

LA ÉTICA DEL CUIDADO

UNA PROPUESTA CON FUTURO PARA LAS
ENFERMERAS Y LAS EMPRESAS SANITARIAS

ROSAMARÍA ALBERDI CASTELL:
Profesora. Universidad de las Illes Balears.
rosamaria.alberdi@uib.es
ESPERANZA ARRIAGA PIÑEIRO:
Delegación de Salud (Cádiz)
parriaga@telefonica.net
JAIME ZABALA BLANCO:
Profesor. Universidad de Cantabria.
zabalaj@unican.es

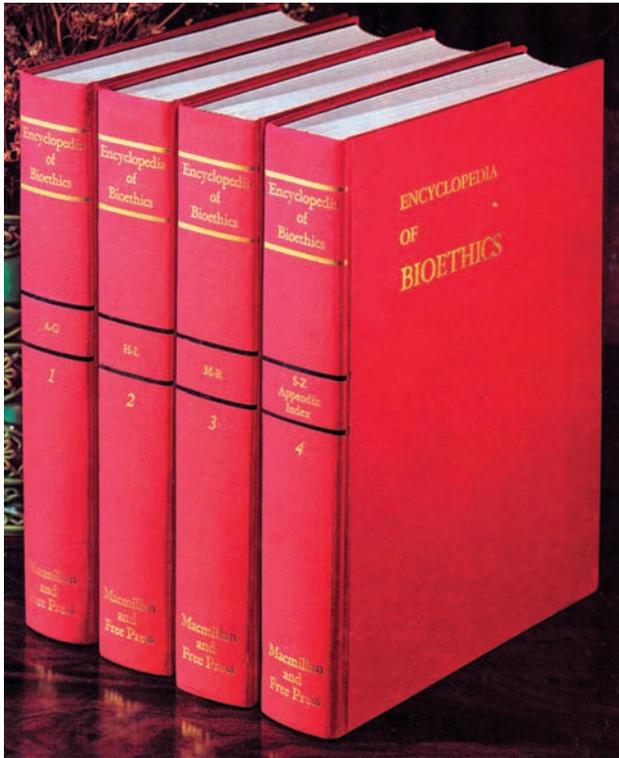
Resumen

El presente artículo es el fruto de varias circunstancias. En primer lugar es el resultado de una larga reflexión compartida por quienes lo escriben; es también la evidencia de los intereses prioritarios para nosotros en este momento concreto; y es, por último, el reflejo de nuestra opinión respecto a cómo deben abordar las enfermeras⁽¹⁾ su compromiso con un futuro de cuidados.

*THE ETHICS OF TREATMENT:
A PROPOSAL HAVING A FUTURE
FOR NURSES AND HEALTH
COMPANIES*

Summary

This article is the fruit of various circumstances. In the first place, it is the result of a long reflection shared by its authors; it is also the proof of the primary interests the authors hold at this specific time; and lastly, it is the reflection of our opinion regarding how nurses should deal with their compromise toward a future treating patients.



Si los valores no se encarnan en prácticas concretas, se quedan en mera palabrería

Introducción

Al iniciar la exposición, parece oportuno explicar el ambiente en el que se ha ido produciendo el texto ya que ello ayuda a entender su planteamiento y desarrollo.

Sin duda, la mejor palabra que define al actual ambiente es el término «crisis», entendiéndolo como aquella conjunción de circunstancias o variables que produce dificultades pero también abre posibilidades a cualquier proyecto de desarrollo vital, individual o social.

Los cambios sociales que han sucedido en España últimamente aunque de gran calado, y en algunos casos extraordinariamente dolorosos, no han quebrado nada de lo esencial.

Nos referimos a que, de forma general, en nuestra sociedad, las palabras esenciales: libertad, democracia, paz, seguridad, confianza institucional, respeto, tolerancia, igualdad –por citar sólo algunas de las más importantes– siguen teniendo el mismo sentido.

Pero no es menos cierto que la exacerbación de alguno de los problemas que venimos sufriendo desde hace muchos años, ha producido cambios en muchos de nosotros.

El horror del 11-M, la forma transnacional de ese intenso trauma social que es el terrorismo, que desa-

fortunadamente en nuestro país sufrimos en sus tres dimensiones (doméstica, nacional y transnacional), ha hecho que a muchos se nos haya instalado, a base de dolor e indignación (que es la rabia que produce el rechazo moral), un pellizco en el corazón, que ha disparado una fuerte señal de alarma en nuestra razón.

Dolor y alarma que, antes que recluirnos en nuestro caparazón, necesariamente conducen a la acción. A reflexionar activamente, en el sentido de que deben producir resultados tangibles, respecto a qué puede hacer cada una de nosotras y nosotros para luchar contra las causas profundas de la barbarie: la desigualdad, la miseria y la falta de libertad que conllevan.

O dicho de otra forma, ¿qué características debe adoptar el compromiso de las y los profesionales frente a esas nuevas necesidades de salud que presentan las sociedades que nos han delegado la responsabilidad de cuidarlas?

Sin duda, uno de los retos principales a los que estamos enfrentados, sea cual sea nuestro ámbito de responsabilidad, es que la sociedad nos está exigiendo que nuestro compromiso vaya más allá de lo labo-

ral, extendiéndolo en toda la amplitud que puede tener lo profesional, que es mucha.

A partir de estas ideas, este artículo está enfocado a tratar sobre el compromiso de las enfermeras para lograr un futuro de cuidados. Por supuesto, ese propósito se puede cumplir desde varias perspectivas.

Dada la dedicación de las autoras y el autor a la enseñanza de la ética, nos decidimos por la que, sin olvidar los aspectos prácticos, profundiza en los valores que deben haberse adoptado para comprometerse con la prestación de una atención excelente.

Vamos a tratar sobre el «carácter» que deben tener las personas que estén comprometidas con la atención excelente, o sea, aquellas cuyo propósito es atender las necesidades de salud de las personas, teniendo en cuenta sus semejanzas básicas y también sus diferencias.

O lo que es lo mismo, e inspirándonos en Adela Cortina [1], hablaremos sobre el carácter de quienes quieren comprometerse con una atención que nos obliga a asumir la doble ciudadanía (la nacional y la universal), diferenciándonos del resto al reconocer las múltiples facetas que constituyen la identidad de cada persona y a identificarnos también con cada una al reconocer nuestra pertenencia común al género humano.

Nos referiremos al carácter utilizando el sentido que la ética da a esta palabra y que podríamos definir como el conjunto de valores, de ideas morales, que forman el substrato desde el que desarrollamos nuestra manera de ser, nuestras actitudes, las que condicionan el despliegue de nuestras aptitudes y definen nuestras habilidades.

Este artículo pone de manifiesto los valores que subyacen bajo la forma de prestar la atención, los que la estructuran y le dan sentido.

Se ha adoptado este tipo de análisis porque, con relación a los valores y a la atención que se presta en el sistema sanitario, partimos de dos premisas:

La primera es que el ser humano, a diferencia del resto de las especies, es inevitablemente moral y los contenidos de dicha moral varían a lo largo del tiempo y del espacio de acuerdo a las circunstancias económicas, culturales y políticas.

La segunda es que en el ámbito de los servicios sanitarios –como en todos los de la vida–, las palabras sin substrato ideológico que las transforme en modos y acciones concretas, son mera palabrería.

A partir de estas premisas, se pretenden cumplir los siguientes objetivos:

- Dar los argumentos que justifican la necesidad de hacer consciente el conjunto de valores morales que constituyen la base de la conducta de las enfermeras.
- Ofrecer una propuesta concreta de marco ético que amplía el campo moral.
- Reflexionar sobre las condiciones que deben conseguirse para transformar la teoría en atención excelente, que es, sin duda, la que garantiza un futuro de cuidados.

Situando las fuentes y los conceptos

El objetivo de este apartado es conseguir la mejor comunicación, aclarando las fuentes fundamentales en que se basa este trabajo y definiendo cuál es el sentido de algunos de los términos que se emplean en el mismo.

En cuanto a las fuentes, nos han servido de gran ayuda las ideas de dos filósofas españolas contemporáneas: Adela Cortina y Victoria Camps, con cuyas obras venimos trabajando desde hace tiempo, y también se han utilizado varias aportaciones de Diego Gracia.

En relación con los términos, y aunque ya se ha mencionado, es necesario definir el de carácter. Se hace tomando la perspectiva de la ética y más concretamente la de Cortina (1996). Esta autora considera que el «carácter» es el modo de ser, el núcleo que la persona va forjando a lo largo de su vida al efectuar sucesivas elecciones en un sentido.

En cuanto al concepto de ética, contrariamente a lo que se considera, se trata de un saber aplicado que tiene como fin orientar las acciones humanas hacia el logro de la felicidad.

Pero como el término felicidad es muy ambiguo y puede entenderse de muchas maneras, es conveniente aclarar, también siguiendo a Cortina (1996) [2] que «por felicidad puede entenderse *bienestar*, una vida lo más placentera posible, repleta de satisfacciones sensibles, o bien el *logro de la perfección*, o también la *auto-realización*, es decir, alcanzar aquellos objetivos que nos parecen justos y deseables...».

Uniendo los conceptos de ética y de carácter podemos decir que, a lo largo de la vida, cada ser humano elige entre el conjunto de normas y valores morales que presenta su cultura, construyendo su carácter que se constituye como el centro último de decisión.

Decisiones que no tienen otro objetivo que hacernos sentir lo más cómodos posibles con nosotros mismos.

Otros dos conceptos, que se utilizarán más adelante, necesitan también definición: el de excelencia y el de «profesionalismo».

Una cosa, una acción o una actitud es excelente cuando sirve para lo que ha sido concebida. Referido concretamente a la profesión enfermera, una conducta o actuación es excelente cuando sirve para solucionar problemas, aportando aquello único e indispensable que sólo se puede obtener del trabajo enfermero, o sea, su bien intrínseco⁽²⁾.

Para la definición de profesionalismo utilizaremos la de Kamto (1977) [3]. Entiende este autor que el profesionalismo es «un valor... que consiste en un conjunto de normas de conducta y de prácticas puestas al servicio de un objetivo, de una actividad o de una función, la realización de la cual se considera una finalidad superior».

Para terminar este apartado, hablaremos sobre el concepto de compromiso profesional.

Consideramos que sólo es posible hablar de compromiso profesional si nos referimos a las mujeres y a los hombres que convierten la disciplina enfermera en práctica profesional hoy y aquí. O dicho de otro modo, partimos de la idea de que los únicos capaces de desarrollar un compromiso son las enfermeras y enfermeros en cuanto sujetos deseantes y capaces de acción moral.

Sobre esta base, entendemos 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.

Hasta aquí el repaso a los términos, y antes de empezar a tratar sobre la ética del cuidado, parece interesante comentar un par de cuestiones respecto a las actuales responsabilidades de las empresas sanitarias. Parece claro que, junto a sus propósitos y obje-



ADELA CORTINA. FUNDACIÓN ÉTNOR.



DIEGO GRACIA. FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD.

tivos específicos, las empresas de nuestro tiempo tienen también un quehacer básico: el desarrollo humano y el bien moral.

En este sentido dice Aranguren (1996) [4] que es necesario recuperar el concepto de «...empresa moral, de elevado tono vital, animosa, llena de *ethos* en el doble sentido del vocablo (como estructura anímica y como contenido moral)».

A partir de esta concepción de la empresa, a todos los que participan en ella les toca actuar como innovadores morales, «poniendo en cuestión viejas costumbres y hábitos y transformándolos a la luz de los valores» (Cortina, 1996) [5].

Dicho esto, volvamos ahora a la pregunta fundamental de nuestro planteamiento sobre cuáles son los valores que deben constituir el «carácter» de las enfermeras, permitiéndoles cumplir con ese rol de innovadores morales de la empresa sanitaria y, a la vez, actuar con profesionalismo (o sea, conjugar vocación con excelencia).

La ética del cuidado o la ampliación del campo moral

El bien intrínseco de cada profesión, aquello que aporta de forma única e indispensable a la sociedad y que es básico para su mantenimiento, condiciona de forma fundamental la adopción de un determinado marco ético.

En el caso de la profesión enfermera, 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, el primer marco ético de referencia es, sin duda, el de la bioética que, en su acepción más amplia, significa ética de la vida.

Aunque este artículo no es el lugar apropiado para exponer exhaustivamente la historia del desarrollo de la Bioética, sí parece oportuno efectuar un breve resumen sobre la misma que sirva para com-

prender su realidad e importancia; y, a partir de ahí, engarzar la aportación de la ética del cuidado en el logro de un cuadro final más armónico, en lo concerniente a la toma de decisiones morales en el ámbito de la profesión enfermera y del sistema sanitario en general.

Para acercarnos a la comprensión del porqué del nacimiento de la Bioética y del momento en el que se produce, hay que reflexionar sobre los cambios de la segunda mitad del siglo XX: por una parte, los derivados de una nueva concepción de la convivencia humana a partir de los cambios político-filosóficos consecuencia de los acontecimientos previos, sobre todo la II Guerra Mundial; y por otra, el enorme progreso científico-tecnológico, relacionado fundamentalmente con las ciencias de la salud (trasplantes, reproducción asistida, medidas de soporte vital...).

Esta nueva situación origina la entrada en crisis de los modelos de toma de decisiones clásicos, para enfrentarnos a una nueva realidad que demanda la adecuación no sólo de los criterios técnicos, sino sobre todo de los morales.

La institución pionera en el análisis de la ética y los valores relacionados con las ciencias de la salud y los avances tecnológicos apareció en 1969, con la fundación del «Hasting Center».

Se atribuye al oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter la introducción del término «Bioética» en la literatura científica, debido a que lo empleó en un artículo que tituló *The science of survival* [6] publicado en 1970 y posteriormente en su libro: *Bioethics: Bridge to the future* [7] publicado en 1971. Alrededor del mismo año, se fundó en la universidad de Georgetown, un instituto que llevó por nombre «The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics» que más tarde se transformaría en el «Kennedy Institute of Ethics». También en 1971, Warren T. Reich convo-

có a unos 285 autores para escribir la *Enciclopedia of Bioethics*, que aparecería en 1978 [8].

Es importante recordar que el planteamiento inicial de Potter, fue alertar de la creciente divergencia entre los ámbitos científicos y humanísticos y los riesgos que esto acarrea

Un paso decisivo consistió en la publicación del Informe Belmont en 1978, emitido por la *National Comision of Biomedical and Behavioral Research* del Congreso norteamericano y que enunció los principios de: respeto a las personas, beneficencia y justicia para proteger a los seres humanos que participaban en ensayos clínicos y en otras investigaciones biológicas y médicas. Comienza así lo que se ha venido a llamar el principialismo en Bioética, inspirado en la teoría desarrollada por David Ross en su obra *The right and the good* [9]. (Lo correcto y lo bueno) que concebía la vida moral como fundada en ciertos principios básicos y autoevidentes que todos los seres humanos deben considerar en principio (o *prima facie*) como obligatorios y sin excepciones.

Posteriormente, en 1979, la publicación del libro *Principles of Biomedical ethics* [10], de Tom Beauchamp y James Childress, supuso un hito en la historia de la Bioética y asentó los cuatro principios que hoy en día siguen sirviendo de referencia, esto es: no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia.

Expuesta brevemente la historia de la formulación teórica de los principios de la Bioética parece interesante analizar, también de forma breve, cuál ha sido la evolución de dichos principios en cuanto a definidores de la relación entre los y las pacientes y los profesionales sanitarios.

Así, los dos primeros (no maleficencia y beneficencia) se contemplaban ya en el código de Hipócrates (que vivió en el siglo V antes de J.C.) y han sido prioritarios a la hora de justificar las actuaciones de los profesionales sanitarios durante más de veinticinco siglos.

Puede decirse que sólo a partir de las últimas décadas se contemplan dentro del fundamento moral de los actos sanitarios, los valores de autonomía y de justicia.

Adaptando el lenguaje médico que emplea Gracia (1998) [11] a la profesión enfermera, 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 socio-económicas (principio de justicia).

En estos momentos, 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 este primer objetivo (contemplar los cuatro principios) es, sin duda, una de



VICTÒRIA CAMPS. CONSEJO AUDIOVISUAL DE CATALUÑA.

las principales tareas que deben llevar a cabo las enfermeras.

Nos referimos a que son precisamente las enfermeras quienes, actuando en su labor de innovadoras morales, deben convertir los principios de autonomía y justicia en actuaciones y modos concretos frente a sus clientes.

Hasta aquí el primer nivel de la propuesta, que consiste en instar a las enfermeras a que actúen como innovadoras morales y legitimen su práctica profesional y la del conjunto del sistema sanitario, a través de todos los principios de la bioética.

Pero, tal como ha pretendido reflejar el título de este apartado, nuestro planteamiento propone un segundo nivel: las enfermeras deben ampliar el campo moral de la Bioética adoptando la ética del cuidado.

En realidad, creemos que una parte muy importante de las profesionales ya hacen lo que estamos proponiendo, pero creemos que también la inmensa mayoría de ellas, no tienen clara conciencia de tal actuación.

Nos estamos refiriendo a que quienes ponen el conjunto de sus normas de conducta y de sus prácticas, como diría Kamto⁽³⁾ (1997), al servicio de esa finalidad superior que es identificar las necesidades de salud de las personas y comprometerse en la consecución de aquello que necesitan para crecer, ya han adoptado una ética del cuidado.

Formulación que consiste fundamentalmente en defender que el cuidado también debe ser considerado una prescripción ética básica.

Llegados a este punto, parece oportuno reflexionar sobre el término cuidado. Como se sabe, el concepto de cuidado ha sido definido por muchas autoras y especialmente por aquellas que teorizan sobre la disciplina enfermera. Aun así, y dado que aquí se está utilizando en su calidad de valor, parece útil proponer una definición en este sentido. En el ámbito de las profesiones en las que la relación interper-



VAN RENSSELAER POTTER.
MCARDLE LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN EN CÁNCER.

sonal se constituye como el elemento terapéutico fundamental, el cuidado es un valor que *consiste en una especial sensibilidad e interés para reconocer y atender las necesidades de las personas, de acuerdo a su propia formulación.*

Planteamos la necesidad de que los enfermeros y enfermeras trabajen desde la ética del cuidado porque hacerlo permite dos cuestiones muy importantes:

- Corregir los posibles excesos del racionalismo y
- Ampliar el campo de la Bioética.

A continuación explicaremos más detalladamente dichas cuestiones, utilizando muchos de los argumentos de V. Camps⁽⁴⁾, una de las principales fuentes de documentación en este tema.

La primera de las aportaciones propias de la ética del cuidado, es que recupera el valor y la importancia del sentimiento en la ética, que ha sido muchas veces infravalorado por un exceso de racionalismo.

En este sentido, dice Camps (2000) [12]:

El sentimiento no es sólo «un aspecto importantísimo e irrenunciable de la sensibilidad humana, sino los motivos para ser moral... es el sentimiento y no la razón lo que mueve a los humanos. Si eliminamos el sentimiento del discurso moral, difícilmente conseguiremos un discurso motivador de la conducta que es, a fin de cuentas, de lo que se trata».

En cuanto a la ampliación del campo moral, el segundo aspecto que aporta la ética del cuidado, se produce porque cuando se aplican conjuntamente los valores de la Bioética con el valor cuidado, este último actúa como un transformador, permitiendo que dichos valores se adapten a cada circunstancia y produce, por tanto, un resultado final más amplio y flexible. Pasemos a concretar más esta idea, exponiendo los cambios que se producen en cada uno de los valores.

La justicia, por su objetivo de establecer y hacer cumplir reglas que sean válidas para todas y todos los ciudadanos es, en muchas ocasiones, un valor distante para la persona. Pero si la justicia se aplica junto con el valor del cuidado, se convierte en equidad o justicia natural, que puede definirse como la 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.

Igualmente, la autonomía, si se aplica con el cuidado, pierde toda posibilidad de aplicarse con exceso, ya que lo particulariza, adaptándolo a cada situación concreta. Porque ¿quién niega que el consentimiento informado es una consecuencia del respeto al principio de autonomía...? y ¿quién no sabe de casos en que ese ejercicio teórico de respeto, se ha convertido precisamente en una falta de respeto e incluso en un motivo más de ansiedad y de miedo para la persona enferma, precisamente por el hecho de aplicarse de forma excesivamente general...?

Y, por fin, los principios de no maleficencia y beneficencia, entendidos en el sentido de no hacer daño y prescribir el mejor tratamiento, al ser aplicados conjuntamente con el valor del cuidado, pierden toda posibilidad de conducir a una relación paternalista o de dependencia.

Hasta aquí consideramos que se han dado argumentos suficientes para justificar la adopción de la ética del cuidado, por parte de las enfermeras en particular y de todos los sanitarios en general.

A continuación y queriendo cumplir con el último objetivo planteado (reflexionar sobre las condiciones que deben conseguirse para transformar la teoría en atención excelente), apuntaremos un par de ideas sobre los posibles modos de desarrollar el campo moral.

El difícil reto de desarrollar el campo moral o cómo algunas condiciones ayudan a transformar la teoría en práctica

Se ha elegido un largo título para este apartado porque, aunque la base de nuestro trabajo es justificar la necesidad de plantearse no sólo el marco ético desde el que se trabaja sino su desarrollo, como un objetivo indispensable para actuar desde una perspectiva profesional, también queremos dejar constancia de que muchas veces las circunstancias externas no favorecen, o aun dificultan, su consecución.

Nos referimos a que intentar cumplir el objetivo irrenunciable de transformar los valores en una atención enfermera excelente precisa, indispensablemente, que se cumplan una serie de premisas de las que mencionamos las más importantes.

La primera es que las enfermeras tomen conciencia de que ellas son el mejor instrumento terapéutico.

En este sentido, un estudio de Wolf⁽⁵⁾ (1989) efectúa una interesante diferenciación entre la aportación que hacen las enfermeras y los médicos. Según Wolf, ambos profesionales en los momentos de transición –de enfermedad o desarrollo– realizan intervenciones que marcan una diferencia en la vida de las personas:

- Los médicos, la mayoría de las veces a través de instrumentos externos a ellos mismos (cirugía, tratamientos o regímenes concretos), amplían los recursos que provienen del entorno.
- Las enfermeras, casi siempre por medio de ellas mismas como instrumento terapéutico, amplían los recursos internos de la persona.

Asumir el compromiso de prestar cuidados excelentes a una sociedad cuyas necesidades, valores y recursos son múltiples y están en constante transformación, obliga a trascender los estereotipos y a renunciar a muchos de los clichés actuales que, aun dando seguridad, limitan –al confundirla– la visión profesional y, por tanto, reducen la aportación enfermera.

Uno de los clichés contra los que las enfermeras de todos los ámbitos deben luchar es la creencia de que su principal contribución son las técnicas que realizan o los medicamentos que administran.

La segunda de las premisas para prestar cuidados excelentes es el tiempo.

Como dice Collière⁽⁶⁾ (1986), a menudo las tareas de cuidado más importantes de las enfermeras son «invisibles», en el sentido de que conocer a la persona y su entorno, apoyarla hacia el logro de sus objetivos y promocionar sus posibilidades internas son actos que, en muchas ocasiones, no se realizan de forma visible.

Cuando la enfermera dispone de escaso tiempo, prioriza lo más fácil y lo más rápido que, casi siempre, son las actividades delegadas y el rol de empleada, renunciando a la parte más importante de su trabajo: al cuidado que exige reflexión; el que apoya y refuerza a la persona.

No nos gustaría que se entendiera que estamos justificando a la larga lista de personas que atribuyen siempre su trabajo rutinario y poco comprometido a la falta de tiempo. Precisamente estamos intentando expresar lo contrario, ya que afirmamos que la elaboración de estrategias pasa por conseguir el tiempo que permite diseñar y realizar el cuidado excelente.

De acuerdo a lo dicho hasta ahora, el cuidado que se presta es la consecuencia de la mirada enfermera, y la opción por este tipo de cuidado hace que la enfermera asuma, ante todo, las responsabilidades que proceden del centro de interés de su disciplina. Por supuesto, ello implica que se sigan realizando todas las acciones de colaboración necesarias con las otras disciplinas sanitarias, pero se hace imprescin-

dible valorar muy escrupulosamente toda delegación de tareas o actividades que puedan alejar del objetivo central de la profesión.

La última de las premisas necesarias para el cuidado excelente es un entorno adecuado. No nos referiremos aquí en profundidad a este aspecto pero no queremos dejar de mencionar que, para poder desarrollar su compromiso profesional, las enfermeras deben trabajar en un entorno que facilite elementos derivados del reconocimiento de la importancia de la aportación específica que prestan.

Dichos elementos incluyen los recursos materiales y económicos a través de los que las enfermeras pueden desarrollar la interlocución y la consulta intraprofesional y participar en la formación de las otras colegas y de las alumnas y alumnos.

Al hilo de lo expuesto hasta ahora, y dado que muchas enfermeras deben enfrentarse frecuentemente al dilema que supone tener el deseo obstinado de prestar cuidados excelentes y no disponer de alguna de las premisas necesarias para ello, deseamos apuntar unas ideas respecto a las múltiples labores que las enfermeras desarrollan.

Como se sabe, las enfermeras ejercen muchos roles y todos ellos son de enorme importancia. Nos referimos a que actúan como personas, como empleadas y como miembros de una determinada profesión, además de como profesionales.

Por supuesto, puede pensarse que las enfermeras realizan de forma simultánea todos esos trabajos y que no pueden ni deben desligarse unos de otros.

Aunque compartimos esa opinión, eso no se corresponde siempre con la realidad y aún más, en ocasiones, el resultado feliz en una determinada faceta, relega –en el sentido doble de posponer en el tiempo y en la importancia– a otra.

Este también es un tema que exige una larga reflexión por lo que sólo vamos a referirnos, de forma somera, a la situación de incoherencia que, a veces, se produce entre el rol de la enfermera como empleada y como profesional.

En muchas ocasiones, lograr el éxito de la empleada es una premisa obligatoria para conseguir el éxito de la enfermera.

De lo que se trata es de aceptar que ofrecer el máximo abanico de prestaciones del cuidado enfermero, pasa por tener el reconocimiento dentro del sistema sanitario respecto a la bondad de dichas prestaciones. De este modo, es imprescindible que las enfermeras creen un espacio de respeto y valoración de su trabajo que pasa, necesariamente, por ser unas empleadas que se preocupan y luchan por el éxito de la empresa.

Estamos hablando –nuevamente– de que las enfermeras tienen la responsabilidad de trabajar desde dentro del sistema para conseguir que se con-

sideren éxitos del mismo, no sólo la implantación de técnicas de vanguardia y el control del gasto sino todo aquello que tenga que ver con los objetivos del cuidado. Para concluir este trabajo, queremos volver a insistir en dos cuestiones.

La primera es que lo legítimo no es siempre moral. Aunque esto es cosa sabida, parece oportuno recordarlo ahora, después de tratar sobre la dificultad para desarrollar el campo ético y para cuando a quienes les toca hacer el rol de innovadoras morales, les asalte la tentación de conformarse con lo establecido y aceptado.

En esta época, una de cuyas características es que se han puesto en cuestión todos los paradigmas que han servido para vertebrar la sociedad, a veces, nuestra conciencia (la individual e incluso la colectiva) es mucho más rápida que nuestra capacidad para cambiar la ley. Como ejemplos cercanos, podemos citar los vacíos a los que se enfrenta la atención a los moribundos y la emergencia brutal de desigualdades –como las de género– que antes no se veían como tales.

Cuando sea necesario enfrentarse al desfase entre la norma legal y el dictado de la conciencia, será importante recordar que la reflexión ética es un poderoso instrumento que permite encontrar los modos y, sobre todo, los argumentos para cambiar la ley.

La segunda idea en la que deseamos volver a hacer hincapié es una de las premisas en las que se ha basado este trabajo, relativa a que todos los esfuerzos para desarrollar los conocimientos y habilidades de las enfermeras se quedarán sólo en palabras si no somos capaces de encarnar en situaciones, actitudes y prácticas concretas, cada uno de los valores que forman el substrato ético de nuestra profesión y de la responsabilidad concreta que a cada persona le toca desarrollar en ella.

Hemos dicho que, contrariamente a lo que se cree comúnmente, la ética es un saber aplicado: el camino que nos permite ser felices.

En este sentido, vienen a cuento especialmente unas palabras de Adela Cortina [13]: «...la nuestra

(es) una ética que recuerda con Hegel que la moralidad debe realizarse en las instituciones, porque otra cosa es abstracción engañosa, y que tales instituciones son los mejores –los excelentes– quienes deben dirigir las; pero también recuerda con Kant que las instituciones mismas se legitiman recurriendo al punto de vista moral, aquel punto en que ningún hombre puede ser preferido en sus necesidades ni relegado en su dignidad».

Resumiendo, si las enfermeras desean, de verdad, participar activamente en la construcción de un futuro de cuidados, deben aceptar el reto de liderar el cuidado dentro del sistema sanitario:

- Poniéndole voz a las necesidades que detectan.
- Dándoles palabra a los que necesitan ser cuidados y
- Basando la práctica profesional en la ética del cuidado.

Se trata de hacer aquello que sólo las enfermeras pueden hacer y constituye un servicio indispensable para el desarrollo de las personas y la sociedad. No hacerlo, perder el tiempo o dedicarlo a otros menesteres que no sean ese, aunque también parezcan importantes, es un fraude.

Muchas pensadoras y pensadores consideran que, aunque los seres humanos para nuestro mayor *comfort*, hablemos de pasado y de futuro, en realidad sólo existe el presente.

Nosotros compartimos esa idea porque, aunque necesitamos del pasado para saber de nuestra identidad y del futuro para mantener la ilusión y la esperanza, consideramos que, en realidad, lo único que existe es el presente porque es ahora y aquí, donde únicamente podemos dejar, de verdad, la huella de nuestra acción. Por eso es necesario que las enfermeras se comprometan con un futuro de cuidados, haciendo un presente de cuidados.

Deben empeñarse, frente a toda cortapisa externa o interna, en que cada una de las prácticas profesionales del presente sea un cuidado excelente. Si le ponen pasión prudente a ese empeño, sin duda, conseguirán ofrecer a la sociedad lo mejor: un futuro de cuidados.

[1] Cortina A. El quehacer ético. Una guía para la educación moral. Madrid: Santillana, S.A; 1996. p. 3-7.

[2] Cortina A. Ética de la empresa. Valladolid: Editorial Trotta; 1996. p. 22.

[3] Kamto Maurice. Reafirmació dels valors i del professionalisme de l'Administració. Barcelona: Diputació de Barcelona. Xarxa de Municipis. Papers de Formació Municipal número 40; 1997.

[4] Aranguren JL. Prólogo en: Cortina A. Ética de la empresa. Valladolid: Editorial Trotta; 1996. p.10.

[5] Op Cit. [2]. 16.

[6] Potter R. Bioethics: The science of survival, Perspectives in Biology and Medicine. 1970; 14 (20-153).

[7] Potter R. Bioethics: Bridge to the future. Englewood Cliffs, Prentice-Hall; 1971.

[8] Lolos F. Bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998. p.13.

[9] Ross WD. The right and the good. Oxford: Clarendon Press; 1930.

[10] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford university Press. New York; 1979 (existe una traducción al español: Principios de ética médica. Barcelona: Masson; 1999).

[11] Gracia Diego. Ética, salud y servicios sanitarios [11-24]. En: García MM. Ética y salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías 22; 1998.

[12] Camps Victoria. El siglo de las mujeres. Fuenlabrada (Madrid): Ediciones Cátedra (Grupo Anaya); 2000. p. 74.

[13] Op. Cit [2]; 16.

NOTAS

1. Siguiendo usos internacionales, en este texto se utilizará la palabra enfermera para designar a los profesionales de ambos sexos.
2. Para más ampliación sobre el concepto de bien

intrínseco en el colectivo enfermero, puede consultarse: Alberdi Rosamaria. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el poder de las enfermeras. Rev ROL Enf s1998; 239-240 (27-31).

3. Kamto Maurice, Op.citada.

4. Un análisis detallado de las propuestas de Victoria Camps sobre la ética del cuidado se puede consultar en: Bosch, Ferrer, Riera y Alberdi (2003). Feminismo en las aulas. Palma: Universitat de les Illes Balears, 2003, pp. 160-188.

5. Ibid. Cit. Wolf (1989); Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p.79.

6. Ibid. Cit. Collière (1986); Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p.79.