



Demanda de cuidados en una sociedad multicultural

Autores:

¹Rosamaría Alberdi Castell

²Berta Artigas Lelong

³Miguel Bennasar Veny

¹ Licenciada en Psicología. Diplomada en Enfermería. Profesora Titular de la Escuela de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universitat de les Illes Balears.

² Licenciada en Antropología. Diplomada en Enfermería. Profesora Titular de la Escuela de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universitat de les Illes Balears.

³ Licenciado en Antropología. Diplomado en Enfermería. Enfermero Asistencial de Atención Primaria. Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universitat de les Illes Balears.

Dirección de contacto:

Rosamaría Alberdi Castell
Departamento de Enfermería.
Universitat Illes Balears.
Edifici Guillem Cifre de Colonya.
Ctra. de Valldemossa, km 7,5.
07071 Palma (Illes Balears).
E-mail: rosamaria.alberdi@uib.es

Aceptada su publicación el 28/04/2006.

Resumen / Abstract

El propósito del artículo es dar una triple visión, antropológica, ética y profesional, sobre la incidencia del fenómeno de la multiculturalidad en la demanda de cuidados. Se pretende responder a dos de las principales preguntas que actualmente hay formuladas con relación al sistema sanitario y al trabajo enfermero que en él se desarrolla: ¿cómo incide la multiculturalidad en la demanda de cuidados? y ¿cómo han de responder las enfermeras ante esta demanda?

El artículo está estructurado en tres partes: en la primera se hace un resumen de los principales conceptos que se abordarán en el texto; la segunda está dedicada a tratar, enfatizando más en las perspectivas ética y antropológica, sobre cómo las sociedades multiculturales condicionan las necesidades de cuidados; en el último apartado se hace una reflexión sobre cuál debe ser la respuesta profesional de las enfermeras a las nuevas demandas de cuidados.

Palabras clave

Responsabilidad profesional; demanda de cuidados; desarrollo profesional; derechos humanos; multiculturalidad; ética enfermera.

Care demand of a multicultural society

The purpose of this paper is to provide a triple vision -from an anthropological, ethical and professional perspective- on the incidence of the multicultural phenomena for demand of healthcare. The aim is to provide an answer to two of the main questions currently being asked regarding the healthcare system and the nursing work that takes place in this system. How does multiculturality impact on the healthcare demand? How do nurses need to approach this demand?

The paper is structured in three parts. The first part presents a summary of the main concepts examined in the text. The second part has to do with how multicultural societies affect the need for care, with special emphasis on the ethical and anthropological perspectives. The last part presents a reflection on what the professional answer of nurses should be with regard to this new demand for care.

Key words

Professional responsibility; care demand; professional development; human rights; multiculturality; nursing ethics.

Introducción

Con el fin de aportar una visión sobre la incidencia del fenómeno de la multiculturalidad en la demanda de cuidados desde una triple perspectiva, antropológica, ética y profesional, con el presente artículo se pretende responder a dos preguntas de enorme actualidad y que afectan tanto al presente como al futuro del trabajo enfermero, así como al conjunto del sistema sanitario: cómo incide la multiculturalidad en la demanda de cuidados y cómo han de responder las enfermeras ante la misma.

El amplio campo que se aborda, la demanda de cuidados en las sociedades multiculturales, permite múltiples enfoques, por lo que se ha considerado pertinente comenzar poniendo en común los conceptos de cultura, multiculturalidad, interculturalidad y globalización.

El elemento nuclear en nuestro trabajo es el término "cultura", que ya fue definido por Tylor en 1871; enunciado que, a pesar del tiempo transcurrido, continúa siendo válido: *"La cultura o civilización es aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte [incluyendo la tecnología], la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridas por el hombre en cuanto miembro de la sociedad"* (1). Al hablar de "multiculturalidad", se está haciendo referencia a una sociedad, como la española actual, en la que grupos diferentes, con culturas diversas, conviven en un mismo espacio geográfico. Por su parte, el concepto de "interculturalidad" es un poco más amplio ya que no enuncia una simple confluencia de culturas en un momento y espacio dado, sino que está indicando que las culturas interactúan, influyéndose entre sí, llegando a un sincretismo o mestizaje cultural. Así, el término "interculturalidad" se refiere a un proceso de acción y comunicación entre culturas basado en el intercambio, la reciprocidad y la solidaridad.

Es preciso tener en cuenta que existe otro concepto importante en cuanto a la comprensión de las culturas: el de "transculturalidad". Herskovits la define como *"aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos"* (2). Por último, la palabra "globalización" hace referencia al fenómeno, creado por la conjunción de factores políticos, sociales, culturales y económicos por el que los individuos, grupos y naciones se hacen cada vez más interdependientes. Según Giddens *"la globalización es un fenómeno que está influyendo en nuestra vida íntima y personal de muy diversas maneras. Inevitablemente, ésta se ha ido viendo alterada a medida que las fuerzas globalizadoras entran en nuestro contexto local, en nuestra casa y en nuestra comunidad a través de agentes impersonales (como los medios de comunicación, Internet y la cultura popular) y también mediante el contacto personal con*

individuos de otros países y culturas. (...) Esto está obligando a una redefinición de aspectos íntimos y personales de nuestras vidas como la familia, los roles de género, la sexualidad, la identidad personal, nuestras interacciones con los demás y nuestra relación con el trabajo. La idea que tenemos de nosotros mismos y de nuestras conexiones con el resto de las personas se está alterando profundamente a través de la globalización" (3).

¿Cómo incide la multiculturalidad en la demanda de cuidados?

Intentando dar una visión lo más amplia posible, el presente apartado se ha estructurado en dos partes. En la primera, se hará un somero repaso a la actual situación de los derechos humanos y su cumplimiento en las sociedades multiculturales y globalizadas como la nuestra, por considerar que la existencia de diversos niveles de cumplimiento de dichos derechos y de capacidad de exigencia de su funcionamiento, es una de las causas fundamentales de la producción de desigualdades y, por tanto, del surgimiento de necesidades de cuidados y atención de salud distintas en los diversos grupos sociales. Sin embargo, aunque la desigualdad respecto a los derechos sea uno de los aspectos clave, no es el único y, por eso, la segunda parte tratará, también de forma breve, sobre las circunstancias que sitúan a la población inmigrante en unas condiciones de salud especialmente diferentes y significativas. De este modo, abordando las perspectivas ética y sanitaria, nos situaremos en la mejor posición para poder tratar, posteriormente, cuál debe ser la respuesta de las enfermeras a las distintas demandas asistenciales.

Los Derechos Humanos en las sociedades occidentales: una visión sobre su evolución

Compartiendo lo expresado por Javier de Lucas (4), entendemos que una de las causas fundamentales del distinto reconocimiento de los derechos humanos a los diversos grupos sociales en las sociedades occidentales, deriva de la existencia de un cliché inicial sobre qué es un ser humano "normal". La "normalidad" de ese ser humano, que se gesta en el contexto de la Ilustración francesa, viene definida por una serie de características:

- El género: hombre, adulto y con capacidad de trabajo, lo que excluye a mujeres, niños y personas discapacitadas.
- La raza: blanca.
- La religión: cristianos "de verdad".
- La clase o estatus social: propietarios frente a desposeídos.

De lo que se deduce que quien carece de alguna de ellas son posibles sujetos de marginación: las mujeres, los no blancos y los pobres. De cualquier modo, no es necesario no ser blanco para poder ser discriminado, ya que los extranjeros pobres, aquellos que, como dice Sami Nair, no han tenido la suerte de "nacer bien", es

La persona que emigra tiene generalmente una confusión en sus emociones, ya que, por un lado, siente pena y dolor por todo lo que deja y, por otro, tiene sentimientos de fuerza, de capacidad y de libertad para vencer las limitaciones y tener en sus manos la oportunidad de dirigir su vida

zanan la ciudadanía legal y política y los que aseguran la ciudadanía social. Esta agrupación tiene su origen tanto en el valor principal que los inspira (la libertad personal en el caso de los derechos legales y políticos y la igualdad en el caso de los derechos sociales) como en que, históricamente, han sido defendidos por diversas corrientes políticas. En este sentido, Cortina indica que *“el liberalismo, en sus distintas variedades, ha mostrado un mayor interés por defender la ciudadanía legal y política que por defender la ciudadanía social. Son los movimientos socialistas los que pugnan por el reconocimiento de la ciudadanía social”* (6).

Partiendo, por tanto, de la existencia de dos grupos de derechos, legales y políticos y sociales, puede ser oportuno utilizar la definición que la misma autora (A. Cortina) hace de “ciudadano”: *“es ciudadana aquella persona a la que en su comunidad política se reconocen y protegen, no sólo los derechos civiles y políticos, sino también los económicos, sociales y culturales”*. Esto puede estar poniendo de manifiesto que los derechos

decir, en el país y en el momento oportuno, también pueden padecer la discriminación.

Dos razones sostienen la permanencia de un estereotipo de ser humano “normal”, con las características citadas y que hace que las diferencias sean desigualdades (4): el complejo euro céntrico y la pasión uniformadora, también llamada complejo de Procusto o miedo a la diferencia (5).

Aunque los derechos que deben ser garantizados a toda persona están perfectamente definidos, existen estereotipos que, aunque completamente desfasados, siguen firmemente arraigados en la sociedad, haciendo que todos aquellos grupos que se apartan del patrón de “normalidad”, encuentren dificultades para el reconocimiento y el cumplimiento efectivo de esos derechos.

Los Derechos Humanos pueden agruparse en dos ámbitos: los que garanti-

económicos, sociales y culturales, además de parecer menos exigibles, son cada vez más difícilmente realizables: *“los derechos económicos, sociales y culturales parecen fundamentar deberes imperfectos, cuyo grado de cumplimiento es discrecional, por una parte, porque el cumplimiento de tales deberes exige acciones positivas, en segundo lugar, porque tales acciones positivas pueden llevar al Estado a interferir en la vida privada de las personas y, en tercer lugar, porque cumplir esos deberes exige también una inversión de recursos, que siempre son escasos y precisan introducir, por tanto, un orden de prioridades”*. A pesar de todo ello, no hay que olvidar que todos los derechos son igualmente exigibles y que han de ser también igualmente realizables en un Estado dispuesto a defender una ciudadanía social activa (6).

Otro elemento a considerar ante el agravamiento de las dificultades para la plena realización de los derechos sociales en las actuales sociedades es la crisis del Estado de Bienestar. Se ha considerado que han alcanzado el Estado de Bienestar aquellos países en los que los derechos sociales se han visto razonablemente protegidos. Como es bien sabido, la inmensa mayoría de los habitantes de la Tierra se encuentra tan fuera de dicho Estado de Bienestar, que ni tan sólo pueden soñar con alcanzarlo, y los que llegan a los países que tienen la suerte de estar en ese selecto club del Estado de Bienestar, acuden precisamente porque sueñan con que allí sí se protegerán sus derechos sociales, encontrándose, aparte de su epopeya personal, con que el propio Estado de Bienestar está en crisis, entre otras causas, por los cambios demográficos, la globalización y la lucha por el pleno empleo.

Volviendo a la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), es interesante recordar que los mayores avances que se han producido en el reconocimiento efectivo de esos derechos se han basado en la lucha por la eliminación de determinadas formas de discriminación: la desigualdad de la mujer, el *apartheid*, la explotación de la niñez y la discriminación por raza o religión, por poner algunos de los ejemplos más importantes.

Lo dicho hasta ahora pone, asimismo, de manifiesto que, a pesar de tener una Declaración de Derechos Humanos que en su formulación teórica recoge los llamados derechos civiles, políticos y sociales, y que dichos derechos, aunque no son normas legales, constituyen la base de todas las Constituciones de los Estados de Derecho, por los motivos ya apuntados (eurocentrismo, complejo de Procusto y crisis en el Estado de Bienestar), importantes núcleos de población son marginados, teniendo como consecuencia que la diferencia se convierte en desigualdad, con todos sus efectos negativos.

Para terminar este repaso a la evolución de los Derechos Humanos es interesante situar el problema tal como se plantea ahora en las sociedades multiculturales. Dice de

Lucas (4): *"Hoy, el gran desafío de los derechos humanos es el de conjugar igualdad y pluralismo y el obstáculo mayor para salir con éxito es sin duda, vencer el miedo, miedo frente a la diversidad, miedo frente a lo que nos es ajeno, miedo, en suma a la libertad (...). El reto del pluralismo es el de la inclusión, el de la igual participación de los diferentes y desde las diferencias, no pese a ellas..."*. Ha pasado el momento histórico en el que los grupos culturales minoritarios luchaban casi exclusivamente por la integración social y la igualdad en derechos. Ahora, el acento se pone en el reconocimiento de su especificidad cultural como punto de partida válido para su condición de miembros de la comunidad política. Por tanto, los problemas que sacan a flote las demandas de esos grupos están relacionados con la participación de todos, desde la propia diferencia, en primer lugar, cultural, con la soberanía, la toma de decisiones y la distribución de los resultados (riqueza y derechos).

La emigración como determinante de necesidades de salud

Para abordar el análisis de cómo influye el proceso de emigración en la situación de salud de las personas, la primera cuestión de la que hay que partir es que cualquier persona que emigra debe adaptarse a diferentes, abundantes y complejos cambios, ya que todo aquello que le rodeaba, es decir, que le había conformado como persona, se ve modificado: sus relaciones familiares y sociales, su cultura, su lengua, su alimentación, etc. (7).

El proceso de emigración marca un hito en la vida de las personas, siempre hay un antes y un después y, por tanto, una profunda división anímica y sentimental. De forma general, puede decirse que el hecho migratorio implica inicialmente un cambio beneficioso o de mejora de su situación de vida, si bien, paralelamente, dicho proceso también conlleva tensiones, pérdidas y, en consecuencia, un proceso de duelo. El más importante de los motivos de la emigración es la existencia de problemas económicos graves en el país de origen. Por esta razón, la emigración aparece casi siempre como un acceso a nuevas oportunidades y como la posibilidad de estructurar, en el país de acogida, unas nuevas relaciones sociales y familiares.

Así, la persona que emigra tiene generalmente una confusión en sus emociones, ya que, por un lado, siente pena y dolor por todo lo que deja y, por otro, tiene sentimientos de fuerza, de capacidad y de libertad para vencer las limitaciones y tener en sus manos la oportunidad de dirigir su vida. La pérdida del entorno cultural propio es de enorme importancia para cualquier persona, ya que son precisamente los valores culturales y las creencias que se han ido adquiriendo las que configuran a los seres humanos, determinando el ordenamiento y la dirección de sus vidas. Dichos valores y creencias se constituyen, por tanto, como la base o el substrato sobre los que se asientan las actitudes y los com-

portamientos relacionados con la salud y la enfermedad. El desgajamiento cultural que sufren las personas que deben emigrar, origina intensos procesos de duelo que tienen como repercusión clara un aumento del estrés y una disminución de la autoestima, situaciones que pueden conducir a un aumento de las necesidades de cuidados que deben contemplarse desde el sistema sanitario.

No es intención de este artículo analizar los riesgos que para la salud de las personas supone un proceso migratorio, siendo un tema, además, ampliamente tratado, pero sí parece oportuno dejar constancia de los diferentes aspectos en que se manifiestan las pérdidas en las personas emigrantes, estando relacionadas con:

- La separación de la familia y los amigos, la pérdida del rol materno o paterno y de modelos o figuras de identificación.
- La pérdida de la lengua materna, con la grave consecuencia añadida de que, muchas veces, las personas de la sociedad de acogida no logran comprender el significado que tiene para sus pacientes emigrantes la salud, la enfermedad y los distintos síntomas que las manifiestan.
- La separación del contexto cultural, que hace que las personas estén confundidas respecto a cómo deben comportarse y a qué es lo correcto en su nueva sociedad.
- La pérdida del paisaje y de su tierra, con toda la representación simbólica que ello tiene en relación con los antepasados.
- La pérdida de su estatus social, ya que aún cuando la emigración supone, como ya se ha dicho, una posibilidad de mejora y de progreso social y personal, la mayoría de las veces los inmigrantes pierden o retroceden respecto al nivel de estatus social que tenían en su país de origen.

Con relación a los dos grandes motivos de duelo de las personas que emigran, sólo decir que la falta de contacto con el grupo étnico de origen genera una pérdida de identidad y de sentimiento de pertenencia, así como una dificultad para la obtención de cuidados cotidianos y la pérdida de la seguridad física, derivada de la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo a las que están sometidos. La falta de cuidados efectivos lleva a distintas situaciones de sufrimiento y morbilidad, siendo las más frecuentes los problemas psicológicos, el estrés, los accidentes laborales, la mala alimentación y la desprotección frente al clima. En muchos casos, buscando solución y ayuda en sus procesos de duelo y ante la dificultad o insuficiencia del sistema sanitario para responder a sus necesidades, las personas inmigrantes ponen en marcha redes familiares y sociales que se constituyen como grupos de autoatención y autoayuda y que se articulan como un sistema de organización de cuidados de salud ajeno al sistema sanitario formal.

Todo lo dicho hasta ahora evidencia que el proceso migratorio, independientemente de si es voluntario o forzoso, sitúa a las personas en unas condiciones de riesgo especial para su salud.

Respuesta de las enfermeras a las demandas de salud

Hasta aquí se han constatado tres cuestiones:

- Una de las características de sociedad occidental actual es la existencia de notables desigualdades que derivan del reconocimiento y el acceso a los derechos sociales que tienen los diversos grupos que la componen.
- Las personas que emigran a las sociedades del Estado de Bienestar buscando el reconocimiento a su ciudadanía legal, política y social, sufren riesgos en todos los ámbitos de su salud.
- Dichos riesgos se convierten en necesidades específicas de atención, que si no se satisfacen adecuadamente, actúan como un elemento fundamental en la génesis de las desigualdades.

A partir de estas constataciones, es necesario ahora intentar contestar a la pregunta sobre cómo pueden y deben responder las enfermeras ante estas necesidades especiales, contribuyendo a que no se conviertan en desigualdades.

Antes de seguir, es importante destacar que la búsqueda bibliográfica realizada para redactar esta parte del presente trabajo, hizo que se reafirmara un doble convencimiento. El primero, es que existen muchos posibles enfoques a la hora de abordar las respuestas que pueden y deben dar las enfermeras a las necesidades derivadas de las desigualdades de las sociedades multiculturales, si bien no es menos cierto que cuando se profundiza en esos enfoques (y hay excelentes trabajos de revisión que ya lo han hecho), se advierte que aunque las propuestas de abordaje y las metodologías son diversas, el propósito último es siempre el mismo: afirmar que el cuidado es la respuesta a las necesidades de salud de las personas.

Este cuidado debe darse *“teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en ese campo”* (8).

El segundo convencimiento que se reafirmó con la consulta realizada fue el relativo a que para desarrollar su responsabilidad profesional en las sociedades multiculturales, las enfermeras cuentan con el mejor bien intrínseco.

Para justificar la bondad del bien intrínseco de la profesión enfermera para atender las necesidades de cuidados de las sociedades multiculturales, es necesario em-

pezar recordando que se denomina “bien intrínseco” a aquello que cada profesión proporciona de forma única a la sociedad y constituye un servicio indispensable para su mantenimiento. El bien intrínseco de la profesión enfermera es “cuidar”, admitiéndose, de forma general, que cuidar significa ocuparse, preocuparse de alguien o de alguna cosa.

Cuando se desarrolla el cuidado como objetivo profesional, es decir, como razón de ser de las enfermeras, éste tiene siempre a la persona como destinataria y significa, en primer lugar, la posesión por parte de la enfermera de un conocimiento profundo sobre la persona y sus múltiples circunstancias. Las enfermeras entienden que el ejercicio del cuidado sólo es posible si se concibe a la persona como un ser único y singular y que, como se ha venido sosteniendo, los gestos, las palabras, los ritos y las solicitudes de cuidados, varían en cada contexto, en cada persona y en cada cultura.

No hay, por tanto, una única manera de cuidar, ya que en el marco en el que se desarrollan los cuidados, cada relación es única porque las y los protagonistas son siempre distintos. Éste es el motivo por el que las enfermeras han convertido en reivindicación que no se puede cuidar en serie sino que es necesaria la individualidad. El hecho de cuidar es mucho más complejo que asegurar la comida, la bebida, la eliminación, el vestido, la movilidad o el descanso de una persona. Cuidar es también tratar de crear las condiciones necesarias en el entorno y adoptar actitudes de acompañamiento y de soporte que permitan que la persona destinataria de los cuidados pueda conducir su vida de una manera saludable y sobre la base de su propio criterio o, mejor dicho, en base a su propia formulación de las condiciones.

Sin duda, cuidar es un acto relacional y tiene un requisito previo: conocer y comprender la situación tal como la otra persona la percibe y la vive. La situación objetiva es una información imprescindible, pero lo que se debe trabajar en el marco de la relación asistencial es la subjetividad de la persona, es decir, su visión del mundo. Sólo así se puede promocionar su energía y voluntad de superación.

Las necesidades básicas son universales pero se expresan desde una perspectiva cultural que modula y define de forma esencialmente distinta su forma de expresión y satisfacción en unas y otras personas. Las enfermeras están especialmente preparadas para atender esa diversidad ya que la prestación de cuidados exige dirigir una “mirada” profesional a la persona cuidada. La visión que las enfermeras obtienen de su mirada profesional está siempre determinada por los valores desde los que perciben la realidad. Valores que se encuentran incluidos en el filtro que tienen interpuesto entre ellas y el resto del mundo; filtro que cuando actúan profesionalmente, también está compuesto por los conocimientos y la experiencia.

De forma sencilla, podríamos decir que las enfermeras, como el resto de profesionales, siempre llevan “gafas valorativas” y ello es así porque como muy bien dice Cortina (10), los seres humanos son “*constitutivamente morales*”, o sea, están obligados a conducirse moralmente. Pueden estar de acuerdo o no con una determinada concepción del bien moral, pero no hay nadie que sea completamente ajeno a los conceptos del bien y del mal.

Llegados a este punto, es necesario introducir otra idea para poder avanzar en la propuesta respecto a cómo debe ser la respuesta de las enfermeras ante las necesidades de cuidados de las sociedades multiculturales: ¿qué valores fundamentales son los que van a permitir a las enfermeras responder a las necesidades de cuidados en una sociedad multicultural?

Cualquier proyecto ético que quiera desarrollarse en la globalización, la multiculturalidad y la interculturalidad, tiene que tomar como punto de partida la existencia de situaciones de intensa desigualdad, que tienen que ver con el acceso a los derechos y con la capacidad de exigencia de esos derechos y, por tanto, tiene que querer servir como elemento nivelador de dichas desigualdades.

A nuestro modo de ver, el mejor conjunto de valores del que pueden dotarse las enfermeras y todo el personal sanitario para hacer que su práctica profesional sea, también, un eficaz elemento para la lucha por la igualdad en el acceso a los derechos sociales, es el que compone la ética del cuidado (11), es decir, aquella propuesta que amplía y matiza la formulación básica de los valores de beneficencia, autonomía y justicia, añadiendo el valor “cuidado”.

Expresándolo de un modo más claro, diremos que adoptar los valores de la ética del cuidado es lo más adecuado para conseguir que el trabajo de las enfermeras contribuya, de forma eficiente, a que todas las personas a quienes cuidan disfruten de aquello a que tienen derecho sólo por ser personas: a la ciudadanía plena y al total ejercicio de sus derechos políticos, civiles y sociales.

Siguiendo también en este caso a Adela Cortina, diremos que hacer esa revolución que lleva a asegurar la ciudadanía plena de aquellas personas a quien servimos, pasa por asumir un imperativo ético articulado en tres momentos:

- Hacerse cargo de la realidad, comprendiendo bien la situación y no permitiendo que los estereotipos y los prejuicios impidan ver esas necesidades especiales que las enfermeras tienen la obligación de atender.
- Cargar con la realidad, valorando adecuadamente qué de esa realidad les corresponde como profesionales de los cuidados.

- Encargarse de la realidad, haciéndose responsables y comprometiéndose realmente en el cumplimiento de ese objetivo revolucionario de la lucha por la ciudadanía.

La mejor forma para que las enfermeras respondan a las necesidades de salud de una sociedad multicultural, es preciso hacer referencia al concepto “competencia cultural”, definido por Leininger y usado en los modelos de Spector y Purnell (12), dándole un significado más amplio.

Las enfermeras perciben de forma correcta las necesidades de cuidados y articulan las respuestas más adecuadas a las mismas cuando establecen una relación de cuidado en la que los cuidados son culturalmente competentes, es decir, se aplican desde el valor “cuidado” y, por tanto, están adaptados a las formulaciones de quien los recibe y se promueve la competencia cultural de la persona cuidada, en el doble sentido de su acceso a todos los derechos como ciudadana y de conciencia de derecho a dicho acceso.

En este sentido, las enfermeras desarrollan realmente su compromiso cuando están dispuestas a:

- Establecer una interlocución real, moviéndose en ese ámbito en el que todas las personas son iguales en dignidad y derechos.
- Buscar los significados compartidos (valores, deseos, objetivos) con el fin de comprender a la otra persona, partiendo de aquello que tiene en común toda la humanidad.
- Diseñar en el campo de los cuidados alternativas humanizadoras y viables e intentar ponerlas en práctica.
- Presentar esas propuestas a quienes tienen el poder para realizarlas, poniendo mucha atención en su formulación, de modo que si son rechazadas no sea porque son demasiado abstractas o irreales.

El compromiso de las enfermeras con la atención de las necesidades de la sociedad multicultural y con la lucha por conseguir la ciudadanía plena de quienes cuidan se manifiesta al llevar los conocimientos y las propuestas a la esfera de la opinión pública ya que, en última instancia, son las ciudadanas y los ciudadanos quienes deben poder deliberar sobre la conveniencia o no de dichas propuestas.

Conclusiones

Para concluir este trabajo deseamos reiterar dos ideas ya apuntadas en el texto. La primera es que las enfermeras españolas en los últimos años han conseguido muchísimas cosas, pudiéndose decir que han alcanzado un nuevo mundo profesional, una manera más amplia y profunda de entender su responsabilidad y una forma más comprensiva y eficaz de prestar los cuidados necesarios.



La segunda idea es que las enfermeras son lo que son porque tienen una capacidad única y pueden transformarla en servicio: la de ver problemas que sólo ellas ven y que les permite brindar servicios indispensables, únicos e insustituibles. Dicho de otro modo, la capacidad de detectar necesidades insatisfechas de las personas y los grupos, hace que puedan desarrollar su compromiso profesional. Compromiso profesional que ahora mismo, es un reto y una obligación.

Por ello, deben seguir formándose para hacer más amplia y más rigurosa su mirada y, sobre todo, deben aceptar, en aquella zona íntima donde se colocan las ideas morales valiosas cuando ya no admiten duda ninguna, que su trabajo, y por eso le llamamos compromiso, va más allá de lo laboral y que su tarea se articula en varios pasos, debiendo ocupar todas las tribunas para utilizarlas como atalayas desde las que se pueda hacer escuchar la voz enfermera; concretar las necesidades de cuidados

que detectan; proponer quién y cómo debe atenderlas; y luchar para que ello se lleve a cabo con calidad.

Dado que todo esto no es fácil, hay que seguir estudiando, capacitándose para ver cada vez más y mejor las necesidades de cuidados, hay que encontrar los lugares de acción y ocuparlos, buscar aliados y elaborar todo tipo de estrategias y pactar mucho para asegurar los resultados. Puede que, frente a ese trabajo pendiente, muchas enfermeras sientan pereza o sencillamente crean que ya no es necesario seguir en la lucha cuando ya se ha conseguido tanto.

Sabemos que lo que proponemos no es fácil, que puede dar pereza pero ¿quién ha creído que dedicarse a la promoción de la vida, entendiéndola como la posibilidad de crecimiento y desarrollo personal o profesional, es fácil? Fácil no es; es ilusionante, motivador, constructivo y, sobre todo, es indispensable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tylor EB. Primitive culture. En: Kuper A. Cultura. La versión de los antropólogos. Barcelona: Paidós; 2001.
2. Herskovits M. El hombre y sus obras. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
3. Giddens A. Sociología. Madrid: Alianza; 2001.
4. Lucas J. Los derechos humanos, entre el universalismo y el reconocimiento de la identidad. En: Vigencia y futuro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su 50 aniversario. Jornadas sobre los Derechos Humanos número 2. Ararteko. Colección; 1999.
5. Alberdi RM. Mujeres enfermeras en España. Una historia de márgenes. Rev ROL Enf 1997; año XX. 223: 64-70.
6. Cortina A. El futuro de los derechos sociales. En: Vigencia y futuro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su 50 aniversario. Jornadas sobre los Derechos Humanos número 2. Ararteko. Colección; 1999.
7. Atxotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdiguer E, Comelles JM. Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000.
8. Collière MF. En: Kerouac. El pensamiento enfermero. Barcelona, Masson; 1996.
9. Alberdi RM. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el poder de las enfermeras. Rev ROL Enf 1998; 239-240: 27-31.
10. Cortina A. El quehacer ético. Una guía para la educación moral. Madrid: Santillana; 1996.
11. Alberdi RM, Arriaga E, Zabala J. La ética del cuidado: una propuesta con futuro para las enfermeras y las empresas sanitarias. Rev ROL Enf 2006; 29(3): 191-198.
12. Siles J. Antropología y Enfermería. La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. Index Enferm (Gran) 2003;43: 28-32.

Otra Bibliografía de interés

1. Alberdi RM. La ética del cuidado. En: Bosch, Ferrer, Riera y Alberdi. Feminismo en las aulas. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2003. p. 160-188.
2. George S et al. Globalización de los Derechos Humanos. Barcelona: Crítica; 2004.
3. Good B. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2003.
4. Naïr S. El Imperio Frente a la Diversidad del Mundo. Barcelona: Areté; 2003.
5. Sen A. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza; 2003.