



... de los procedimientos de selección de la población del sistema sanitario. Actualmente se observa un aumento del número de servicios médicos ofrecidos por medio de unidades de atención al paciente en el domicilio y una mayor atención a la calidad y no sólo a la duración de la vida.

En usuarios informados, y para evitar procedimientos de selección de la población del sistema sanitario, es necesario que el sistema de atención al paciente sea libre elección de médico por el paciente. Esta libre elección ha de tener una serie de limitaciones lógicas que impidan el aumento de costes y el oportunismo de los pacientes y permitan la continuidad de la atención a través de la historia clínica del paciente.



Neumann-Morgenstern que permite la teoría de la utilidad esperada consistir en un criterio de elección racional entre alternativas sanitarias incompatibles (*). Entrar en esta línea de práctica del análisis coste-efectividad con la Economía del Bienestar.

Para una segunda estrategia (Culver, 1989) y los AVACs pueden utilizarse como medio del producto se relega a un plano secundario el que las dimensiones que se consideran en los AVACs desorden las tradicionalmente consideradas en Economía del Bienestar. En efecto, bajo la perspectiva normativa de la Economía del Bienestar.

9 Para un tratamiento asequible y riguroso de estos temas ver los capítulos 2 y 3 de este libro.

Las enfermeras para el tercer milenio

Rosamaría Alberdi Castell*

RESUMEN

Este artículo, que reproducimos casi en su integridad, fue expuesto como comunicación oral en las XIII Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D. —Asociación Española de Enfermería Docente— que tuvieron lugar en Sevilla, en diciembre de 1992. En él la autora reflexiona sobre temas «nucleares» para la profesión enfermera, pero previamente expone su predisposición anímica al escribir habida cuenta de que vuelve a ser su reencuentro con temas como la Enfermería, la Sanidad... tras el período de trabajo en la Expo'92. Los lectores interesados podrán encontrar en sus páginas respuestas ágiles e imaginativas a las siguientes preguntas: ¿Quién será enfermera? ¿Cuál será el marco conceptual que guiará su acción...? ¿Qué aportará al trabajo sanitario...?

I. INTRODUCCIÓN

Antes de empezar a tratar sobre el tema de mi conferencia, quisiera hacer un par de comentarios en relación a la perspectiva desde la que he realizado el trabajo y al tema del mismo.

Nunca como hasta ahora había sentido tanta distancia entre el encargo de una charla y la realización de la misma. En realidad, el tiempo cronológico no fue tanto porque desde la invitación formal del comité hasta hoy, no han pasado sino 5 o 6 escasos meses. Pero como saben, el tiempo cronológico, lo que marcan el calendario y el reloj, no siempre se percibe igual ya que depende en gran manera del ritmo en que se desarrollen las circunstancias vitales de cada cual. A veces, cinco minutos son la eternidad y, en ocasiones, giras la vista atrás y no puedes creer que cinco años hayan pasado tan rápidos.

En este caso, mi vivencia del tiempo ha estado fundamentalmente condicionada por mi trabajo en Expo'92. Ahora, ya de regreso, estoy pasando aún por el difícil paso de la adaptación a una realidad y a unos ritmos de los que, aún siendo los míos, he estado alejada un largo, por intenso, tiempo.

Esta conferencia es, pues, el primer resultado de mi reencuentro con los te-

mas (la Enfermería, la Sanidad, las enfermeras...) que constituyen la base fundamental de mi trabajo desde hace años. Y como en todo reencuentro deseado, creo que en las propuestas y reflexiones que contiene hay mucha confianza y también ¡cómo no! una buena dosis de incertidumbre.

Diferenciándonos radicalmente de las otras especies, las personas somos capaces de situar nuestro deseo más allá de lo inmediato, imaginando qué haremos, qué tendremos, qué seremos, mañana, dentro de un año o cuando «seamos mayores»...

Pero una cosa es que yo sea capaz de imaginar, que lo soy, y otra muy distinta que sepa trazar un panorama profesionalmente deseable para las enfermeras.

Por suerte, cuando estaba más encasquillada respecto a mi capacidad para hablar del futuro profesional, vino a salvarme un fragmento del poema «Palabras» de Anna Puig, que dice:

De palabras están hechos
los recuerdos y el futuro...»

Así pues, lo que les presento es el resultado del esfuerzo por poner en palabras mi visión de las enfermeras del año 2000 que, como todo proyecto de futuro común, sólo adquirirá su verdadero sentido y dimensión a través de la discusión y de la intervención de muchos otros profesionales.

*Enfermera. Sevilla.



Revista ROL de Enfermería n.º 178
dominicalia

• ¿Enfermería en...



Dicha visión lo que propone fundamentalmente es un planteamiento ideológico, que intenta responder a las tres preguntas claves que considero deben de hacerse sobre el futuro: ¿Quién será enfermera...? ¿Cuál será el marco conceptual que guiará su acción...? y ¿Qué aportará al trabajo sanitario...?

Situarse en una perspectiva ideológica, en vez de en una estratégica o funcional tiene, por supuesto, ventajas e inconvenientes.

Las ventajas fundamentales son que lo ideológico:

- No está sujeto a variables de cambio acelerado porque tiene que ver con los valores vitales básicos.
- Permite tener referencias éticas con las que contrastar las políticas y estrategias a desarrollar.
- Orienta la acción, ayudando considerablemente a la selección de los instrumentos para llevarla a cabo.

Las desventajas son principalmente dos:

- No proporciona «recetas» y, por tanto, deja al ejecutor enfrentado al vacío de la actuación concreta, situándolo delante de la necesidad de

construir los instrumentos y validarlos.

—No está de moda. Es una perspectiva poco usual y a causa de ello fácilmente devaluable (por poco eficaz, por alejada de la realidad), en el entramado de valores actuales del sistema sanitario, tan centrado en cuestiones de gestión...

Para empezar mi conferencia quiero comentarles que el título de la misma, de ningún modo ha sido seleccionado de forma azorosa ni superficial.

Yo, así lo he entendido. He sido convocada por la AEED para hablar de qué rol podrán desarrollar en el futuro aquellos profesionales que elijan tener como eje de su trabajo la prestación de cuidados de salud, o sea, aquellos que se decidan a ejercer la profesión enfermera y se sienten identificados (gratificados, nombrados, representados...) con ella.

Con toda probabilidad, estos profesionales de los que yo quiero tratar no serán los únicos que existirán como descendientes directos del colectivo actual e incluso puede que no sean ni los más importantes.

Siempre habrá otros profesionales, absolutamente necesarios, cuyo trabajo girará alrededor de la técnica o de la ayuda y colaboración a las tareas de diagnóstico y terapéutica. No sé cómo se denominarán y deseo de verdad que encuentren el nombre que los nombre y sepan definir con claridad el espacio que les será propio. No duden de que si ellos lo hacen, estarán colaborando a que las enfermeras definamos el nuestro.

Los objetivos que deseo haber alcanzado al terminar mi conferencia, son:

- 1) Reflexionar sobre quiénes serán las enfermeras del siglo XXI, haciendo

énfasis en las características que la definirán.

- 2) Proponer un marco de referencia para el desarrollo de su trabajo.
- 3) Analizar qué aportaciones podrán y deberán hacer a la responsabilidad social del cuidado de la salud.

Al segundo apartado de mi conferencia lo he denominado...

II. Más que enfermera y menos que médico

Con esta frase intentó explicar mi amiga Lina García, en qué consistía la carrera de A.T.S. que ella acababa de iniciar. Yo he querido tomarla como título de este apartado en el que voy a tratar de las enfermeras del siglo XXI, porque considero que ella, en su inexperiencia, supo definir perfectamente lo que ha sido la carrera de ATS: un escalón intermedio que no permitía llegar a casi ninguna parte.

Afortunadamente para la Enfermería y las enfermeras, Lina, muy pronto encontró otras definiciones y ahí está enseñándolas a sus alumnos.

Una mirada dirigida ahora mismo al colectivo que denominamos de **profesionales de la Enfermería**, nos lleva a la impresión general de que **gran parte de quienes lo forman están desorientados** y no saben hacia donde dirigir sus esfuerzos para conseguir el desarrollo profesional.

Los motivos de esa desorientación son varios y todos tienen que ver, en mi opinión, con dos cuestiones que a su vez se relacionan entre sí:

- **La pérdida de la identidad como cuidadores.**
- **La desvalorización de la aportación profesional.**

Para centrar la reflexión sobre la actual situación, me parece que sería bueno intentar contestar a la pregunta ¿en qué momento se perdió el objetivo profesional que define a las enfermeras...?

A mi modo de ver, las enfermeras perdieron el objetivo profesional cuando se convirtieron en ATS.

Las personas somos capaces de situar nuestro deseo más allá de lo inmediato

En aquel momento, nadie debe olvidarlo, existía una mala imagen social de la profesión enfermera, derivada fundamentalmente de la escasa formación que se exigía a sus miembros y de su fuerte asociación con el estereotipo femenino.

La puesta en marcha de los estudios de ATS, dejando aparte las circunstancias sociales, técnicas y de desarrollo del sistema sanitario que indudablemente influyeron en su aparición, significó, sin duda, para muchos profesionales de entonces, un camino de dignificación de la profesión.

Seguramente se hubiera podido conseguir ese objetivo de dignificación de la profesión enfermera, sólo con llenar de rigor sus contenidos formativos y con profesionalizar las actuaciones de sus integrantes, sin necesidad de pasar por la creación de un nuevo título... Pero eso queda como una posibilidad que nunca sabremos si hubiera sido cierta.

La verdad es que casi siempre que se desea borrar parte de alguna Historia (con H mayúscula...), sin querer, se emborrana toda la Historia.

Y en mi opinión, eso fue lo que pasó con las enfermeras. Al intentar borrar lo malo, se nos fueron, a gomazos, cosas fundamentales. Se nos fue, en primer lugar el nombre y luego, el punto de referencia que guiaba y justificaba las acciones. Y a partir de ahí, situados en un terreno de nadie que tampoco supimos hacer nuestro, nos embarcamos en una tarea de construcción destinada al fracaso porque no existía un modelo profesional común para la mayoría del colectivo y porque gran parte del mismo seguía uno (el bio-médico) que yo considero equivocado.

La segunda cuestión que creo debe considerarse a la hora de valorar el origen de la actual confusión del colectivo enfermero español, es la desvalorización de la aportación profesional. Yo ya he trabajado en varias ocasiones este tema con amplitud por lo que hoy me voy a limitar a apuntar un par de ideas al respecto.

La primera de ellas es que la desvalorización es doble. Por un lado, está la interna, la de los propios profesionales respecto a su aportación al sistema sanitario. Ésta es, sin duda, la más importante porque de ella depende, en gran medida, la externa; la que impregna a los otros componentes del sistema sanitario y a la sociedad.

La desvalorización «interna» se produce fundamentalmente porque los profesionales, como la sociedad, identifican a la Enfermería con el estereotipo feme-

¿Qué rol podrán desarrollar en el futuro aquellos profesionales que elijan tener como eje de su trabajo la prestación de cuidados de salud?

nino. Dicha identificación condena a quienes la sostienen a ocupar siempre una posición de «objeto» carente, por tanto, de palabra y de responsabilidad.

El otro motivo básico de la desvalorización que sienten los profesionales de la Enfermería respecto a su trabajo es que éste no consigue el reconocimiento que obtienen, con relativa facilidad, otras profesiones.

Efectivamente, al contrario que en el caso de la Medicina, la Ingeniería o incluso la práctica del deporte, los logros que obtiene la profesión enfermera nunca tienen trascendencia social reconocida.

A las enfermeras nos pasa como a aquellos estudiantes que por su capacidad tienen acostumbrado a todo el mundo a que siempre obtienen buenas notas. Por eso, sólo son «noticia» cuando, en alguna ocasión, suspenden. En relación a la práctica de la Enfermería, el interés informativo es sólo cuando hay conflictos o se transgrede, de forma manifiesta, alguna norma legal.

Para salir de la espiral de frustración a que están abocados los que pretenden obtener del trabajo enfermero la valoración que consiguen otras profesiones más «brillantes» socialmente, **es necesario interiorizar (aceptar en lo profundo) que lo importante no es tanto la valoración que se obtiene de fuera, sino la propia y la de los iguales.**

La propia se consigue fácilmente con la simple percepción de la utilidad del trabajo cara al OTRO a quien cuidamos. Situar a ese Otro en una posición de sujeto, capaz de opinar y valorarnos quita «magia» quita elementos taumatúrgicos a nuestro trabajo pero permite algo mucho más importante, permite reconocernos en el reconocimiento del OTRO.

La valoración de los iguales, la del propio grupo, es mucho más difícil porque, ahora mismo, los enfermeros españoles aún tenemos por definir quién compone el «propio grupo»

Yo sé que mis planteamientos pueden parecer exagerados y que se podrá decir que en los últimos años las cosas han cambiado mucho y que no hay razón para mostrarse tan radical. Yo comparto plenamente la impresión de que se ha avanzado mucho en relación a los contenidos de las reuniones profesionales y a los trabajos que realizan y publican las enfermeras en España. Efectivamente, han ganado rigor y profundidad y muchos de ellos se orientan a analizar facetas profesionales y no sólo a cuestiones técnicas.

Pero si bien eso es así, también es cierto que una gran parte del colectivo aún no ha aceptado (y en mi opinión, jamás lo hará...) nombrarse como enfermero, que hay una clara ausencia de líderes profesionales y que las páginas de nuestras revistas están llenas de propuestas y estrategias de los que, aun sin saberlo ni quererlo, sitúan como eje de su trabajo el diagnóstico y el tratamiento en lugar de los cuidados.

Tal como he apuntado hace un momento, los motivos de la desvalorización por parte de la sociedad en su conjunto y, por tanto, del subsistema social que es la sanidad, son los mismos que provocan la desvalorización de los propios profesionales.

Las consecuencias de tal carencia de valor social se manifiestan fundamentalmente en dos aspectos: la limitación de las posibilidades de responsabilidad que se ofrecen a las enfermeras y la falta de resonancia de la voz profesional. En resumen, se nos excluye de muchas tareas y responsabilidades por la sola circunstancia de nuestra titulación, impidiéndonos demostrar si tenemos la capacidad de desarrollarlas. De igual modo, el discurso propio de las enfermeras sobre la salud y su cuidado, difícilmente encuentra caminos de expresión que lleguen más allá del ámbito más cercano.

Hasta aquí he hecho un breve análisis sobre cómo el entrelazamiento de las variables profesionales y sociales, han ido conduciendo a ese gran colectivo que llamamos «profesionales de Enfermería», y que está compuesto en una gran parte por ATS, a su actual situación de desconcierto.

La mirada retrospectiva era necesaria dado que estoy convencida de que sólo con los pies firmemente asentados en la realidad de la Historia y el presente, podemos proyectar el pensamiento hacia el futuro.

Pero ha llegado el momento de intentar contestar a la pregunta sobre ¿quiénes, de entre todos los posibles, serán las enfermeras del siglo XXI...?

¿En qué momento se perdió el objetivo profesional que define a las enfermeras...?

A mi modo de ver, enfermeras serán aquellos profesionales que hayan elegido como objetivo de su trabajo la prestación de cuidados, que se sientan identificados y reconocidos en la realización de ese ejercicio y que, por tanto, hayan recuperado el orgullo de cuidar.

Para tratar de terminar de responder a la pregunta formulada, voy a proponer una serie de características que, en mi opinión, permitirán identificar e identificarse a los que tengan vocación de cuidar...

Será enfermera...

—Aquella que tenga una «inclinación nacida de lo íntimo hacia...» la tarea de cuidar y que, en su ejercicio, se sienta reconocida y se reconozca.

Aquí, como en el poema de Carafis, lo importante es el viaje. En ese caso, lo que vale es la acción de cuidar porque es en ella, en el establecimiento de la relación personal y en la consecución de objetivos comunes, donde se puede encontrar la compensación necesaria.

—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 conseguir ser rápidamente sustituida en su tarea, o sea quien sea capaz de promocionar el auto-cuidado.

—La que considere que su aportación no está limitada por un titulado y sea consciente de que la perspectiva enfermera puede ofrecer elementos indispensables e insustituibles en todos los ámbitos de desarrollo de lo sanitario.

—Aquella 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.

Evitando confundirse en la búsqueda de ese otro reconocimiento, que sacia el YO personal pero que no nutre el SER profesional y que se obtiene en la iden-

tificación con otros modelos profesionales.

Por último, considero que será enfermera...

—Quien esté orgullosa de prestar cuidados profesionales y reivindique la escucha de la orientación cuidadora.

Estoy convencida de que en el tercer milenio, exactamente como pasó en el primero y aún en tiempos muy anteriores, el solo planteamiento teórico de su aportación no bastará para conocer a un profesional. Entonces, como ahora y como antes, independientemente de lo que puede decirse, a las personas se las conocerá por sus hechos y, sobre todo, por los motivos profundos que guían esos hechos.

Precisamente de eso, de los valores básicos que deben sostener la actuación profesional, trata el apartado número 3 de mi conferencia que he denominado...

III. Una propuesta de ética del cuidado o la vuelta a la acción guiada

Una de las características de nuestra sociedad que más condiciona sus perspectivas de futuro y que constituye un motivo de preocupación fundamental para muchos de sus integrantes, es el vacío ideológico que se percibe en muchos de los ámbitos de la misma.

Los motivos de esta situación de falta de ideologías o, al menos, de ausencia de mención de las mismas como sustrato de las conductas o las acciones de ellas derivadas, son variados y la mayoría de ellos tienen su origen en la reciente historia de nuestro país y en la evolución del pensamiento social del mundo occidental en la última mitad del siglo xx.

Como dice la Profesora Camps, a quien mencionaré en varias ocasiones en este capítulo ya que su libro «Virtudes Públicas» (1) me ha sido de gran utilidad para elaborarlo, «El resultado de la modernidad ha sido una inversión entre la contemplación y la acción: aquélla no guía a esta última, sino al revés. El garante del conocimiento es el experimento, lo que el hombre ha hecho. Y el criterio valorativo es la eficacia, la utilidad...»

(1) Campos, Victoria. «Virtudes Públicas» Espasa-Mañana. Editorial Espasa y Calpe. Madrid 1990.

Una de las consecuencias más evidentes de la carencia de ideologías es que, del mismo modo que ha ocurrido en el proceso de producción industrial, en nuestra sociedad se ha perdido la visión global de los procesos por parte de aquellos que intervienen en alguna fase de los mismos. Podría decirse que las acciones, incluidas muchas de las de relación, se han «automatizado», perdiéndose de vista el fin último que las justifica.

Esta característica que he dado en llamar de «automatización» ha impregnado de una forma profunda al sistema sanitario, haciéndolo llegar a situaciones que sólo pueden calificarse como absurdas. En este sentido quiero comentarles que mi experiencia como profesora de formación continuada de los profesionales del sistema sanitario, he tenido muchas ocasiones de comprobar la verdadera sorpresa de enfermeras y médicos, cualificados y responsables de su trabajo, ante la imposibilidad de responder, de forma coherente, a la ingenua pregunta sobre cuál es el motivo final de la realización de algunas de sus acciones cotidianas.

En este momento, por motivos diversos pero fundamentalmente por los relacionados con la contención de los costes y el aumento de la eficacia, los gestores del sistema sanitario están reflexionando en profundidad sobre la justificación y valoración de las acciones que en el mismo se realizan y existe un empeño importante en conseguir la «excelencia» de los procesos, entendiendo bajo ese concepto «aquello que una cosa debe tener para funcionar bien y para cumplir satisfactoriamente el fin al que está destinada».

Esta búsqueda de la «excelencia» (de la virtud), que actualmente es un objetivo común a la mayoría de las empresas de todo tipo, adquiere en el sistema sanitario una especial particularidad de-



rivada del hecho de que el trabajo que en el mismo se realiza no genera un producto concreto.

Para aclarar esta idea me van a permitir que utilice la clasificación que Aristóteles hizo de las actividades humanas. Para el filósofo, existen dos tipos de acción: la «poiesis» o acción productiva y la «praxis», aquella acción que posee valor, independientemente del producto obtenido.

En mi opinión, la «excelencia» de un trabajo que no genera un claro producto, que produce un «servicio» sólo puede buscarse en razón de la ética que lo justifica.

De este modo, el establecimiento de fórmulas de valoración de los procesos que se realizan en el sistema sanitario sólo tiene sentido si hace referencia a los fines últimos del mismo, o sea, a sus valores éticos.



Precisamente por ese motivo, considero que es indispensable que el trabajo de las enfermeras del siglo XXI, se inscriba claramente al modelo de comportamiento que, siguiendo a Victoria Camps, podríamos llamar «ética del cuidado».

María Moliner, en el «Diccionario de Uso del Español», define a la ética como al «conjunto de principios y reglas morales que regulan el comportamiento y las relaciones humanas».

Partiendo de esta definición cuando yo, persona profana pero interesada, hablo de la ética de las enfermeras, a lo que me estoy refiriendo es al conjunto de actitudes y comportamientos que sirven para discernir entre lo que está bien y lo que está mal, entre lo fundamental y lo intrascendente, y que ayudan a conocer qué debe interesarnos, qué debemos amar, qué debe ser enseñado y, en resumen, qué debemos considerar como deseable en el terreno profesional...

Por supuesto, yo no estoy de ninguna manera capacitada para hacer una propuesta del conjunto de valores que deben componer la «ética del cuidado» y, además, creo que ésta debe irse construyendo poco a poco, a través de la reflexión de todos los implicados en la construcción del sistema sanitario futuro y tomando como base las aportaciones de tantos pensadores que ya se han dedicado, desde variadas perspectivas, a hacer propuestas en este sentido.

Lo que sí quiero es dejar apuntadas tres ideas como contribución a esa necesaria construcción del marco de referencia de valores que deberá guiar el comportamiento, no sólo de las enfermeras, sino del conjunto del sistema sanitario del tercer milenio.

Las ideas que quiero aportar en relación a la «ética del cuidado», se refieren a su:

- orientación,
- valor máximo,
- concordancia con los valores considerados «femeninos».

La orientación hacia la que debe tender una ética del cuidado es a desarrollar una especial sensibilidad hacia las necesidades del Otro, hacia todo lo que favorezca la evolución armoniosa de lo humano.

Su valor máximo, la virtud básica, debe ser, como la de todas las ideologías democráticas, la justicia o mejor aún, la equidad.

Situar a ese «Otro» en una posición de sujeto capaz de opinar y valorarnos, quita «magia», quita elementos taumatúrgicos a nuestro trabajo, pero permite algo mucho más importante, permite reconocernos en el reconocimiento del Otro

Prefiero el término «equidad» compartiendo la opinión reiteradamente expresada por nuestro Ministro de Sanidad, ya que creo que el mismo entendido como «...justicia natural, como propensión a dejarse guiar por el sentimiento del deber o de la conciencia más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley», se aviene perfectamente con esa orientación hacia lo humano y sus necesidades que tiene la «ética del cuidado».

La última idea que quiero comentarles es en relación a la concordancia entre los valores que debe incluir una «ética del cuidado» y los que configuran la actual «cultura femenina».

Antes de pasar al desarrollo sobre la idea de la concordancia que acabo de mencionar, quiero dejar claras un par de cuestiones.

La primera es que considero que actualmente nadie, sea cual sea su perspectiva ideológica, puede negar que existe una diferenciación entre los modelos culturales y de relación que han desarrollado los hombres y las mujeres en nuestra sociedad.

El desarrollo de dichos modelos distintos encuentra su explicación en la diferente asignación de valores, responsabilidades y roles que históricamente han tenido hombres y mujeres. Los motivos fundamentales que esa asignación distinta de valores y roles nadie lo niega, han sido la relegación de la mujer al ámbito del hogar y la vida familiar y el asegurarse su subordinación en todas las esferas de poder. Por ese motivo, los valores que se consideraron «femeninos»

En nuestra sociedad se ha perdido la visión global de los procesos por parte de aquellos que intervienen en alguna fase de los mismos

eran y son mucho menos valiosos socialmente que los «masculinos».

Pero aun así, son valores, y su desarrollo en una realidad social y personal distinta a la de los hombres ha dado lugar a una cultura «femenina» diferente básicamente a la de los varones pero, con toda probabilidad, tan valiosa como modelo ético como la de aquéllos.

La segunda cuestión que deseo comentar es que, en contraposición a las ideas del Papa Juan Pablo II, expresadas recientemente en su encíclica «Mulieres Dignitatem» y a las de otros muchos autores, creo que no hay nada «intrínseco», «esencial» de la mujer en los valores femeninos. Para tener claridad al respecto es importante recordar constantemente que esos valores han sido asignados a la mujer desde fuera.

Por la orientación de la «ética del cuidado» que he definido como de «especial sensibilidad hacia las necesidades del Otro», creo que los valores que deben conformarla coinciden, en gran medida, con los que ha desarrollado la cultura femenina.

A continuación voy a tratar de justificar esta afirmación, haciendo un breve repaso a algunos de los valores de dicha cultura femenina.

Por un lado, hay unas virtudes incluidas en el estereotipo de género que, a pesar de su desvalorización social, son indispensables para el desarrollo de la «ética del cuidado». Me refiero a la paciencia, la falta de agresividad o de competencia, la discreción, la ternura, la receptividad...

Por otro, están los valores que la mujer ha ido adquiriendo por su situación frente a la realidad: siempre cercana, siempre en la necesidad de resolver los problemas inmediatos relativos al mantenimiento de la vida. Éstos son: el pragmatismo, la facilidad para establecer relaciones afectivas, la posesión de un lenguaje concreto, claro y preciso, y la posibilidad de utilizar la intuición...

Finalmente, y aunque pueda parecer que no, la larga experiencia de sumisión

que han padecido y padecen las mujeres también ha generado valores cuya necesidad de inclusión en la «ética del cuidado» me parece que están fuera de toda duda. Estoy hablando de la aceptación de la diversidad (que da el saberse siempre distinta al patrón), de la valoración de la dignidad (que es patrimonio fundamental de aquellos que han debido defenderla mucho) y de la capacidad para relativizar los valores absolutos, como el «Poder» o la «Verdad» (porque siempre han estado en manos de otros y han podido mirarlos con la necesaria lejanía...).

Por supuesto, no quiero que se entienda que yo estoy diciendo que la «ética del cuidado» deba estar compuesta exclusivamente por los valores que han sabido desarrollar las mujeres. Yo lo que propongo es que mujeres y hombres dirijamos una mirada crítica a esos valores «femeninos» para liberarlos de su carga negativa y para seleccionar conjuntamente aquellos que deben conformar la «ética del cuidado».

Una «ética» cuyas virtudes, desprovistas de su engañosa carga de género, produzcan un modo de acción lleno de potencialidades para cumplir los objetivos del trabajo sanitario.

Hasta aquí he intentado cumplir los dos primeros objetivos que planteé al principio de mi intervención y que eran reflexionar sobre:

¿Quiénes serán las enfermeras del siglo XXI y

¿Cuál podría ser el marco conceptual que guíe su acción?

Me queda por responder una tercera (¿qué aportarán las enfermeras del tercer milenio al trabajo sanitario?) y voy a procurar hacerlo en el último apartado que he denominado...

IV. Un juego entre personas

He elegido este nombre para el último apartado en reconocimiento a la que creo acertadísima clasificación que Daniel Bell hace de los tipos de relación predominantes en los distintos momentos de la sociedad. Distingue Bell tres etapas: la sociedad pre-industrial, industrial y post-industrial. En la primera de ellas, la vida humana consistía, dice, en un «juego contra la naturaleza»; en la segunda, era un «juego contra la naturaleza fabricada»; y en la tercera, es un «juego entre personas».

Si hay algo que sabemos del futuro es porque ya está en algún presente. Por eso, porque ya forma parte del presen-

te de los grupos humanos que,afortunadamente, tenemos futuro, sabemos que nuestro mañana se desarrollará en una sociedad de «servicios».

Yo, en este apartado en el que voy a tratar sobre qué aportarán las enfermeras del siglo XXI al cuidado de la salud, quiero tocar tres aspectos:

- La cartera de servicios enfermeros.
- Los mercados.
- Los ámbitos de actuación.

Al empezar a tratar sobre qué oferta pueden hacer las enfermeras a la atención de la salud o lo que es lo mismo, de qué cartera de servicios disponen, quiero comentar que en mi criterio, el «servicio» fundamental que pueden y deben ofrecer las enfermeras es su *perspectiva profesional*. La oferta básica, aquella de la que se derivan todas las demás, consiste en el tamiz de la orientación cuidadora, que es útil en cualquier ámbito de actuación sanitaria porque aporta una visión específica que puede ser aplicada de forma rigurosa y evaluable.

Es importante advertir aquí que esa característica que la Enfermería comparte con otras disciplinas, si bien en general representa una ventaja porque abre múltiples áreas de intervención laboral, también, en ocasiones, puede convertirse en un problema, ya que quien sirve «para todo» como ocurre con las enfermeras, fácilmente acaba convertida/o en «chica para todo» y eso, en una sociedad que valora prioritariamente la especialización, siempre es una desventaja. La segunda cuestión problemática derivada de ese «servir para todo» que les comento es que, junto al escaso margen de crecimiento académico y profesional de que disponen las enfermeras en este país, hace que se favorezca el trasvase de muchos profesionales valiosos hacia otras esferas de responsabilidad que les ofrecen mayores cotas de reconocimiento social.

Volviendo al tema de la «cartera de servicios enfermeros», creo que en este momento ya está en la mente de muchos de los profesionales la indispensable necesidad de ir definiendo, dejando abierto el campo para la ampliación constante, cuáles son esos servicios que pueden ofertarse.

Creo que para realizar esta tarea lo mejor es intentar responder, en primer lugar, a las siguientes preguntas básicas:

- ¿Qué se necesita...?
- ¿Quién lo necesita y en qué condiciones...?
- ¿Qué de ello pueden aportar las enfermeras...?

Para lograr contestar a estas preguntas de forma eficaz, las enfermeras deben recordar dos cosas importantes. La primera es que, como tantas veces se ha dicho, «sólo se ve lo que se conoce» y en relación a los «productos enfermeros» hay una profunda miopía tanto en la sociedad como en el sistema sanitario. Miopía a la que de ninguna manera son ajenos los profesionales ya que aún en este momento la mayoría de ellos no han advertido la necesidad ineludible de «vender» su producto.

La segunda cuestión a recordar tiene que ver con el lenguaje que los enfermeros deben emplear para poder ser escuchados. Como muy bien han demostrado las técnicas de «marketing», sólo se «oyen» aquellas ofertas que pueden satisfacer algún tipo de necesidad, sea esta básica o socialmente inducida.

Esta idea es aplicable tanto a los potenciales usuarios privados de los servicios enfermeros como al sistema sanitario.

Por sus actuales circunstancias el sistema sanitario está fundamentalmente interesado en escuchar ofertas que mejoren la relación servicio / costo. En mi opinión, las enfermeras tenemos unas enormes posibilidades de trabajo en este terreno y es urgente que nos pongamos a ello pero sin dejarnos confundir y recordando siempre que el objetivo del sistema sanitario y, por tanto, de cualquier trabajo que en el mismo se realiza, es conseguir la máxima eficiencia sanitaria y social y, como consecuencia no como premisa, la máxima eficiencia económica.

En relación al mercado donde las enfermeras del tercer milenio van a desarrollar sus servicios yo quiero apuntar sólo un par de ideas porque otras personas mucho más cualificadas que yo para ello han tratado este tema en los diferentes ámbitos profesionales.

La primera idea es la constatación de que debe perderse definitivamente la visión de un mercado «nacional». Europa no es sólo un mercado, pero para el tema de esta conferencia es fundamentalmente un mercado profesional en el que otros muchos ofrecerán servicios y ofertas interesantes.

La segunda cuestión tiene también que ver con el mercado europeo y con esa idea que antes les he comentado sobre que somos capaces de pensar en el futuro porque alguien, de pensamiento u obra, ya ha estado allí.

En este sentido, los países nórdicos fundamentalmente pero también nuestros más cercanos vecinos (los franceses

y los ingleses), llevan tiempo reflexionando y experimentando respecto a los posibles desarrollos de los mercados sanitarios.

En España, éste también es un tema al que los planificadores dedican gran atención.

Los modelos inmediatos de mercado sanitario en los que van a tener que desarrollar su trabajo las enfermeras del III milenio ya están descritos y, en algunos casos, implantados en situaciones relativamente cercanas (epidemiológica, demográfica y socialmente) a la nuestra. Las enfermeras no pueden seguir alejadas de ese debate fundamental ya que las decisiones que de él se deriven (sobre la financiación y provisión de los servicios y los mecanismos de incentiva-ción del mercado), afectarán de forma definitiva a las posibilidades de desarrollo de su trabajo.

Repasados someramente los aspectos relativos a la «cartera de servicios enfermeros» y al mercado, voy a dedicar este último tiempo de mi conferencia a tratar sobre los ámbitos de actuación de las enfermeras del futuro que viene.

Voy a empezar por los «otros ámbitos» dejando para el final el «ámbito» por excelencia, o sea, la prestación directa de cuidados.

En primer lugar quiero dejar fiel constancia de que las enfermeras deberán seguir desarrollando todas y cada una de las áreas funcionales relacionadas con su responsabilidad de cuidar que ahora mismo ya están ejerciendo. Me refiero, por supuesto, a la planificación, la gestión, la investigación y la formación.

Lo que pasa es que, a lo mejor, debe cambiar o sencillamente ampliarse la perspectiva desde la que éstas se llevan a cabo.

En relación a la planificación, que es el espacio en el que he trabajado en los últimos años, las enfermeras deben colaborar para, entre otras muchas razones:

Nuestro mañana se desarrollará en una sociedad de servicios

1. Reorientar hacia un modelo de cuidados, los servicios totales que ofrece el sistema sanitario.

2. Demostrar la indispensabilidad de la aportación enfermera.

3. Ayudar, con su perspectiva, a la necesaria definición de los límites entre lo sanitario y lo social.

4. Participar en la tarea de redistribuidor de riqueza y compensador de desigualdades que el Estado democrático delega en el sistema sanitario.

5. Evaluar al instrumento Sistema Nacional de Salud, revisando de forma constante si su funcionamiento responde a sus objetivos y normas de comportamiento.

6. Ayudar en la tarea fundamental de la promoción de los autocuidados.

En la gestión, las enfermeras deben estar ya presentes para intervenir, con una perspectiva distinta y altamente valiosa, en la definición sobre



los «productos» del sistema, su medición y evaluación. Me van a permitir que haga una pequeña intervención en cuanto a la docencia porque aunque sé que me estoy dirigiendo al núcleo más avanzado de la misma, es mi vocación fundamental y siento que eso me autoriza para ello.

Las / los profesoras / es del futuro, y a ser posible ya las de ahora mismo, deberán estar convencidas de la necesidad de formar en lo ideológico, en lo conceptual, mucho más que en las técnicas. Las técnicas varían y si uno sabe del concepto, puede adaptarse fácilmente a las novedades técnicas o de procedimiento, y ampliar con ellas el abanico de prescripciones de que disponen los profesionales.

Creo también que a las enfermeras del año 2000 se les tiene que enseñar, por encima de otras muchas cosas, el rol ampliado que podrán y deberán jugar en esos mercados públicos y privados que ya se divisan.

A las profesoras de Enfermería, como tantas otras ocasiones, les toca uno de los roles más difíciles en esa construcción del futuro que viene: les toca poner las bases. Sólo con enfermeras formadas en la «ética del cuidado» convencidas de la utilidad del ejercicio de su disciplina y capacitadas para defender y transmitir su discurso profesional en las distintas esferas de actuación, la Enfermería podrá desarrollar todas sus posibilidades. A las docentes les toca asegurar desde ahora mismo que, efectivamente, seguirán existiendo enfermeras en el III milenio.

Para terminar me voy a referir, brevisísimamente porque sé que nadie duda de la importancia de las enfermeras en ese terreno, al ámbito de la atención directa.

Las enfermeras del siglo XXI, como ayer, como hoy y como siempre ocurrirá mientras que los seres humanos seamos tan frágiles, tan «insoportablemente leves» como nos define Kundera, deberán seguir siendo:

- LA VOLUNTAD de los sin deseo (los deprimidos, los enfermos mentales, los drogadictos...).
- LA FUERZA de los que la perdieron (los enfermos agudos, los crónicos, los ancianos, los heridos, los impedidos...).
- EL CONOCIMIENTO de los que no pueden tenerlo (los enfermos mentales, los niños), de los que deben adquirirlo (a través de las tareas de promoción y prevención), o de los que tienen otro porque son de otras culturas: marginales, distintos en suma (mientras colaboran en la utilización eficaz del que les es propio...).

A mi modo de ver, las enfermeras del III milenio deberán seguir empleando la mayor parte de su tiempo y de sus energías profesionales en este trabajo, profundamente gratificante, que constituye el cuidado directo de quien lo necesita.

Les decía al principio que, de alguna manera, he vivido la realización de esta conferencia que ahora termino de presentarles como un reencuentro con mis interlocutores y con los temas que me interesan y me afectan... Y creo que como pasa en los reencuentros deseados, a mi se me han amontonado las ideas y las palabras y puede que haya dicho muy deprisa cosas que merecen una mayor reflexión.

Si ha ocurrido eso, no me preocupa mucho porque tengo la confianza de que habrá otras voces, a lo mejor algunas de los que están aquí, que seleccionarán, profundizarán y mejorarán las ideas que yo he querido transmitirles, dotándolas de su verdadero significado y valor.

Sólo queda decirles, como resumen de mis intervenciones, que estoy convencida de que por encima de todos los demás trazos identificadores, más allá de cualquier otra señal, lo que distinguirá a los enfermeros del siglo XXI será que habrán recuperado o que poseerán desde siempre, el orgullo de cuidar.



flammazine®

COMPOSICION: Sulfadiazina Ag. al 1%. Excipiente c.s. **INDICACIONES:** Tratamiento y prevención de las infecciones en quemaduras y tratamiento tópico de las heridas infectadas. **DOSIS Y MODO DE EMPLEO:** Aplíquese una capa de 2-3 mm. de espesor en la zona afectada 1 ó 2 veces al día. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito. **CONTRAINDICACIONES E INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **PRECAUCIONES:** Si es posible no se utilizará Flammazine durante el embarazo. No deberán exponer las zonas tratadas a la luz directa del sol para evitar oscurecimiento de la crema. **PRESENTACIONES:** Tubo de 50 gr al día 1%. P.V.P. IVA 3- 420 ptas. Bote con 500 gr al 1%. P.V.P. IVA 3- 2.728 ptas.



flammazine® cerio

COMPOSICION: Cada 100 g de crema contienen: Sulfadiazina argéntica 1.0 g. Nitrito de Cerio 2.2 g. Excipiente c.s. **PROPIEDADES:** La sulfadiazina argéntica actúa sólo en la membrana y la pared celular, produciendo sus efectos bactericidas. Ambos componentes, la sulfamida y la plata, son tóxicos selectivamente para las bacterias. La sulfadiazina argéntica es bactericida frente a la mayoría de las bacterias gram-positivas y gram-negativas y también es efectiva frente a levaduras y hongos. Es activa particularmente frente a *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli*, *Serratia* sps., *Proteus vulgaris*, *Providencia* sps., *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Clostridium perfringens*. La sulfadiazina argéntica puede inhibir bacterias resistentes a otros agentes antimicrobianos y es superior a la sulfadiazina. El nitrito de cerio mejora las bien conocidas propiedades antibacterianas de la sulfadiazina argéntica, ampliando el espectro antimicrobiano y provocando la rápida formación de la escara. **INDICACIONES:** Tratamiento y prevención de infecciones en las quemaduras de segundo y tercer grado. **POSOLOGIA:** Inicialmente se debe lavar y limpiar la herida. Después, con una espátula estéril o con la mano cubierta con un guante estéril, aplicar una capa de 3 mm de grosor sobre la superficie lesionada, cubriéndola con un vendaje adecuado. El vendaje se renovará 1 ó 2 veces/día. En cada cambio de vendaje y reposición del fármaco, se eliminarán primero los restos de la aplicación anterior, lavando previamente la herida con agua hervida tibia o solución isotónica salina. El fármaco no debe ser retirado del régimen terapéutico mientras exista la posibilidad de infección, excepto si se presenta una reacción adversa importante. Es recomendable reservar cada envase para un solo paciente. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida a las sulfamidas. Las sulfamidas pueden favorecer el desarrollo de ictericia nuclear ligada a la inmadurez del sistema enzimático. Por esta razón no deberá utilizarse en niños prematuros y recién nacidos menores de dos meses de edad. **PRECAUCIONES:** En pacientes con insuficiencia renal o hepática grave, puede producirse acumulación del producto, al estar disminuida la eliminación. Se evitará en estos casos la aplicación sobre lesiones abiertas. Debido a la falta de información sobre el uso en el embarazo se recomienda sopesar el cociente beneficio/riesgo de su empleo en la mujer embarazada. **INTERACCIONES:** Si se utilizan simultáneamente enzimas proteolíticas por vía tópica, se tendrá en cuenta la posibilidad de inactivación por la plata. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Dado que es factible la absorción transcutánea, no se puede descartar la posibilidad de que se produzcan los efectos sistémicos propios de las sulfamidas: hematológicos, intestinales, renales y cutáneos. Estos efectos serán más importantes cuando el antiséptico se aplique sobre una superficie extensa bajo vendaje oclusivo o sobre una piel dañada (especialmente quemada). En muy raros casos se ha observado leucopenia que revierte a la normalidad, a veces espontáneamente y siempre al interrumpir el tratamiento. Aunque no se han descrito casos de agrismo, el riesgo no puede ser excluido. Algunos pacientes experimentan sensación de calor después de la aplicación del producto. En general es de corta duración y no requiere tratamiento alguno. En un pequeño número de pacientes se ha observado erupción pero parece estar relacionada con los excipientes (propilenglicol y alcohol cetílico). Aunque el uso de nitratos puede inducir metahemoglobinemia, este problema es observado muy raramente en los ensayos clínicos con Flammazine Cerio (menos del 1% de los pacientes, y exclusivamente en pacientes con lesiones extensas). Al retirar la terapia, la metahemoglobinemia desapareció espontáneamente. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Si se produjera una absorción masiva del fármaco, debería facilitarse su eliminación por la orina mediante la ingestión de abundantes líquidos bicarbonatados. En caso de cristaluria grave puede ser necesario la cateterización ureteral. **PRESENTACION:** Envase clínico conteniendo 500 g de crema estéril. P.V.P. IVA 3- 2.797 ptas.