el paciente, por ser quien le aplica los tratamientos y administra las prescripciones médicas, no puede ser un elemento moralmente neutro en relación a la información sobre el pronóstico, diagnóstico y tratamientos médicos.

¿De qué, cuándo y dónde debe informar la enfermera durante el proceso si el enfermo y/o la familia le preguntan? ¿Cómo informar al enfermo respetando su intimidad en habitaciones compartidas? ¿Es correcto éticamente informar al enfermo durante el pase de visita, con 10 o más personas a su alrededor? ¿Lo es informar al paciente sobre un mal pronóstico y no hacer ningún tipo de seguimiento sobre las necesidades y los dilemas que se le pueden plantear? ¿Cómo establecer el proceso de información cuando hay disparidad entre el paciente y su familia? La enfermera, ¿debe responder cuando el enfermo o su familia le preguntan sobre los efectos adversos de una medicación? ¿debe consentir que una persona vaya al quirófano sin tener constancia de que ha sido suficientemente informada?.

3- **Los derivados de la organización de los servicios**. Como ya se ha dicho a lo largo de este seminario y yo misma he escrito al inicio de mi aportación, la organización de los servicios actual está centrada en la patología y ello es causa de conflictos éticos que a mi entender se pueden agrupar en dos grandes bloques. En primer lugar, la organización de las unidades en los hospitales se centra en los profesionales que prestan sus servicios en ellos, especialmente médicos y enfermeras, y no en el enfermo. Las rutinas diarias, visitas, la atención…se organizan en torno a las necesidades de quienes trabajan y no tanto considerando la vida particular y necesidades de los pacientes usuarios y/o familiares. En segundo lugar, la planificación de las unidades asistenciales no se organiza en torno a la intensidad de cuidados de enfermería requeridos, sino que se hace en torno a las patologías o incluso al número de pacientes. Dos enfermeras pueden tener a su cargo un mismo número de pacientes con diagnósticos médicos similares pero sin embargo con niveles de dependencia muy diversos. Hay enfermos con alta dependencia de enfermería y de baja dependencia médica, por ejemplo los ancianos, enfermos con enfermedades neurológicas. Es frecuente que la baja dependencia médica se traduzca en una disminución de la ratio enfermera-paciente lo que conlle-

va una infra-atención en las dependencias y problemas de salud que no son consecuencia directa del diagnóstico médico por el que está siendo atendido y es frecuente que la dependencia y las necesidades del paciente se cubran desde la óptica médica.

Cuando la persona no puede beber por sí misma, ¿se debe recurrir a la vía endovenosa? ¿Cómo hacer para que la inmovilidad necesaria después de una intervención quirúrgica no conlleve problemas respiratorios o circulatorios cuando estos cuidados no están contemplados en los protocolos y por ello no hay personal para ayudarle a levantarse o movilizarse en cama? Cuando un enfermo no ha dormido, ¿se le debe despertar a las 6 de la mañana para arreglarle, según las normas de la unidad, porque a las 8 se realiza el pase de visita? ¿Cómo incluir a la familia en el cuidado y aprendizaje de nuevas técnicas que deberá realizar en el domicilio si no hay un tiempo contemplado para ello?

En definitiva, creo que la aportación de las enfermeras es uno de los pilares esenciales de la atención sanitaria no tan sólo por el trabajo que realizan, sino porque los conocimientos profesionales enfermeros pueden ayudar en gran manera a reorientar el modelo sanitario hacia el paciente, usuario y familia. Buscar las mejores formas de llevar a cabo cuidados, tanto en la vertiente asistencial como en la gestora, además de mejorar la calidad de la atención puede ser de gran ayuda para la resolución de dilemas y problemas éticos, ya que cuidar es sobre todo una forma de hacer. La ética basada en los Principios y Derechos proporciona pautas y guías de actuación, es decir, nos ayuda a saber qué debemos hacer, pero la Ética del Cuidado que proporciona formas de actuar nos ayuda a saber cómo debemos hacerlo. Ambas son las bases éticas de la atención sanitaria y en ambas es imprescindible la participación activa y autónoma de las enfermeras.

Para terminar mi aportación, utilizaré parte de un texto que realicé como prólogo al libro de J. Riehl-Sisca, 1992. *Modelos conceptuales de enfermería:* "La enfermera preocupada por el origen, la elaboración y la utilidad de los modelos de enfermería está obligada a ampliar sus conocimientos de filosofía; ella abre las puertas del saber y del conocimiento, permite identificar y definir conceptos, creencias y asunciones que sostienen la vida humana y la educación. Estos conceptos constituyen la razón de ser de la enfermería y configuran la base de su evolución y desarrollo."

## A MODO DE CONCLUSIÓN

Al realizar esta síntesis de las principales ideas tratadas durante el seminario no pretendo en forma alguna sustituir la lectura particular de cada uno, mas al contrario estimularla si es el caso. Sin embargo, creo importante dejar apuntadas algunas cuestiones que surgieron a lo largo del seminario. Las aportaciones de las ponentes y de las asistentes relacionaron los dilemas, problemas y cuestiones éticas que las enfermeras afrontan hoy en día, la gestión en la asistencia directa, con la duplicidad de modelos o marcos de referencia que conviven en las instituciones sanitarias. A pesar de los múltiples posicionamientos legales, políticos y profesionales en favor de una asistencia basada en un concepto de salud integral y en la atención centrada en la persona, la mayoría de instituciones sanitarias siguen regidas por un modelo de atención basado en la enfermedad y en consecuencia organizado en torno a especialidades médicas. En este escenario, el cuidado es una actividad poco considerada que queda al arbitrio personal de quien lo realiza y que no se tiene en cuenta en cuanto a los recursos necesarios para llevarlo a cabo, como tampoco se evalúa su resultado. Por otro lado la percepción de las enfermeras de los problemas o dilemas éticos es más aguda al tener en cuenta los cambios tan importantes realizados en la enfermería en los últimos años. Hoy en día, el paradigma profesional que sustenta los valores éticos y, en consecuencia, los actos enfermeros, está centrado en la idea de la persona como agente moral autónomo, de la salud como bienestar y del cuidado como la ayuda a apoyar y/o capacitar a las personas con necesidades reales o potenciales relativas a su salud. Ello significa que la autonomía de la persona enferma, sus necesidades de salud y su implicación personal, su intimidad y confidencialidad, el respeto por las diferencias, las implicaciones culturales en las necesidades de salud… están presentes como aspectos inherentes del cuidado profesional de la enfermera, aunque a menudo el enfoque de los servicios fomenta el trabajo por tareas, porque está localizado en la patología y en la curación. Así, el cuidado está aún centrado en la enfermedad y en sus signos y no en la persona y sus necesidades de salud, siendo esto una importante fuente de conflictos éticos.

Se señaló la importancia de que los valores del cuidado impregnen la filosofía y el proyecto institucional, de forma que la aportación enfermera sea evidente desde la gestión y organización de los servicios. De las intervenciones puede extraerse la idea de que el compromiso ético hacia el enfermo-usuario y su familia no es sólo una cuestión particular de cada enfermera. De ahí que la responsabilidad de las enfermeras gestoras coincida con la de las enfermeras

asistenciales en proporcionar los cuidados con la máxima excelencia. La tarea de la gestora enfermera gira en torno a apoyar a la enfermera asistencial en el desempeño del cuidado, diseñar conjuntamente estándares de atención, dotarla del soporte necesario, formación y capacitación profesional y recursos necesarios; es decir considerar el trabajo en equipo intradisciplinar como una cuestión de corresponsabilidad hacia la propia profesión, hacia la institución en la que se trabaja, hacia los enfermos, usuarios y familias que se atienden y por supuesto hacia la sociedad en conjunto que tiene que ver los beneficios de disponer de cuidados profesionales enfermeros como ayuda a una vida más saludable. Es decir, el cuidado debe ser visible, desde la atención directa como desde la filosofía, estructura y organización de los servicios e instituciones, como valor profesional pero de forma mucho más relevante como valor social.

En definitiva se trata de ser cada vez más conscientes de la interrelación entre la ética y todas y cada una de las acciones que se realizan. El análisis ético no puede separarse del análisis profesional, ya que la ética se inserta en todas y cada una de las acciones profesionales. Evidentemente el análisis profesional no puede separase del contexto cultural en el que se desarrolla; cuidado y cultura van de la mano. La gestión del cuidado, entendiendo la palabra gestión desde su concepción más amplia, que abarca tanto a la enfermera gestora como a la enfermera que realiza los cuidados directos, puede ser, y ya es en algunos centros, un elemento esencial para la mejora de la atención sanitaria; una contribución específica al resto de profesionales sanitarios ya que aporta conocimientos sobre el cuidado como un acto inherente en cualquier relación humana, conocimientos necesarios pues para el desarrollo de otras disciplinas como la medicina o el trabajo social, y una contribución a la sociedad en general ya que trata sobre las necesidades humanas para el mantenimiento de la vida relacionadas con el proceso de salud y de enfermedad. De todo ello somos responsables las enfermeras en cualquiera de nuestros ámbitos de actuación.

Del seminario surgieron múltiples cuestiones para debates posteriores; de entre ellas señalo las que a mi parecer son relevantes, sin menoscabo de que el lector encuentre otras:

- La investigación enfermera que evidencie los resultados del cuidado.
- El trabajo en equipo entre gestoras y asistenciales que afiance la autonomía profesional en el ámbito de las decisiones de cuidados.
- La responsabilidad de colaboración con el resto de profesionales sanitarios en la mejora de la salud.

- La profundización en la comprensión del cuidado como el fenómeno humano que ayuda a convertir las relaciones interpersonales en relaciones de ayuda.
- La capacitación ética continua de los profesionales para poder responder a las demandas sociales y a los dilemas éticos de la atención a las personas con problemas de salud y/o afrontamiento a la discapacidad o muerte.

Montserrat Busquets Surribas

## PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO

**Ponentes**

- Mercedes Ferro, Directora del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier de Pamplona.
- Núria Cuxart, Vicepresidenta del Col·legi d'Infermeria de Barcelona.

**Moderadora**

Montserrat Busquets, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona y miembro del Patronato de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

**Especialistas invitados**

1. Pilar Antón, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona.
2. Ramon Bayés, Catedrático de Psicología Básica de la Universitat Autònoma de Barcelona.
3. Rosa Mª Blasco, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona.
4. Esther Busquets, Institut Borja de Bioètica.
5. Victoria Camps, Presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
6. Mariona Creus, Presidenta del Col·legi d'Infermeria de Barcelona.
7. Margarita Esteve, Directora de Enfermería del Hospital de Mataró.
8. Maria Gasull, Profesora de la Escuela de Enfermería del Hospital de Sant Pau de Barcelona.
9. Judith Gispert, Responsable higiénico-sanitario de la Fundació Albà de Barcelona.
10. Clara Gomis, Profesora de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Ramon Llull.
11. Lluïsa González, Directora de Enfermería del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
12. Núria Gorchs, Secretaria Ejecutiva del Centro de Estudios del Envejecimiento de Catalunya.
13. Mª Francisca Jiménez, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.

14. Rosa López, Ambulatorio Área Básica la Gavarra, Cornellà.
15. Cristina Martínez, Presidenta de la Associació Catalana de Llevadores.
16. Dolors Obiols, Profesora de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universitat Pompeu Fabra.
17. Begoña Román, Profesora de la Facultad de Filosofía de Catalunya, Universitat Ramon Llull.
18. Mercè Salvat, Secretària de la Associació Catalana d'Infermeria.
19. Jesús Sanz, Presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.
20. Pilar Vilagrasa, Directora de la Fundació Albà de Barcelona.

## Títulos publicados

11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

## Otras publicaciones

*Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*

*Percepción social de la biotecnología*

**FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS**
Jesús i Maria, 6
08022 Barcelona ESPAÑA
TEL. +34 935 710 410  FAX +34 935 710 535
fundacio.grifols@grifols.com
www.fundaciongrifols.org