

ATENCION PRIMARIA DE SALUD: ESTUDIOS DESDE LA BIOETICA Y LA ENFERMERIA

FRANCISCO JAVIER LEON CORREA
ZOYLA ROSA FRANCO PEÑAEZ
(Coordinadores)



Colección Bioética y Enfermería, Nº 3.

Copyright: De cada texto sus autores

Edita: Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Centro de Bioética, Instituto de Investigación e Innovación en Salud, FacSalud, Universidad Central de Chile.

1ª Edición. Santiago de Chile, 2018

ISBN: 978-956-368-789-7

Foto de portada: Enfermera en atención domiciliaria. En blog Rossana Palma: la excelencia del cuidado: un reto para Enfermería.

Diseño y diagramación: Keiko Suzuki S.

ÍNDICE

Prólogo. Francisco J. León Correa	7
------------------------------------------------	---

Introducción:

Bioética y enfermería en atención primaria de salud. Zoila Rosa Franco Peláez, María Eugenia Pico Merchán, María del Pilar Escobar Potes	9
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Parte 1. Investigaciones cualitativas en Bioética desde enfermería en Chile

1. Dilemas éticos de enfermería presentes en la APS

Diana Varas Travella, Cecilia Vidal Díaz, Francisco Javier León Correa	55
-----------------------------------------------------------------------------	----

2. Percepción del equipo médico y de enfermería, sobre los derechos de los usuarios en atención primaria

María de los Ángeles Meriño Ramírez, Johanna Toro González, Francisco Javier León Correa	76
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3. Derechos y deberes de los pacientes, rol de enfermería en APS

Camila Avilés Barraza, Patricia Godoy Cartajena, Francisco Javier León Correa	101
----------------------------------------------------------------------------------------	-----

4. Opinión de enfermeras de un servicio de atención ambulatoria y de una uci sobre el concepto de dignidad

Daniela Francisca Astudillo Martínez, Paulina de Lourdes Farías Salas, Francisco Javier León Correa	129
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

5. Visita domiciliaria en Chile: una realidad entre dos mundos “público y privado”

Mariela Aguayo, Yocelyn Erika Lizardi López, Yashka Andrea Orellana Araya	159
------------------------------------------------------------------------------------	-----

6. Problemas éticos derivados de las diferencias culturales en los centros de APS

Francisco Javier León, Macarena Andrea Labbé Nieto, Andrea Cecilia Sanzana Lobos	199
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----

7. Aspectos éticos en atención primaria. Análisis del CESFAM “Dr. Fernando Maffioletti” en el ámbito bioético.	
Janina Torres Pesantez	235
Parte 2. Enfermería y ética en la atención primaria	
8. Los principios bioéticos en la APS. Cuba	
María Marlén Avalos González, José Rafael Escalona Aguilera, Ibrahín Escalona Aguilera, Raíza Rodríguez Ramírez	251
9. La dimensión espiritual de la persona desde el cuidado holístico en enfermería	
Raíza Rodríguez Ramírez, José Rafael Escalona Aguilera	264
10. Enfermería y APS en La Habana	
Bárbara Elena Hernández	294
11. Relación enfermera, paciente, familia y comunidad	
María Caridad Batista Viada, Raíza Rodríguez Ramírez, Carmen Márquez Bonet, José Rafael Escalona Aguilera	314

LISTADO DE AUTORES:

Mariela Aguayo. Enfermera Universitaria. Profesora de la Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.

Daniela Francisca Astudillo Martínez. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Camila Avilés Barraza. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

José Rafael Escalona Aguilera. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas, Holguín, Cuba.

María del Pilar Escobar Potes. Enfermera. Magister en Investigación y Tecnología Educativa. Docente e investigadora. Departamento de Salud Pública. Universidad de Caldas (Colombia)

Paulina de Lourdes Farías Salas. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Zoila Rosa Franco Peláez. Enfermera Magister en Filosofía y Ciencias Jurídicas. Docente e investigadora Departamento de Desarrollo Humano. Universidad de Caldas (Colombia)

Patricia Godoy Cartajena. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Bárbara Elena Hernández Rodríguez. Lcda en Enfermería, Especialista en Higiene y Epidemiología, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), La Habana, Cuba.

Macarena Andrea L'Abbé Nieto. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Francisco Javier León Correa. Dr. en Filosofía Universidad de Valladolid, Magíster en Bioética Universidad de Santiago de Compostela. Profesor tutor del Seminario de Tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Diego Portales (2003-2008) Director del Centro de Bioética, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central.

Yocelyn Erika Lizardi López. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

María de los Angeles Meriño Ramírez. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Mara Muñoz Salinas. Enfermera Matrona. Magíster en Bioética. Docente de Bioética, Pediatría y Seminario de Tesis, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Diego Portales.

Yashka Andrea Orellana Araya. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

María Eugenia Pico Merchán. Enfermera. Magister en Educación y Desarrollo Humano. Docente e investigadora. Departamento de Salud Pública. Universidad de Caldas (Colombia)

Andrea Cecilia Sanzana Lobos. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Johanna Toro González. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Diana Varas Travella. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Cecilia Vidal Díaz. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

PRÓLOGO

En este libro se recogen una serie de investigaciones cualitativas sobre Bioética y Atención Primaria de Salud. Es un tema novedoso el de la mirada bioética desde Enfermería, sobre todo por el desarrollo alcanzado por la ética clínica analizada desde los problemas y dilemas ético-clínicos del médico.

Por esto, desde hace algunos años ya, promovimos la investigación realizada por enfermeras/os acerca de sus propios problemas y dilemas éticos. Editamos dos libros, uno sobre "Bioética y final de la vida desde Enfermería", y otro sobre "Información al paciente y consentimiento informado desde Enfermería", que han tenido amplia difusión. En ellos se recogen trabajos de investigación realizados por profesionales de Enfermería y también trabajos de tesis de Licenciatura de alumnas de 5º año, guiadas por sus profesores tutores.

En este presente volumen, el 3º de esta Colección de Bioética y Enfermería, se incluye como introducción un amplio estudio sobre Bioética y Enfermería en Atención Primaria de Salud, escrito por Zoila Rosa Franco, coordinadora de esta edición, y dos profesoras más de la Universidad de Caldas en Colombia, María Eugenia Pico y María del Pilar Escobar.

Siguen en la parte primera, una serie de investigaciones cualitativas realizadas como trabajos finales de Licenciatura en Enfermería, en su mayoría de Chile, y en la parte segunda, algunos estudios e investigaciones realizadas desde la atención primaria en Cuba. Se ofrece así el análisis de temas muy variados, como variada es la atención de las personas en el primer nivel de salud, desde diferentes visiones. Y realizado también en grupos de autores y grupos de trabajo, similar al trabajo en equipo de los Centros de APS en nuestros países.

En el año 2016 editamos también un libro que recogía los resultados de una investigación sobre Dilemas Éticos en Atención Primaria de Salud en Latinoamérica, que se realizó en seis países, Brasil, Colombia, Chile,

Ecuador, México y República Dominicana, y recogía el sentir de más de 600 profesionales, de 135 Centros de Salud de APS. Fue posible realizarla por las redes de investigadores creadas por la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE), que lleva más de treinta años impulsando la actividad docente e investigadora en Bioética.

A FELAIBE y a todos los autores de los capítulos del presente libro, va nuestro más sincero agradecimiento.

Francisco Javier León Correa

BIOÉTICA: ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Zoila Rosa Franco Peláez.

Enfermera Magister en Filosofía y Ciencias Jurídicas. Docente e investigadora
Departamento de Desarrollo Humano. Universidad de Caldas (Colombia)

María Eugenia Pico Merchán.

Enfermera. Magister en Educación y Desarrollo Humano. Docente e investigadora.
Departamento de Salud Pública. Universidad de Caldas (Colombia)

María del Pilar Escobar Potes.

Enfermera. Magister en Investigación y Tecnología Educativa. Docente e investigadora.
Departamento de Salud Pública. Universidad de Caldas (Colombia)

La bioética como el estudio sistemático de la conducta moral humana de mujeres y hombres que intervienen en los procesos vitales humanos y de otras especies de la naturaleza, a la luz de los principios y valores éticos y universales(1) y que además implica las decisiones políticas, económicas y ciudadanas en lo que concierne al cuidado de la vida y la salud (1) con equidad, es un asunto que compete a la enfermera* por la responsabilidad social que entraña su desempeño tanto a nivel institucional como en los espacios donde viven y trabajan las personas (2).

La actitud científica, humana y técnica, que caracteriza la formación profesional obliga a actuar, desde la investigación de enfermería basada en la evidencia científica y en el discurso bioético actual. En los últimos tiempos se ha asistido a numerosos debates sociales sobre cuestiones bioéticas en las cuales ha estado implicada la ciencia biomédica, que fundamenta los actos de enfermería, en unos casos para apoyar una determinada posición bioética y en otros, su contraria; en estos debates los oponentes han argüido que el acto científico fundamentaba una posición bioética determinada, en otras ocasiones se sostenía que tal dato era

*Cuando se emplea la expresión "la enfermera", se incluye a los profesionales tanto mujeres como hombres.

susceptible de varias interpretaciones, o en otras en forma más radical, se afirmaba que el mismo estaba siendo manipulado y puesto al servicio de determinada ideología. Ante esto las preguntas surgen: ¿Qué papel tienen los datos o hechos científicos biomédicos o de otro orden en la elaboración del discurso bioético? ¿Son susceptibles estos de ser interpretados ideológicamente? ¿Existen otros datos científicos evidentes y libres de interpretaciones? ¿ellos de por sí, son suficientes para resolver dilemas éticos que tiene planteada la biomedicina y otras ciencias actualmente? Como se ve para contestar estas preguntas, se hace necesario no solo conocer la naturaleza epistemológica de la bioética, sino también considerar cual es el alcance de verdad (evidencia) que tienen las proposiciones de la ciencia experimental y qué tipo de racionalidad poseen, es decir cuál es el modo de conocimiento que aportan y como se puede insertar con otras fuentes de conocimiento sociales y humanos. La biomedicina se ha movido entre las tendencias positivistas de las ciencias experimentales bajo el principio de la verificabilidad por un lado y por el otro diversas posiciones más cercanas a la historia de las ciencias han puesto de manifiesto que, tras el saber científico existe una especie de velo social e histórico que lo condiciona, con lo que tras los datos científicos aparentemente neutros, siempre existen interpretaciones subjetivas previas. Junto a esto la posición de Popper y sus seguidores es intermedia entre ambos extremos, pues presenta una ciencia creada con rigor lógico, al mostrarla siempre inacabada o provisional en sus resultados –una tarea sin termino, debido a que toda proposición científica es verdadera sólo mientras no sea falseada– su posición al final apoya la idea de que la racionalidad científica no solo es limitada, sino que no permite conocer la realidad tal como es.

10

En síntesis, la filosofía de la ciencia contemporánea al reflexionar sobre la racionalidad de la ciencia experimental la muestra como un conocimiento relativo o dogmático como la única forma de conocimiento verdadero de la realidad. Esto reduciría el discurso bioético a un problema científico-técnico limitado por sus posibilidades de comprensión de otros fenómenos de la realidad no susceptibles de objetivación como los problemas de orden ético en el mundo de la vida o en las ciencias de la vida, lo que demuestra la insuficiencia de la biomedicina de aportar conocimientos capaces de resolver los complejos problemas sociales, culturales, políticos y económicos que hacen cada vez más intrincados los caminos para su solución y resolución de los dilemas y conflictos que estos generan. ¿Cuál es el significado y el sentido que aportan a la bioética,

como disciplina que propende por la reflexión –acción sobre las realidades que cotidianamente plantean desafíos a las profesiones sanitarias, las cuales deben intervenir de manera eficiente las circunstancias adversas al cuidado de la vida y la salud, como es el caso de enfermería, que debe proteger los valores y derechos fundamentales que actúan como soporte de la estructura sobre la cual se construye el proyecto vital humano para un desarrollo humano digno, integral y armónico, a que todo ser humano aspira como sentido de auto-realización plena atendiendo a sus necesidades y expectativas como ser autoconsciente y en continuo devenir para el despliegue de todas sus capacidades y potencias? Para responder a las preguntas formuladas, se hace necesario dudar de la razón, como único instrumento que lleva a conocer y aceptar que el intelecto conoce esa capacidad como evidencia que es dada por la misma actividad del conocimiento que permite, distinguir entre lo verdadero y lo engañoso, es superar el Cogito Cartesiano sin caer nuevamente en la tentación de buscar la certeza del conocimiento propio a través de una demostración realizada por la propia razón, puesto que sólo es posible conocer aspectos de la realidad y no la realidad como totalidad. Este realismo gnoseológico reivindica la opción de la evidencia (3), razón por la cual gana cada vez más espacio el tema de las disciplinas como en nuestro caso, la enfermería, esto como estrategia de un abordaje mucho más amplio en la interpretación de los datos empíricos, tan esenciales y fundamentales tanto en las ciencias empíricas-analíticas, como en las histórico-hermenéuticas y crítico-sociales en las que sus mentores afirman: la conjugación de los datos empíricos y las diferentes formas de lectura e interpretación que poseen a la luz de una hipótesis, problema o pregunta de investigación.

En bioética, adoptando la intención de Potter, de hermanar las ciencias con las humanidades para construir un puente hacia el futuro, parecería una sentencia producto de un juicio crítico, sobre la confrontación moral que cabe en toda valoración humana sobre los efectos desastrosos de los avances científicos sobre la vida y la integridad de las especies de la naturaleza, incluyendo la especie humana. Es como el descubrimiento del átomo y la energía atómica en la elaboración de la bomba nuclear que acabó con miles de seres humanos en el curso de una guerra creada por ellos mismos y que demostró la capacidad de lesionar y hacer daño a miles de congéneres sometiéndolos a la más grave degradación, no sólo en su cuerpo sino en su espíritu. La neutralidad valorativa, construcción de científicos humanos que se niegan a sí mismos como seres no solamente inteligentes sino sensibles y prácticos en el abordaje de las dimensiones

que los conforman, ha sido el origen de las más grandes perversiones humanas y la irracionalidad de acciones y decisiones que lejos de aportar a logro de un mundo mejor para todos, lo convierten en una pesadilla indigna de ser vivida.

Por todo lo anteriormente expuesto y atendiendo a las directrices éticas del Consejo Internacional de Enfermería CIE, el ejercicio de la profesión enfermera en todos los ámbitos de su desempeño debe estar permeado por los más caros postulados Bioéticos, sus principios y sus valores más insignes, desde el primer nivel de atención de salud. La formación humana entraña el abordaje y el estudio no solo de las ciencias llamadas básicas en el enfoque empírico-analítico, sino las sociales y humanas en el enfoque cualitativo, hermenéutico y crítico-social porque cada método permite aumentar la comprensión de la problemática de salud-enfermedad que afecta de manera adversa la calidad de vida de millares de seres humanos, produciendo sufrimiento cotidiano innecesario y muertes tempranas evitables.

12

Una visión interdisciplinaria que integre al ser humano como un todo, una totalidad irreductible, una lectura de conjunto, en el análisis de todos los factores de riesgo de enfermar, o protectores que ayudan a conservar la salud con una mirada desde la enfermería basada en la evidencia, es una permanente invitación de la bioética como disciplina que mediante un dialogo abierto y respetuoso es capaz de crear puentes para unificar y minimizar abismos que separan y fragmentan la realidad que cada vez más agobia a los científicos de las ciencias duras, tanto como a los de las ciencias blandas o humanas y sociales.

La reflexión-acción que propone la bioética debe reconciliar a las enfermeras de todas las regiones del mundo, para hacer realidad en sus localidades la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (4). Dicha declaración toca con los elementos esenciales del concepto de Atención Primaria de Salud proclamado en Alma Ata URSS 1978 (5). Nuevas formas de expresar en esencia lo que constituye el primer nivel de atención en salud que deberá recibir cada ciudadano del mundo y estructurar cada colectivo humano con el liderazgo de las enfermeras, tal como se ha mostrado en los trabajos realizados en continentes donde las condiciones de vida de grandes grupos de población son particularmente difíciles debido a aspectos culturales, bastante arraigados y difíciles de erradicar, pero no imposible, como en Asia, África o países de Centro y Latinoamérica (5).

Si bien la bioética en sus múltiples desarrollos teóricos, construye fundamentos, postulados, principios, valores y métodos de reflexión-acción para orientar e iluminar las elecciones, decisiones y acciones de los profesionales sanitarios, también trata de investigar la realidad humana y social del mundo contemporáneo en aspectos tan cruciales como los que se relacionan con sus principios fundantes (6), entre ellos la justicia, como equidad en el acceso a la atención y los servicios de salud que deben proveer los Estados, a los ciudadanos de sus países atendiendo a las directrices de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuya expresión jurídica se objetiviza en el derecho a la vida y a la salud como prioridad para poder alcanzar la calidad de vida necesaria para obtener un desarrollo humano que permita el desenvolvimiento de las capacidades, el despliegue de las potencialidades y el disfrute de las libertades plasmadas en la declaración.

Lo anterior ubica al profesional de enfermería en un ámbito de desempeño ético-político del cual no puede sustraerse, entendido desde la perspectiva aristotélica (7) que señala al hombre como “zoon politicon”, es decir, como ser social que caracteriza la persona humana y el principio de dignidad que denota la sociabilidad como imperativo meta-biológico que describe el origen de un ser humano como consecuencia de una relación entre dos seres humanos; una interacción humana que necesariamente hace posible no sólo la concepción, sino la gestación, el nacimiento, el crecimiento y desarrollo de una nueva criatura de la especie, cuyo valor intrínseco lo hace merecedor de reconocimiento, aceptación, respeto consideración y miramiento por parte de sus congéneres.

El principio bioético de la beneficencia, indica el carácter de bondad que debe permear cada conducta humana frente a sí mismo y a las demás personas con las que convive y se relaciona; hacer el bien en todo sentido y circunstancia demuestra la conciencia que permite aportar lo mejor de sí para el bienestar de quienes dependen de alguna manera, de la propia actuación para estar sano/a.

El principio de autonomía, en bioética se relaciona con el respeto activo de lo que en atención primaria se establece como autodeterminación y autorresponsabilidad de las personas que conforman los colectivos humanos de todos los pueblos. Se hace indispensable entonces educar para concienciar sobre estos aspectos tan fundamentales mediante el desarrollo de procesos constructores de ciudadanía (8), en el que se adopte la participación como derecho y deber en las decisiones gubernamentales

que afectan sus vidas.

El último principio aunque sería el primero o de primera generación es la no-maleficencia, no hacer daño, no causar lesión de ningún tipo. Por este motivo el método de toma de decisiones bioéticas exige un estudio juicioso sobre todos los aspectos no solo biomédicos, sino personales, familiares, sociales y culturales, implicados en un dilema ético en Atención Primaria de Salud. Cuestiones políticas, económicas, administrativas o de relaciones interdisciplinarias pueden obstruir la resolución oportuna y eficiente de un proceso mórbido o evitar la muerte.

La enfermera como miembro integrante del equipo de Atención Primaria de Salud debe contar con una sólida formación moral, ética y bioética que le permita actuar de forma responsable y comprometida en pro de la vida, la integridad, los derechos y libertades fundamentales de cada ciudadano que conforma el colectivo humano en el área de cobertura geográfica y administrativa que debe atender. Además de poseer un concepto claro sobre lo que se formuló en Alma-Ata, Rusia en 1978 como Atención Primaria de Salud, debe desarrollar también procesos cognitivos que le permitan integrar los conocimientos sobre Bioética y sus cualidades tanto científico-técnicas como humanas para desarrollar programas que la lleven a alcanzar las metas sanitarias y los Objetivos del Milenio para disminuir al máximo las condiciones adversas a un desarrollo humano justo, equitativo y armónico sobre todo y especialmente en los países pobres y en vías de desarrollo.

Véase cómo puede la enfermera articular los elementos del concepto de Atención Primaria de Salud (9) con los postulados contenidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (4).

14

Elementos del concepto de APS (2)	Postulados de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos (4)
<p>1 Asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables.</p> <p>2 Puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación.</p> <p>3 A un costo que la comunidad y</p>	<p>Disposiciones generales</p> <p>Artículo 1: Alcance</p> <p>a. La declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicados a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.</p> <p>b. La declaración va dirigida a los Es-</p>

el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo.

tados, imparte también orientación cuando procede para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas públicas y privadas.

Artículo 2: Objetivos

IV. Reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

V. Promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y sus correspondientes beneficios prestando una especial atención a los países en desarrollo.

PRINCIPIOS

Artículo 3: Dignidad humana y derechos humanos.

a. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

b. Los intereses y el bienestar de las personas deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia y de la sociedad.

Artículo 4: Beneficios y efectos nocivos.

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas se deberán potenciar

3-Con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en actividades de investigación y otras personas concernidas y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Artículo 5: Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de generar su autonomía se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses

Artículo 6 : Consentimiento informado

a. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo podrá llevarse a cabo previo consentimiento informado y libre de la persona interesada, basado en información adecuada. Cuando proceda el consentimiento debe ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

b. La investigación científica solo se debería llevar a cabo, previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciadas en la presente declaración, en particular en el artí-

<p>4. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal como del desarrollo social económico y global de la comunidad.</p>	<p>culo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos</p> <p>c. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.</p> <p>Artículo 7: Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento.</p> <p>a. La autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas deberá obtenerse conforme a los intereses de la persona y de conformidad con la legislación nacional.</p> <p>Sin embargo la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible del proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación.</p> <p>Artículo 8: Respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal</p> <p>Artículo 9: Respeto de la privacidad y de la confidencialidad.</p> <p>Artículo 10: Igualdad, justicia – equidad</p> <p>Artículo 11: No discriminación y no estigmatización.</p> <p>Artículo 12: Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.</p> <p>Artículo 13: Solidaridad y cooperación.</p> <p>Artículo 14: responsabilidad social y salud</p> <p>a. La promoción de la salud y el desa-</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18

5. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

rrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos que comparten todos los sectores de la sociedad.

b. Teniendo en cuenta que el disfrute del nivel de salud más alto que se pueda alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, convicciones políticas, condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:

c. El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien humano y social.

d. El acceso a una alimentación y abastecimiento de agua adecuados.

e. La mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente

f. La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo y

g. La reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Artículo 16: protección de las generaciones futuras.

Artículo 17: protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

Se habrán de tener debidamente en cuenta las interconexiones entre los seres humanos y las demás formas de vida, la importancia de un acceso adecuado o apropiado a los recursos biológicos y genéticos y su utilización, el respeto del saber tradicional y el papel de los seres humanos en la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS

Artículo 18: adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas

a. Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de intereses y el aprovechamiento compartido de conocimientos.

Se debería procurar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.

b. Se debería entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto

c. Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

Artículo 19: Comités de ética.

i) Evaluar los problemas éticos jurídicos, científicos y sociales pertinentes, suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos.

ii) Prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos.

iii) Evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación y orientaciones sobre cuestiones que entren en el ámbito de la presente declaración, y

iv) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Artículo 20: evaluación y gestión de

	<p>riesgos.</p> <p>Se deberían promover evaluaciones y una gestión adecuada o apropiada de los riesgos relacionados con la medicina, las creencias de la vida y las tecnologías conexas.</p> <p>DISPOSICIONES FINALES</p> <p>Artículo 26: interrelación y complementariedad de los principios.</p> <p>La presente declaración debe entenderse como un todo y los principios deben entenderse como complementarios y relacionados unos con otros. Cada principio debe considerarse en el contexto de los demás principios, según proceda y corresponda a las circunstancias.</p> <p>Artículo 27: Restricciones de los principios</p> <p>Si se han de componer limitaciones a la aplicación de los principios enunciados en la presente declaración, se debería hacer por ley, en particular las leyes relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública y salvaguardar los derechos y las libertades de los demás. Dicha ley deberá ser compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.</p> <p>Artículo 28: Salvedad en cuanto a la interpretación</p> <p>Actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.</p> <p>Ninguna disposición de la presente declaración podrá interpretarse como si confiriera a un estado, grupo o individuo derecho alguno a emprender actividades o realizar actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Puede observarse en la relación establecida la imperante necesidad de una férrea formación en Bioética aplicada a la profesión enfermera por cuanto constituye una estrategia de conocimiento humanista que permite orientar acertadamente las acciones que deben realizarse en Atención Primaria de Salud, con el fin de incidir positivamente en los índices de morbo-mortalidad de la población asignada en todas las etapas del ciclo vital de las personas, espacio-temporalmente para promover la salud y prevenir la enfermedad como responsabilidad individual y colectiva en el mundo de hoy, agobiado por la injusticia y la falta de equidad en la asignación y distribución de los recursos necesarios para fortalecer la salud pública y sus componentes prioritarios como lo son la atención primaria, y dentro de ella la promoción de la salud y la educación en salud en todas las capas de la sociedad.

A propósito de la educación en salud Ortiz y Palavecino (10), plantean que dentro de la función regulada de un Estado activo en beneficio de la salud de su población, debe tener claros algunos aspectos que serían: la promoción e implementación de políticas orientadas a la prevención porque ella genera mayor rendimiento y menor gasto público, con programas que interpreten con amplitud la realidad histórica de la localidad para superar las respuestas a las últimas alarmas emergentes como única acción eficaz e inmediatista y hacer posible la continuidad y arraigo de ellas en la población aunque los resultados sean a largo plazo.

Tutelar el empoderamiento de la sociedad, entendido como la potenciación y fortalecimiento de las capacidades latentes de las personas, los grupos y la sociedad civil, por medio de la información adecuada y la educación con formación integral para neutralizar la fragmentación de lo humano, porque una población más educada tendrá mejores posibilidades de discutir los objetivos y las estrategias pertinentes para mantener un buen estado de salud como premisa para la calidad de vida que mejore los índices de desarrollo humano... como faro que ilumina y conduce a la justicia social partiendo de la equidad en salud, que permita a los individuos un acceso oportuno tanto a los servicios, la atención en salud y a las oportunidades de obtener recursos para su desarrollo, esto en respuesta al principio bioético de la justicia. Favorecer la promoción de proyectos de desarrollo sostenible y sustentable para las personas y grupos que habitan lugares alejados de los centros urbanos.

Custodiar el capital pensante de la población, realizando trabajos conjuntos con las universidades para la implementación del desarrollo

tecnológico, la producción de los propios medicamentos y la educación para evitar la salida de investigadores al exterior. Lo anterior debe contar con enfermeras comprometidas fuertemente con la ciudadanía mediante el liderazgo de procesos donde ella misma sea un émulo viviente en el cumplimiento de sus deberes ciudadanos y en la demanda del reconocimiento y realización de sus derechos humanos, su dignidad y libertades fundamentales, tal como lo plantea la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Parte de la responsabilidad social de la enfermera como profesional radica en la formación o construcción de ciudadanía en los grupos de apoyo de integrantes de la sociedad civil que conforman los comités de participación comunitaria en salud (COPACOS); asociaciones de usuarios de los servicios de salud, veedurías ciudadanas en el manejo de los recursos de salud, líderes campesinos, grupos juveniles de los centros educativos, gestores comunitarios, en fin; realizar programas de concientización de las personas para que asuman la autodeterminación y autorresponsabilidad como características de los componentes de Atención Primaria de Salud, es dar un paso adelante en la transformación de las condiciones adversas a la salud y la calidad de vida de los pueblos, en oportunidades para su desarrollo, es cumplir cabalmente el rol asumido como profesional del equipo de APS.

22

No hay que olvidar el derecho humano a la participación en la toma de decisiones que afectan la propia vida; por tal razón las personas que integran un colectivo deben estar debidamente informadas sobre las utilidades, riesgos y criterios éticos y bioéticos para poder participar en la gestión y regulación de su salud, con mayor impacto en este momento histórico donde el pensamiento neoliberal pretende debilitar el cuerpo social y aislar el individuo para hacerlo más vulnerable y frágil e incapacitarlo para exigir el respeto a su dignidad y reconocimiento de sus derechos.

Un aspecto de vital importancia ética y bioética en el ejercicio de la enfermería en atención primaria de salud tiene que ver con el manejo prudente de la comunicación y la información por cuanto conductas marcadas por la ligereza o falta de cuidado en el lenguaje pueden originar conflictos grupales o sociales en los cuales podrá verse implicada. Toda información acerca de los usuarios o pacientes que acuden al centro de atención primaria deberá ser tratada con la mayor reserva y respeto; en ningún caso divulgarla a personas no implicadas directamente en la aten-

ción o el tratamiento de la persona a la que se refiere sin su consentimiento, excepto en circunstancias excepcionales (10).

La autoridad profesional de las enfermeras depende de su formación, su experiencia en el cuidado diario de las personas que lo requieren y de su actitud a favor de las mejores condiciones sanitarias en el seno de la comunidad. Todas las enfermeras tienen el deber y la responsabilidad ineludible de mantener al día sus conocimientos y la habilidad de sus técnicas manuales para prestar un servicio idóneo dentro de los más altos estándares de calidad.

La cooperación y comunicación asertiva entre las diferentes personas que se ocupan en la atención de un paciente, una familia o grupo social, hace posible establecer planes de acción concretas formulados a partir de las necesidades objetivas y subjetivas expresadas por el sujeto del acto de cuidado, donde también deben participar seres queridos, los amigos más allegados cuando la situación lo requiere.

No deben perderse de vista por parte de la enfermera además de los postulados bioéticos, los principios éticos formulados por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Las enfermeras profesionales cuidadoras de los enfermos, asumen la responsabilidad para crear un ambiente espiritual, físico y social que conducirá al restablecimiento y la fuerza, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud para enseñanza y ejemplo. Ellas suministran un servicio sanitario al individuo, la familia y la comunidad y coordinan servicios con miembros de otras profesiones sanitarias.

Servicio al género humano, es la primera función de las enfermeras y la razón de su existencia como profesión, su necesidad es universal, no está influenciado por consideraciones de nacionalidad, raza, creencias, color o estado social o político. Inherente al código de ética, es el concepto fundamental de que la enfermera tiene de la libertad esencial del ser humano y de la preservación de la vida humana. Este concepto debe ser nutrido hoy con los postulados de la bioética con relación a la preservación de la vida además de la humana, la de otras especies vivas de la naturaleza y el ambiente como nicho nutricio que sustenta la vida de los seres humanos. El mantenimiento de un medio ambiente saludable, aporta a la recuperación de la salud de quienes la han perdido, de la rehabilitación de sus capacidades y el mantenimiento de condiciones que posibilitan una buena calidad de vida para el desarrollo humano íntegro y armonioso de todos y cada uno de los miembros de la sociedad donde

la enfermera ejerce su acción, reconociendo su responsabilidad fundamental de conservar la vida, promover la salud y aliviar el sufrimiento (11).

Enfermería, liderazgo y atención primaria de salud

Al pensar en la responsabilidad que tiene la Enfermera* respecto a la salud de las personas, las familias y las comunidades, surgen múltiples preocupaciones que van desde la concepción que ella tiene de la salud, hasta la forma cómo funcionan los sistemas de salud, expresión esta de la normatividad, por medio de la cual se garantiza el derecho a la salud o más precisamente a la atención de los problemas de salud en los diferentes países; sistemas que ha sufrido grandes cambios, fundamentalmente derivados de las dinámicas económicas y de la globalización, más que de las necesidades de salud propiamente dichas, puesto que si bien, han habido avances en términos de la expectativa de vida al nacer, de la disminución de las tasas de mortalidad infantil, en el acceso al agua potable, el saneamiento y la atención prenatal, entre otros (12) (13), se reconoce que las condiciones y los requisitos de la salud como son la paz, la educación, la vivienda, el trabajo, la justicia social, la equidad y un ecosistema estable (14) no son favorables para satisfacer las expectativas de los ciudadanos sobre la salud y su atención, ya que gran parte de los actuales problemas de salud, están relacionados con sus factores condicionantes y determinantes. En este contexto los valores y principios de la APS están más vigentes que nunca y la Enfermera como integrante del equipo de salud, debe ejercer un liderazgo orientado al “logro de la salud para todos”, por haber sido formada en competencias científicas, metodológicas y actitudinales, para atender de manera integral a la persona en cualquier estado del continuo salud-enfermedad, en las diferentes etapas del ciclo vital y en los procesos normales de la vida, partiendo de la gestación y el nacimiento, hasta el proceso de morir; de manera individual, como en relación con el otro, en sus entornos socio culturales y políticos en los cuales transcurre la vida cotidiana como son la familia, la comunidad, la escuela, el trabajo, entre otros.

Por lo anterior, es importante hacer algunas consideraciones relacionadas con el liderazgo que debe ejercer la Enfermera en los equipos de APS, a partir del proceso de formación y durante su desempeño.

* Cuando empleo la expresión “la Enfermera”, se incluye a los profesionales tanto mujeres como hombres.

¿A que nos referimos cuando hablamos de liderazgo? El liderazgo consiste en influir en las personas para que cambien, no importa cuánto (15), “es la capacidad de una persona para influir sobre los demás con el fin de alcanzar un objetivo valioso, que se caracteriza por ser ético y por beneficiar a otros” (16), “el liderazgo no se refiere simplemente a un rasgo de carácter natural o a una cualidad simplificada, sino que se define como el logro de una posición que se conquista en la lucha cotidiana por una concepción más explícita del quehacer y del entorno” (17).

Con base en los conceptos anteriores, el liderazgo de la Enfermera en la APS, debe partir del significado que para ella tiene la salud. Es oportuno recordar que hay pocas palabras más difíciles de definir que el término salud, cuyo concepto ha dependido del período histórico y el paradigma científico que caracteriza cada cultura, lo cual evidencia su evolución histórica. Actualmente la definición que le dio la OMS en 1958, sigue vigente y en ésta se empieza a superar el paradigma clásico de salud como ausencia de enfermedad, al definirla en función de un estado de bienestar físico, mental y social [...] (18). Lo anterior hace necesario pensar la salud como una realidad humano-social que forma parte de las personas, sea cual sea su condición de género, edad, ocupación, credo, en fin, pues cada una de ellas la vive y valora de manera diferente; es por esto que la Enfermera debe concebir y valorar la salud como “fuente de riqueza de la vida cotidiana” (14) y factor de desarrollo humano, razón que debe motivarla para trabajar en pos de ella, por y con la persona y la comunidad.

Así visto, el ejercicio de la enfermería debe trascender la rutina del cumplimiento de órdenes hacia una práctica analítica, crítica y reflexiva que permita darle nuevo sentido y orientación, lo que favorece el desarrollo de la dimensión socio-política del profesional, entendida ésta como “la capacidad de la persona para vivir “entre” y “con” otros, de tal manera que puede transformarse y transformar el entorno en el que está inmerso” (19).

El desarrollo del liderazgo de la Enfermera en la APS, debe partir de su formación; es por ello que las facultades o escuelas de enfermería deben por medio de la reflexión y la investigación, profundizar en esta estrategia, de tal manera que sus egresados demuestren competencias y habilidades que les permitan cumplir funciones relacionadas con el cuidado individual y colectivo, en los términos antes descritos, lo que exige profundizar en la comprensión del hombre como un ser integral y del entorno social, económico y político de modo tal que se generen procesos

de participación en la búsqueda y alcance de resultados que favorezcan el logro de la meta “salud para todos” y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Entre los lineamientos para la enseñanza de la APS en los programas de enfermería (20), es importante resaltar:

1. La necesidad de la integración docente-asistencial, en torno a la APS, puesto que por medio de ella los estudiantes pueden lograr en contexto, el desarrollo de competencias y habilidades básicas como el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

2. El empleo de estrategias metodológicas centradas en el estudiante, que favorezcan el aprendizaje por medio de resolución de problemas, el trabajo en equipo, el desarrollo de la autonomía, la creatividad y la apertura al cambio.

3. Hacer partícipes a los estudiantes de la realización de investigaciones, de esta manera ellos van a desarrollar el espíritu crítico, el cual es necesario tanto para mejorar la práctica, como para avanzar en el desarrollo de la disciplina (21).

4. Crear espacios de participación para los estudiantes, en el proceso de formulación y evaluación de políticas públicas, en los niveles institucional y local, como estrategia para desarrollar habilidades de liderazgo y defensa de los usuarios (21).

5. Ofrecer oportunidades para la gestión de proyectos de desarrollo con enfoque de APS, orientados a mejorar la situación de salud de las comunidades.

6. Estimular en los estudiantes la cultura de la comunicación escrita y oral, con el fin de socializar los resultados de los proyectos de investigación o de desarrollo en los cuales participan.

7. Programar con base en los resultados de los proyectos, actividades de capacitación, para el personal de las instituciones, especialmente aquellas involucradas en los convenios docente-asistenciales, grupos de la comunidad como escolares, trabajadores, amas de casa y líderes comunitarios, entre otros.

De otro lado, el estudiante debe desarrollar competencias relacionadas con la Promoción de la Salud como estrategia que fortalece todos los esfuerzos en función de la meta “salud para todos”, lo que implica el estudio de sus componentes: el desarrollo de aptitudes personales, las políticas

públicas saludables, los ambientes favorables, reorientación de los servicios de salud y la participación social; de sus herramientas: la educación para la salud, la participación social, las alianzas estratégicas, el mercadeo social, el trabajo intersectorial, la resolución de conflictos, para trabajar con y por las personas y comunidades, elementos todos de gran utilidad, importancia y aplicabilidad en el trabajo de la APS.

Además es un deber ético de la Enfermera permanecer actualizada en todos los aspectos relacionados con el ejercicio de la profesión, actualización que puede realizar empleando recursos como: los libros virtuales y físicos, la consulta de bases de datos en la Web y programas de educación continuada; asumiendo los compromisos que implican los convenios docencia-servicio, en los cuales puede actuar como docentes o participar en investigaciones u otro tipo de proyectos como los de desarrollo social. Estas oportunidades permiten a la Enfermera fortalecerse, aportar al desarrollo de la enfermería como profesión y disciplina y ganar espacios de reconocimiento en los contextos de salud, educación, social y políticos, según sea el área de su ejercicio.

Es importante resaltar que Enfermería, ha sido líder de apropiación en los currículos, de los planes de salud de los gobiernos de turno, de los lineamientos generados en los organismos rectores de la salud en los niveles nacional e internacional (22), lo cual da a las Enfermeras una ventaja cualitativa para el desempeño de sus funciones, particularmente las relacionadas con la salud pública, por lo cual se le reconoce como líder en los equipos de salud.

La APS, está orientada a la solución de necesidades y problemas de salud, propios de cada comunidad, por medio de actividades que van desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la auto-responsabilidad y la participación comunitaria (23), lo que implica reconocer y estimular la libertad de los individuos como un determinante importante de la iniciativa propia y de la eficacia social, en razón a que “mejora la capacidad de las personas para ayudarse a si mismos, así como para influir en el mundo”, lo cual es fundamental para el desarrollo (24).

Para que la Enfermera ejerza el liderazgo del equipo de APS, es necesario que comprenda sus contenidos, los cuales pueden ser analizados según H. Vuõri, desde los siguientes puntos de vista: “como un conjunto de actividades, como un nivel de asistencia, como una estrategia y como una filosofía” (23), los cuales siguen vigentes en un mundo globalizado, don-

de los sistemas de salud, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, no están funcionando como podrían y deberían hacerlo y así responder de manera efectiva y eficiente a los desafíos de un mundo en permanente transformación, los cuales pueden ser afrontados desde la APS (25). La permanente formación de la Enfermera en asuntos personales y profesionales, relacionados con el desempeño de las funciones inherentes a su cargo, le va a permitir ser justa, hacer lo correcto y lograr resultados en lo individual, lo institucional y lo social.

La Enfermera de hoy, debe estar preparada para asumir las funciones que imponen el cuidado del hombre y su entorno, en un mundo caracterizado por rápidos cambios, lo cual se posibilita por medio del proceso de atención de enfermería, que permite el desarrollo de la autonomía e independencia en el ejercicio profesional, más aún en el contexto de la APS; dicho cuidado debe estar orientado a potenciar el desarrollo de la persona, agencie su autocuidado, en la medida que así como reconoce y ejerce el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en el contexto de la seguridad social, debe asumir el deber de cuidarse y de cuidar a los integrantes de su comunidad (familia, vecinos, compañeros de estudio, trabajo, entre otros).

28

En este contexto, la enfermera por medio del cumplimiento de sus deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, apoyar la recuperación de la salud y aliviar el sufrimiento (17) tanto a la persona, como la familia y comunidad, puede actuar en coordinación con otros profesionales y personas.

A continuación se plantean algunas características necesarias para desarrollar y potenciar el liderazgo de la Enfermera:

- Impregnar de humanismo, sus relaciones con todos y cada uno de los miembros del equipo de salud, los usuarios (sanos o enfermos), los cuidadores, las familias y la comunidad.

- Reconocer y aceptar las diferencias y el respeto a las personas en los equipos de salud.

- Ayudar a las personas a lograr sus metas: a nivel asistencial, las relacionadas con la conservación y recuperación de la salud de los usuarios, y a nivel administrativo con los integrantes del equipo de salud, las relacionadas tanto con sus proyectos de vida, como con el desempeño de sus funciones.

- Ver, reconocer y valorar lo mejor de cada uno, con el fin de potenciar

sus capacidades.

- Trabajar para lograr el equilibrio personal entre el ser tierno y duro, valiente y compasivo, amistoso y firme.
- Evaluar frecuentemente de manera individual y con su equipo de trabajo, el desarrollo de los procesos y el logro de metas, en las que se comprometen, con el fin de identificar aciertos, desaciertos y aprender de la experiencia, como un soporte para la toma de decisiones.

El rol de enfermería en la atención primaria de salud

La comprensión del rol profesional de enfermería en la atención primaria de salud (APS) permite develar las vivencias frente a su desempeño profesional en torno a aspectos como: el valor que le atribuye al rol profesional en esta área, las creencias que comparte frente a su trabajo y las prácticas que realiza.

La enfermera desde su perspectiva como persona, los cuidados de enfermería desde el enfoque del cuidado a las personas y el institucional y el contexto normativo, educativo y socioeconómico en el que se desenvuelve; son categorías centrales para analizar cuál es el rol de esta profesional en la atención primaria de salud que hacen visibles y explícita las ideas, las acciones, las creencias y la valoración de su rol en el contexto de la APS. Las categorías están construidas como resultado de las condiciones culturales, sociales, laborales, económicas y personales que condicionan su quehacer.

El ejercicio de la enfermería en APS se desarrolla en general en nuestros países en diferentes escenarios, tales como: centros de salud, servicios hospitalarios ambulatorios y empresas; estos escenarios generalmente son de carácter público, privado o semiprivado y heterogéneos en cuanto a los procesos técnicos-laborales y, a los aspectos administrativos.

El trabajo que allí desarrolla el profesional de enfermería, está orientado fundamentalmente al cuidado individual y, además, al de los colectivos; es decir, cuando este profesional interactúa para prestar servicios de salud a una determinada persona o grupo, lo hace también para brindar servicios y solucionar problemas de salud colectivos, con la intención de que lleguen a impactar al grupo; todo en el primer nivel de atención en salud y enmarcado, dicho trabajo, por las políticas de salud nacionales, establecidas mediante los diferentes programas de promoción de la sa-

lud y prevención de la enfermedad, reglamentado través de las diversas normas técnicas y las guías o protocolos de atención.

Los profesionales de enfermería de APS se desempeñan bajo el contexto de las políticas locales, seccionales y nacionales, y es ahí donde se generan los conflictos frente a los paradigmas en salud y su propio quehacer o práctica. El carácter obligatorio de las normas en salud limita en cierta forma al profesional de enfermería, para el desarrollo de acciones que apunten a la satisfacción de las necesidades sentidas por la población, en materia de promoción de la salud, puesto que las actividades se orientan hacia el cumplimiento de metas, en vista de que así lo exige la legislación vigente en salud, la cual trasladó la atención del ámbito donde vive la gente al ámbito institucional, con énfasis en la prevención de la enfermedad y el tratamiento básico individual.

Según Kelly, la enfermería es una profesión activa y una disciplina profesional práctica, que proporciona servicios vitales para el bienestar humano y social; posee un cuerpo de conocimientos con una sólida base teórica, que le permite articularse con otras disciplinas; además, cuenta con competencias para el ejercicio profesional, ético, normativo, de prestación y gestión de los cuidados; formula y controla sus propias políticas y actividades; ejerce de manera autónoma sus funciones; cuenta con un código de ética y una asociación gremial para el desarrollo de la profesión (26). *Enfermería es arte y ciencia del cuidado* (27) y lo fundamental de ésta es el cuidado, y el curar es complementario de la profesión.

El conocimiento disciplinar, que implica tener un campo de conocimientos específicos, es el que permite diferenciar entre una buena o mala práctica de la enfermería; ejercer la profesión por 'vocación' solamente o hacerlo con conocimientos. Dichos conocimientos son adquiridos a través de los desarrollos teóricos e investigativos de la profesión y producidos por ella para ampliar su saber.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud; aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona; igualmente se expresa que la enfermería tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, a la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables, que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida (28).

En el área comunitaria, la enfermería es definida por diversos autores como la síntesis de la teoría de la enfermería y la teoría de la salud pública dedicada a la promoción y la prevención; por su parte, el trabajo de enfermería en la APS es definido como *la aplicación de acciones correspondientes al proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) en un organismo de salud, con el fin de obtener un cuidado integral, conjuntamente con el equipo interdisciplinario dirigido al usuario, la familia y la comunidad, de acuerdo con las políticas locales, seccionales y nacionales en salud* (29), estas definiciones son asumidas en esta reflexión como pertinentes y relevantes para el logro de los objetivos de la misma.

1. La enfermera desde su perspectiva como persona: el concepto de persona es complejo puesto que involucra al hombre en relación consigo mismo y con el medio ambiente físico y social; relación que permite el poder obrar sobre su cuerpo, el ser agente moral y el ser sujeto de deberes y derechos. En tal sentido, el profesional de enfermería en la APS se considera desde la perspectiva del ser como persona integral que ejerce una profesión.

Imaginarios: Los imaginarios en enfermería se consideran como una serie de adjetivos o atributos que caracterizan a dichos profesionales, a través de la tradición; estos imaginarios le dan una cierta cohesión y unidad como grupo. La enfermería ha tenido una simbología propia, caracterizada social e históricamente por significaciones, tradiciones y ritos ligados a las ideas, conocimientos y prácticas vigentes en las diferentes épocas por las que ha atravesado el hombre y sus procesos de salud-enfermedad y que actualmente constituyen el mundo simbólico de la profesión.

En una investigación realizada en Colombia (30), se reafirman algunos imaginarios sociales acerca de la forma como el común de la gente distingue a los profesionales de enfermería en el contexto institucional: *la enfermera es la más humana, bonita y pulcra*, ella tiene *obligación de ser el eje, la computadora*; estos imaginarios, en cierta medida, le niegan la posibilidad de equivocarse como ser humano, puesto que es percibida como una profesional que *no se puede equivocar*, lo cual la impulsa a exigirse perfección e infalibilidad en sus comportamientos y acciones en el plano tanto personal como profesional. Por otra parte, el profesional se percibe como alguien que tiene que dar respuesta a las múltiples demandas de los usuarios y del personal de salud; todo esto le ocasiona una carga emocional en razón a que asume sus imaginarios como una obligación

impuesta por la presión de los usuarios, de la institución y de ella misma como mujer y enfermera; sin embargo, el hecho de sentirse 'el centro, la mamá...'; le representa un valor que no quiere perder en el entorno laboral.

El profesional de enfermería ha adoptado dicho patrón maternalista, como reflejo de su rol social en su relación con los otros. Al respecto Parra plantea *en la dicotomía autonomía-dependencia, la mujer sería más dependiente, sumisa, necesitada de apoyo, con deseos de agradar, de ser para otros. En cuanto a la afectividad, la mujer, sería tierna, dulce, púdica, necesitada de amor, seductora, necesitada de ser madre* (31).

La enfermería ha tenido dificultades para autorregularse, lograr consistencia y legitimación social; es frecuente encontrar entre dichos profesionales la idea de que sus aportes son la síntesis de producciones generadas por 'otros', lo cual los hace más susceptibles a las críticas o comentarios de los demás; el profesional de enfermería desde la postura de Collieré tiene "una tendencia a presentar ciertos rasgos de *perfeccionismo, servilismo* y un sesgo místico asociado al servicio *abnegado, consagrado*, sumado a unas concepciones ideológicas de *dominación* por parte de la ciencia médica y de *rezago* frente al conocimiento, que se han convertido históricamente en barreras para el desarrollo de la profesión de enfermería (32).

Una consideración generalizada entre el común de la sociedad y del profesional mismo, es la que reitera que la enfermera debe estar siempre dispuesta a realizar acciones que incluso corresponden a otros y que se presentan en ciertas coyunturas o crisis; es decir, que debe ser *todera*, con el argumento de que *hay que colaborar*.

Otro imaginario social relacionado con el anterior es que el profesional, por el hecho de ser *todero* (polifuncional) es buen administrador; al respecto Spector y Muñoz argumentan que a través de la socialización profesional dentro de la cultura de enfermería se da un conjunto de prácticas, hábitos, preferencias, normas y rituales, entre las cuales todavía se conservan como propias las relativas al "orden y organización, metodología sistemática de resolución de problemas y cumplimiento de recomendaciones" (33).

La institución funciona adecuadamente cuando se administran correctamente los roles profesionales que se tienen que desempeñar en ella. *No todo el mundo está autorizado para realizar cualquier función. Se trata de un órgano colectivo, de una sociedad de personas que trabajan por un mismo*

fin; esto significa que deben coordinarse mutuamente, cada cual debe intervenir desde su posición más óptima" (34).

Igualmente existe una tendencia de parte de las enfermeras de trabajar en función de los demás, muchas veces dejando a un lado sus propias necesidades y su bienestar personal. Una de las razones por las que asumen un gran número de actividades en su quehacer laboral, se relaciona con el hecho de tener una formación integral que les posibilita el desempeño en diferentes áreas de la atención en salud, puesto que asumen que pueden ser *polifuncionales* por las múltiples actividades que desarrolla.

Debido a esta forma como se perciben a sí mismas las enfermeras, se posibilita su adhesión fácil al sistema de cuidados y de atención en las instituciones de salud que demandan personal competente y hábil para administrar los servicios de salud, toda vez que las organizaciones en general, y entre ellas las de salud, tienden a aprobar y conservar a aquellas personas o profesionales cuyos métodos, prácticas, comportamientos y valores sean acordes con los de la institución; por lo tanto, acogen a los profesionales que sean organizados, metódicos, adheridos al orden establecido y con alto espíritu de trabajo, y activos; sin embargo, esto no quiere decir que el profesional tenga que perder su identidad y asumir funciones que no le correspondan.

2. Los cuidados de enfermería: El cuidado no es responsabilidad exclusiva del personal sanitario o de uno de sus miembros en particular; es un deber de toda persona y comunidad, en busca de un mayor desarrollo; cuidar es *un acto de vida, significa movilizar las capacidades del ser humano en su cotidianidad y en relación con el proceso salud-enfermedad. Comprende una serie de acciones fundamentadas en la relación interpersonal de apoyo* (35). El cuidado es un aspecto valorativo puesto que es un acto de naturaleza humana más que de carácter tecnológico o instrumental.

El ejercicio de cuidar es habitual en la vida doméstica e institucional; se da naturalmente; los modos de cuidar tienen una intencionalidad que pueden ser distorsionados en la práctica, porque se articulan de una manera adecuada o inadecuada; el cuidar responde a unas necesidades básicas e ineludibles de todo ser humano y la necesidad de ser cuidado es universal y absoluta; se requiere descubrir sus manifestaciones y usos en vista de que el cuidado es indispensable para el desarrollo de las personas.

"El ejercicio de cuidar puede considerarse un deber fundamental, pues el cuidar es la *condictio sine qua non* del desarrollo humano, social y na-

tural" (34).

El cuidado es reconocido como una función esencial de la enfermería en diversos estudios, como se evidencia en 'La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación de enfermería' donde se describe ésta como "una profesión, vocación y trabajo gratificante que utiliza la ciencia y el conocimiento para cuidar, servir, ayudar, educar y asistir a personas sanas y enfermas"; (36) a su vez, Maricel Manfredi afirma que "Enfermería es una profesión humanística que a través de relaciones interpersonales promueve el bienestar de las personas, las familias y la comunidad" (37).

El cuidado de enfermería se refiere al *conocimiento y a las habilidades formales y cognitivamente aprendidas a través de instituciones educativas que son utilizadas para dar asistencia, apoyo o para capacitar a una persona o grupo con necesidades evidentes con el fin de mejorar la condición de salud, la incapacidad o encarar la muerte*" (38). El profesional de enfermería cuida a las personas tanto como a la institución.

34

Los sujetos del cuidado de enfermería son la persona, la familia y los colectivos, sanos y enfermos; ellos constituyen el centro de su cuidado. Este cuidado debe ser individualizado, tener en cuenta la autonomía, considerar al ser humano como un ser integral con características bio-sico-sociales y espirituales, con deberes y derechos. Se cuida de sí mismo, de las interrelaciones y del ambiente donde éstas se dan. Cuidar a un ser humano enfermo significa estar con él, compartir sus tristezas, alegrías, expectativas; es decir, dejarle ser, ayudarle a ser, preservar su identidad, su modo de ejercer el ser persona y no alterar su identidad; para dejarle ser no hay que abandonarlo a los riesgos y dificultades de la vida. Cuidar es velar por alguien en el sentido de preocuparse por él, para que pueda satisfacer determinadas necesidades vitales.

Además del cuidado a las personas que la enfermera proporciona, ella brinda cuidado a la institución de salud, en el sentido de velar por el adecuado funcionamiento de la misma; en este aspecto el concepto de Torralba es claro:

cuidar de la institución es cuidar de lo externo de la misma, es decir, de sus infraestructuras y canales de comunicación, de sus competencias técnicas, espacios y lugares; pero lo que debe cuidarse realmente en una institución cuyo fin será el ejercicio del cuidar, sin desmerecer lo anterior, es lo invisible de la misma, esto es, el talante de la institución, el modo como se trata en ella a las personas, el vínculo que se establece entre las mismas [...] cuando la

institución cuida a sus cuidadores, los resultados de dicha comunidad pueden calificarse de óptimos, no sólo desde el punto de vista competencial sino desde el punto de vista moral”(34).

Actualmente se ha transformado la gestión que venía realizando la enfermera en las instituciones de salud, por una actividad estratégica denominada gestión del cuidado y definida por Zarate como aquella labor que consiste en (39) *planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución.*

Por lo anterior, las autoras de la presente reflexión conciben el cuidado como aquella interacción que se da entre el profesional y las personas sujeto de su atención, que les permite ocuparse de las experiencias recíprocas relacionadas con la vida y la salud, en una relación terapéutica con sentido humano y científico.

El cuidado a través de la consulta de enfermería: esta consulta es definida por Wiedenbach como *el hecho de solicitar información o pedir consejo, es un método para conseguir de los demás una opinión o sugerencia que permita a la enfermera ampliar la información de que dispone antes de decidir sobre la línea de acción a seguir* (40). El establecimiento por ley de la consulta de enfermería se constituye en una conquista importante para la profesión, puesto que ésta posibilita la autonomía e identidad profesional, en sistemas de salud altamente complejos; además, su asignación al profesional de enfermería representa un reconocimiento a su formación científica y humanística.

La enfermera por su carácter profesional, tienen libertad para el ejercicio de su profesión, sin embargo, sus acciones deben ser desarrolladas con responsabilidad ética y social. En razón a las múltiples demandas legales que se dan en el ejercicio de la atención en salud, específicamente en lo relacionado con la necesidad de disminuir costos, pueden surgir conflictos éticos cuando se establecen las prioridades y se racionalizan los cuidados de salud; las enfermeras deben tener capacidades para reconocer y discutir tal problemática, puesto que ellas son quienes ejercen abogacía por los derechos de los usuarios.

Si bien se concibe que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen los nuevos paradigmas de la atención en salud, se percibe una gran preocupación porque no se ha logrado impactar en este enfoque en razón a que las personas no están formadas para el auto-

cuidado y desconocen los deberes y derechos frente al sistema de salud actual y a sí mismos; esto le implica a las enfermeras de APS un reto en su cotidianidad laboral

El cuidado de enfermería incorpora como elemento esencial la salud pública, con la atención a la familia y las comunidades; sin embargo, en las normas no se contempla la atención a estos grupos de población; esto genera en la enfermera preocupación en razón a que reconoce su responsabilidad social y su deber profesional de cuidar la vida y la salud individual y colectiva.

Es evidente que en la APS la misión educadora de enfermería se entiende por su formación profesional, capacidad de liderazgo y autonomía, basado lo anterior en una centralidad de la mujer desde la perspectiva humanística, que se identifica como el eje en la institución, lo cual se reproduce en su comunicación con los usuarios, quienes reconocen en ella su condición de mediadora y educadora. Se percibe una mayor facilidad para brindar educación en el primer nivel de atención, en razón a que los usuarios no tienen alterada gravemente su condición de salud y, por lo tanto, están más dispuestos a recibirla.

36

Por otra parte, la nueva legislación en salud dio relevancia al cuidado de enfermería con la creación de la consulta que tiene además reconocimiento del usuario en la medida en que le permite acercarse a éste y a su familia en una relación terapéutica. La enfermera a través de la consulta puede conocer aspectos sociales, educativos, recreativos, laborales de la vida del usuario, además de aquellos relacionados con la enfermedad, que de alguna manera impactan la salud por lo tanto, tiene la oportunidad de implementar en los momentos de interacción con los usuarios, intervenciones de carácter educacional y asistencial.

La calidad del cuidado a las personas se ve afectada por la obligación legal que tienen los profesionales de enfermería frente al cumplimiento de metas; como complemento de lo anterior, es notoria la percepción de enfermería en la APS que con los cambios impuestos por la legislación en salud, la dinámica socioeconómica y lo concerniente a las transformaciones de las entidades de salud, se enfatice en los resultados de la atención en cuanto al cumplimiento de metas; por tanto se considera que las actividades de promoción y prevención están sujetas a las presiones del mercado lo cual afecta la calidad del cuidado a las personas y a las comunidades. Con base en lo anterior, se puede afirmar que la normativa actual implica una visión reduccionista del cuidado a las personas, puesto que,

si bien la atención en salud debe estar enmarcada en la legislación, ésta se ha convertido en algunos países en un obstáculo para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Cuidado institucional: Se refiere al hecho de vigilar el adecuado funcionamiento de la institución y no sólo cuidar de lo externo a ésta –su infraestructura, sus recursos técnicos, el ambiente físico–; involucra las relaciones interpersonales, el clima organizacional, el ambiente propicio para la labor de cuidar y prestar asistencia en salud; es decir, todo aquello relacionado con la gestión general de la institución; para el caso de la profesión de enfermería, su deber implica la gestión de los servicios de enfermería o gestión del cuidado, como parte del cuidado institucional.

A la enfermera le asignan algunas labores administrativas correspondientes al cuidado institucional que sobrepasan sus funciones, entre las cuales se destacan inventarios, mantenimiento de equipos, gestión de talento humano diferente al de enfermería, apoyo logístico, entre otras.

Algunos estudios, como el de Castrillón María C y col., realizado en Colombia muestran que en general en el país hay escasez de personal, indefinición de funciones y superposición de tareas entre profesionales, y auxiliares de enfermería en los tres niveles de atención; además, *se da una inadecuada utilización del personal profesional en tareas que son competencia de la gestión general de las instituciones. El personal auxiliar se identifica claramente con actividades referidas al cuidado directo de enfermería y el personal profesional con la gestión de los servicios de enfermería* (41).

Conviene, sin embargo, advertir que las enfermeras desarrollan esas actividades relativas al cuidado institucional general en razón a que les interesa el bienestar y la buena marcha de la entidad, con el fin de aportar a la supervivencia institucional en el medio y que estas actividades les implican *ganancia de poder*, entendida como la influencia positiva sobre las relaciones interpersonales del equipo de salud; en este sentido, cuando un funcionario realiza un trabajo organizado por la entidad, está representando el poder que procede de ésta; de ahí que cuando una enfermera desempeña cargos directivos, pasa a ostentar el poder que representan éstos.

Es de anotar que las enfermeras de APS perciben un reconocimiento a su trabajo administrativo y se consideran como *el centro* o *el eje* del cuidado institucional, con autoeficacia para el manejo administrativo y operativo de las instituciones de salud. El hecho de ser percibidas por el personal

de las instituciones, como el centro de las acciones en APS evidencia que la enfermera es quien maneja una gran proporción de la información y orientación, con respecto al cuidado a las personas y a la institución de salud, puesto que como dice Lunardi y col. *son las depositarias de la casi totalidad de la información que se genera en las instituciones de salud, las organizadoras de la atención sanitaria y las encargadas de mantener las normas institucionales; el hecho de asumir estas responsabilidades las capacita para ejercer como las administradoras principales de la actividad sanitaria en su área de influencia* (42).

Las actividades administrativas que no son parte de las normas en la APS, son asumidas por las enfermeras como 'valor agregado', dado que argumentan una situación de vulnerabilidad de las comunidades ante la ley, frente a la cual se sienten en la obligación de ofrecer soluciones (abogacía); están en la obligación de realizarlas como respuesta a las difíciles condiciones socioeconómicas de las personas y a la legislación que no contempla actividades como, por ejemplo, el cuidado a la familia. La enfermera por formación, tiene interiorizado el deber de cuidar no sólo a personas sino a los colectivos; por lo tanto, a pesar de que la normativa la restringe en el accionar con grupos y comunidades, ella lo hace motivada por una fuerza interior, un deber ser que desde el punto de vista ético la lleva a actuar aún por fuera de sus funciones oficiales y de su horario de trabajo.

38

Se puede argumentar que se da una valoración del trabajo de enfermería en APS por ser más cercano a la cotidianidad de la gente; es decir, se asimila al que se realiza en áreas diferentes a salud; además ofrece la posibilidad de disfrutar la vida social e interactuar con su familia. Las vivencias laborales en APS se constituyen para la enfermera en una oportunidad que le permite tener una visión más amplia sobre la manera cómo la gente vive, se interrelaciona, trabaja, en razón a que se interactúa con las personas en su realidad sociocultural.

3. Contexto del rol de la enfermería en la APS. La práctica de la enfermería está influida por realidades políticas, económicas, sociales y culturales que se constituyen en el contexto en el cual se prestan los cuidados de salud; por otra parte, el paradigma actual en salud se asocia al cambio de la prestación de cuidados a enfermos en entidades hospitalarias, con énfasis en la promoción de la salud y el cuidado a grupos y colectivos; estas transformaciones requieren del trabajo en equipos multidisciplinarios e intersectoriales, en los que el profesional de enfermería participa

activamente.

Contexto normativo: En la actualidad la atención en salud es cada vez más compleja y con frecuencia se brinda mediante un equipo multidisciplinario. El profesional de enfermería se constituye en uno de los grandes prestadores de servicios en el área de la salud en nuestros países. Las enfermeras brindan cuidados a los usuarios, además de coordinar los servicios; por tanto, están más involucradas en las funciones administrativas que cualquier otro profesional, lo que les exige conocimiento de la legislación en salud y de las normas que rigen a las instituciones donde laboran.

La época actual se ha caracterizado por las frecuentes y profundas reformas en los sistemas de salud de muchos países, que han afectado al profesional de enfermería en su condición de persona, profesional y trabajador, tanto como a la población en general. Entre las principales consecuencias de las actuales reformas de los sistemas de salud se mencionan:

- La progresiva liberación del Estado de algunas responsabilidades sociales, tales como, salud, educación y servicios públicos.
- La afectación de los sistemas de riesgos profesionales, pensiones y régimen laboral, sobre todo en materia de contratación del personal de salud.
- La privatización de la salud con un cambio en el concepto de 'servicio' por el de aseguramiento, rentabilidad y productividad, que se asocia con la capacidad de pago de los usuarios.
- La intermediación en salud.
- La asignación de funciones administrativas al profesional de enfermería en menoscabo del cuidado directo a los usuarios, razón de ser de la profesión.
- La sobrecarga laboral.
- La eliminación de los departamentos de enfermería de la estructura orgánica de las instituciones prestadoras de salud, en algunos países de Latinoamérica.
- El desconocimiento de convenios y recomendaciones de la OIT en materia de enfermería, sobre condiciones de empleo, vida y trabajo.

Contexto laboral: La introducción de cambios en el esquema de prestación de servicios de salud en varios países de Latinoamérica, introdujo transformaciones en cuanto a la forma y modo de producción de los servicios en las instituciones de salud, obligados por la competencia económica, el libre mercado de la salud, lo cual generó importantes consecuencias sobre la contratación de personal, remuneración del mismo, funciones y competencias del personal y sobre sus propias condiciones de salud física y mental. No se hace preparación de los trabajadores de la salud para estos cambios puesto que los nuevos métodos no evalúan los costos humanos... y, por último, no se aplican medidas de apoyo para amortiguar el efecto de las nuevas tecnologías (43). Por todo lo anterior se hace evidente que el profesional de enfermería está inmerso en unas nuevas relaciones y espacios laborales, en los que es necesario demostrar variadas competencias, no sólo de carácter cognitivo sino también físico, psicológico, comunicativo, ético y de capacidad para negociar los diferentes servicios que se prestan a la comunidad.

Contexto socioeconómico: la incertidumbre y la inseguridad en el empleo, junto a fuertes procesos de exclusión y fragmentación social, relegan el trabajo como elemento articulador de la sociedad; esto, junto con la flexibilización y desregulación de las relaciones laborales, se traduce en una “degradación progresiva de la condición trabajadora” (44), y una precarización del empleo. Además del débil control y vigilancia de parte del Estado a la política laboral, lo cual lleva a que las personas empleadas sufran una pérdida de su capacidad adquisitiva, se agrega la afectación de las condiciones de trabajo en el sector salud en varios países.

Los cambios más notorios en tal caso se relacionan con cláusulas de flexibilidad en los contratos de trabajo, cambios en los procesos de contratación (contratos a término fijo, a tiempo parcial, transitorios, por horas, temporales), sobrecarga de trabajo e incremento de los ritmos de trabajo y de la duración de la jornada laboral, debido a la necesidad de aumentar los niveles de productividad y eficiencia en las instituciones de salud. En tal sentido, desaparecieron los departamentos de enfermería en las instituciones, para dar paso a las unidades estratégicas de negocios, cuya dirección está siendo asignada a profesionales diferentes a la enfermería, lo cual implica desintegración del cuidado y desmejoramiento de la calidad de atención a los usuarios.

Contexto educativo: El profesional de enfermería que labora actualmente en APS ha sido formado con énfasis en la atención hospitalaria de

mediana y alta complejidad fundamentalmente y con algunos elementos para el manejo de los problemas de la salud pública; por tanto, ha tenido dificultades para el ejercicio de la profesión en el primer nivel, por cuanto requiere de herramientas para el trabajo interdisciplinario, la participación social, el manejo de conflictos, el desarrollo comunitario, la comunicación y el mercadeo social y la educación para la salud. El pregrado de enfermería requiere enfatizar en la salud pública, con un saber orientado hacia los determinantes sociales de la salud y con unas prácticas con la continuidad suficiente para que el estudiante adquiera competencias acordes con los nuevos paradigmas en salud: el cuidado de la salud, entendida ésta como componente y consecuencia del desarrollo humano y la equidad en la atención en salud, vista como valor fundamental para los servicios de salud.

Realidad y reconstrucción del sentido del rol de profesional de enfermería en la APS

El profesional de enfermería desempeña su rol en atención primaria de salud interactuando en diversas situaciones; unas le generan conflicto de rol, el cual está conformado por lo laboral, lo profesional y lo social; otras le posibilitan la resignificación de su papel como persona, miembro de una sociedad, trabajador y profesional.

41

CONFLICTO DE ROL. El conflicto de rol se estructura cuando las enfermeras vivencian una serie de circunstancias que las llevan a confrontar su propio quehacer, así: en lo laboral, se evidencia un conflicto entre la formación académica y la oferta laboral; igualmente, en lo profesional, entran en conflicto frente al cuidado a las personas y aquél que prestan a la institución; ya en el plano social, el conflicto se les presenta cuando confrontan el ejercicio de su profesión con el contexto donde lo ejercen; veamos cada uno de ellos:

1. Componente laboral: se estructura entre la formación académica y la oferta laboral. La formación del profesional de enfermería se desarrolla en escenarios concretos como son las instituciones de salud; se da en un tiempo y una circunstancia social y cultural determinada, y está orientada a unas personas concretas. Todo este proceso social tiene lugar entre la institución formadora y la de salud, y se hace operativo en el currículo, en el que se aplican y adquieren sentido las experiencias de formación. De ahí que la orientación que tenga el currículo, en este caso el de enferme-

ría, determina el perfil y debe apuntar a un contexto específico.

Las enfermeras fueron formadas principalmente en el ámbito hospitalario, con competencias para el manejo de tecnologías de mediana y alta complejidad, para el cuidado individual y la gestión administrativa institucional; por consiguiente, al final de su etapa formativa intentaron abrirse un espacio laboral preferiblemente en aquellas instituciones donde se requería de dichas tecnologías; sin embargo, para ellas la oferta se presentó en el área de salud pública, correspondiente a la APS.

Se ha encontrado en diferentes estudios que para el desempeño de la profesión en el primer nivel de atención, es necesario el desarrollo de los elementos teóricos y prácticos suficientes en salud pública impartidas durante el desarrollo del currículo, con unas prácticas comunitarias articuladas, para la adquisición de las competencias para su desempeño laboral con propiedad, en este sentido, para esta área de ejercicio profesional se requieren profesionales capacitados principalmente en el desarrollo de P y P bajo paradigmas que enfatizan en la vida, la salud de familias y comunidades, y en escenarios como la escuela, la casa, el trabajo y el barrio, entre otros.

42

El conflicto de carácter laboral no sólo está conformado por lo académico, sino también por los imaginarios sociales acerca del quehacer de la profesión, relacionados con el estatus del trabajo en el ámbito hospitalario, del quehacer administrativo, del manejo de alta tecnología, entre otros; igualmente, también influyen en dicho conflicto las características de las instituciones de salud que desarrollan la salud pública en diferentes países, las cuales se ven sometidas a presiones derivadas de la normatividad actual y que de alguna manera afectan el quehacer de las enfermeras que allí laboran,

Los aspectos políticos y legales de la atención de salud y el cuidado de enfermería son analizados por Durán de Villalobos:

Al analizar la legislación en salud, se aprecia que el Estado sentó las bases para cambios profundos en las formas de atender la salud de los ciudadanos y que a pesar de los decretos reglamentarios de la ley 100, el énfasis se ha hecho más en los aspectos organizativos, de descentralización, y de hacer productivas las instituciones, que en el verdadero sentido constitucional y de cambio en la prestación de atención de salud y por ende del cuidado de enfermería. Enfermería navega en esta situación de transformación que pone en peligro la noción de cuidado, la esencia de enfermería que encaja en el

sentido de identidad profesional (45).

Existen unos determinantes estructurales de carácter económico y político que afectan directamente el sector salud y cuyas soluciones macro están lejos del alcance de los profesionales de salud pero que en últimas determinan su trabajo. El carácter económico y político de la legislación actual en salud ha deteriorado en gran medida la atención en salud en Colombia y otros países latinoamericanos; habría que promover unas profundas reformas en la política social, incluida la normatividad en salud, para que se pudieran dar mejores condiciones para el sector, lo cual redundaría en mayores niveles de bienestar para la gente en general y para personal de salud en particular.

2. Componente profesional: se desarrolla entre el cuidado a las personas y el cuidado institucional. El cuidado a las personas está representado por la consulta de enfermería, desde el punto de vista de la valoración del rol la consulta tiene una connotación negativa y se constituye en un quehacer de escasa relevancia para algunas enfermeras, en vista de que aunque es reconocida y valorada por parte del usuario, cuenta con escasa visibilidad tanto para el equipo de salud cómo para la sociedad en general.

La invisibilidad del cuidado directo está expresado claramente por Collière: “cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud-enfermedad estando presente, son acciones invisibles” (32). El cuidado que se proporciona en dicha consulta al usuario, por ser intersubjetivo y similar al que se da en el ámbito privado, pasa desapercibido porque es asumido socialmente como una prolongación de los cuidados domésticos generalmente proporcionados por la mujer; cuidados que en el plano laboral son mirados como cualidades de la madre-enfermera y no como una función profesional con características de continuidad, calidad, científicidad, humanismo e integralidad.

Actualmente el acto de cuidar en la consulta de enfermería, requiere trascender el mero encuentro con el usuario hacia la intervención al medio social, con el fin de indagar por los factores condicionantes de la salud, en vista de que el sistema de salud no lo contempla en la medida que sólo acepta visitas familiares en casos especiales; por lo tanto el profesional trata de compensar esta falencia llevando educación a los miembros de la familia a través del usuario, el cual, a su vez, demanda mayor cantidad de tiempo a la enfermera, en la búsqueda de orientación para

él y los suyos.

Un aspecto fundamental del cuidado de enfermería es la comunicación terapéutica que la enfermera establece con el usuario; sin embargo algunas profesionales de APS encuentran dificultades para sostener este tipo de comunicación en las consultas que desarrollan, en razón a las frecuentes interrupciones que deben enfrentar para atender actividades administrativas del cuidado institucional, por lo cual la atención a los usuarios realizada bajo dichas condiciones se convierte en un generador de estrés, agotamiento, insatisfacción y en un factor de riesgo para cometer errores.

Con respecto al cuidado institucional, las participantes encuentran satisfacción y visibilidad profesional dado el carácter administrativo del mismo. sin embargo, dicho cuidado les genera una sensación de sobrecarga laboral debido al desempeño de diferentes labores simultáneamente. Es necesario considerar que las actividades de la gestión general de la institución no son de la competencia exclusiva de la enfermera; sin embargo, son asumidas por ésta en razón al estatus social que estas actividades le confiere, en la medida en que le permite hacerse visible para el equipo de salud que la reconoce como 'el eje del cuidado de la institución, la más capacitada para la gestión y la que ejerce una influencia sobre el colectivo institucional'; es la que teje los hilos sueltos de la institución.

Es necesario considerar que si bien la enfermera es talento humano clave en el engranaje administrativo y del cuidado a las personas en la institución de salud, su profesión como tal no es valorada en la misma medida, debido a factores sociales, económicos y políticos que forman parte del contexto en el que la enfermera tiene que desempeñarse.

Como consecuencia de lo anterior, debido al desarrollo simultáneo de actividades administrativas y del cuidado a las personas, a las enfermeras en APS se les dificulta el manejo del tiempo, puesto que la planeación que realizan no la pueden desarrollar, lo cual las limita en la medida en que deben realizar actividades imprevistas, e incluso algunas que no son de su competencia. Romero MN, enfermera de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en sus "Reflexiones desde la enfermería sobre el sistema de garantía de calidad de los prestadores de servicios de salud" ilustra aspectos de este conflicto así: *el nuevo rol central que ejercen muchas enfermeras es la facturación; ésta las hace dejar de lado las acciones relacionadas con el cuidado directo o disminuir el tiempo dedicado a la gestión del cuidado de enfermería* (46).

Como se puede evidenciar, en el quehacer de enfermería en APS se presenta un conflicto profesional cuando realizan acciones de cuidado directo en la consulta de enfermería -que son la esencia de su profesión, pero con escaso reconocimiento personal y social -y actividades administrativas referidas al cuidado institucional - que tienen una connotación de mayor reconocimiento, poder, interacción y dinamismo-; además, el conflicto se refuerza cuando se da la superposición de ambos cuidados, los cuales confluyen en su cotidianidad laboral para 'sobrecargar' su quehacer.

4.1.3 Componente social: es el que se estructura entre el ejercicio de la enfermería y el contexto normativo, educativo y socioeconómico.

Las enfermeras en APS se enfrentan a diversas dificultades para el cuidado de la salud de personas y colectivos derivadas de los problemas socioeconómicos estructurales de los países que afectan a los usuarios y por ende, a los profesionales. La legislación actual en salud excluye a amplios sectores de la población más vulnerable y restringe los servicios asistenciales; aporta una deficiente educación a la gente para el cuidado de su salud y poco persuade a la población a cambiar los estilos de vida inadecuados.

En cuanto a los problemas socioeconómicos del país, las enfermeras se enfrentan a una contradicción cuando deben afrontar de una manera más directa, a los determinantes sociales de la salud que se constituyen en barrera para la atención integral y de calidad a los usuarios; las situaciones en la atención en salud a las que se ven abocadas, las confronta en lo personal con las desigualdades económicas, sociales, culturales, políticas circundantes, lo cual les produce impotencia frente a esta problemática estructural. El conflicto social se les presenta entonces cuando contrastan dicha problemática con el deber profesional de cuidar la salud y la vida de las personas.

Con relación a la atención de salud y los diversos factores que influyen en la misma, se pronunció el Encuentro Continental de Educación Médica, en la Declaración de Uruguay, en 1994, así: *las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud iniciada en la mayoría de los países del continente americano, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida de modo de proveer con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones* (47).

Se destaca la inasistencia de los usuarios a la consulta de enfermería; dificultad que se evidencia por la asistencia exclusivamente en busca de medicamentos o de donaciones, lo cual disminuye las oportunidades para que el profesional pueda realizar acciones a favor de unos hábitos de vida personales y colectivos, más saludables.

La promoción de la salud establece que las personas deben ser actores dinámicos en pro de su calidad de vida; sin embargo, dadas las actuales circunstancias de pobreza y dependencia, los postulados de la promoción pasan a un segundo plano para la gente. Detrás de este fenómeno subyacen dos tipos de problemas: uno de origen cultural asociado a la minusvalía social de algunos usuarios de escasos recursos económicos, acostumbrados a demandar del Estado y de las organizaciones, servicios sociales gratuitos; el otro problema apunta a la pérdida cada vez mayor del poder adquisitivo de la gente, lo cual no les permite acceder a los mínimos requerimientos en salud puesto que deben suplir primero las necesidades de supervivencia.

La legislación en salud en Colombia ha establecido cambios significativos a partir de la década del 90, en las tendencias de atención en salud a las personas, con énfasis en los aspectos administrativos, la descentralización y la productividad de las instituciones de salud, lo cual ha marcado transformaciones en el cuidado de enfermería referidas a la calidad del mismo, y, en lo administrativo, en las formas de atención a las necesidades de salud, la intermediación en las formas de servicio requeridas por el usuario; privatización, entre otras.

Esta situación legal, al igual que la que primaba anteriormente es una situación que fácilmente puede llevar a las enfermeras a olvidar el cuidado y a continuar en un estado de 'codependencia', porque el sistema lo promueve. La codependencia surge de un estado desviado en las relaciones entre personas, que puede llegar a ser disfuncional. Uno de los roles que puede asumir un codependiente es el de cuidador. El cuidado codependiente es cuidar a otros a expensas de cuidar de sí mismo. Además el codependiente tiene dificultad de percibir su rol como cuidador y en su relación se crea una competencia inadecuada para controlar al otro, de forma tal que ninguno de los dos es capaz de desarrollar capacidad de empoderamiento, frustrando la autoactualización (48).

En tal sentido la legislación en salud colombiana, no ha contribuido a la aplicación efectiva y real de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto en lo individual con impacto en

los estilos de vida, como en lo colectivo con la exclusión de la asistencia a grupos y comunidades, lo cual indica que la salud pública no es una prioridad ante la ley. En vista de que por la legislación muchas enfermeras de APS no pueden intervenir a grupos y colectivos, se genera en ellas frustración por la responsabilidad social que tienen, dado su carácter de profesionales de la salud al servicio de las personas, como esencia de su ejercicio, que ha impactado negativamente en la educación para la salud como elemento fundamental en el cuidado de la salud y la vida, desde una perspectiva social y humanística.

Otro aspecto que conforma la contradicción de las profesionales de enfermería en APS, es el relacionado con su formación ética profesional, que las orienta hacia una atención con calidad, oportunidad e integralidad; sin embargo, la normatividad vigente las obliga a ajustarse a los requerimientos de las entidades de salud que, de acuerdo con la ley, tienen establecidas unas condiciones de atención que no responden suficientemente a las necesidades de la gente. Romero ilustra claramente este conflicto cuando plantea que:

la efectividad de los servicios de enfermería en el funcionamiento con calidad de los sistemas de salud... es altamente reconocida por la OMS/OPS. Este reconocimiento no es gratuito, porque la calidad del profesional de enfermería, por su alta formación en competencias asistenciales, de gestión e investigación, logra un altísimo impacto en cuanto eficiencia y efectividad de los servicios de salud. Pero hoy, esta calidad está muy cuestionada... por las políticas de flexibilización laboral, de reducción de costos y mercantilización de la salud que se viene aplicando, en la que prima el sentido rentista y no la protección de la vida ni el cuidado de la salud de los usuarios (46).

47

Es evidente que las enfermeras de APS deben rescatar la esencia del cuidado de la salud, puesto que en aras del cumplimiento de metas se ha afectado la calidad del mismo; igualmente, la educación, herramienta fundamental de la promoción y prevención para el cambio de estilos de vida en la gente, se ha desvirtuado ante el imperativo de la ley, esta herramienta ha sido reducida a acciones puntuales.

Los componentes del conflicto social descritos anteriormente afectan el trabajo de las enfermeras en APS, debido a las amenazas estructurales y laborales, tales como pérdida del empleo; urgencia de mantenerse actualizadas pero sin los recursos económicos ni el tiempo suficiente para esto; dependencia profesional; una demanda inducida frente a la cual piensan que, si bien generó mayor accesibilidad al sistema de salud, su gratuidad

ha propiciado paternalismo y dependencia en los usuarios; atención individual más que a colectivos; prevención de la enfermedad con escasas actividades en promoción de la salud; legislación en salud que establece nuevos sistemas de facturación, contratación y prestación de servicios y el cumplimiento de metas para la atención.

RESIGNIFICACIÓN DEL ROL PROFESIONAL. Según la investigación realizada por Pico y Tobón sobre el significado del rol de profesional de enfermería en APS (30), a medida que los profesionales avanzan en su trabajo en promoción y prevención como base de la APS, la interacción con los usuarios y su desenvolvimiento con el equipo de salud, se evidencia la posibilidad de resolver el conflicto de rol; circunstancia que les permite analizar su realidad profesional y así enriquecer su saber, sus valores, sus comportamientos y sus experiencias, que se convierten en significativas y útiles para su vida personal, familiar y profesional.

Desde el ámbito laboral trabajar en APS, da la posibilidad a la enfermera de fortalecer y adquirir competencias más acordes con las necesidades de esta área, lo cual le permite solucionar el conflicto laboral. Es así como el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad les facilita cuidar de la vida y la salud de las personas y reivindicar las vivencias laborales y personales. Las vivencias, prácticas y conocimientos adquiridos en su trabajo son extendidas por las participantes a su vida personal y familiar a través de lo cual logran la reafirmación del cuidado de sí mismas (autocuidado), en vista de que en esta área no se requiere de uniformes, ni tecnologías especiales, cuentan con horarios similares a los del personal administrativo y además, no tienen que enfrentar permanentemente la muerte o las enfermedades graves, por lo que asimilan su trabajo al que realizan en la vida cotidiana.

El trabajo para muchas enfermeras en Atención Primaria de Salud representa un medio digno de vida que posibilita su manutención y la de sus familias, y la integración al mundo del trabajo, lo cual les proporciona prestigio como mujeres trabajadoras y propicia el desarrollo de sus potencialidades y el desempeño de su papel como ciudadanas.

El componente profesional del conflicto entre el cuidado a las personas y el cuidado a la institución, las enfermeras lo resignifican en razón a que tienen interiorizado el deber de cuidar a los usuarios que las impulsa a realizar ajustes en el cuidado a éstos, por la responsabilidad ética; por otro lado, la ejecución de labores administrativas les representa estatus social. Este nuevo significado que las participantes dan al cuidado institu-

cional y al de las personas se hace evidente a través de:

- La valoración que hacen al reconocimiento de los usuarios a la consulta de enfermería, en cuanto a la calidad en la atención y el acercamiento a sus necesidades; en dicha consulta ellas se perciben visibles, autoeficaces, autónomas, con credibilidad y autoridad; con capacidades para la escucha, la ayuda, la educación, la abogacía, el acompañamiento y la tolerancia. El ejercicio de su rol de cuidadora con un sentido humanista y afectivo en el cual desarrolla actividades propias del rol de enfermera.

- La valoración a las actividades administrativas debido al gran prestigio social atribuido a éstas, que les permite ejercer influencia sobre el personal de la institución de salud. En razón a que les interesa el bienestar y la buena marcha de la entidad de salud, con el fin de aportar a su conservación en el medio, las participantes desarrollan actividades relativas al cuidado institucional general.

- El reconocimiento que hace la institución a su rol reflejado en la delegación de actividades administrativas relativas a la gestión del talento humano y el liderazgo en los diferentes procesos que se llevan a cabo en la institución; además, la valoración a la consulta de enfermería como un quehacer fundamental reglamentado en la normatividad vigente.

- La percepción de ser el principal agente educativo en los procesos asistenciales y administrativos.

- La apreciación de que las personas a quienes cuidan, en APS, por no tener un riesgo grave frente a su salud, están en mayor disposición para recibir educación, lo cual les permite desarrollar su quehacer de una manera más fácil y asequible.

- La prolongación del cuidado del usuario hacia la familia y el cuidador en la consulta de enfermería.

El componente social en el conflicto de rol es resignificado por las enfermeras de APS cuando lo transforman en *clave para la acción*, según las teorías del comportamiento, que las impulsa a ejercer abogacía* por los usuarios más vulnerables y asumir la responsabilidad profesional interiorizada de un cuidado con calidad, en la medida de sus posibilidades en un contexto cambiante y complejo.

*Abogacía: es un valor involucrado en la profesión de enfermería que, como concepto ético, implica el ejercicio de una asesoría dinámica a los usuarios, acerca de sus derechos y sus diferentes alternativas para el cuidado de la salud; en síntesis, ser 'abogada' es interceder por los usuarios.

El profesional de enfermería se ha centrado en la búsqueda de estatus y la definición de sus funciones, lo cual es conveniente y necesario; sin embargo, dicho profesional requiere además reconocer y valorar su condición fundamental de cuidador que es la esencia de su profesión y resaltar la consulta de enfermería como una de las formas de dar cuidado. En sentido nominativo es conveniente denominarla 'consulta' (de control o de primera vez) en lugar de 'control de enfermería', que connota aparentemente actividades de carácter instrumental, en comparación con la 'consulta' que implica además de lo anterior, unas actividades más integrales.

Requiere fortalecer el compromiso social e intelectual que el ejercicio de su profesión le implica. La enfermera Velandia retoma a Gramsci y a Foucault con relación a los conceptos de profesional e intelectual: "el profesional es quien asume una profesión como la forma de ganarse la vida... el intelectual, es quien mira el mundo desde su profesión, y desde ella se compromete con el desarrollo de la sociedad... ser profesional es aceptar un compromiso y hacerlo de la mejor manera posible para defender los intereses del usuario y nuestros servicios" (49). El compromiso del profesional de enfermería no es sólo con su gremio, sino también con los usuarios y con la sociedad, responsabilidades que implican un compromiso intelectual y profesional.

50

Es evidente que la enfermera en la APS necesita negociar y delegar actividades correspondientes a la gestión general de la institución, con el fin de disponer del tiempo, los recursos y la colaboración requeridos para velar por la calidad del cuidado de enfermería con una adecuada y suficiente gestión del mismo; es decir, se necesita exonerar al profesional de enfermería de aquellas tareas y actividades administrativas (inventarios, facturaciones, actividades asistenciales de baja complejidad, manejo de personal diferente al de enfermería...) que no tienen relación directa con la gestión del cuidado de enfermería, las cuales deben ser asignadas a técnicos, administrativos u otros profesionales, con el fin de privilegiar la consulta en la que el profesional de enfermería desarrolla el potencial para cuidar a las personas que así lo demandan y a través de éstas, a sus familias. La enfermería actual tiene un reto frente al cuidado de grupos y colectivos en la APS, que le exige replantear su ejercicio profesional como respuesta a los cambios del medio, cambios que no siempre son favorables al profesional mismo ni a los usuarios, lo cual le implica transformaciones en la toma de decisiones con el fin de evitar en la medida de lo posible las condiciones adversas para el cuidado de la salud, derivadas de la normatividad.

Bibliografía

1. **Reich W.** Enciclopedia Bioética. Georgetown University; 1978.
2. **Kroeger A, Luna R.** *Atención Primaria de Salud: Principios y Métodos Paltex OPS*. México; 1987.
3. **Pastor G.** *Evidencia científica y discurso bioético*. En: Cuadernos de bioética; Bioética y conciencia, Revista de Investigación 2009 Sept-dic 20(70); 454-468
4. **UNESCO.** *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, París: UNESCO; 2005.
5. **Organización Mundial de la Salud.** *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra; 1978
6. XX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible. *Memorias*. Ginebra; 2010.
7. **Gracia D.** *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
8. **Aristóteles.** *Ética Nicomaquea*. Bogotá: Ediciones Universales; 1982
9. **Cortina A.** *Educación en Valores y responsabilidad cívica*. Bogotá: Búho; 2002.
10. **Ortiz M, Palavecino S.** *Bioética para una salud pública con responsabilidad social*. Acta Bioética 2005; 11(1):65-76
11. **Consejo Internacional de Enfermería C.I.E.** *Consideraciones éticas del ejercicio de la enfermería*. Ginebra, Suiza, 1997
12. **Chan M.** *La promoción de la Salud, más necesaria que nunca*; 2008.
13. **Rosales C.** *Veinticinco años de Atención Primaria en Salud: Visión histórica y controversias*. En: **Malvárez S, Heredia A. M. y Rigatto R.** *Enseñanza de la Atención Primaria en salud en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur*. [acceso 25 de julio de 2010] OPS, Washington D.C. 2007. Disponible en: <http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsmestrado/mestradomaterial15.pdf>
14. **Organización Panamericana de la Salud.** *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC. Carta de Ottawa para la promoción de la salud; 1986
15. **Kron T, Durbin E.** *Liderazgo y Administración en Enfermería*. 5ª ed. México: Interamericana; 1983
16. **Siliceo A.** *A Líderes para el siglo XXI*. Citado por **Hoyos P, Cardona M. y Correa D.** [en internet] 2008 [acceso junio de 2010] En: *Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo*. Revista Invest. educ. enferm 2008; 26(2). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1052/105212447004.pdf>

17. **Barona N.** *Liderazgo en Enfermería: Posibilidades y tendencias.* Educ. Med Salud [Internet] 1992; 26(2): 242-250
18. **Caricote E, Figueroa E.** *La salud como valor.* Rev. Educación en Valores [en internet] 2006 [acceso 29 de junio de 2010]. 31(5). Disponible en: <http://servicio.cid.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/a3n5/3-5-6.pdf>
19. **Acodesi Asociación de Colegios Jesuitas de Colombia.** *La Formación Integral y sus dimensiones.* Texto didáctico. Propuesta educativa 5 Bogotá: Kimpres; 2003.
20. **Rossi C, Perich E, Behn V, Montenegro G.** *Lineamientos para la enseñanza de la Atención Primaria en Salud en las escuelas de Enfermería.* [en internet] 2007 En: **Malvárez S. Heredia AM, Rigatto R.** *Enseñanza de la Atención Primaria en salud en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur.* [acceso 25 de julio de 2010] OPS, Washington. 2007 Disponible en: <http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsmestrado/mestradoaterial15.pdf>
21. **Stallknech K.** *Hacia el fortalecimiento de la Enfermería.* Conferencia Inaugural Memorias de las ponencias centrales y paneles. VII Coloquio Panamericano de investigación en Enfermería. Bogotá; 2000
22. **Romero MN.** *Contribución de la investigación de Enfermería al proceso de cambio de la práctica de Enfermería.* Memorias de las ponencias centrales y paneles. VII Coloquio Panamericano de investigación en Enfermería. Bogotá; 2000
23. **Martín A.** *Atención Primaria de Salud.* En: **Martín A, Cano JF.** *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.* 6º ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
24. **Sen A.** *Desarrollo y Libertad.* 4ª reimpresión. Bogotá: Planeta; 2002
25. **Consejo Internacional de Enfermeras.** *Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería.* Ginebra: CIE; 2000
26. **Kelly L.** *Dimensions of professional nursing.* Citado por **Abaunza, M, Antolínez B.** *Opinión de empleadores de IPS sobre las características del profesional de enfermería requerido.* En: Avances en Enfermería 1998; 17(1-2): 50.
27. **Adam E.** *Un modelo conceptual para enfermería.* Citado por **Castrillón MC.** *Desarrollo disciplinar de la enfermería.* En: Investigación y Educación en Enfermería 2002; 20(1):83-12
28. **Asociación Nacional de Enfermeras.** Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá; 1996.
29. **Assbasalud ESE.** *Funciones del enfermero en el centro de salud;* 2002
30. **Pico ME, Tobón O.** *La enfermería en el primer nivel de atención. Una perspectiva etnográfica.* Manizales: Editorial Universidad de Caldas. Cuadernos de investigación No. 18; 2006.
31. **Parra ME.** *Una perspectiva desde lo educacional. Las desigualdades según el género y su relación con los ámbitos público y privado.* [en línea]: Chile: Universidad Central., s.f. [citado 25 julio 2010]. Disponible en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/01/frprin02.htm>
32. **Collière MF.** *Promover la vida.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1993. 395 p.
33. **Spector RE, Muñoz MJ.** *Las culturas de la salud.* Madrid: Prentice Hall, 2003. 178 p.

34. **Torralla F.** *Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar.* Revista Labor Hospitalaria 1999; 31(253):134-187.
35. **Parra M.** *El concepto de cuidado y las formas de operacionalizarlo en los currículos de las facultades y escuelas de enfermería del país.* En: Memorias del 43 Consejo de Directoras y 36 Asamblea General: memorias de las ponencias. Bogotá: ACOFAEN; 2002.
36. **Manfredi M.** *Las reformas del sector salud y la educación y práctica de enfermería.* México: presentación; 1997. s.p.
37. **Manfredi M.** *El recurso humano de enfermería frente a las reformas del sector salud: retos en la práctica y educación para el siglo XXI.* En: Memorias 43o Consejo de Directoras; 36o Asamblea General. Bogotá: Oviedo; 2000.
38. **Leininger M.** *El modelo de promoción de la salud.* En: Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería, Madrid: Mosby/Doyma; 1994. p. 427-430.
39. **Zárate Grajales RA.** *La gestión del cuidado de enfermería.* [en línea]: España: Index Enferm, 2004. [citado 27 septiembre 2010]. Disponible en:http://www.index-f.com/indexenfermeria/44revista/44_articulo_42-46.php
40. **Wiedenbach E.** *El arte de la ayuda de la enfermería clínica.* En: Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería, Madrid: Mosby/Doyma; 1994. p. 91.
41. **Castrillón MC, Orrego S, Perez L, Ceballos ME, Arenas GE et. al.** *La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud.* Revista Invest. educ. enferm 1999; 17(1):3-6
42. **Lunardi V, Peter E, Gastaldo D.** *¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder* [en línea]: Toronto: Universidad de Toronto, 2000. [citado 12 agosto 2010]. Disponible en <www.asanec.org/documentos/Anorexiadepoder.pdf>
43. **Godoy M, Jutinico A.** *Factores de riesgo psicosociales: organización y condiciones de trabajo.* Bogotá: Seguro Social. Protección Laboral; 1996.
44. **Serrano A.** *Representación del trabajo y socialización laboral.* Citado por **Vleyra M., et. al.** *Cambios en el mercado laboral, en el valor del trabajo y en las identidades. Una aproximación desde el análisis del discurso.* [en línea]: Madrid: Universidad Complutense, s.f. [citado 23 septiembre 2010]. Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119120.htm>
45. **Duran de Villalobos MM.** *Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería.* En: Grupo de Cuidado. *Dimensiones del cuidado.* Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 95.
46. **Romero MN.** *Reflexión desde la enfermería sobre el sistema de garantía de calidad de los prestadores de servicios de salud.* En: Foro Permanente: *la calidad de la atención de la salud.* Academia Nacional de Medicina Bogotá: Copiloto; 2002. p. 144.
47. **Schartzmann L.** *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales.* Ciencia y Enfermería. Revista Iberoamericana de Investigación 2003; 9(2):10
48. **Caffrey RA, Caffrey PA.** *Nursing: Caring or codependent.* *Nursing Forum.* Citado por **Duran de Villalobos MM.** *Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería.* En: Dimensiones del cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 93.

49. **Velandia AL.** *Futuro e identidad de enfermería con base en el cuidado: una historia prospectiva del cuidado de enfermería en Colombia.* En: Dimensiones del cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá: Unibiblos; 1998. p.135

DILEMAS ÉTICOS DE ENFERMERÍA PRESENTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Estudio cualitativo en seis Centros de Salud Familiar de Santiago de Chile

Diana Varas Travella, Cecilia Vidal Díaz, Francisco Javier León Correa***

*Licenciadas en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

**Dr. en Filosofía, Magíster en Bioética, Centro de Bioética, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Mail: gibioetica@vtr.net

55

Introducción

A través de un estudio cualitativo de naturaleza empírica e interpretativa se determinaron los principales dilemas éticos que enfrentan los profesionales de enfermería en su quehacer laboral. Para ello, se consideró a profesionales enfermer@s pertenecientes a seis centros de atención primaria. Los instrumentos para la recogida de datos, fueron entrevistas semiestructuradas. El proceso de análisis consideró el método cíclico de la investigación etnográfica de Spradley, junto a la aplicación del modelo de enfermería crítico holístico de Gloria Wrioth.

Se determinaron los principales dilemas éticos a los cuales se ven enfrentados los profesionales enfermer@s en su quehacer laboral: alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, inequidad en la atención de clientes, priorización de la cantidad y no calidad asistencial, y por último, falsificación y adulteración de datos en base al cumplimiento de metas y cobertura asistencial en atención primaria. Los dilemas antes en señalados, exponen graves faltas en lo que respecta a la ética profesional, es decir "la ética del cuidado en enfermería". Resulta un gran desafío considerar estrategias de

cambio en la atención primaria de salud. Para ello, corresponde a cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario, formar parte activa de la creación de espacios de debate y diálogo para el óptimo abordaje y resolución de los dilemas éticos presentes en la realidad actual del nivel primario de salud.

Lo anterior, sin duda se traduce a la importancia y razones para llevar a cabo el presente estudio cualitativo, el cual será realizado a profesionales de enfermería adscritos a la dotación funcionaria de los siguientes centros de atención primaria: CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, inserto en la comuna de La Legua, CESFAM Lo Hermida y Consultorio Carol Urzua insertos en la comuna de Peñalolen, Consultorio Dr. Fernando Monckeberg, Consultorio adosado al Hospital de Peñaflo, ambos insertos en esta comuna, por último CESFAM La Florida inserto en la comuna bajo referencia. En ellos se determinará: ¿Cuáles son los principales dilemas éticos presentes en la relación enfermer@ – cliente? considerando la importancia e impacto que consigna en la actualidad, así como su aportación al conocimiento, y aportación práctica frente a los principales resultados pesquisados.

56

Diversos autores afirman que la práctica de enfermería está afectada por cuestiones éticas, que no siempre están claramente delimitadas, y son difíciles de resolver. Un dilema ético surge cuando la solución para un problema se encuentra entre dos o más principios morales que se oponen entre sí, cada uno representando una posición moralmente defendible (Mitchell, 1990). A eso, Redman y Hill (1997) agregan otras categorías, tales como, la angustia moral, correspondiendo a la experiencia de no saber cual es la decisión cierta a ser tomada. Esta, surge a partir de restricciones institucionales, falta de autoridad o imposibilidad de acceso a los canales de toma de decisión, lo que influencia una falta de capacidad para tomar un curso de acción correcto. Aparece así, una incerteza moral, resultante de la experiencia de sentirse inseguro sobre cómo o cuál principio, valor, o norma aplicar, para identificar el conflicto moral. Finalmente se observa incompetencia moral, que es definida como una respuesta emocional a la falta de habilidad de escoger decisiones morales. Este caso, se caracteriza por frustración, rabia, disgusto y una sensación de falta de poder. (1)

Entre los factores que han limitado la orientación y resolución de esos problemas por parte del profesional enfermero, se han identificado: la falta de autonomía del profesional, su temor de enfrentar al equipo multidisciplinario, la falta de flexibilidad de las normas institucionales, y una deficitaria preparación en su formación académica.

Según los principales antecedentes bibliográficos, y fundamentos teóricos, un sinnúmero de dilemas éticos están presentes en la atención primaria de salud, entre ellos destacan: dilemas éticos en la relación enfermer@ – cliente, tales como: ruptura de la confidencialidad, falsificación y adulteración de datos, limitación de la autonomía, acciones de maleficencia, denegación del consentimiento informado, irrupciones en la continuidad de atención, inequidad de recursos, corrupciones monetarias, limitación del trabajo en equipo, entre muchas otras. (2)

Como profesionales en formación del arte de enfermería, en la praxis de salud, nos hemos encontrado con diversos dilemas éticos, llevándonos en ocasiones a una gran angustia e incertidumbre de orden moral. Nuestra motivación, esta centrada en realizar un estudio con enfoque cualitativo, identificando los principales dilemas éticos a los cuales se ven enfrentados los enfermer@s de atención primaria, así como, las decisiones y modo de actuación que han tomado frente a los mismos. Ello se traduce en el deseo de labrar caminos para proporcionar una asistencia de enfermería de calidad, orientando los cuidados de enfermería hacia la toma de decisiones donde primen de manera óptima los constructos éticos del cuidar en el ejercicio de la profesión.

Cuestiones éticas más frecuentes en la atención primaria de salud

TABLA 1	
Cuestiones éticas mas frecuentes en la atención primaria de salud	
Cuestiones con relación al paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Confidencialidad^c • Autonomía disminuida o ausente^c • Comunicación de malas noticias^c • Modificación de estilos de vida^c • Denegación de recetas o partes de baja^e • Atención a pacientes crónicos o desplazados^e • Cuidados paliativos en el domicilio^e
Otras cuestiones	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo^c • Distribución de recursos^c • Relación con la gerencia^c • Responsabilidad en la formación continuada^c • Actividad investigadora^c • Relación con la familia^e • Relación con otros niveles asistenciales^e • Actitud ante las actividades preventivas^e
<p>(c) Comunes a otros niveles (e) Específicas de Atención Primaria</p>	

58

Fuente: ALTISENT, Rogelio. et al, (2008) Sobre bioética y medicina de familia. Revista electrónica. Pdf.

El estudio cualitativo en mención, junto con determinar los principales dilemas éticos que enfrentan con mayor frecuencia los profesionales de salud de atención primaria en relación enfermer@ – cliente, considera contribuir con medios de resolución y análisis para abordarlos, así como también, encaminar estrategias orientadas hacia la adopción de medios resolutivos frente a la presencia de estos dilemas en el quehacer profesional de enfermería, tanto a nivel del equipo de salud multidisciplinario, así como la entidad de atención primaria.

• Marco metodológico:

La presente investigación, se enmarca en la metodología cualitativa, que tiene por finalidad ser un campo interdisciplinar y transdisciplinar,

siendo multiparadigmática en su enfoque.

Mediante esta metodología de trabajo, se determinará: ¿Cuáles son los principales dilemas éticos que enfrentan los profesionales de enfermería en la relación enfermera (o) – cliente en los centros de atención primaria de salud: CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, CESFAM Lo Hermida, Consultorio Carol Urzua, Consultorio Dr. Fernando Monckeberg, Consultorio adosado al Hospital de Peñaflor y CESFAM La Florida?.

Contribuir a la determinación de estos dilemas éticos, considera el propósito de esta investigación, la cual, nos compromete como perfil de enfermería para abordar la comprensión interpretativa de la experiencia humana y su análisis.

Es por ello, que esta investigación considera un proceso metodológico de naturaleza empírica, e interpretativa, que involucrará el estudio de la realidad de profesionales del área de enfermería pertenecientes a distintos centros de atención primaria.

Las técnicas y/o instrumentos a utilizar para la recogida de datos, serán realizados a través las técnicas de: Registro en documento mediante entrevistas semiestructuradas.

59

El proceso de análisis considera el método cíclico de la investigación etnográfica de Spradley, el cual se desarrolla según una secuencia de tareas: unas operaciones se realizan antes que otras, y todas se suceden en un cierto orden. Esta secuencia de tareas se adapta a un ciclo, característico de la investigación etnográfica, en el que las cuestiones formuladas por el investigador llevan a recoger datos y analizarlos, y el resultado del análisis a su vez genera nuevas cuestiones objeto de estudio y examen. Es decir, de acuerdo con este ciclo, las fases de recogida y análisis de los datos son simultáneas a lo largo de toda la investigación, y en que el acceso a una etapa determinada no implica el abandono de las anteriores iniciadas.

• **Descripción de la muestra:**

Fuentes de información:

Las fuentes de información corresponden a:

Seis Centros de salud de Atención Primaria, insertos en las comunas de La Legua, Peñalolen, Peñaflor y la Florida. Dichos centros se detallan a continuación:

• **CESFAM Lo Hermida:**

Ubicación: Avda. Alejandro Sepúlveda # 6981

Población beneficiaria: 42.460 beneficiarios

• **CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi:**

Ubicación: Avda. Álvarez de Toledo # 399

Población beneficiaria: 18.498 beneficiarios

• **Consultorio Carol Urzua:**

Ubicación: Avda. Consistorial # 960

Población beneficiaria: 55.423 beneficiarios

• **CESFAM La Florida:**

Ubicación: Avda. La Florida# 6.015

Población beneficiaria: 11.000 beneficiarios

• **Consultorio Dr. Fernando Monckeberg:**

Ubicación: Avda. Balmaceda # 039

Población beneficiaria: 37.746 beneficiarios

• **Consultorio adosado al Hospital de Peñaflor:**

Ubicación: Avda. Carrera #214

Población beneficiaria: 24.926 beneficiarios

Universo:

El estudio se realizará a un universo de ocho profesionales Enfermer@s adscritos a la dotación funcionaria de los centros de atención primaria antes descritos. Dicho universo representa sólo una muestra para llevar a cabo la investigación. Los profesionales corresponden a los siguientes centros de atención primaria: tres enfermer@s pertenecientes a CESFAM Lo Hermida, un (a) enfermer@ perteneciente a CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, un (a) enfermer@ perteneciente a Consultorio Carol Urzua, un (a) enfermer@ perteneciente a CESFAM La Florida, un (a) enfermer@ correspondiente a Consultorio Dr. Fernando Monckeberg y un (a) enfermer@ perteneciente a Consultorio adosado al Hospital de Peñaflor.

Cabe destacar que los centros de atención primaria anteriormente descritos son representativos para la investigación y estudio cualitativo. Esta representatividad considera principalmente que, en su gran mayoría corresponden a campos clínicos pertenecientes a la casa de estudios superiores Universidad Diego Portales, por lo cual, el acceso a la recogida de datos y aplicación del instrumento a los profesionales de enfermería,

ofrece un mayor acceso, incluso ausente de limitaciones. Es precisamente esto, lo que brinda la posibilidad de cumplir de manera óptima con los objetivos del estudio en mención.

• **Criterios de selección:**

Respecto a los criterios de selección se considerará: que los profesionales de enfermería se encuentren adscritos al centro de atención primaria, y formen parte del estamento funcionario de la entidad. No se considerará como factor excluyente: tipo de contrato, experiencia profesional, años de servicio, nivel de capacitación, edad o sexo del profesional e institución superior de egreso académico. A su vez, la aplicación del instrumento de recogida de información se realizará tanto a profesionales de enfermería adscritos a Centros de salud familiar (CESFAM), así como a Consultorios de atención primaria en vías de consolidación como CESFAM.

• **Técnica de recogida de información:**

La recogida de la información se realizó mediante el registro documentado a través de una entrevista semiestructurada, la cual se aplicó a profesionales del área de enfermería adscritos a los Centros de Atención Primaria bajo estudio.

Previo a la aplicación del instrumento a los profesionales enfermer@s, se solicitó la autorización en los distintos centros de atención primaria, mediante una carta de presentación y consentimiento informado para llevar a cabo el estudio. Dicha carta fue presentada a los directores o encargados superiores de estas entidades, los cuales acogieron la propuesta de investigación permitiendo llevar a cabo el presente estudio cualitativo sin limitaciones.

El proceso de recogida de datos fue realizado mediante entrevistas a cada profesional enfermer@, siendo grabadas y luego transcritas, a fin de considerar en profundidad el posterior análisis de las mismas.

Cabe destacar que el instrumento de recogida de datos, ha sido validado por un estudio cualitativo reciente pero aún no publicado, correspondiente al Dr. Francisco León y Colaboradores, siendo aplicado a profesionales del área de la salud, en diversos Centros de Atención Primaria insertos en las comunas de la Pintana, Peñalolén e Independencia.

Este instrumento ha sido adaptado al objeto de estudio investigativo de la Tesis bajo referencia, siendo dirigida sólo a profesionales del área de la enfermería.

Instrumento: Entrevista Semiestructurada. (Ver Anexos).

Análisis y presentación de los resultados

Los dilemas éticos en enfermería, hoy en día forman parte de una amplia realidad en la atención primaria de salud. El presente estudio cualitativo da a conocer los principales dilemas éticos a los cuales actualmente, se ven enfrentados los profesionales de enfermería en su quehacer laboral. Para ello, el estudio en mención, abarca a siete centros de atención primaria, y ocho profesionales enfermer@s.

Esta investigación considera un proceso metodológico cualitativo de naturaleza empírica, e interpretativa. Las técnicas y/o instrumentos correspondientes a la recogida de datos, serán realizados a través del enfoque metodológico anteriormente descrito, para ello se utilizará las técnicas de: Registro en documento mediante entrevistas semiestructuradas.

El proceso de análisis considera el método cíclico de la investigación etnográfica de Spradley, cabe destacar que no se considerara el estudio de los patrones culturales de los informantes, propios de la investigación etnográfica.

El proceso anteriormente descrito, engloba el modelo de enfermería crítico holístico correspondiente a Gloria Wrigth. La aplicación de este modelo al presente estudio cualitativo, tiene la finalidad de considerar de manera integral la interacción del individuo con su entorno, así como su interrelación multidimensional con el mismo. A su vez, la relevancia que otorga a la salud como un estado de origen social tomando en cuenta la dimensión de la conciencia y aspectos éticos en la integración y equilibrio del ser humano, encamina el fundamento central de su aplicación frente a los principales dilemas éticos de enfermería, presentes en la atención primaria de salud.

A continuación se detalla el estudio analítico de la intervención realizada:

Según el instrumento de recogida de datos aplicado a los profesionales enfermer@s, y en relación a la pregunta N° 1 **¿Que entiende por dilemas o problemas éticos?**, los distintos profesionales consideran que un dilema ético es un conflicto de valores al cual se ve enfrentado el profesional de salud en su desempeño asistencial. Frente a ello, los informantes, exponen diversas respuestas, tales como: *Es una situación de conflicto*

entre hacer lo correcto o incorrecto, generando así un dilema en la decisión a tomar. Es el momento en el cual te preguntas si estas actuando apropiada o inapropiadamente. Son situaciones especiales de conflicto de decisión valor-moral en la gestión del cuidado enfermero, estas pueden derivarse de la institución, pacientes y familia, de los profesionales de salud y personal a su cargo. Es una situación que se basa entre el bien y mal; junto a su relación con la moral. Es como yo me manifiesto como profesional de salud para actuar de una manera correcto o incorrecta.

La gran mayoría de los informantes, consideran que un dilema ético es un conflicto de valores, en los cuales, se ve involucrado el actuar correcta o incorrectamente frente a las decisiones a tomar como profesionales de salud, lo cual esta muy ligado a referencias bibliográficas que señalan que: "Un dilema ético surge cuando la solución para un problema se encuentra entre dos o más principios morales que se oponen entre sí, cada uno representando una posición moralmente defendible" (Mitchell, 1990). A eso, Redman y Hill (1997) agregan otras categorías, tales como, la "Angustia moral, correspondiendo a la experiencia de no saber cual es la decisión cierta a ser tomada".

En relación a la pregunta N° 2 referente a: **¿Cuales han sido los dilemas éticos más frecuentes que usted a encontrado en su trabajo con los paciente y/o familias?**. Los profesionales enfermer@s dan a conocer un sinnúmero de situaciones ligadas a este ámbito, sin embargo, las distintas respuestas y afirmaciones confluyen y dan cuenta de la saturación informativa del presente estudio, considerando tres dilemas éticos asociados con mayor frecuencia a los diversos centros de salud bajo intervención, estos son:

-Alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional.

-Inequidad en la atención de clientes, priorización de la cantidad y no calidad de asistencial.

-Falsificación y adulteración de datos en base al cumplimiento de metas y cobertura asistencial en atención primaria.

Respecto a lo anterior, si bien los dilemas éticos antes señalados, se presentan con mayor frecuencia en los centros de atención primaria, los profesionales enfermer@s dan a conocer otros dilemas éticos, los cuales no se les debiese restar importancia, tales como: *iatrogénicas de distintos niveles, violaciones en el grupo familiar sin denuncia invasión de funciones*

y roles, mala utilización de recursos humanos y económicos, maltrato de pacientes y profesionales de salud, falta de compromiso profesional en la atención de salud, ejercicio ilegal de la profesión de enfermería, omisión de diagnósticos al cliente, por petición familiar, nula solución de problemas en forma optima, entre otros.

Cabe destacar que la realidad actual que enfrentan los diversos centros de atención primaria considera un sinnúmero de dilemas éticos presentes tanto en la relación enfermer@-cliente, así como en la relación con la familia y comunidad en general, sin embargo, la prioridad y el eje central de los mismos descritos por los profesionales enfermeros, radica en los tres dilemas anteriormente señalados, siendo estos, pesquisados con mayor frecuencia en los centros de salud.

Respecto a la pregunta N° 3, **¿ha tenido algún tipo de formación previa que le ayude a resolver esos dilemas éticos?** En este ámbito la gran mayoría de profesionales refieren haber recibido escasa y/o nula formación previa respecto, a la resolución de dilemas éticos en el desempeño profesional de enfermería. Si bien, algunos profesionales enfermer@s dan cuenta de haber recibido escasa instrucción en cursos de pregrado u otra preparación en el margen de su vida profesional, estos, no han sido centrados en la resolución de dilemas éticos y óptimo abordaje de los mismos en el ejercicio laboral.

Lo anterior, da cuenta, principalmente de la necesidad imperiosa en abordar con mayor énfasis estas materias, tanto en cursos de pregrado, postgrado, así como a nivel institucional, incorporando diversas estrategias, las cuales abarquen estos temas, resultando hoy en día, tan frecuentes en el desempeño laboral de los profesionales de salud.

En relación a la pregunta N° 4 **¿Se le plantean algunos dilemas éticos con los demás profesionales del equipo de salud. En caso positivo indique cuales?.** Cabe destacar, que significativamente los profesionales enfermer@s, dan a conocer que los dilemas éticos presentes en el equipo multidisciplinario, no son ajenos a su entorno laboral, mas aún, notoriamente surgen en la cotidianidad laboral. Entre ellos, destacan las experiencias de los profesionales con frases tales como: *Si, durante las reuniones de Concejo Técnico Multiprofesional realizados periódicamente también en los estudios de familia y casos clínicos implementados a nivel del los CESFAM, a veces hay discusiones que pasan mas allá del ámbito profesional, no respetando tanto la confidencialidad de alguna información de pacientes, así como también la realización de juicios de valor a profesionales*

en su quehacer, a veces mal intencionado. Sí principalmente en el aspecto de confidencialidad de datos, esto creo que se ve alterado. El ejercicio ilegal de la función esta de moda como consecuencia de la Salud familiar donde todos pueden hacer de todo no importa el conocimiento. Ejemplo: psicólogas haciendo el QUALIDIAB. Con la frase de "Hay que ser integral", Se ha perdido la calidad de la atención, ejemplo: hay que hacer EMP (Examen de Medicina Preventiva) para cumplir la meta, si no hay un profesional lo hace el auxiliar de Enfermería,"total hay que cumplir número. Yo creo que esto es ilegal. Ej. Si hay que hacer un EFAM, el Kinesiólogo realiza una parte, y se entrega como realizado, bueno así se ha perdido la calidad, y no se realiza promoción, prevención, no hay gestión del cuidado en forma integral como lo hace la Enfermera.

Respecto a lo señalado, los profesionales, exponen, que los principales dilemas éticos, que surgen con el equipo de salud, están asociados principalmente a: la alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, así como el ejercicio ilegal de acciones asistenciales en atención primaria de salud.

Lo anterior, sin duda, da a conocer pautas claves de acción, en las que el equipo de salud en su conjunto debiese considerar, junto con buscar soluciones proactivas para enfrentarlas de manera óptima. Hoy en día la violación de la confidencialidad y secreto profesional, así como el ejercicio ilegal de acciones en salud, se evidencia claramente como foco de abordaje en la atención primaria, representando dilemas éticos que forman parte del equipo de salud, y por ende, de la búsqueda de soluciones multidisciplinarias.

Con referencia a la pregunta N° 5 realizada a los profesionales enfermer@s, **¿Tienen algún espacio de debate de esos dilemas éticos, comunes dentro del equipo de salud?** es relevante dar a conocer, que a nivel de los diversos centros de salud bajo abordaje, no existen espacios de debate para abarcar los problemas y/o dilemas éticos presentes en la atención primaria de salud. Los profesionales enfermer@s exponen frente a ello: *No se brinda prioridad a espacios de discusión de dilemas éticos presentes. No, jamás se han considerando estos temas. En algunas reuniones de sector, pero así como espacios de discusión No.*

Llama la atención que no se brinde importancia a estos temas, siendo hoy en día, tan emergentes y con tanta relevancia en lo que respecta el buen hacer profesional en la atención primaria de salud.

Queda claro, que los esfuerzos de las entidades de atención primaria, y por supuesto de todo el equipo de salud, debiesen ir dirigidos a desarrollar espacios de debate o bien, implementar estrategias para el desarrollo de entornos comunes de diálogo, involucrando a todos los estamentos funcionarios adscritos a la atención primaria de salud.

Con relación a la pregunta Nº 6 **¿En su práctica profesional, existen dilemas éticos relacionados con los recursos o institución a la que usted esta vinculado?** La mayoría de informantes expone que, los principales dilemas éticos asociados a los recursos o entidad de salud a la cual están vinculados, están asociados principalmente, al déficit del recurso humano (horas profesional enfermer@), junto a ello, se evidencia su directa relación que conlleva a otorgar cuidados de enfermería de escasa calidad asistencial. Los mismos profesionales refieren: *La falta de recursos tanto humanos como profesionales, no permite resolver todos los problemas de salud de la población a atender y proporcionar calidad en la atención. La falta de recursos humanos, materiales y económicos para una buena calidad de atención.*

66

Resulta evidente referir, que en estricto rigor, el déficit de recursos profesionales enfermer@s genera un dilema ético, respecto a brindar una atención de calidad en enfermería, ya que se genera un conflicto de valores, en el cual la decisión cierta a ser tomada en el desempeño laboral de los profesionales enfermer@s, pudiese estar influenciada por factores que derivan estrictamente de políticas institucionales, condicionando a su vez, la calidad profesional, y de paso implicando los principios éticos referidos a: no maleficencia y justicia.

Respecto a la pregunta Nº 7. **¿Existe algún mecanismo institucional para resolver esos dilemas éticos?** Significativamente los profesionales enfermer@s, son claros al señalar, que casi en la totalidad de los centros de salud de atención primaria bajo intervención, no existe ningún mecanismo institucional para la resolución de dilemas éticos. Ello, esta muy ligado a que, de igual manera no existen espacios de debate para abordar estas materias. Los profesionales exponen : *No, hasta ahora no existe ningún mecanismo institucional centrado específicamente en resolver estos problemas. A nivel de este CESFAM no existe ningún mecanismo que resuelva estos problemas. No, por que los corruptos tienen el poder.*

En la actualidad, dar cabida a estos temas, referente a dilemas éticos, resulta imprescindible en la atención primaria de salud, generar mecanismos institucionales para su óptima resolución, es una real estrategia,

no sólo para el óptimo abordaje de los mismos, sino, para la mejora asistencial de los cuidados enfermeros. Empezar esta tarea, es una labor que implica tanto a los ejes directivos, así como a todos los estamentos funcionarios en salud.

Complementario a lo anterior, resulta relevante señalar, que, ante el escaso vínculo de los centros de atención primaria, respecto a los dilemas éticos, casi en su totalidad ajenos y desligados de estos temas, engloba una real fortaleza que los profesionales enfermer@s adscritos a los mismos, representen parte activa y proactiva al dar a conocer diversas sugerencias y recomendaciones, vislumbrando un cambio respecto al SABER, SER Y HACER profesional en los centros de atención primaria de salud, considerando para ello, estrategias y planes de acción referente a los dilemas éticos presentes en:

1. La atención de personas y/o familiares en general: Los informantes, consideran para hacer frente a los dilemas éticos presentes en este ámbito lo siguiente:

- “Tratar de establecer una relación enfermera – paciente en la cual este presente la actuación en base a los principios y formación ética que debiésemos tener como profesionales”
- “Entregar una cálida atención, clara, eficiente, eficaz y de calidad”
- “Que se creen espacios de discusión y debate de estos dilemas éticos a nivel externo e interno, es decir involucrando al equipo de salud y usuarios en su conjunto”
- “Entregar como profesionales una buena atención y de calidad”
- “Gestionar necesidades y capacidades de las personas respecto a la salud con un análisis multidimensional”
- “Trabajar más con la Comunidad”
- “Mayor énfasis en la transparencia profesional, regulación y fiscalización de otras entidades ajenas a la atención primaria. También otro aspecto a considerar es el trabajo en equipo”

2. Para los profesionales del equipo de salud: Frente a ello, los profesionales de enfermería consideran:

- “Generar instancias de resolución de estos dilemas, crear espacios de comunicación abarcando a todo el equipo de salud”

- “Entregar a los profesionales las herramientas o recursos necesarios para generar un buen lugar de trabajo lo que nos conllevará a una buena atención con los pacientes”

- “Generar instancias de discusión en el equipo multidisciplinario, en este caso para dar a conocer estos temas”

- “Capacitar al personal en dichos temas”

- “Contar con lugares óptimos en el centro de salud, para dar a conocer estos temas”

- Generar espacios para analizar los dilemas éticos presentes.

- Elaborar y disponer instrumentos e indicadores sencillos fiables éticos y válidos de evaluación del cuidado.

- Generar iniciativas de investigación.

- “Capacitar en temas de ética a los profesionales del equipo de salud, así como realizar investigación”

- “Mayor cantidad de horas profesionales”

- Brindar mayores espacios de comunicación entre profesionales.

3. Para las autoridades a nivel Institucional: Respecto a las entidades de atención primaria, los informantes exponen sus sugerencias referidas a:

- “Creación de comités de ética, en la cual se tome en cuenta a todos los estamentos de funcionarios tanto profesionales así como no profesionales”

- “Profesionales capacitados tanto a nivel de preparación educacional y/o personal en el sentido humanitario. (Calidez, amabilidad, receptivo, resolutivo, siempre dispuesto a darle una buena acogida al usuario ante su problema”

- “Crear un comité, primero que nada para que la gente tome la real dimensión de las cosas, los profesionales a cargo, deben ser gente capacitada y también sensibilizada en estos aspectos”

- “Generar espacios de debates en estos temas, coordinándolo con je-faturas”

- “Gestionar necesidades y capacidades de los funcionarios con un análisis multidimensional en la información, recursos, toma de decisiones,

trabajo en equipo, comunicación y relaciones de confianza”

- “Generar instancias de gestión en que participen todos los profesionales. También podrían crearse como hay en los hospitales algún comité de ética, creo que sería una muy buena gestión que se realizará”

- “Que las autoridades directivas sean las idóneas para discutir y enfrentar estos temas”

- “Fiscalización exhaustiva de los asuntos y profesionales corruptos”

4. Otras sugerencias:

- “Protocolizar y/o contar con una guía de cómo enfrentar los dilemas éticos, teniendo en cuenta el AUGE y la reforma procesal penal”

- “Apoyo de las Universidades en relación al tema de ética con mayor profundidad”

No hace falta indagar mucho, para evidenciar, que día a día los profesionales de enfermería se enfrentan con dilemas éticos en su desempeño laboral. Ante ello resulta imprescindible generar estrategias que abarquen e involucren estos conflictos en la cotidianeidad de los equipos de trabajo. Los centros de atención primaria, en la actualidad no forman parte activa en consignar estos temas como un eje central de debate y/o discusión, sin embargo, los profesionales enfermer@s vislumbran claras estrategias para implementar espacios comunes en los cuales formen parte activa no sólo los distintos estamentos funcionarios sino que a su vez, se involucre al usuario, familia y comunidad en general, a su vez, otro pilar central, resulta la creación de comités de ética en el nivel primario de salud, para el óptimo abordaje de estos dilemas. Frente a ello los informantes exponen un sinnúmero de sugerencias, entre ellas destacan : *Que se creen espacios de discusión y debate de estos dilemas éticos a nivel externo e interno, es decir involucrando al equipo de salud y usuarios en su conjunto. Generar instancias de gestión en que participen todos los profesionales. También podrían crearse como hay en los hospitales algún comité de ética, creo que sería una muy buena gestión que se realizará. Creación de comités de ética, en la cual se tome en cuenta a todos los estamentos de funcionarios tanto profesionales así como no profesionales. Crear un comité, primero que nada para que la gente tome la real dimensión de las cosas, los profesionales a cargo, deben ser gente capacitada y también sensibilizada en estos aspectos.*

Resulta un gran desafío considerar estas sugerencias y estrategias de

cambio en la atención primaria de salud, sin duda, corresponde a cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario, constituir un pilar fundamental y formar parte activa de los principales cambios a emprender, a fin de dar espacio y cabida a los dilemas éticos presentes en la realidad actual del nivel primario de salud.

Análisis crítico

Tal como se ha expuesto en líneas generales, los profesionales de enfermería pertenecientes a la atención primaria de salud, se enfrentan a diario con una gama muy amplia de cuestiones que tienen implicaciones éticas muy ricas en matices.

Hoy en día, un sinnúmero de dilemas éticos están presentes en el desempeño profesional en salud.

La investigación realizada, expone claramente que los principales dilemas éticos a los cuales se ven enfrentados los profesionales enfermer@s en su quehacer laboral, dan cuenta de: alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, inequidad en la atención de clientes, priorización de la cantidad y no calidad de asistencial, y por último, falsificación y adulteración de datos en base al cumplimiento de metas y cobertura asistencial en atención primaria.

Los dilemas antes en señalados, exponen graves faltas en lo que respecta la ética profesional, es decir "la ética del cuidado en enfermería". Para ejercer con auténtico profesionalismo la enfermería, es necesario partir de una estructura moral que se encuentre integrada por principios y valores éticos.

Cabe destacar, que significativamente los profesionales enfermer@s dan a conocer que los dilemas éticos presentes en el equipo multidisciplinario, no son ajenos a su entorno laboral, mas aún, notoriamente surgen en la cotidianidad laboral. Respecto a lo señalado, los profesionales, exponen, que los principales dilemas éticos, que surgen con el equipo de salud, están asociados principalmente a: la alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, así como el ejercicio ilegal de acciones asistenciales en atención primaria de salud.

Lo anterior, da a conocer pautas claves de acción, en las que el equipo de salud en su conjunto, debiese considerar, junto con la búsqueda de

soluciones proactivas para enfrentarlas de manera óptima. Tal como se evidencia, la violación de la confidencialidad y secreto profesional, entre otros dilemas, se vislumbran claramente como foco de abordaje en materias de salud.

Cobra gran relevancia señalar, que en base a los dilemas éticos pesquisados, a nivel de los centros de atención primaria, no existe la implementación de espacios de debate, así como, mecanismos institucionales que involucre al equipo de salud en su conjunto para el óptimo abordaje de los mismos. Llama enormemente la atención que no se brinde importancia a estos temas, siendo hoy en día tan emergentes en lo que respecta el “buen hacer profesional” en la atención primaria de salud.

Otro aspecto, que al que no se debe restar importancia, dice relación con la escasez de horas profesionales enfermer@s, la mayoría de los informantes dan a conocer que este factor, se encuentra estrictamente relacionado con la calidad asistencial otorgada a los usuarios, ya que se genera un conflicto de valores, condicionando a su vez la calidad profesional, y de paso, implicando los principios éticos referidos a: no maleficencia y justicia.

La mayoría de los informantes, refiere haber recibido escasa formación en estas materias referentes a dilemas éticos, lo cual constituye un importante factor a la hora de enfrentar adecuadamente la resolución de los mismos.

Lo anterior, da cuenta, de la necesidad imperiosa en abordar con mayor énfasis estos temas, tanto en cursos de pregrado, postgrado, así como a nivel institucional, incorporando diversas estrategias, y herramientas instruccionales, las cuales abarquen estos contenidos, siendo hoy en día tan frecuentes en el escenario laboral de los profesionales de salud.

Actualmente los profesionales de la salud se encuentran con problemas de índole ética de forma cotidiana. Los mismos, sienten la necesidad de adquirir habilidades para tomar decisiones de una manera más racional y menos angustiada. La finalidad de la ética aplicada a la solución de problemas asistenciales considera tomar decisiones prudentes mediante un período de deliberación. Los procesos deliberativos se enriquecen y son de mayor calidad cuando participan, en condiciones de igualdad, todo el equipo de salud.

Una de las grandes fortalezas pesquisadas en este estudio cualitativo, da cuenta de la visión proactiva de los profesionales enfermer@s de los

diferentes centros de atención primaria, al dar a conocer diversas sugerencias y recomendaciones frente al objeto de estudio, sin duda alguna, sus múltiples propuestas, vislumbran, focos claves de acción, frente a los conflictos éticos presentes en el nivel primario de salud.

El abordaje de los dilemas éticos en enfermería, debe encaminar soluciones en base a los grandes principios que orientan nuestra profesión junto con hacer lo mejor por la salud de cada paciente, en un clima de equidad y también de respeto, tanto a terceras partes, así como a la comunidad en general.

Propuestas

En base al estudio cualitativo realizado, las principales propuestas, estrategias y focos de abordaje debiesen consignar lo siguiente:

– **Énfasis en la oportunidad de formación tanto en estudios pregrado, postgrado así como a nivel institucional:** facilitar la instrucción, fomento y preparación de competencias en materias de ética y legislación, cuyo énfasis radique en la formación continua en estos contenidos, para el óptimo e idóneo ejercicio de la profesión.

– **Creación de comités de ética en el nivel primario de salud conformando parte activa los diversos estamentos funcionarios de salud:** Generar espacios de debate y discusión periódica, en los cuales se expongan los dilemas éticos, en base a la deliberación conjunta de los diferentes estamentos funcionarios capacitados en estas materias, en función de la toma efectiva de decisiones.

– **Establecer sistemas de evaluación y supervisión en los centros de atención primaria de salud:** Fijar un marco normativo para la praxis profesional, junto con desarrollar la supervisión continua y directa del equipo de salud, vigilando el fomento de la calidad y seguridad en el desempeño laboral, así como la supervisión indirecta de auditoría de fichas, libros de reclamos, satisfacción usuaria, entre otros, fomentando con ello, la calidad de los cuidados asistenciales, tanto de los usuarios, familia, y comunidad en general, respecto a la pesquisa de los principales dilemas éticos.

– **Formación continuada:** Generar marcos de formación continua, impulsando un amplio abordaje instruccional del equipo de salud referente a materias de ética y legislación, estimulando la cooperación con otras disciplinas de salud.

– **Desarrollar en los centros de atención primaria de salud, sistemas que favorezcan la difusión y desarrollo de valores y normas de comportamiento en base a los principios éticos, en el desempeño laboral:** creación de un boletín mensual de bioética, cuya difusión en los centros de atención primaria, radique principalmente en reafirmar los principios y constructos éticos que rigen el quehacer en salud.

– **Impulsar el desarrollo de investigación continua en materias de dilemas éticos presentes en enfermería,** abarcando para ello tanto el área extrahospitalaria, así como intrahospitalaria, dando a conocer la importancia que involucran estos temas en el “buen hacer profesional”.

Conclusiones

Tal como plantea el código deontológico para la profesión de enfermería, las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. En razón de ello, la necesidad de la enfermería adopta un carácter universal.

Son inherentes a la enfermería, el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad, considerando al ser humano de manera holística e integral, en su dimensión biopsicosocial.

Si bien es cierto, que la formación en enfermería debe contemplar aspectos científicos, clínicos, biotecnológicos, investigación, administrativos, gestión, asistenciales, entre otros, es fundamental para la supervivencia de la profesión de enfermería, que se trabaje, se reflexione y se enfatice en la construcción de una conciencia moral, en la cual, primen los principios y constructos éticos en el marco del ejercicio profesional.

El presente estudio cualitativo, expone claramente, los principales dilemas éticos a los cuales se ven enfrentados los profesionales enfermer@s en los centros de atención primaria de salud.

Resulta significativo destacar que aspectos derivados estrictamente

del buen hacer profesional y bajo el marco de la bioética, no sean considerados o tenidos en cuenta por los profesionales enfermer@s. Tal es el caso, de los principales dilemas pesquizados en estos centros, los cuales dan cuenta de : alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, inequidad en la atención de clientes, priorizando la cantidad y no calidad asistencial, así como la falsificación y adulteración de datos en base al cumplimiento de metas y cobertura asistencial, para obtener mayores incentivos salariales. Estos dilemas representan los conflictos éticos mas frecuentes en el nivel primario de salud, a su vez, dan cuenta de graves faltas a la ética del cuidado en enfermería, y más aún, permanecen desprovistos de marcos de resolución y abordaje para una efectiva toma de decisiones.

Cabe destacar que en la totalidad de centros de salud, no se ha dado cabida a la implementación de espacios comunes de debate y diálogo de estos temas, así como a la formación de comités de ética, en los cuales se incentive e involucre la participación activa de todo equipo multidisciplinario en su conjunto.

La relevancia que tienen hoy en día los aspectos éticos vinculados al quehacer profesional en enfermería, plantea innumerables desafíos, los cuales deben encaminar prontas soluciones y planes de acción efectivos para su óptimo abordaje en el nivel primario de salud.

Resulta imprescindible considerar, que, como primer paso para tomar decisiones responsables en el área de salud, hay que conocer los hechos e interpretarlos adecuadamente, ya que dar respuesta a los problemas éticos exige un profundo conocimiento de la realidad, así como la sensibilidad suficiente para captarlos y preparación adecuada para resolverlos, de la mejor manera posible.

Actualmente, se plantea como un gran desafío abarcar la continua formación profesional en estas materias, considerando a las distintas disciplinas del área de la salud, las cuales, debiesen corresponsabilizarse en el buen, SABER, SER Y HACER, desde cada rol profesional. Esto conduciría, a que en los equipos de salud, existiera un mayor clima de tolerancia, diálogo, comprensión, aceptación, respeto y cooperación mutua, para abordar los diferentes dilemas éticos que se presentaran, siendo capaces los integrantes del equipo de salud, de crear marcos de resolución efectivos para la toma de decisiones el nivel primario de atención de salud.

Bibliografía

1. **Antón Nardiz, María Victoria** (1989) *Enfermería y atención primaria de salud*. De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad.
2. **Altisent, Rogelio et al.** (1998). *Bioética en atención primaria: cuestiones de confidencialidad*.
3. **Altisent, Rogelio et al.** (2001). *Sobre bioética y medicina de familia*. Revista científica formato electrónico pdf.
4. **Altisent, Rogelio et al.** (2006). *Bioética en atención primaria: una relación de mutuas aportaciones*. Artículo científico formato electrónico.
5. **Balonchard, Susana.** (2008). *Bioética y la atención de salud en grupos minoritarios*. Comisión de Bioética, Fundación Fratérnitas. Rosario, República Argentina.
6. **Brotons, Carles, et al.** (2008), *Ética de la actividad preventiva en atención primaria*. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud.
7. **Espíldora, María Nieves.** (1998) *Bioética y atención primaria* Centro de Salud Actur Sur. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Zaragoza. Pág 569-572.
8. **Elsen, Ingrid.** (2003). *Dilemas éticos enfrentados por los enfermeros en la atención a la familia en la región sur de Brasil*. Revista Electrónica.
9. **Ferrer, Carmen.** (2006). *Tribuna Sanitaria*. Revista científica electrónica.
10. **García de la Puerta, Morata.** (1996). *Análisis de dilemas éticos en Atención primaria*. Revista científica electrónica.
11. **Gracia Ruiz, María.** (2007). *Trabajando con la bioética*. Revista científica electrónica.
12. **Martín, M^a Nieves.** (1998). *Bioética y Atención Primaria*. Revista científica electrónica.
13. **Navarro, M^a Gracia.** (2007). *Trabajando con la bioética. Reflexiones diarias en nuestro ámbito laboral*. Artículo científico. formato electrónico pdf.
14. **Reyes, Juan.** (2007). *Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería*. Artículo científico, formato pdf.
15. **Rubio, Marisa.** (2008). *Ética cercana*. Médica de familia. Miembro del grupo de ética de la camfic. ABS Girona.

PERCEPCIÓN DEL EQUIPO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA, SOBRE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

María de los Ángeles Meriño Ramírez, Johanna Toro González,
Francisco Javier León Correa***

* Licenciadas en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

** Dr. en Filosofía, Magíster en Bioética, Centro de Bioética, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Central de Chile. Mail: gibioetica@vtr.net

76

Introducción

Los derechos de los pacientes son declaraciones sobre intereses morales particulares que una persona puede tener en un contexto de cuidado de la salud y que requiere de una especial protección cuando asume la calidad de paciente, estos derechos incluyen un conjunto de derechos civiles, legales y morales.

Para velar por el cumplimiento de estos derechos existe actualmente en el sistema público, la carta de FONASA, para los beneficiarios de este sistema de salud.

Existe en el senado un proyecto de ley, cuya última revisión fue en el año 2007, donde plantean los derechos y deberes de los usuarios de servicios de salud tanto públicos como privados.

La problemática que queremos plantear es si en la actualidad, ¿Se garantizan los derechos de los usuarios? Lo que está claro es el gran número de quejas y reclamos por la atención recibida en los centros de salud de nuestro país, siendo este el motivo de grandes controversias y escándalos.

los, por lo que existe un gran cuidado en no pasar a llevar los derechos de los pacientes. Es función de los gobiernos velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios para así mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, pero ¿cómo podemos mejorar y respetar los derechos de los usuarios, si éstos son desconocidos por los profesionales que atienden y prestan servicios de salud en los centros asistenciales?

Es esencial que el acto médico sea bajo el amparo de la bioética más aún al realizar labores asistenciales en la Atención Primaria. La relación médico paciente es una relación social, en la que intervienen dos individuos, uno en relación de desventaja de vulnerabilidad, que al estar o sentirse enfermo tiene miedo, ansiedad, angustia y está en desequilibrio de poder, ya que el otro posee la ventaja técnica¹.

También es labor del personal de enfermería el mantenerse actualizados e informados sobre los derechos de los pacientes tanto en atención primaria como secundaria, responsabilizándose de que estos sean cumplidos por todo el equipo de salud. Y todavía más importante, darlos a conocer al usuario para que se mantenga bien informado sobre sus derechos y deberes.

Nuestra motivación al abordar este tema nace debido al desconocimiento sobre los derechos de los pacientes en atención primaria por parte del equipo de salud tanto de médicos y de enfermería en nuestro país; necesidad que va de la mano con entregar una atención en salud integral y optima a todo usuario

Planteamiento de la Pregunta de Investigación

¿Cuál es la perspectiva del equipo médico y de enfermería sobre los derechos de los usuarios?

Objetivo General

Conocer e Identificar la perspectiva del Equipo de Enfermería y del equipo médico sobre los derechos de los pacientes en atención primaria del CESFAM Dr.: Arturo Baeza Goñi de la comuna de San Joaquín y Consultorio Trinidad de la comuna de la Florida.

1. Olhagaray M., Aspectos Éticos de la Relación Médico Paciente en Atención Primaria. Colección digital de Investigaciones en Bioética de la Asociación Española de Bioética AEBI, n° 64792008, sección: trabajos de Diplomado. AEBI, Madrid, 2008.

Objetivos Específicos

- Relacionar la ética de enfermería y médica con la praxis en atención primaria.
- Investigar el respaldo legal que avala los derechos de los usuarios en atención primaria en nuestro país y cuales están incorporados en los centros de salud en estudio.
- Conocer a través de los profesionales de la salud: médico y enfermera las actitudes del usuario frente a la atención recibida.
- Identificar el impacto que tienen sobre el ejercicio profesional del médico y la enfermera los valores y creencias de los derechos de usuarios

Los Derechos de los Pacientes

Los derechos de los pacientes o usuarios son una sub-categoría de derechos humanos. Las declaraciones de derechos de los pacientes o usuarios son simplemente declaraciones sobre intereses morales particulares que una persona puede tener en un contexto de cuidado de la salud y que requiere de una especial protección cuando asume la calidad de paciente.

Los derechos del paciente incluyen un conjunto de derechos civiles, legales y morales. Los fundamentales son: derecho al cuidado de la salud, derecho a ser informado, derecho a participar en la toma de decisiones, en relación al tratamiento y al cuidado, derecho a dar un consentimiento informado, derecho a rechazar dicho consentimiento, derecho a tener un interlocutor con conocimiento en salud, derecho a saber los nombres, cargo y experiencia del profesional que lo atiende, derecho a una segunda opinión, derecho a ser tratado con respeto, derecho a la confidencialidad, derecho a la integridad corporal, derecho al mantenimiento de la dignidad y muchos otros más.

Muchas de las afirmaciones de estos derechos deriva de los principios fundamentales de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

A continuación se describirán categorías generales de derechos de los pacientes.

Derecho al Cuidado de la Salud

El derecho al cuidado de la salud, es complejo y controversial. Es un tema moralmente sensible, con alta carga política, y con un debate continuo sobre este.

Algunos filósofos plantean que el cuidado de la salud, es un bien que todas las personas tienen igual derecho a recibir, sin importar el costo.

Cuando la vida humana está en riesgo; las decisiones no deben perjudicar la salud de las personas por economizar recursos. Si es necesario, la solución debiera ser relativamente simple, redistribuir los recursos de la sociedad (por ejemplo, en vez gastar (grotescamente) en armamentos u otros instrumentos de guerra).

Otros argumentan que es imposible proveer un alto estándar de salud a todas las personas equitativamente. A lo más éstas pueden exigir un "mínimo decente"², de cuidado de la salud, para así asegurar una vida "tolerable"³.

Charles Fried, plantea desde la perspectiva del tratamiento médico que "el imposible dilema de la promesa del cuidado de la salud", es realmente nada más que el producto de la inhabilidad cultural para afrontar los persistentes factores de la enfermedad, vejez y muerte⁴.

El cuidado de la salud debe ser entendido en término más holístico (el cuidado médico es una parte del cuidado de la salud). Este debe ser visto como un medio para promover el bien personal total (no meramente físico), es más difícil negar esta exigencia, ya que es válida y moralmente justificada. Lo que hace la exigencia al cuidado de la salud convincente es precisamente eso, una vez que es aceptado, tiene el poder moral para prescribir el angustioso síntoma causado por la muerte y la enfermedad, para promover el bienestar humano (fin moral), y efectivamente, promover la vida humana en si misma (también un fin moral). Si nosotros negamos el derecho al cuidado de la salud, debemos negar el derecho a un amplio rango de otros intereses, incluyendo aquellos de vida, felicidad e incluso el ejercicio de decisiones auto determinadas.

El derecho de una persona a recibir el cuidado de su salud recibe por

2. Buchanan A, Brock D., "Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision", editorial Cambridge University, New York, 1989.

3. Engelhardt H., "Los fundamentos de la bioética", editorial Paidós, Barcelona, 1995. Pág.336.

4. Fried C, "La Obligación Contractual", editorial Harvard University, EE.UU. 1981.

primera vez reconocimiento global con la firma de la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, el artículo 25 declara:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”⁵.

En cuanto al cuidado de la salud hay tres sentidos en los cuales se puede proclamar:

- a) Derecho a un acceso igualitario al cuidado de la salud.
- b) Derecho a tener un cuidado adecuado.
- c) Derecho a un cuidado de calidad.

El derecho al cuidado de la salud en el sentido pertinente de un cuidado apropiado de la salud y el cuidado de la calidad de esta, significan desafíos para la profesión de enfermería, no sólo en los cuidados estándares, sino también aplicados al contexto del cuidado de la salud en general.

Las enfermeras individual y colectivamente, poseen una responsabilidad moral de responder en contra de las amenazas de los derechos de las personas que requieren algún cuidado de su salud; ellas deben por lo tanto desarrollar una fuerza organizada y efectiva para defender la distribución más justa de los recursos, así como de las facilidades del cuidado en general. Las enfermeras también tienen la responsabilidad moral de informar a las personas sobre estos derechos, y educar a la comunidad que una gran tecnología no es necesariamente un mejor cuidado de salud.

Derecho de un Acceso Igualitario al Cuidado de la Salud

Se refiere a “Si una persona tiene, o debiera tener, derecho a servicios de cuidado de la salud”. El tema del derecho a un acceso igualitario a la salud, plantea la pregunta acerca de la justicia distributiva y de cómo los beneficios y las cargas asociadas con el servicio del cuidado de la salud se entregan y como debieran ser distribuidos⁶.

5. Véase: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/humanrights/universaldec.html>. Rev:10 de mayo 2009.

6. Ozard D, Wherhane P, “Emanuel 2000: Organizational Ethics in Health Care”, editorial Provider Organizations, Chicago, 2000.

Esto plantea la pregunta si la gente y/o las instituciones de salud son moralmente negligentes para proveer un acceso equitativo al cuidado de la salud, defendiéndose de esta con argumentos centrados en que los recursos son escasos y las necesidades ilimitadas. Este argumento tiende a construirse de la siguiente manera:

a) Las demandas de salud tienden a superar a los suministros, esto es fundamental porque los recursos para el cuidado de la salud son limitados.

b) Personas diferentes, tienen distintas necesidades de salud y diferentes visiones de cómo los recursos deberían ser usados para afrontar dichas necesidades. Es verdad que los recursos pueden utilizarse de forma alternativa, no obstante, los recursos son limitados para el cuidado de la salud, así que no es posible satisfacer las necesidades y demandas de todos⁷.

Por lo tanto inevitablemente deberán tomarse decisiones y elecciones acerca de:

1. Las condiciones en las que escasos recursos deberán hacerse disponibles.

2. La prioridad con la cual las condiciones dadas deberán ser tratadas.

Si bien se aceptan estos argumentos, es necesario debatir si estamos obligados a aceptar estos principios económicos y debiéramos desplazar la moralidad a prueba en la conducta definitiva. Como un raciocinio económico dirigido al cuidado de la salud. La vida humana no es algo que pueda ser reducido, como un objeto, a un valor meramente económico, y como principio moral debiésemos hacer resistencia a esto. Si los profesionales de salud no nos oponemos, nos arriesgamos a ser vistos como seres humanos sin valor, negando el derecho a la salud.

Este asunto de asignación de recursos va más allá de tema como distribución dinero. Envuelve un tema más amplio como medida de calidad de vida, eficacia del cuidado de la salud, tratamiento médico y de calidad del cuidado, y de cómo calcular el costo- efectividad. Así como conductas socio-culturales relacionadas al poder, políticas, ganancias.

7. Teays W, Purdy L, "Bioethics, Justice and Health Care", editorial Wadsworth, Belmont, California, 2001. Fuch, V.R. *Who shall live? Health economics and social choice*. Basic Books, New York, 1983. Beauchamp D, Steinbok B. "New ethics for the public's health's", Universidad de Oxford. New York 1999. Citados en: Johnstone J-M. "Bioethics: a nursing perspective", 4ta Edición, Editorial Churchill Livingstone, Sydney, 2004: 126-170.

Fundamentalmente engloba la pregunta de cómo promover la salud, no meramente el cuidado a los servicios de hospitales.

Derecho a Tener Acceso a un Cuidado Apropriado

Este aspecto plantea una importante pregunta en relación al aspecto cultural o etno-específico de cuidado y a la habilidad de acomodar las preferencias personales de la gente, creencias, valores y prácticas de salud.

Por ejemplo el movimiento de terapias complementarias, manifiesta toda clase de dilemas para el profesional científico de la salud.

Otro aspecto del cuidado apropiado es que los pacientes o usuarios, puedan elegir (principio de autonomía) al profesional que lo atiende, esto incluye que tengan derecho a una segunda opinión médica, rechazar la terapia sugerida, a elegir una terapia complementaria y a estar rodeado de la familia y amigos, a tener visitas sin restricciones, y a declinar cualquier acción o cosa que ellos no deseen hacer incluyendo: salir de la cama, bañarse, tomar los medicamentos prescritos.

Derecho a un Cuidado de Calidad

Este derecho hace referencia a la responsabilidad y competencia que debe tener el profesional de la salud, los servicios prestados y los estándares de cuidado que son entregados en la actualidad. No son sólo características técnicas sino que también factores de la actitud de quienes proveen el cuidado de la salud, para que los pacientes sean tratados como seres humanos con necesidades e intereses, quienes están en su derecho de participar en las decisiones acerca de su cuidado.

Cuidado de salud de calidad como un derecho es una noción ambigua y compleja. Sin embargo, esto puede cumplirse apegándose a los estándares impuestos de la profesión, experiencia, sentido común, asegurar procesos normales de calidad. La tarea principal del profesional de salud es velar por que el cuidado entregado nunca caiga a nivel que comprometa la seguridad del paciente y su bienestar.

Derecho a Tomar Decisiones Informadas

De todos los derechos del paciente que pueden ser exigidos en un contexto de salud y de cuidado, ninguno es quizás más desafiante al poder, la autoridad y a veces la integridad de un profesional de la salud que el derecho del paciente a hacer elecciones sobre su tratamiento y cuidado. Esto puede ayudar a explicar por qué, a pesar del aparente éxito de

los derechos de los pacientes en las dos últimas décadas, el derecho del paciente a dar un consentimiento informado respecto al cuidado y tratamiento continuo, ha presentando problemas en algunas áreas⁸.

Atención Primaria:

Los sistemas de salud y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente como único objetivo la enfermedad, dedicando sus esfuerzos a buscar tecnología tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de esta. Dando poca o casi nula atención a la prevención, mantención o promoción de la salud.

Esta situación ha comenzado a ser mirada desde otro enfoque, y tanto los profesionales de la salud, las personas a cargo de poder y los mismos ciudadanos, están de acuerdo que un sistema de salud no tiene como función principal el derecho del paciente de ser adecuada y oportunamente diagnosticado y tratado, sino también que no enferme, que se mantenga sano. Siendo entonces la enfermedad un fracaso en el logro de este objetivo⁹.

Este cambio, comenzó a tomar mayor importancia principalmente desde de los años 70, a partir del 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata, capital de la entonces ciudad Soviética de Kazakhstan. Donde se realizó la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, promovida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (United National International Children Emergency Fund = Fondo de Socorro Internacional de las Naciones Unidas a la Infancia). Donde se dictó una declaración en que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial en general, a que tomasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de los ciudadanos del mundo.

Según la declaración de Alma Ata: "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Forma parte integrante, tanto del sistema

8. Johnstone MJ, Ob.cit.: 126-170.

9. Zurro M. Cano JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Editorial Elsevier, España, 2003.

nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria”.

Convirtiendo entonces la atención primaria en el pilar fundamental de la atención de Salud y concibiendo la salud como un derecho fundamental de cada individuo que para su consecución necesita la colaboración y la coordinación de distintos sectores técnicos y sociales.

También es necesaria una profunda reinención en los profesionales sanitarios, sobre todo en el médico, ya que debe existir un cambio en el enfoque de su intervención que pase de preocuparse y ocuparse de la enfermedad individual a la salud colectiva. Como al trabajo en equipos multidisciplinares en el centro de Salud, al desarrollo de actividades de prevención y promoción de salud.

El profesional de enfermería en este nivel de atención, por muchos años realizó tareas administrativas y burocráticas. Para que se realice el trabajo interdisciplinario del equipo de salud es necesario que asuma el papel fundamental que le corresponde en todos los aspectos de la Atención Primaria incluyendo la decisión y planificación de actividades asistenciales, docentes y de investigación¹⁰.

Relación Enfermera Paciente

Toda relación de ayuda tiene una finalidad. Las personas que participan en la relación aportan elementos diferentes y buscan resultados en base a la necesidad mutua de ser aceptados y apreciados y la necesidad del demandante de dar satisfacción a sus necesidades alteradas. Es una interacción total e integral iniciada por la voluntad de la enfermera que en cumplimiento de su responsabilidad como profesional ofrece ayuda a la persona que está a su cuidado y que la demanda. La enfermera a su vez aprende y es ayudada ya que adquiere una mayor experiencia relacional y vive una situación que le permite autoanalizarse y aumentar su propio conocimiento.

Los objetivos básicos de la relación de ayuda son:

– Ayudar al cliente a tomar conciencia o aumentarla respecto a sus pro-

10. Zurro M. Cano JF. Ob.cit: 5.

blemas presentes, de forma que entienda su situación actual como una experiencia vital.

– Ayudar al cliente a hacer frente de forma realista a los problemas presentes y nuevos que puedan surgir, buscando diferentes posibilidades de solución.

– Ayudar al cliente a que su comunicación sea clara y la demanda de ayuda esté abierta si la necesita.

– Ayudar al cliente a que experimente de forma segura y protegida los nuevos comportamientos que le puedan ser útiles para solucionar sus problemas actuales.

– Ayudar al cliente a encontrar un sentido a su estado de salud actual en relación con su estilo de vida.

Elementos Básicos de la Relación de Ayuda

– **La empatía:** Es una actitud que nos predispone a captar los sentimientos, emociones, deseos, intereses y necesidades de la otra persona, para vivir en cierto modo su experiencia, pero sin identificarnos con ella, sin confundir nuestros sentimientos y percepciones con los de la otra persona y sin experimentar necesariamente las mismas emociones.

– **La escucha atenta:** Es una actitud de tipo empática que nos permite captar los mensajes que nos envía la otra persona, comprendiéndolos como significativos y ligados a la situación global del individuo. Paralelamente a través de esta actitud y mediante la utilización del gesto, postura corporal, tono de voz, contacto físico, mirada y mensaje verbal, ofrecemos a la persona un ambiente de seguridad para que la persona pueda expresar abiertamente si así lo desea sentimientos, ideas, demandas.

– **Reformulación:** Cuando la persona que escucha cree haber recibido un mensaje significativo de la otra persona, formulando nuevamente el mensaje en forma de pregunta dirigida hacia la persona, buscando comprobar si ha captado el verdadero significado que tenía el mensaje que ha formulado.

– **Respeto cálido:** La actitud terapéutica debe caracterizarse por la aceptación activa y valoración positiva de la otra persona, como persona que es sin que ello suponga necesariamente identificación con sus ideas, sentimientos y opciones¹¹.

11. León F, Pastor L. "Manual de ética y Legislación en enfermería", editorial Mosby, Barcelona, 1997.

La Atención Primaria en Chile

Desde el Período de Gobierno Militar y Reformas Neoliberales 1973-1990.

Las reformas del sistema de Salud, ocurridas en el transcurso de estos años, reflejaron las políticas generales económicas y sociales del gobierno militar, principalmente las reformas neoliberales, las cuales cambiaron el rol y la importancia del Estado y promoviendo el desarrollo del sector privado.

Entre 1973 y 1980, ocurrió una disminución significativa en el gasto social y de financiamiento del Servicio Nacional de Salud, manteniéndose la modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo un régimen autoritario.

A partir del año 1979 hubo una reestructuración estatal de la salud. Se reorganizó en Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas. Y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la que rige actualmente, en el decreto de Ley 2.763 del mismo año.

Ocurrió también la creación del régimen de prestaciones de salud, mediante la ley de salud, en la ley 15.469 del año 1985. Donde se fijaron las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes. Entre las que destacan la libertad de elección en la previsión y atención de salud pública o privada y la contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se acogieron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), y se concretó el traspaso de la administración de los centros de atención primaria a las municipalidades.

A partir del año 1990, los gobiernos de la Concertación, han realizado un notorio incremento en las inversiones, apoyados en préstamos internacionales y han estudiado las propuestas de adecuación y reformas del sector Salud.

Aspectos Relevantes de las Orientaciones de las Reformas Propuestas:

- Políticas y planes nacionales, económicos y sociales.
- Búsqueda para la mejora de la gestión del sector público y el incremento del proceso de descentralización.

- Búsqueda de alternativas para resolver la crisis del sector público de salud, y encontrar un balance del sector privado en este sistema mixto.
- La adaptación del sistema a las necesidades de salud de la población, también el resguardo de sus intereses de los diferentes grupos de la población al acceso al sistema.

El gobierno actual, esquematiza sus prioridades de acción en los criterios de equidad, participación y solidaridad. En aspectos generales, el sistema de salud mantiene vigente básicamente las mismas características de modelo, financiamiento, organización y funcionamiento, del gobierno militar precedente, especialmente en¹²:

- El régimen de prestaciones (ley de salud).
- Configuración legal-normativa del Sistema Nacional del Servicios de Salud.
- Financiamiento fiscal del sistema público.
- Modo de administración Municipal de los Centros.
- Legislación de ISAPRE.
- Aplicación del seguro de accidentes y enfermedades profesionales.

Es importante destacar que se han producido algunas modificaciones parciales a la ley de ISAPRE en el año 1990 y en el estatuto de atención primaria en 1995.

Cuando se creó formalmente el Servicio Nacional de Salud en 1952, los principales problemas de salud que enfrentaba en esa época, era la alta tasa de mortalidad infantil de 132 por mil nacidos vivos, cuyas causas determinantes eran principalmente la pobreza, y la insalubridad.

El pilar para el desarrollo fueron la puericultura, la atención pediátrica, la desnutrición, las inmunizaciones, y la atención reproductiva de las madres.

Destaca el Centro Primario CAIMI (Centro de adiestramiento e investigación Materno Infantil), fue una organización creada en conjunto entre el Servicio Nacional de Salud y la cátedra de pediatría de la Universidad de Chile.

Este centro fue el organismo central, que diseño y experimentó inicia-

12. Espinoza M. "Historia de la Atención Primaria en Chile, Bases Conceptuales de Atención Primaria y Salud Familiar". Módulo 1. Diplomado Salud Familiar. Universidad de Chile. 2009.

tivas de salud infantil. Los principales temas ahí estudiados e intervenidos, en forma experimental en la ciudad de Santiago, eran un reflejo de la epidemiología de la época como lo eran: la desnutrición y alimentación de los niños, diarreas y deshidratación, enfermedades respiratorias y parasitosis frecuentes.

Gran parte de la orientación del Servicio Nacional de Salud, en los años 60, era la que se ocuparía de los problemas materno-infantiles, caracterizándose por la educación para la salud, la investigación y la atención entorno a lo comunitario y ambulatorio

El Dr. Jiménez plantea que nuestro país ha logrado resultados exitosos en la intervención materno-infantil, por tener los siguientes componentes:

1. Una concepción integral de la salud, su relación con el medio y la necesidad de abordarla en forma sistémica. Existe una estrecha relación entre los riesgos y daños a la salud con zonas y condiciones de pobreza.

2. Una visión integral de la atención de salud. Conforme a la concepción integral del fenómeno salud-enfermedad, un abordaje igualmente integrado se hace lógico. Los conceptos de prevención protección recuperación y rehabilitación son indispensables.

3. Un equipo de salud con delegación de funciones. En el éxito alcanzado con el Programa materno-infantil han contribuido la delegación de funciones tanto ambulatorias como hospitalarias: en las enfermeras en la atención pediátrica, en las matronas en la atención reproductiva y en las nutricionistas en el manejo de la desnutrición y alimentación equilibrada.

4. La investigación y capacitación en la acción. En todas las instancias ambulatorias y hospitalarias de la atención de salud del niño, la actitud permanente de investigar y la de capacitar en forma constante ha sido un importante apoyo para alcanzar estos logros.

5. La evaluación continúa de las acciones e instrumentos utilizados. Este es otro elemento clave en el resultado, la cultura de la evaluación y la posterior retroalimentación están muy relacionadas con el éxito de las acciones de salud¹³.

Nos podemos dar cuenta, que la atención primaria es el punto de partida, para la organización del Sistema de Salud en nuestro país, y la base

13. Jiménez J., "Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile". Revista Chilena de Pediatría, Volumen 71 n.5 Santiago, Chile, septiembre. 2000.

para todos los otros niveles de salud.

En la actualidad las patologías prevalentes son otras principalmente las crónicas asociadas con el estilo de vida y hábitos de las personas como lo son el sedentarismo, el tabaquismo, la alimentación inadecuada.

Por lo tanto es necesario realizar profundos cambios en las estrategias de intervención, para así mejorar la calidad de vida de las personas, enfocándose en las intervenciones a nivel de la atención primaria, en actividades de promoción y prevención, y considerando el entorno de los usuarios, así como su contexto familiar y comunitario.

Acreditación de los Centro de Salud Familiar

Es una modalidad de evaluación integral, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considerando pautas sobre el trabajo realizado y sus resultados, estableciéndose como un proceso dinámico. Califica la totalidad del establecimiento, y el resultado es ser o no acreditado, lo que constituye una garantía de confiabilidad.

Considera desde la planta física y el equipamiento hasta el resultado final obtenido y el grado de satisfacción del usuario, teniendo periodicidad fija con normas que remiten a un nivel intermedio entre un óptimo conocido, accesible y real, y un mínimo aceptable de requerimientos, de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución.

Dentro de los estándares o requisitos de acreditación está la calidad de atención al usuario, y muchos aspectos más, en los que está implícito el respeto a los derechos de los usuarios. Gracias a este sistema de acreditación los derechos de los usuarios son más respetados e incorporados en el ejercicio del profesional de la salud.

En la siguiente tabla se muestra los estándares de certificación de acreditación de un Centro de Salud Familiar.

Estándares de Certificación	Criterios de Evaluación
La persona o usuario como centro de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Población a cargo • Enfoque centrado en la persona integralidad • Enfoque preventivo y promocional • Enfoque familiar. La familia como unidad de atención • Enfoque de pertinencia cultural
Organización de la atención centrada en la persona (usuario o paciente)	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la atención • Continuidad del cuidado • Seguimiento • Participación • Trato acogedor y amable
Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de competencias • Programa de capacitación para desarrollar y/ o fortalecer competencias • Evaluación de programas de capacitación • Desarrollo de proyectos que nacen a partir de la capacitación • Programa de seguridad del personal
Mejoramiento Continuo de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de mejoramiento calidad técnica y percibida • Evaluación permanente de la calidad • Programa de intervención para mejoría de la calidad
Orientación a resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de IAAPS • Cumplimiento indicadores de la Ley 19.813 • Nivel de satisfacción de los pacientes • Desarrollo del personal

Fuente: Instructivo proceso de certificación centro de salud familiar 2008, Subsecretaría de Redes de División de Atención Primaria, Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria

Marco metodológico

Tipo de Investigación

Se utiliza la investigación cualitativa, ya que estudia la realidad en su contexto natural, tal como sucede, tratando de sacar sentido de los datos, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales que describen la

rutina y las situaciones problemáticas, como son la calidad de atención del usuario en atención primaria.

En esta tesis se utilizó la entrevista semiestructurada abierta, que abre las respuestas del entrevistado, o sea se realiza en profundidad con el objetivo de obtener información que responda nuestros objetivos de tesis y con un tema predeterminado por el entrevistador.

Hasta el momento se han realizado algunas pocas entrevistas para probar el instrumento de análisis.

Las entrevistas se realizaron en 2 centros de atención primaria durante los meses de julio y agosto: CESFAM Arturo Baeza Goñi, Consultorio Trinidad

Etapas del Plan de Análisis:

1. Agrupar encuestas realizadas según la persona dirigida.

2. Se analizará cada una de las preguntas correspondientes a cada grupo encuestado destacando los puntos concordantes dentro de cada pregunta, con el fin de unificar un criterio y destacar las categorías más importantes en relación a la respuesta. Para finalmente realizar un análisis vertical de la herramienta de investigación.

3. Posteriormente se realizará un análisis horizontal y comparativo entre ambas herramientas de investigación logrando obtener de dicho análisis aquellos criterios de concordancias y discordancias de los grupos encuestados (médicos y enfermeras) lo que nos permitirá extraer los caracteres más relevantes que tienen estrecha relación con los objetivos planteados en nuestra investigación y con el tema en cuestión, llegando a formular las conclusiones finales de la tesis de grado.

Análisis de instrumento

Categoría I:

Conocimiento de los profesionales sobre la implementación de los derechos de los usuarios en los Centros de Atención Primaria

Categoría	Subcategoría	Términos inclusivos	Citas Relevantes
Conocimiento de los profesionales sobre la implementación de los derechos de los usuarios en los centros de atención Primaria	Profesionales de Enfermería	Todas las entrevistadas manifestaron conocimiento sobre la existencia ya sea a través de la carta, de algunos de los derechos de los usuarios, la OIRS, los derechos de los usuarios AUGÉ.	<i>Tienen derecho a hacer reclamos a través de la oficina OIRS, a darles un buen trato, de calidad, atención con respeto. (E.1)</i> <i>Tienen derecho a acceso, confidencialidad, participar en las actividades implementadas, etc. (E.2)</i>
	Profesionales Médicos	Dos de tres de los encuestados, manifestaron conocimiento sobre la carta de derechos y algunos de ellos y la OIRS. Termino exclusivo: Uno de los tres encuestados manifestó no conocer sobre la existencia de estos derechos.	<i>Tienen derecho a una atención digna, a manifestar inquietudes, a poner reclamos, y sugerencias. (E.3)</i> <i>Pueden acercarse a la OIRS y hacer reclamos. (E.4).</i> <i>No, los conozco. (E.5).</i>

La mayoría de los profesionales tiene algún conocimiento básico sobre los derechos de los usuarios.

Respecto al profesional médico, que no conocía sobre la existencia de los derechos de usuarios, cabe destacar que corresponde a un profesional extranjero, que estaba trabajando hace 2 meses en el centro de salud.

Al comparar el nivel de conocimientos con la profesión, se puede ob-

servar que las enfermeras, conocen más del tema que los médicos. Sin embargo, ninguno de estos profesionales tiene un conocimiento elevado del tema.

Es importante mencionar que no se contempla durante el periodo de orientación de los profesionales, el tema de los derechos de los usuarios.

Categoría II:

Punto de vista de los profesionales sobre la implementación de los derechos

Categoría	Subcategoría	Términos inclusivos	Citas Relevantes
Punto de vista de los profesionales sobre la implementación de los derechos	Profesionales de Enfermería	<p>Cuatro de de las cinco entrevistadas manifestaron una opinión positiva sobre la existencia de los derechos de los usuarios.</p> <p>Términos de Exclusión Dos de ellas manifestaron falta de difusión de estos derechos y confusión por parte de los usuarios sobre los mismos.</p> <p>También dos enfermeras manifestaron que los usuarios en algunas oportunidades, eran muy demandantes respecto sus necesidades, y muchas veces no podían solucionar sus problemas.</p> <p>Una de ellas reflexionó respecto a la necesidad de también dar a conocer los deberes de usuarios.</p>	<p><i>“Yo encuentro que están bien...” (E.1)</i></p> <p><i>“Yo encuentro que falta difusión, no todos paciente saben de sus derechos y hay pacientes que además los confunden. Piensan que tienen derecho a todo, a todo los que sus expectativas quieren y esos son muchos,, a veces no aceptan un no como respuesta”. (E.6).</i></p> <p><i>“Que bien que estén incorporados, los problemas son con los deberes de los pacientes”. (E.7)</i></p>

<p>Punto de vista de los profesionales sobre la implementación de los derechos</p>	<p>Profesionales Médicos</p>	<p>La mayoría de los médicos entrevistados, tuvieron una opinión positiva sobre la existencia de estos derechos.</p> <p>Términos de Exclusión Un médico además de manifestar una actitud positiva, reflexionó que al existir estos derechos establecidos, permite que los usuarios puedan sentirse capaces de exigir una salud digna, pero sin embargo aclara que se debe hacer mayor hincapié en los deberes.</p> <p>Y como aspecto negativo de estos derechos los usuarios son muy demandantes y tienden a tratar mal a los funcionarios.</p>	
------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

94

A través de información entregada por los profesionales, se pueden evidenciar una actitud positiva respecto a la existencia de los derechos de los usuarios.

Destaca que tanto enfermeras como médicos, manifestaron la necesidad de hacer mayor difusión tanto de los derechos como de los deberes de los usuarios.

Categoría III

Impacto de la percepción sobre los derechos de los usuarios sobre el ejercicio profesional

Categoría	Subcategoría	Términos inclusivos	Citas Relevantes
Impacto de la percepción sobre los derechos de los usuarios sobre el ejercicio profesional	Profesionales de Enfermería	Todas las enfermeras entrevistadas manifestaron respetar los derechos de los usuarios en su actuar profesional. Términos de Exclusión: Una de las enfermeras reflexionó que por escasez de tiempo, a veces se pasaban a llevar estos derechos.	<i>“Darles una buena calidad de atención a los pacientes, respetar horarios, saludarlos, presentarme. Tienen derecho a saber quién soy, a que vine, que su tratamiento quede claro. Mantenerlo informado sobre los beneficios...” (E.1)</i>
	Profesionales Médicos	Los profesionales médicos manifestaron respetar estos derechos, fundamentados principalmente en el buen trato durante la atención.	<i>“Los trato bien, hablo mucho con ellos, les explico, soy abierto” (E.5)</i>

95

Se puede evidenciar que tanto los profesionales médicos como enfermeras, tienen la percepción de que respetan los derechos de los usuarios durante la atención, sin embargo de parte de los médicos se manifiesta una falta de conocimiento específico de los derechos que deben respetar en su actuar. No así de las enfermeras quienes manifestaron un mayor conocimiento y por lo tanto mayor aplicabilidad al ejercicio profesional.

Destaca una reflexión de una enfermera sobre la escasez de tiempo, para brindar una atención integral, de buena calidad, lo cual se relaciona con la problemática de la atención primaria en Chile y de la salud pública en general, ya que, la demanda de atención es mucha y el recurso profesional y material es escaso, por lo tanto los tiempos asignados, son muy breves, tanto para atención médica como de enfermería.

Categoría IV:

Percepción respecto a la satisfacción usuaria

Categoría	Subcategoría	Términos inclusivos	Citas Relevantes
Percepción respecto a la satisfacción usuaria	Profesionales de Enfermería	Todas las enfermeras entrevistadas manifestaron la satisfacción usuaria es buena, lo que es regular es la falta de horas médicas, derivación a especialidad.	<i>“Se hizo una encuesta a los pacientes y a los profesionales y creo que la opinión de calidad fue buena. El problema es el sistema secundario de referencia, ya que uno los envía pero ellos no dan abasto. Reclamos por las horas de interconsulta”.</i> (E.5)
	Profesionales Médicos	Los profesionales médicos manifestaron que la percepción a la satisfacción usuaria es buena en cuanto al trato, lo que se quejan es por la falta de horas médicas, recursos, infraestructura, lo que no tiene fácil solución.	<i>“Mas o menos la gente se queja mucho, por todo presenta reclamos, además existe muchas falta de respeto a uno como personal, ha habido mucha amenazas de los usuarios a el personal de salud. Yo creo que la gente no sabe adaptarse a las condiciones y sobre exige cosas que uno no puede solucionar como falta de horas, recursos, mejores box, etc.”</i> (E.8)

96

A través de información entregada por los profesionales, destaca que la percepción tanto de médicos como enfermeras es buena con respecto al trato a los pacientes, y se evidencia la insatisfacción por falta de recursos, infraestructura, mayor número de personal, explicando que no tiene una fácil solución, requiriendo decisiones a nivel de municipios.

Categoría V:**Principales problemáticas de los usuarios, percibidas por los profesionales**

Categoría	Subcategoría	Términos inclusivos	Citas Relevantes
Principales problemáticas de los usuarios, percibidas por los profesionales.	Profesionales de Enfermería	Todas las enfermeras entrevistadas manifestaron que los principales problemáticas de los usuarios son los tiempos de espera en horas médicas, lo que genera enojo y disconformidad con el personal administrativo y no en los médicos”.	<i>“La falta de horas médicas, ya que la gente por todo consulta. Por la atención hay problemas con los administrativos la gente del mesón, quedan disconformes y genera estrés en la gente de afuera, ya que si no hay médicos no son ellos los que dicen que no tienen más horas, sino la gente del mesón”.</i> (E.7)
	Profesionales Médicos	Los profesionales médicos manifestaron que los principales problemáticas de los usuarios son la falta de persona, los tiempos de espera en conseguir atención.	<i>“La falta de horas médicas, infraestructura inadecuada, falta de recursos. Y todo es tos no son de fácil y rápida solución”.</i> (E.8)

De acuerdo a los entrevistados la percepción del personal médico y de enfermería sobre las problemáticas de los usuarios son principalmente la falta de personal sobre todo de médicos, evidenciado por los largos tiempos de espera en conseguir una hora de atención, lo que genera disconformidad en los usuarios.

Categoría VI:

Conocer a través de los profesionales, como se solucionan las quejas de los usuarios.

Categoría	Subcategoría	Términos inclusivos	Citas Relevantes
Conocer a través de los profesionales, como se solucionan las quejas de los usuarios.	Profesionales de Enfermería	Todas las enfermeras entrevistadas manifestaron que se dirigen a la OIRS, luego pasan al director y los casos más graves directo a FONASA.	<i>“La gestión que se hace es poner un reclamo formal en OIRS y ese reclamo llega a dirección y la dirección tiene tiempo para responder. Eso es compromiso de gestión. Ve los personajes involucrados del equipo y repara la molestia del usuario, ya sea mala atención del usuario como del equipo”. (E.2)</i>
	Profesionales Médicos	Los profesionales médicos manifestaron que se dirigen a la OIRS, luego se informa al jefe del sector, y los casos más graves se dirigen al director.	<i>“Los usuarios presentan los reclamos en la OIRS y ellos filtran los realmente necesarios para que se presenten el director”. (E.8)</i>

Tanto de médicos como de enfermeras conoce como se solucionan las quejas de los usuarios, coinciden en que la persona involucrada debe poner un reclamo formal en la OIRS, ésta deberá en un plazo determinado de responder, y los casos más graves pasan a nivel del director, quien llamará a las personas involucradas, lo cual evidencia conocimiento por parte de los profesionales sobre los conductos regulares, en caso que un usuario presente alguna queja o sienta que se han vulnerado sus derechos.

Conclusiones y reflexiones

De acuerdo al objetivo principal de nuestra tesis y durante su transcurso, nos pudimos dar cuenta, que existe solo un conocimiento básico sobre los derechos de los pacientes y por lo tanto poca aplicación de estos en el quehacer de los profesionales médicos y enfermera en dos centros de atención primaria de las comunas de La Florida y San Joaquín. Este desconocimiento se fundamenta principalmente en la falta de difusión de estos derechos para profesionales y usuarios, de hecho en uno de estos centros de salud, no se encontraba visible la carta de los derechos de los usuarios en la OIRS, también es consideramos que es importante contemplar dentro del periodo de orientación de los profesionales, el tema de los derechos y deberes de los usuarios, lo cual tiene una gran relevancia ya que estos derechos corresponden a derechos éticos y legales plasmados en la carta de Fonasa y que merecen de cierto grado de conocimiento, respeto y aplicación en el quehacer diario de profesionales de la salud. Creemos que es relevante que el proyecto de ley sobre los derechos de los usuarios sea aprobado, para que así los profesionales de la salud, realicen un ejercicio profesional de calidad y de respeto a los usuarios.

Es por esto luego de esta investigación cualitativa, creemos que es rol de enfermería velar por conocimiento e implementación de los derechos de los usuarios por parte de los profesionales en los centros de atención primaria, también promover la difusión y educar a los usuarios, familia y comunidad, para así fomentar el autocuidado, para que así exijan una atención digna, de respeto y calidad.

Bibliografía

Beauchamp D, Steinbok B. *New ethics for the public's health's*. Editorial Universidad de Oxford, New York, 1999.

Buchanan A, Brock D. *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision*. Editorial Cambridge University, New York, 1989.

Engelhard TH. *Los fundamentos de la bioética*. Editorial Paidós, Barcelona, 1995.

Fried C. *La Obligación Contractual*. Editorial: Harvard University, Estados Unidos, 1981.

Fuch V. *Who shall live? Health, economics and social choice*. Editorial Basic Books. New York. 1983.

Gracia D. *Bioética Clínica*. Editorial Codice, 1ª edición, Colombia, 2001.

Johnstone J-M. *Bioethics and the health care economical debate: a nursing perspective*. Churchill Livingstone, 4ta edición, Sydney, 2004.

León F, Pastor Garcia L. *Manual de Ética y Legislación en Enfermería*, editorial Mosby, España, 1997.

Martín Mª Nieves et al. *Bioética aplicada en atención primaria*" Biblioteca Básica Du Pont Pharma para el médico de atención primaria. Madrid, 1997.

Marriner A., Raile M. *Modelos y Teorías de Enfermería*, Editorial Elsevier, sexta edición, España, 2007.

Ozard D, Wherhane P. *Emanuel 2000: Organizational Ethics in Health Care*, Editorial Provi-der Organizations. Chicago. 2000.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES, ROL DE ENFERMERÍA

Camila Avilés Barraza, Patricia Godoy Cartajena, Francisco Javier León Correa***

*Licenciadas en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

**Dr. en Filosofía, Magíster en Bioética, Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Central de Chile. Mail: gibioetica@vtr.net

Problema de investigación

Las políticas jurídicas están prescritas para ser acatadas, pero estas pueden acomodar su conducta a la norma o por el contrario, pueden controvertirlas en el ejercicio de su autonomía. En el Código de Ética de Enfermería, se menciona el proporcionar cuidados de Enfermería, respetando los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de las personas. El proyecto de ley propuesto por el gobierno actual, es sin duda un tenor fundamental para el cumplimiento de lo propuesto anteriormente. El problema surge cuando percibimos en el marco de la observación directa, que los puntos establecidos en los Derechos y Deberes de los Pacientes, descritos en el proyecto de ley en el marco de la reforma de salud, no se cumplen a cabalidad.

Se hace necesario concretar aun más el concepto de los Derechos y Deberes de los pacientes por parte de los Profesionales de Enfermería, y empoderarlos para el cumplimiento de estos en la praxis. Este estudio cualitativo, servirá de apoyo para guiarlos y enmarcar el Rol que se tiene en el tema.

Pregunta:

¿Cuál es la opinión de los Profesionales de Enfermería respecto al Rol que ejercen sobre los Deberes y Derechos del Paciente?

Objetivo General:

Conocer la opinión del Profesional de Enfermería en relación a su Rol, respecto a los Deberes y Derechos del Paciente.

Objetivos Específicos:

Conocer como identifican los Profesionales de Enfermería los Deberes y Derechos del Paciente.

Identificar como se incorporan los Deberes y Derechos del Paciente, según el Rol que cumple en estos el Profesional de Enfermería.

Analizar las opiniones que le otorga el profesional de Enfermería, respecto al cumplimiento de los Deberes y Derechos del Paciente.

El Derecho a la Salud

*El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.*¹ El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajos saludables y seguros, vivienda adecuada y alimentos nutritivos, y por ende, el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

Es así, como el la Declaración Universal de Derechos se consagra en su art. 22 el que *Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad*². Además, en su art. 25 se reconoce el derecho de toda persona a la asistencia médica, consagrado de la siguiente forma: *1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos*

1. CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [en línea]. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>

2. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS. Art. 22. [en línea]. <<http://www.un.org/es/documents/udhr/>>

*de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*³

De la misma forma, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) consagra en su art. 12 que *1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y, además impera a los Estados partes a que tomen las medidas necesarias para hacer efectivo tal derecho, y específicamente aquellas que velen por: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*⁴. Así sucesivamente se va enumerando el derecho a la salud en los diversos documentos internacionales, tanto a nivel universal, como a nivel regional.

Características del Derecho a la Salud

Sin perjuicio de lo anterior, resulta relevante a esta investigación referirse específicamente la Observación general sobre el derecho a la salud que adoptó el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas el año 2000, la cual pretende hacer operativas las medidas contempladas en el art. 12 del Pacto antes mencionado. Según tal observación, el derecho a la salud abarca 4 elementos: **disponibilidad**, lo que implica que se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud; **accesibilidad**, lo que conlleva que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte, lo que se une con el hecho de que no exista discriminación al momento de otorgar la atención médica, que se vele tanto por la accesibilidad física a los establecimientos, así como por la asequibilidad a la atención, y que exista por parte de los pacientes el acceso a la información necesaria; **aceptabilidad**, que implica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida; y finalmente la **calidad**, es decir, que se vele

103

3. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS. Art. 25. [en línea]. <<http://www.un.org/es/documents/udhr/>>

4. PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Art. 12. [en línea]. <http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_cescr_sp.htm>

porque los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, y que sean de buena calidad⁵.

Además, como todo derecho humano, el derecho a la salud impone ciertos deberes a los Estados, los que también están enunciados en esta Observación, y que se puede esquematizar como: **respetar**, lo cual exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud; **proteger**, lo que implica adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud; y **cumplir**, lo que requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Luego de hacer el análisis previo respecto a la consagración del derecho a la salud en materia internacional de derechos humanos, cabe mencionar que en nuestra Constitución Política de la República, en respuesta al imperativo internacional emanado del derecho a la salud como derecho humano inherente a la condición de persona, se establece en el art. 19 n° 18 el derecho a la seguridad social, es decir, al acceso de todos los ciudadanos el goce a las prestaciones básicas en materia social, entre las que se incluye el derecho a la salud.

104

Es en este punto en donde confluyen directamente los derechos y deberes del paciente. Al retomar lo cuestionado anteriormente, la necesidad de prescribir derechos específicos para los pacientes que buscan atención médica en los servicios de salud de todo el país nace del entendimiento de la existencia de derechos naturales e inherentes de la persona, por su sola condición de humano. Tales derechos se conocen en la contemporaneidad como “derechos humanos”, los que son entendidos como necesarios de consagrar por la comunidad mundial con el fin de resguardar y hacer exigible derechos que se entienden como mínimos para el vital desenvolvimiento de toda persona y el resguardo de su dignidad, independiente su condición. Entre tales derechos básicos se encuentra aquel que versa sobre la necesidad de que todo individuo cuente con prestaciones primordiales en materia de salud y todo lo que conlleva alcanzar el estándar de vida básico dentro del cual se entiende que se debe desenvolver como mínimo toda persona.

Bajo este imperativo de aplicación del derecho a la salud con el fin de extenderlo a todos los habitantes del territorio de la República, es que el

5. OBSERVACIÓN GENERAL N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Apartado 1 ° 12. [en línea] <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument)>

Gobierno, mediante el de Salud adopta estrategias y planes con el fin de hacerse cargo de todas las preocupaciones que afecten a la población en materia de salud. Por ello, se han sucedido diversas reformas destinadas a una supuesta progresiva mejora en la atención de salud y la orgánica aplicable a ella. Los proyectos de reforma de los sistemas de salud exponen universalmente a discusiones sobre el respeto a principios y valores éticos, referidos tanto a la consideración de las personas como al bien común de la sociedad, lo que queda explícitamente conmemorado en la reforma de salud propuesta en el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, la que dentro de sus ejes contempla la clarificación respecto a lo que se entiende como derechos y deberes del paciente, eje que actualmente está en estado de tramitación, como proyecto de ley, en el Congreso Nacional.

Proyecto de Ley: “Derechos y Deberes de los Paciente”

Ahora bien, respecto a la materia que nos confluje a esta investigación, es decir, al punto 4) de la enumeración previa de los ejes de la Reforma de Salud, para entender, de esta forma, a qué nos referimos cuando hablamos de “Derechos y Deberes del paciente”, eje que a pesar de su inicio de tramitación en el 2006, aún no ha sido aprobado en el Congreso por falta del quórum necesario, al presentarse discrepancias en ciertos puntos, como el de la confidencialidad de la ficha clínica, por lo que fue remitido a la Comisión de Salud, con el fin de que ésta elabore un nuevo informe. Este no tiene fecha estimativa para que se convierta en ley.

105

En términos generales, este proyecto de ley sistematiza una serie de derechos para los pacientes del sistema de salud chileno que permanecían dispersos o implícitos en distintas normas. *El principio primordial del proyecto es el respeto a la dignidad de las personas como cualidad inherente al ser humano, por lo que se garantiza el derecho a un trato digno, a la compañía de familiares, a la asistencia espiritual y la no discriminación por sexo, raza, religión o condición sexual⁶*, es decir, busca sistematizar derechos otorgados específicamente a los pacientes de los servicios de salud, basándose en la premisa primordial del respeto a la dignidad humana, concretando mediante este conjunto de normas, los imperiosos impuestos al Estado por medio de los derechos humanos previamente analizados.

Se concluye este análisis del marco teórico de dicha investigación dejando enunciados los Derechos y Deberes principales que se contemplan

6. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. Derechos y deberes del paciente: habrá mayor claridad. [en línea]. <http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/temas_profundidad.2007-08-31.1359994059>

bajo el enunciado de “Derechos y Deberes del Paciente” que se encuentran contemplados en el proyecto de ley al que se remite, los cuales serán tratados de una forma menos prolija y más concretamente de acuerdo al desarrollo de la presente investigación.

Así, se puede mencionar que entre tales derechos otorgados al usuario del sistema de salud, se consagran aquellos que consideran sobre la exigibilidad que tiene aquél con respecto a los profesionales de la salud. De ahí que se contempla el que se le informe de todo lo que respecta a su diagnóstico, para así poder tomar una decisión informada frente a la posible evolución de su tratamiento. También se consagra el derecho que tiene toda persona a que se guarde confidencialidad respecto a su estado de salud, diagnóstico y tratamiento al que se le someterá, siendo por ello confidencial también la ficha clínica del paciente.

Por otro lado, se constituye como un derecho la atención de salud y asistencia espiritual de carácter intercultural, lo cual resulta ser una clara manifestación de tolerancia e igualdad con los pacientes y para los pacientes que adopta el sistema de salud chileno, de manera tal que ningún derecho esencial de la persona que busca la atención médica, sin importar su origen o tradición socio-cultural, se vea vulnerado. Finalmente, se establece el derecho a la participación del sistema de salud chileno, ya sea a través de servicios para efectuar reclamos, como para consultas. Estos, enriquece la prestación y la atención por parte del personal de la salud, en especial de Enfermeras, ya que los usuarios podrán tener cierta injerencia en el progreso y mejora del sistema, y a la vez, podrán manifestar sus opiniones en caso de que los derechos anteriormente establecidos hayan sido vulnerados.

Igualmente, como se ha señalado previamente, a partir de los derechos nacen también deberes u obligaciones. Por lo tanto, es totalmente lógico que a partir de los derechos otorgados al paciente en este proyecto, también nazcan ciertos deberes. Analizándolos, consideramos que ciertamente son necesarios no sólo como respuesta a cada derecho, sino que también resultan útiles para el adecuado funcionamiento y la pronta entrega de la salud, que sea tanto eficiente como de calidad. Entre ellos, se cuenta el de la información, que se refiere a que el paciente debe estar al tanto del funcionamiento del establecimiento. En segundo lugar, el de colaboración, que se refiere a que se deben entregar toda la información y datos relativos a los problemas de salud, de manera tal que el mismo paciente contribuya a su diagnóstico y posterior recuperación. En tercer

lugar, está el del cuidado del establecimiento, que más que un deber, es la simple “norma” a través de la cual el ejercicio del derecho se hace viable, ya que mantener el lugar en donde se recibe el tratamiento en buen estado, es parte de lo que se requiere para recibir el derecho a un trato digno. Y, finalmente, encontramos el trato respetuoso, que es simplemente lo más básico y necesario para la atención en salud.

Enfermería frente al Tema

Por lo tanto, a partir de la definición anterior, es que podemos establecer que el Rol del Profesional de Enfermería se conecta en forma explícita con los deberes que de él emanan. Es decir, que respecto de él mismo, nacen las “obligaciones” que, por su estatus, debe cumplir: *Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento*⁷.

Sin embargo, no basta con enunciar cuáles son los deberes establecidos para la profesión de Enfermería. Dichos deberes han surgido a partir de criterios establecidos de comportamiento, de conducta, la cual es esperada. Empero, estos criterios no han sido elegidos al azar o producto de un código previamente establecido, sino que lo que se debe o lo que no, nace desde los fundamentos básicos de lo que cada ordenamiento social establece para sí mismo. Dichos cánones han surgido de diversas formas, algunos por experiencia, costumbre o tradición de los distintos grupos sociales, pero ciertos rasgos pueden considerarse universales. Se trata de máximas que a lo largo de la historia se han empoderado hasta convertirse en parámetros viables, relevantes e imitables para todos los distintos miembros de las diversas comunidades existentes.

Según un estudio en España publicado el año 2007, por la Revista “Nursing” para el proceso de definición del marco competencial, donde se analiza una muestra de 437 Profesionales de Enfermería Hospitalario, se da respuesta a la Pregunta: ¿Cómo definen los Profesionales de Enfermería sus competencias asistenciales?

1. Cuidar.
2. Valorar, Diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes.
3. Ayudar al paciente a cumplir el tratamiento.

7. “Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería”. [En línea], <http://www.colegiode-enfermeras.cl/datos/ftp/codigo_deontologico.pdf>, [consulta: 2 junio 2009]

4. Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial.
5. Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento.
6. Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante.

Del análisis de estos 6 dominios, en la Competencia Nº1: *Cuidar*, se desprenden diversos conceptos claves, dentro de los cuales según las respuestas, el más repetitivo sería “Deberes y Derechos”.

De esto se puede deducir, que el somero concepto de “Derechos y Deberes”, se encuentra internalizado en el Área del Cuidar de los Profesionales de Enfermería.

Si bien existen múltiples definiciones de ética, consideramos acertado asociar el concepto general con el Rol de la Enfermera con respecto al paciente: *La ética es la ciencia que estudia los actos humanos en tanto que buenos o malos, es decir, bajo la consideración del bien y el mal. La ética es aquella parte de la filosofía que estudia la moralidad del obrar humano*⁸. Se entiende aquí por moralidad, aquella cualidad que se explicita entre lo que es el poseer un derecho por parte de un paciente, en primera instancia, y el debido respeto y observancia que debe corresponder, en segunda instancia, por parte de un Profesional del ámbito de la salud tan relevante en el cuidado, como es la Enfermera.

108

Sin embargo, a pesar de que los deberes nacen a partir de un derecho, en el caso de la relación entre un paciente y una enfermera, se debe estructurar el análisis desde un punto de vista que se relaciona tanto en el aspecto jurídico como social, y a la vez en incontables facetas que pueden ser encontradas en diversos contextos. Esto es, la ética.

Concepto de “Rol”

Relacionado directamente con este aspecto, es que podemos situar lo que a continuación se establece como un “rol”: (...) *cada estatus conlleva un grupo de conductas esperadas, cómo se espera que piense y sienta una persona en esa posición, además de expectativas sobre cómo otros deberían tratarlos. El grupo de obligaciones y conductas refiere a los actos humanos que se realizan libremente en relación al último fin. Los actos humanos, en tanto que procedentes de la voluntad libre del hombre, pueden ser considerados como rectos o no, en función de que se orienten o no al fin último del Ser humano. Los actos humanos de que se ocupa la ética implican un conocimiento del fin y una voluntariedad en su aceptación y en la ordenación a*

8. PASTOR García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier, Manual de ética y legislación en enfermería. Bioética en Enfermería (1997) Madrid, Mosby/Doyma. Pág. 2.

*ese fin*⁹. Por lo tanto, cabe destacar que los patrones de comportamiento asumidos por los diferentes individuos corresponden o se constituyen como respuesta a un criterio formativo que rige las diversas conductas existentes. El actuar de cada uno es la manera en que se manifiesta la persecución de la consecución de un fin último, que, si bien es determinado por cada uno de los individuos, ciertamente es el resultado de la influencia de parámetros generales.

Concepto de Rol de Enfermería

El rol de Enfermería es un termino que se encuentra implícito en el deber de Enfermería y el que hacer de esta, el "Cuidar".

"El cuidado de Enfermería es una acción humana que comporta en sí una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado. De entre las diferentes opciones de acción, el profesional de Enfermería escogerá aquella que contribuirá al cuidado del enfermo sin producirle daño. La elección del cuidado es el resultado de un proceso decisorio consciente y deliberado que presupone el reconocimiento de lo que se pretende hacer, de lo que se es capaz de hacer y de lo que se puede llegar a hacer. La libertad para escoger la acción impone al profesional de Enfermería el deber actuar según los principios y deberes que rigen la profesión; su poder para actuar se transforma en un poder del deber de cuidar"¹⁰, lo que enmarca su rol.

109

Relación Enfermera – Paciente

Es en este punto, de vital importancia, en donde se puede relacionar directamente el obrar de la enfermera con respecto al paciente, y, por supuesto, de acuerdo a los Derechos y Deberes que de ambos emanan.

Como se señala en el texto previamente citado, si bien las acciones de una enfermera pueden estar subordinadas al mandato u orden de un médico que se encuentra a cargo del cuidado de un paciente, esto no significa en ningún momento que las determinadas decisiones que deba tomar con respecto a sus funciones se encuentren exentas de responsabilidad. Es decir, las consecuencias que conlleva cada decisión no pueden considerarse bajo la moralidad establecida por la ética que guía las acciones del médico que, en diversos casos, puede estar supervisando. La enfermera, al igual que todo profesional, la que, aún actuando por

9. PASTOR García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier, Manual de ética y legislación en enfermería. Bioética en Enfermería (1997) Madrid, Mosby/Doyma, Pág. 2.

10. Ética, Poder y Deber, Rev. Rol Enf. 2008, Pág. 18.

órdenes de superiores, también está sujeta a la responsabilidad que nace desde el momento en que determina su propio actuar en busca de cumplir con su deber para con el paciente. En palabras simples, aún cuando tenga la obligación de actuar según lo que le sea indicado, como ocurre en numerosas profesiones, su actuación también será considerada recta o no, de acuerdo a lo establecido por los parámetros de comportamiento ético. Esclareciendo lo anterior, podemos señalar la siguiente cita: *Su responsabilidad personal no es subsumible en la del médico y, en muchas circunstancias, sus actos no pueden cobijarse al amparo de que actuaba por delegación. Por eso no es admisible la confusión o imprecisión de su comportamiento y mucho menos su ambigüedad respecto de la ética. La enfermera ha de continuar interrogándose, según una búsqueda rigurosa, acerca de cuál debe ser su modo de comportarse en cada una de esas actuaciones*¹¹.

Sin embargo, es mediante la aplicación directa en donde puede verse la rectitud o su respectiva carencia al momento de juzgar la conducta de la Enfermera en la correspondiente toma de decisiones. Pero con ello nos referimos a un punto en específico: El cuidado del enfermo.

110

Ahora bien Joyce Travelbee (1926 – 1973), desarrolló un modelo de relación persona-persona, y definía la enfermería como “un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, dar sentido a estas experiencias”¹². Se relaciona directamente con el punto del proyecto de ley de los Derechos y Deberes de los Pacientes, que constituye como un derecho la atención de salud y asistencia espiritual de carácter intercultural. Sus teorías al basarse en las Personas bajo su condición de Pacientes, involucran al Ser Humano propiamente tal, en el cual se suscriben los “Deberes y Derechos del Paciente”.

Concepto de Cuidado Enfermero

Las tareas del cuidado entrañan una profunda complejidad, y es por eso que la ética de la Enfermera, la que la impulse a tomar las determinadas resoluciones que afectarán directamente a la persona que se encuentra bajo su cuidado, debe ser el producto certero y absoluto de una completa reflexión, y, en último término, de internalización del fin último de sus actos como profesional. Porque, como se ha destacado anteriormente, es necesario que la idea de las consecuencias del cuidado sean

11. Ibíd. p. 3

12. Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería (2004) 3º ed. Madrid: Mosby Doyma.

intrínsecas al momento previo en el que se decide qué es lo conveniente para el paciente. Esto es debido a que, como muchos filósofos, políticos o simplemente estudiosos de las relaciones humanas, han señalado a lo largo de la historia, todo individuo tiene un impacto en el otro, sin importar la manera en que ellos se encuentren relacionados. Por lo tanto, ya que es considerado que el cuidado de un paciente lleva consigo una impronta clara de este tema, es necesario que la Enfermera posea una noción especialmente fuerte y determinante en lo que se refiere al ejercicio de sus funciones con respecto al conservar la salud de un enfermo, que ha sido señalado como uno de sus cuatro deberes básicos.

Si bien cada persona actúa éticamente por propio arbitrio, o de acuerdo a los cánones establecidos por la ética, cabe plantearse lo siguiente: Realizando un juicio previo, podemos señalar que de por sí, los seres humanos tienden a la consecución de sus propios fines, siempre considerando que es lógico que estos fines, o no interfieran con los fines últimos de los individuos que comparten el entorno, o simplemente, no resulten dañinos o nocivos para los fines de otra persona. Empero, resulta ciertamente complejo distinguir en el caso de una Enfermera. Esto es, porque es difícil para una persona que es Enfermera, que se encuentra a cargo y es responsable del bienestar de otra, lograr separar completamente sus fines últimos de los que pueden ser del paciente. Nos referimos a que, actuando éticamente y también consecuentemente con la conducta que se le exige como profesional de la salud, debe hacerlo también con pleno respeto a la consecución de los fines de quien se encuentra a su cargo, el paciente.

En otros términos, a través de una información completa otorgada al paciente, que está bajo el cuidado de la Enfermera, éste se hace responsable también de sus propias acciones, que han nacido de los derechos que como persona y paciente posee. Y es menester que la enfermera respete lo decidido por éste, aún cuando sus propios juicios sean diversos a los expresados por la contraparte. Porque, aunque crea seguir los patrones de comportamiento correctos establecidos por la ética, sería poco ético seguirlos si es que éste no fuera el deseo concreto del paciente. Puede incluso llegar a ser irónico, pero seguir tal vez al seguir la ética que la enfermera ha internalizado como correcta (y que probablemente lo sea), resultaría antiético incluso si es que ella interfiere con la consecución de los fines últimos del paciente, que sin afectar a nadie más que a él como individuo, puede estar prefiriendo conscientemente y libremente, como esclarece la siguiente cita: *Lo que caracteriza al ser vivo es un cierta capa-*

idad de automoción. El hombre es un ser que se mueve por sí mismo. Esto quiere decir, que es ni es movido por otro –como si fuera un simple medio–, ni su comportamiento esta tan condicionado por los estímulos del ambiente (...) El hombre es capaz de moverse por sí mismo, relativamente independiente de los demás y cualesquiera que sean las circunstancias de su medio. (...) Mientras que la persona no sepa cuál es el fin de su vida –lo que tradicionalmente se ha expresado con la pregunta acerca de dónde venimos y adónde vamos–, difícilmente podrá orientar sus actos de manera que estos sean auténticamente libres y atinen a alcanzar su propósito¹³.

Si se analiza respecto al actuar del Profesional de Enfermería, se tiene que si bien es necesario que ella pueda aplicar sus propios juicios dentro de la toma de decisiones correctas al momento de determinar lo que corresponde y es mejor para un paciente, debe existir un parámetro común que le permita otorgar el respectivo cuidado, siempre respetando las decisiones y derechos de la persona que se encuentra bajo su supervisión.

112 Para ello, es posible que la respuesta se encuentre en lo previamente establecido: La ética se ocupa del obrar humano, considerando o ponderando la moralidad de dichos actos de acuerdo a la libertad que el individuo posee y según la persecución de un fin último. Por lo tanto, se debe considerar que el actuar ético será evaluado moralmente según la consecución del fin último que se encuentre constituido en la misma profesión. Y esto debe nacer, en primera instancia, de un compromiso con el servicio y la importancia de sus funciones, y de las posibles consecuencias que pueda tener para con el paciente: *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 cuidar¹⁴.*

De esta manera, se puede establecer que es a partir del compromiso adquirido con la profesión de Enfermería, que un parámetro ético puede otorgar un marco o una especie de “gama” de posibilidades al momento de decidir lo que es mejor para el paciente, y a la vez, éticamente viable o apropiado. Porque es el valor que es intrínseco a la práctica profesional de la Enfermería el que es capaz de “dirigir” el recto actuar.

Sin embargo, este parámetro ético no es otorgado o previsto por la

13. *Ibíd.* p. 8

14. Alberdi Castell Rosamaría, Ética del cuidado, *Revista Rol de Enfermería* (2006):191-198.

ética que se ha analizado previamente, sino que se trata de una parte específica de aplicación que sirve para esclarecer lo anterior, y también nos da una base para asociarlo con los deberes y derechos de un paciente. Esto es, la Bioética. A modo de definición, podemos citar lo siguiente: *La bioética es la rama de la ética que aspira a proveer los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico. Etimológicamente proviene del griego bios y ethos: "ética de la vida", la ética aplicada a la vida humana y no humana.*

En un sentido más amplio, sin embargo, la Bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas morales que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales¹⁵.

Sin embargo, con la entrada de la Bioética en el contexto médico, es necesario señalar que es a partir de sus principios fundamentales como las enfermeras pueden prepararse según las distintas necesidades del paciente: *Posteriormente, en 1979, la publicación del libro "Principles of Bio-medical ethics", de Tom Beau-champ 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 justicia¹⁶.*

113

En términos simples, el primero de ellos se refiere a que, ante todo, no se debe dañar al paciente, respetando su integridad física y psicológica. El segundo, el principio de autonomía, se refiere a la obligación por parte del profesional de la salud de respetar las opciones y decisiones que el paciente tome, y que sólo a él atañen. El principio de beneficencia es aquel que señala que se "debe hacer el bien", pero con el consentimiento libremente otorgado por parte del paciente. Finalmente, el principio de justicia consiste en el reparto equitativo de funciones y beneficios, evitando la discriminación al momento de acceder a los recursos sanitarios.

Por lo tanto, a través de estos cuatro principios es que la enfermera puede dirigir su actuar, de manera tal que cumpla con los deberes que por su rol adquiere para con el paciente, pero a la vez no interfiera en los fines últimos que éste ha determinado para sí mismo, a partir de una decisión correcta y apropiadamente informada.

15. Colaboradores de Wikipedia, Bioética, [en línea], <<http://es.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>>, [consulta: 01 junio 2009]

16. Ob. Cit, p. 35

Sin embargo, como hemos señalado en nuestro análisis previo, no es sólo a partir de estos principios generales que la Enfermera puede orientar y aplicar la “ética del cuidado”, según su rol. El paciente también ha de tener una parte importante en lo que se refiere a su tratamiento por parte de un profesional de la salud. Esto es, porque según sus derechos, que deben ser respetados, emanan a la vez condiciones que no pueden obviarse, y menos aún en una situación de tal vulnerabilidad, como es el estar padeciendo una enfermedad.

La responsabilidad de la Enfermera, la cual se basa en los Cuidados del paciente en su integralidad, es de controlar los factores que propicien a un mayor desequilibrio en el estado de salud de estos pacientes, como por ejemplo, el de brindar la información requerida respecto a su padecimiento o actuar como contención emocional.

Esta última idea, la cual se considera dentro del marco legal correspondiente a los Derechos del Paciente, se puede extrapolar a la íntegra formación académica que determina al Profesional de Enfermería y, por tanto, a los valores que se han inculcado durante dicho proceso.

114

Se establece entonces, la existencia de un concepto que puede englobar sobre la formación como Profesional de Enfermería: LA EMPATÍA, como pilar fundamental en el entendimiento de quienes se encuentren bajo sus cuidados y por ende, responsabilidad.

A partir del análisis que se ha hecho de la persona, es que se señala que una de las principales características que posee, y que no puede ser vulnerada en ninguna circunstancia, es la dignidad. De manera previa, se debe mostrar que el hombre es un ser racional, un rasgo que lo distingue de los demás seres. Y es a través de esta racionalidad que también puede adquirir conciencia de su libertad y de su condición de sujeto único. Esto se puede sinterizar de acuerdo a lo siguiente: *Por el pensamiento el hombre se autoconoce y autoposee, haciéndose patente de un modo manifiesto su subjetividad. Por el pensamiento, el hombre es capaz de objetivar todo cuanto le rodea, simultáneamente que se objetiva y subjetiva a sí mismo, al conocerse como un “alguien” distinto de todos los seres que le rodean (...). Por el pensamiento el hombre toma conciencia de su diferencia de los demás seres y de su irrepetibilidad*¹⁷.

De esta forma, merece un trato igualitario, sin importar la condición

17. PASTOR García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier, Manual de ética y legislación en enfermería. Bioética en Enfermería. (1997) Madrid, Mosby/Doyma. P. 24

física o psicológica en que se encuentre, ni menos aún producto de algún rasgo que lo distinga de entre los demás pacientes (deficiencias físicas, mentales, etc.). Consecuentemente a lo anterior, es que el paciente no puede ser tratado como un objeto, o como un medio para lograr un fin, sino que se trata de un fin en sí mismo, pero que a la vez es diferente de lo que es “el fin de sí mismo”, que se señala en el texto previamente citado.

Es dentro de este contexto en donde el hombre debe adquirir conciencia de que al ser un individuo único, merece el tratamiento por parte de la enfermera como tal, que no pueden hacerse juicios previos que lo discriminen al momento de recibir el cuidado respectivo para la enfermedad padecida: *La dignidad de la persona humana no se ve disminuida por las deficiencias físicas, psíquicas o psicofísicas que se padezcan, de la misma manera que tampoco estas deficiencias hacen que quienes las sufran dejen de ser personas. La dignidad es algo inconmensurable que incondicionalmente debe respetarse*¹⁸.

Por lo tanto, el paciente, por su condición de persona, posee dignidad, la cual debe ser observada y respetada en todo momento. Sin perjuicio a lo anterior, cabe señalar que no es sólo él quien posee este rasgo propio de la especie humana, sino que también la Enfermera está dotada de la misma dignidad. Sin embargo, ésta va orientada en un sentido diferente, pero que en ningún modo significa una exclusión mutua entre los derechos del paciente y los deberes de la enfermera. Esto es porque la dignidad que ella posee es tanto que profesional de la salud. A través de su formación ética, cuyas características y rasgos distintivos ya han sido señalados, y de la vocación de servicio inherente a la profesión, es que ella ha de respetar la dignidad del paciente, ya que ésta “acción” es la manifestación más clara y concisa del eje central de lo que significa la enfermería: *Si la asistencia al enfermo no fuese conforme a la dignidad de la persona humana, tal actividad no sería propia de una enfermera, pues en ese caso la propia enfermera atentaría contra su dignidad personal y traicionaría su misma vocación profesional*¹⁹.

Por otro lado, siguiendo con el análisis de los deberes que emanan de los derechos de los pacientes y la función de la enfermera según las obligaciones que conlleva el desempeño de su rol como profesional, se hace menester desarrollar el tema del respeto hacia el paciente. Porque, desde una premisa básica, la enfermera debe actuar con pleno respeto al sujeto

18. *Ibíd.* P. 25.

19. *Ibíd.* P.26.

bajo su cuidado, ya que, de caso contrario, se trataría de actos completamente carentes de la ética que se le exige al momento de decidir, serían actos moralmente rechazables, tanto por sus pares como por sus respectivos pacientes.

Por un lado, consideramos que el respeto posee varias aristas que pueden reducirse a un entero cohesionado con respecto al cuidado del paciente: Si bien la enfermera debe actuar con respeto hacia la persona que constituye el paciente, también implica que se actúe con el debido respeto a las decisiones tomadas por él. Sin importar que discrepe con ellas, es parte de la ética que la enfermera el respetar lo que el paciente determine para sí mismo, si es que está basado en la información y la conciencia de lo que le ocurre. De otra manera, estaría interviniendo en la libertad que todo individuo posee, sin importar su condición. Por lo tanto, sin importar la conducta que la enfermera considere correcta para él, si es que el paciente ha expresado su voluntad (la cual, en última instancia, se orienta a la consecución del fin último) determinada, el comportamiento ético adecuado será el respetarlo: *El respeto consiste en no limitar al otro –aunque sea a costa de autolimitarse a sí misma la enfermera– en las intervenciones que sobre el otro tenga que hacer.*

116

Consecuentemente, el respeto implica lo que sigue: No reducir el ser del otro a mero objeto; no hacer un medio del ser que es un fin en sí mismo; no tomar la parte por el todo, sustituyendo al todo; no permitir que el propio ser devenga desemejante de sí mismo al centralizarse en la vida instintiva²⁰.

Sin embargo, si bien se trata de un trabajo conjunto, dentro de las funciones del rol de la enfermera, más allá del respeto que deba observar en todo momento para con su paciente, es también responsabilidad suya el ser capaz de determinar cuándo una decisión no está dentro de las competencias del paciente, en tanto que persona consciente de las consecuencias que las mismas determinaciones puedan acarrear.

Esto es de vital relevancia: La responsabilidad que debe poseer la enfermera con respecto al ejercicio de sus funciones. Relacionándolo con lo anteriormente establecido en el análisis diverso desde el punto de vista de la ética, podemos señalar que la responsabilidad es también un rasgo que es juzgado o valorado desde una perspectiva moral. Esto es reducible a que, al ser la enfermera una profesional que actúa de acuerdo a los distintos cánones establecidos éticamente, y estando también en posesión de los necesarios y fundamentales elementos volitivos y cognoscitivos al

20. Id.

momento de expresar su voluntad y tomar una decisión, también está sujeta los efectos diversos (y, a veces, también adversos) que puedan resultar una consecuencia directa de las determinaciones respectivas en lo relativo al cuidado correspondiente hacia el paciente.

A modo de síntesis, es que se cree conveniente establecer que la ética no es sólo la ciencia rectora del obrar de los seres humanos, sino que influye directamente en el ejercicio de cada profesión. Y es con especial énfasis cuando se refiere a un ámbito tan central e inclusivo de todas las personas, como lo es el de la salud. Porque es en éste contexto en donde los derechos más inherentes a la naturaleza humana necesitan de protección, debido a que, de por sí, la situación del paciente ya es, de alguna manera, vulnerable y susceptible, ya que su integridad física o mental se encuentra afectada por una enfermedad.

Sin perjuicio a lo anterior, es en esta situación en donde también la calidad de persona humana se encuentra en su "estado" más fundamental, ya que la espera de un tratamiento en pos de la mejoría significa ya una perturbación del equilibrio de la salud. Empero, esto no significa una pérdida de autodeterminación, ya que es necesario para otorgar un acertado cuidado (y ético también) de la libertad y, por consiguiente, del consentimiento dado por el paciente con pleno conocimiento y conciencia, lo que se basa en una adecuada información. Debido a ello, es que la ética adoptada por la enfermera debe corresponder a la determinación respectiva del paciente. No debe existir la posibilidad de obrar por su propio arbitrio si es que el resultado de ella afecte directamente a lo que el paciente ha decidido para él mismo, porque, de caso contrario, estaría vulnerando el respeto y la dignidad que todo individuo posee, y además, estaría interviniendo en la consecución del fin último que él ha escogido como para sí mismo, a través de decisiones que sólo lo afectan a él en el contexto de la vitalidad que se busca restaurar luego de la aparición de una enfermedad. La complejidad de las funciones conlleva que la enfermera deba considerar que las consecuencias de sus acciones no sólo son el producto de un estudio previo del paciente y del cuidado necesario para la mejoría, sino que también son el resultado de la internalización de un valor intrínseco a la profesión en sí, dado por principios fundamentales, como es señalado en la Bioética.

117

Marco metodológico

La metodología utilizada será a través de la investigación Cualitativa, ya que dicho estudio se sustenta bajo los siguientes posicionamientos:

No existe una realidad única.

La realidad se basa en percepciones y es diferente para cada persona, varía en el tiempo.

Aquello que se conoce tiene significado solamente en una situación o contexto dado²¹.

Se utilizará la metodología de tipo descriptiva, es decir, describe la situación prevaeciente en el momento de la realización del estudio. Entender la Conducta o la experiencia humana, lo cual es de interés central para las Enfermeras, requiere que la persona interprete la experiencia para el Investigador, a continuación el investigador debe interpretar las explicaciones proporcionadas por la persona²².

Esto último se relaciona directamente con la importancia que le otorgan los profesionales de Enfermería a la integralidad de las situaciones vividas por otros.

Para la recopilación de datos, se utilizará como instrumento la Entrevista semiestructurada y la Observación. Las entrevistas serán registradas en una grabadora y posteriormente transcritas.

118

Las entrevistas serán individuales y antes de que el participante sea sometido a ella, será informado por escrito sobre el contenido de la misma.

Los registros de las Entrevistas serán leídas en forma independiente y la interpretación de resultados serán comparadas y validadas por el equipo investigador.

La muestra total de Profesionales de Enfermería a entrevistar corresponde a 6 Enfermeras.

Análisis de contenido

Para analizar las respuestas obtenidas a través de las Entrevistas semiestructuradas realizadas a Enfermeras Universitarias sobre los Deberes y Derechos del Paciente, es que se ha debido categorizar en base a las preguntas realizadas y los objetivos planteados para cada pregunta.

21. Burns N, Grove S, Investigación en Enfermería (2004), Ed. Mediterráneo, pág. 387

22. Ibid., pág. 391

CATEGORIZACION		
Categoría	Subcategoría	Respuestas obtenidas
Conocimiento de los Deberes y Derechos de los pacientes.	Identificación de Deberes y Derechos del Paciente como base del conocimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • "Saber quien lo atiende o el deber de uno de saber quién es el que lo va a atender" • "Recibir atención de calidad y oportuna" • "Entregar información fidedigna" • "El respeto" • "Trato con el paciente, digno, respetuoso" • "Ética profesional" • "Conocer al personal que atiende a los pacientes" • "Paciente tiene deberes como los de mantenernos informadas" • "Son las obligaciones que tienen que tener los pacientes ante una hospitalización" • "Saber los procedimientos que se le van a realizar" • "Y los derechos son la obligación que tenemos los que trabajamos con pacientes" • "Tener derecho a visita" • "Conocer su diagnóstico y tratamiento" • "Poder negarse al tratamiento que se le esté entregando según su diagnóstico" • "Cumplir los reglamentos que están dispuestos en la sala o unidad"
Rol que ejercen EU. ante los Deberes y Derechos.	Conocimiento sobre los Cuidados de Enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Parte desde el momento en que me presento y le doy a conocer sobre los procedimientos que le realizarán" • "Ser las más indicadas para descubrir si se están tomando en cuenta los derechos de los paciente" • "Estar presente frente a cualquier"

		<p>inquietud que pueda presentar el paciente o su familia”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Abarcamos todo el tiempo el cuidado integral de ellos” • “Brindar el que se cumplan” • “Porque de acuerdo a nuestra formación estamos más ligadas al tema que otros profesionales” • “Conocerlos más e interiorizarme con ellos, y saber realmente cuales son”
<p>Importancia del Rol que ejercen.</p>	<p>Compromiso con el paciente y con la profesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “La Enfermera es la persona que está en mayor contacto con el paciente y su familia y por lo tanto creo que somos las más responsables ante él, que cualquier otro profesional de la Salud” • “Somos profesionales formados desde un punto de vista no solo científico, también humanista que integra al ser humano en su totalidad” • “Somos inminentemente educadoras, entonces, tenemos que educar al paciente en sus deberes y sus derechos, y hacerlos cumplir” • “Abarcamos el cuidado del paciente, a toda hora” • “Así uno puede entregar una atención de mayor calidad al paciente” • “Que no pasen a llevar a los pacientes como seres humanos” • “Lo más fundamental de todo es que tomamos en cuenta muchos aspectos del paciente, incluyendo las necesidades básicas, espirituales, morales”
<p>Incorporación de los Deberes y Derechos en la práctica</p>	<p>Calidad de la atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Dándoselos a conocer al momento del ingreso, durante su estadía y previo al alta... Además de aclarar cualquier inquietud del momento”

		<ul style="list-style-type: none"> • “En todas las actividades diarias” • “Respetando, teniendo ética en mi trabajo, poniéndome en el lugar de los pacientes, resguardando la información de ellos” • “Uno constantemente los está usando” • “Manteniendo el secreto profesional, no ocultando información de relevancia para el tratamiento” • “Dando el acceso a la información”
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Los análisis de contenido, se han concretado a través de la división por categoría ya presentada. Estos ítems a su vez, se han subcategorizado a modo de relacionar la pregunta con el objetivo final de búsqueda y conclusión de cada una de ellas.

Para su interpretación, se ha utilizado el contenido de las entrevistas y los extractos de mayor relevancia y relación de entre las mismas, para así analizar en su conjunto y determinar a través de respuestas comunes o interpretables en forma similar las respuestas obtenidas.

121

Categoría N° 1:

Conocimiento de los Deberes y Derechos de los pacientes.

Subcategoría:

Identificación de Deberes y Derechos del Paciente como base del conocimiento.

Bajo el propósito de descubrir la relación que tienen los profesionales de Enfermería con los Deberes y Derechos del paciente, es que se hace necesario determinar el conocimiento que tienen sobre el tema. Si son capaces de identificar o enumerar cada uno, a su forma, los principios básicos de los Derechos y Deberes de los pacientes.

El análisis de esta primera pregunta, nos permite destacar que existe conocimiento poco concreto sobre los Deberes y Derechos del Paciente. Esto dado a que, las Enfermeras entrevistadas a modo de conversación, comienzan dudidativas al momento de enfrentarse con dicha pregunta, y comienzan a dar respuestas aproximativas frente a posibles respuestas.

Aún así, son capaces de llegar a concluir sobre cuales son algunos de estos derechos, no teniendo claridad absoluta de cuales son los Deberes de los Pacientes.

Tres de las repuestas obtenidas, se relacionan con el Deber del paciente sobre entregar información por su parte al personal de salud, para su diagnóstico y tratamiento. A su vez, dos de las respuestas obtenidas, manifiestan sobre el Respeto recíproco.

Una de las encuestadas, contesta sobre quien lo va a atender directamente y otra sobre el acceso de información del paciente de saber que procedimientos se le realizarán, como parte de los Deberes.

Solo una de ellas contesta sobre los Deberes, la obligación de cumplir con los estamentos de la Sala o Unidad.

Si bien todas las respuestas obtenidas se relacionan casi con la totalidad de los Deberes y Derechos del Paciente, ninguna mencionó sobre la Confidencialidad sobre el estado de Salud, diagnóstico y tratamiento, la asistencia espiritual e intercultural o sobre la participación en el sistema de Salud Chileno, como el tener acceso a Buzón de reclamos o sugerencia.

Respecto a los Deberes, han sido todos mencionados, pero en su conjunto.

Categoría N°2

Rol que ejercen EU. Ante los Deberes y Derechos.

Subcategorización:

Conocimiento sobre los Cuidados de Enfermería.

Según la definición de Rol establecido en nuestra tesis, encontramos que El rol de Enfermería es un término que se encuentra implícito en el deber de Enfermería y el que hacer de esta, el “Cuidar”.

Por tanto, si logran establecer cual es el Rol que ellas tienen frente a los Deberes y Derechos del paciente, sabrán cuales son los cuidados de Enfermería relacionado con este mismo y su aplicabilidad, lo cual reflejaría la calidad de atención, en base a lo que se estipula dentro de un marco legal y moral, que debería ser inherente a la profesión.

Una de las respuestas, se relaciona con los Deberes y Derechos, no con respecto al Rol que ejerce frente a ellos. Esto denota que existe confusión.

Sin embargo, tres de estas respuestas identifican como Rol, el estable-

cer que dichos Deberes y Derechos se cumplan, ya que se identifica a la Enfermera como uno de los Profesionales que más “ligado” se encuentra con los pacientes.

Aún así, no son capaces de concretar un Rol específico frente al tema.

De este análisis merece destacar con mayor importancia una de las respuestas obtenidas, ya que la Enfermera que otorga esta respuesta, reconoce no manejar la información necesaria sobre el tema. Ella responde: “Conocerlos más e interiorizarme con ellos, y saber realmente cuales son”. Al analizar esta respuesta, nos indica que no existe claridad sobre cuales son estos Deberes y Derechos y que, es además su responsabilidad saberlos para respaldar su Rol en ellos.

Categoría N° 3

Importancia del Rol que ejercen.

Subcategoría:

Compromiso con el paciente y con la profesión.

La importancia del Rol, se relaciona con la pregunta anterior, donde tratamos de identificar cual es la importancia que ellas le otorgan a su rol en base al conocimiento de estos, y como se determina su aplicabilidad.

Las respuestas obtenidas en dicha pregunta, se interrelacionan en cuanto a la responsabilidad del Profesional de Enfermería frente al paciente, dado a que es la persona que, dentro de su integralidad profesional, se mantiene en contacto constante y directo el mismo. Se refieren también ante la función implícita del educar al que se encuentra bajo sus cuidados. Esto determina cual es el compromiso con el Paciente y con la Profesión.

Destacamos una de las respuestas obtenidas, dado a que establece que se debe resguardar que, como Ser Humano, no sean vulnerados sus Derechos.

Categoría N° 4

Incorporación de los Deberes y Derechos en la práctica.

Subcategorización:

Calidad de Atención.

La incorporación se refiere a todas las categorías anteriormente enumeradas, ya que engloba sobre la calidad de atención otorgada por las

enfermeras a través de la incorporación de los Deberes y Derechos del Paciente en la práctica.

Esto permitirá determinar, que si existe un real conocimiento sobre estos deberes y derechos, la calidad de atención será buena.

Destaca que dicha incorporación está implícita en el quehacer diario de la Enfermera, y que su constante está dentro de este mismo contexto, en donde la Enfermera entrega información al paciente y ejerce su Rol del cuidar en su completitud.

Dos de las respuestas obtenidas, mencionan sobre la Confidencialidad, no como identificación de un Derecho, sino que como un deber por parte del Profesional de Enfermería, el cual no fue identificado en la primera pregunta. Esto nos permite deducir que si saben sobre este Derecho, pero no se identifica como tal.

Todas las respuestas coinciden con que su aplicabilidad es parte del quehacer diario en el ejercicio de la profesión.

Conclusiones

En el año 2001 el Gobierno inició una amplia reforma a la salud chilena mediante cuatro proyectos que se transformaron en el GES, una nueva autoridad sanitaria y reformas a las instituciones de salud previsual. Pero falta la aprobación del último de ellos: el que regula los derechos y deberes que tendrán los pacientes en todos los establecimientos de salud, públicos y privados.

El principio del proyecto de ley actual, está basado en el respeto a la dignidad de las personas como cualidad inherente al ser humano, por lo que se garantiza el derecho a un trato digno, a la compañía de familiares, a la asistencia espiritual y la no discriminación por sexo, raza, religión o condición sexual, este punto fue ampliamente resaltado en el marco teórico de la presente tesis y ahora se relaciona directamente con los resultados que hemos obtenido en su desarrollo y análisis.

Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, procesados los mismos y obtenido la información que de ello se generó conjuntamente con los respectivos análisis, se obtuvieron resultados que nos permiten concluir asintiendo con la hipótesis de primera instancia que formulamos, la que dio pie a investigar sobre el grado de conocimiento

actual de los profesionales de la salud de un servicio específico, en relación a los derechos y deberes del paciente.

Si bien el instrumento de recolección de datos cualitativo de la presente tesis busca implícitamente valorar el nivel de conocimiento de los profesionales encuestados frente al tema en cuestión, da claves para un mejor desenvolvimiento de las respuestas, por ejemplo, incluir sobre la pregunta “¿Cuál es el Rol?”, ya advierte que existe un rol frente al tema.

Dentro de los principales derechos, el “Derecho a la información” es uno de los principales derechos en que los profesionales de enfermería muestran conocimiento, esto puede deberse a la estricta relación con la formación académica de los profesionales del área y con su labor misma. Por lo tanto, el dominio mostrado en cuanto es éste derecho no da muestras claras respecto al conocimiento de los deberes y derechos en general, sino que es solo un pequeño punto a considerar. La Confidencialidad también se encuentra dentro de los derechos más identificados por parte de los encuestados, así como el derecho a la información, estos derechos son parte intrínseca de las carreras del área de la salud, temas infaltables en ramos de ética en Enfermería, por lo tanto no denota conocimiento a cabalidad de cuáles son los derechos y deberes de los pacientes. Por ejemplo la compañía y la asistencia espiritual, no fueron tocadas por los encuestados. El derecho a recibir consejería religiosa y espiritual.

125

Se puede inferir que si el derecho fuese nombrado por parte de los profesionales de Enfermería encuestados, sería reconocido como tal, pero no ser parte de las respuestas obtenidas, puede significar la no aplicación del mismo.

La Participación ciudadana donde todos los usuarios de salud tendrán derecho a participar del sistema de salud chileno, es un derecho al cual se le hace énfasis en el nuevo proyecto de ley, debido a la necesidad de expresar la buena o mala atención por parte de los funcionarios. Este derecho es de difícil reconocimiento, por lo tanto era posible teorizar sobre el conocimiento de los profesionales de Enfermería, si se encontraba en alguna de las respuestas de la entrevista. Esto no sucedió. Esto sí afirma la hipótesis y deja al manifiesto el desconocimiento de ello.

Dentro de las respuestas, la información que los pacientes deben otorgar al personal de la Salud, el cuidado del establecimiento, el trato respetuoso por parte de los usuarios hacia los profesionales, son reconocidos como los principales deberes por la mayor parte de los entrevistados.

De esta forma, podemos concluir, que existe un desconocimiento de los derechos de los pacientes en su profundidad, lo que existe, es una deducción de estos, debido a que la carrera de Enfermería trae implícitos estos principios, basados en la dignidad, desde los inicios de la formación académica del profesional. No pasa lo mismo desde el punto de vista de los "Deberes", estos son reconocidos prácticamente en su totalidad.

El problema que surge desde nuestra perspectiva, es que no es un tema de real importancia para los profesionales de enfermería el de los "Derechos de los Pacientes", esto es debido a la falta de instrucción por parte de las organizaciones de Enfermería y las mismas instituciones donde ellos ejercen su profesión, por ende, concluimos que se puede mejorar en este punto la calidad de atención hacia los usuarios.

El rol en esta materia no pudo ser definido a cabalidad por los entrevistados, sin embargo en las respuestas obtenidas, se mantiene una posición activa responsable sobre la función en el tema y se reconocen a sí mismos como los indicados para llevar a cabo aquel rol.

De esta forma nos damos cuenta que debido a lo implícito de la carrera en materia de integralidad y humanismo, son los profesionales de esta área los más indicados para cumplir un rol activo en los Derechos y Deberes de los Pacientes. De ser así, nos preguntamos, ¿qué sucede con los profesionales de Enfermería, que no manejan el tema? Nuestra investigación es un primer paso y aporte a la respuesta a esta pregunta.

126

Anexo: Entrevista

Entrevista a Enfermeras Universitarias

Basado en los Objetivos planteados en la Tesis *Deberes y Derechos del Paciente: Rol de Enfermería*, es que se desprenden las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo identifica los Deberes y Derechos del Paciente?
2. ¿Cuál es el Rol fundamental que Ud. ejerce ante los Deberes y Derechos del Paciente?
3. ¿Por qué es de importancia el Rol que cumple respecto al ejercicio de Deberes y Derechos del Paciente?
4. ¿Cómo incorpora Ud. los Deberes y Derechos del Paciente en la práctica?

Bibliografía

1. **Código Civil de la República de Chile**, Editorial LexisNexis (2008), Art. 55.
2. **Williams Jaime**. *Lecciones de Introducción al Derecho*. 5ª ed. Santiago, Ediciones Fundación de Ciencias Humanas, (2008) Pág. 97.
3. **Código Civil de la República de Chile**, Editorial LexisNexis (2008), Art. 74.
4. **Williams Jaime**. *Lecciones de Introducción al Derecho*. 5ª ed. Santiago, Ediciones Fundación de Ciencias Humanas (2008) pág. 113.
5. **González, Sagrario**. Revista *Nursing* (2003) Vº 21, Nº 6, página 62.
6. **Naciones Unidas**. Derechos Humanos. Oficina del alto Comisionado para los Derechos Humanos. Véase en <<http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>>.
7. **Naciones Unidas**. Derechos Humanos. Oficina del alto Comisionado para los Derechos Humanos. Véase en <<http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>>. 127
8. **Biblioteca del Congreso Nacional**. [En línea] <<http://www.bcn.cl/ecivica/ddhh>>
9. **Biblioteca del Congreso Nacional**. [En línea] <<http://www.bcn.cl/ecivica/ddhh>>
10. **Biblioteca del Congreso Nacional**. [En línea] <<http://www.bcn.cl/ecivica/ddhh>>
11. **Declaración Universal de Derechos Humanos**. Preámbulo. [en línea] <<http://www.un.org/es/documents/udhr/>>
12. **Convención Interamericana sobre Derechos Humanos**. Art.11 [en línea] <http://www.oas.org/Juridico/spanish/tratados/b-32.html>
13. *Ética, Poder y Deber*, Rev. Rol de Enf (2008), Pág. 21
14. **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. [En línea]. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>
15. **Declaración Universal de Derechos Humanos**. Art. 22. [En línea] <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
16. **Declaración Universal de Derechos Humanos**. Art. 25. [En línea] <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
17. **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. Art. 12. [en línea].http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm
18. **Observación General N° 14** del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Apartado I° 12. [En línea]

[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument)

19. **Biblioteca del Congreso Nacional.** *La reforma a la salud.* [En línea]. http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2005-10-27.7644862447
20. **Biblioteca del Congreso Nacional.** *La reforma a la salud.* [En línea]. http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2005-10-27.7644862447
21. **Biblioteca del Congreso Nacional.** *Derechos y deberes del paciente: habrá mayor claridad.* [En línea]. http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/temas_profundidad.2007-08-31.1359994059
22. *Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería.* [En línea], <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/codigo_deontologico.pdf>, [consulta: 2 junio 2009]
23. **Pastor García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier.** *Manual de ética y legislación en enfermería.* Bioética en Enfermería (1997) Madrid, Mosby/Doyma. Pág. 2.
24. **Pastor García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier.** *Manual de ética y legislación en enfermería.* Bioética en Enfermería (1997) Madrid, Mosby/Doyma, Pág. 2.
25. *Ética, Poder y Deber.* Rev. Rol Enf. 2008, Pág. 18.
26. *Ética, Poder y Deber.* Rev. Rol Enf. 2008, Pág. 18.
27. **Marriner Tomey A.** *Modelos y teorías en Enfermería* (2004) 3º ed. Madrid: Mosby Doyma.
28. **Marriner Tomey A.** *Modelos y teorías en Enfermería* (2004) 3º ed. Madrid: Mosby Doyma.
29. **Alberdi Castell Rosamaría.** *Ética del cuidado.* Revista Rol de Enfermería (2006):191-198.
30. Colaboradores de Wikipedia, Bioética, [en línea], <<http://es.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>>, [consulta: 01 junio 2009]
31. Colaboradores de Wikipedia, Bioética, [en línea], <<http://es.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>>, [consulta: 01 junio 2009]
32. **Pastor García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier.** *Manual de ética y legislación en enfermería.* Bioética en Enfermería. (1997) Madrid, Mosby/Doyma. P. 24
33. **Pastor García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier.** *Manual de ética y legislación en enfermería.* Bioética en Enfermería. (1997) Madrid, Mosby/Doyma. P. 24
34. **Pastor García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier.** *Manual de ética y legislación en enfermería.* Bioética en Enfermería. (1997) Madrid, Mosby/Doyma. P. 24
35. **Pastor García Luis Miguel y León Correa Francisco Javier.** *Manual de ética y legislación en enfermería.* Bioética en Enfermería. (1997) Madrid, Mosby/Doyma. P. 24
36. **Burns N, Grove S.** *Investigación en Enfermería* (2004), Ed. Mediterráneo, pág. 387
37. **Burns N, Grove S.** *Investigación en Enfermería* (2004), Ed. Mediterráneo, pág. 391

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS RESPECTO AL CONCEPTO DE DIGNIDAD HUMANA

Daniela Francisca Astudillo Martínez, Paulina de Lourdes Farías Salas,
Francisco Javier León Correa**

* Licenciadas en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

** Dr. en Filosofía, Magíster en Bioética, Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Central de Chile. Mail: gibioetica@vtr.net

Introducción

Históricamente los profesionales de Enfermería han estado a cargo de la promoción, el fomento de la vida, la salud y el alivio del dolor, asimismo la misión que tiene el personal de enfermería es cuidar la salud de los individuos, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital. Haciéndose cargo del ser humano en su totalidad, de manera holística, activa y trascendental. Cuidando al paciente desde sus antecedentes, su cultura, su historia, considerándolo como un ser único, con creencias, costumbres, y poseedor de una historia que debe respetarse.

Por el hecho de estar a cargo del cuidado de los pacientes, como profesionales de salud, debemos respetar al ser humano en su totalidad y sin discriminar, principalmente respetando su dignidad humana y, sobre todo, resguardando los derechos y principios bioéticos de todo ser humano.

Es importante comprender que la dignidad humana es única en cada persona, todo paciente que ingresa a un servicio, sea de baja o alta complejidad, posee su propia dignidad la cual, como profesionales, debemos ser capaces de respetarla durante todo el proceso. Todos los individuos tienen derecho a una atención y tienen derecho a la vida privada. Duran-

te toda la etapa de investigación trabajamos principalmente con los cuatro principios bioéticos descritos por Beauchamp y Childress, los cuales se presentan durante toda la atención, considerando como principio vital la autonomía, ya que, en aquella situación donde los pacientes presentan este principio disminuido, se observa que, comúnmente, se pasa a llevar la dignidad humana del paciente. Por otro lado trabajamos con cinco principios descritos por Fry que son los que están en contacto directo con los pacientes, tales como la fidelidad, veracidad, confianza entre enfermera-paciente y, finalmente, el más destacado es el principio de la confidencialidad que deben tener los profesionales de salud a la hora de atender a los pacientes.

Aspectos Generales de la Investigación

Pregunta de investigación:

¿Qué opinión tiene los profesionales de Enfermería de un servicio de atención ambulatoria y una unidad de pacientes críticos respecto al concepto de dignidad humana?

Justificación:

La base de la Enfermería es respetar la dignidad de las personas, lo que involucra considerar al paciente como un ser único, poseedor de su propia autonomía, el cual posee derechos que deben ser respetados por todos.

Los profesionales de Enfermería consideran al ser humano en su totalidad, desde un punto de vista holístico, preocupándose constantemente de su integridad física y psicológica, sin embargo, en ciertos profesionales, aún predomina el modelo biomédico en el actuar de la enfermera, por lo cual muchas veces se deja de lado la dignidad y la autonomía de sus pacientes.

La decisión de realizar esta propuesta de investigación, se debe a que en Chile no existen estudios que aborden la opinión que poseen las enfermeras sobre el concepto de dignidad humana y cómo ellas diariamente incorporan este concepto a los cuidados y gestión de Enfermería. Existen estudios sobre el tema pero, generalmente, hablan de la dignidad de las personas desde una mirada de la medicina.

Objetivo General:

Conocer la opinión que tienen los profesionales de Enfermería de un centro de atención ambulatorio y un servicio de pacientes críticos sobre el concepto de dignidad humana.

Objetivos específicos:

- Describir el concepto de dignidad humana que tienen los profesionales de Enfermería de un centro de atención ambulatorio y unidad de pacientes críticos.
- Identificar los factores, que según los profesionales de enfermería, interfieren en el respeto de la dignidad de los pacientes.
- Analizar las propuestas que plantean las enfermeras, para que se respete la dignidad humana.
- Describir la diferencia de conceptos sobre dignidad humana de un centro de atención ambulatoria y una unidad de pacientes críticos

Marco Teórico

131

Para las suscritas es de real importancia el conocer y comprender la bioética desde sus bases para lograr entender el desarrollo del actuar de Enfermería con sus pacientes y la relación que existe con el gestionar la salud y promover entre sus pares una atención integral; humanizada basada en valores y principios básicos de convivencia, respetando al otro.

Para el desarrollo de esta investigación se tomarán, de lo mencionado anteriormente, como principal eje, los principios bioéticos descritos por T.L. Beauchamp y J.F. Childress, ya que estos tienen como base *el respeto a la dignidad de la persona*. Lo cual ayudará a la comprensión de la dignidad humana.

El reconocimiento de los profesionales de Enfermería acerca del derecho de las personas a ser respetadas y a respetar su dignidad, es fundamental en la programación y atención diaria de los pacientes. La palabra persona implica que es un ser racional, que posee aspectos físicos, psicológicos y sociales, que está en una búsqueda constante del equilibrio y armonía, siendo un ser capaz de satisfacer sus necesidades básicas (Sócrates 469 - 399 a.C.). La profesión exige comprender al paciente como persona, quien se incorpora cada vez en la toma de decisiones, respetando su derecho de autonomía y privacidad. El resguardar la dignidad

del paciente, el respeto a su dignidad o proporcionar un trato digno es la esencia de la Enfermería.

El Papa Juan Pablo II en su discurso en el centro de rehabilitación de Québec, en 1984, menciona:

“La enfermera al dar cuidado integral reconoce a la persona como un ser subsistente, libre, responsable y creado a imagen y semejanza de Dios, poseedor de una dignidad que emana de su racionalidad. La dignidad de la persona humana es un valor de primer orden que debe defenderse frente a cualquier amenaza”.

El ser humano tiene su propia dignidad que debe ser respetada y considerada como única de cada persona. La dignidad se presenta como un valor personal y supremo de cada ser humano independientemente de su situación económica, social y cultural. Cuando se pierde el respeto al paciente se pierde el respeto a sí mismo. La dignidad se basa no sólo en el respeto de las personas como tales, sino que también se debe respeto a la protección de la confidencialidad y la protección de prácticas discriminatorias que se aplican a los pacientes sin ser informados de tales acontecimientos.

132

Las expresiones de dignidad humana son empleadas en todos los ámbitos, pero en ocasiones se utilizan sin una debida valoración del ser humano, en la práctica se niega la igualdad de los derechos de las personas. Desde la Segunda Guerra Mundial el principio de dignidad humana ha adquirido una gran importancia, no sólo se habla de dignidad humana en el área social o religioso, sino que también en el ámbito de la ética y lo jurídico.

La dignidad humana ha sido incorporada y reconocida en la Declaración y Pactos Internacionales de Derechos Humanos, siendo expuesto como un principio informador y la principal base de los derechos humanos y esenciales en el respeto de las personas.

Son un sinnúmero de significados a los cuales se les otorga la palabra dignidad, según la Real Academia de la Lengua (2008) hace referencia a la *excelencia y realce de la persona y también a la gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse*. Este concepto se contrapone con lo expresado por Pérez Luño en la palabra de Ayllon (2003), ya que éste explica que:

dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de

la propia vida y lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás.

Los diversos conceptos sobre la dignidad de las personas conllevan a una misma idea, la que expresa que la dignidad humana se refleja en la igualdad de todos los hombres, el gran conflicto que se genera con éste concepto ha perdurado desde la antigüedad, incluso en la actualidad este concepto no es tan cierto para determinadas culturas.

Para profundizar el significado de la palabra dignidad y así lograr una mejor comprensión del concepto, nos referiremos a un autor clave, Kant, quien expresa:

Metafísica de las costumbres que la persona humana no tiene precio, sino dignidad, aquello constituye la condición para que algo sea un fin en si mismo, eso no tiene un valor relativo o precio, sino un valor intrínseco, esto es dignidad¹.

Además, Kant sostenía que la dignidad debía ser vista como un *valor intrínseco y personal* que le corresponde al hombre en razón de su ser, este concepto debe ser atribuido a la persona por la pertenencia al género humano, convirtiéndose en fundamento del trato a otras personas, sea autónomo o no, y que implica la no utilización como medio.

133

Por otro lado, el filósofo Jacques Maritain en su obra *los derechos del hombre y la ley natural* de 1942, describe el significado de dignidad humana según la perspectiva de la filosofía cristiana expresando que *el hombre es una persona, es decir, que en el fondo de su ser es un todo, más que una parte.*

Al conocer el concepto de dignidad humana no podemos dejar de mencionar a Josef Seifert². Quien define dignidad *como un valor y una bondad intrínsecamentepreciado de un ser que no depende en absoluto de nuestros gustos subjetivos.*

La dignidad es considerada desde el punto de vista de la bioética como un principio de respeto al ser humano y hacia los demás y se centra principalmente en la autonomía de las personas que es protegida por las diversas entidades institucionales e internacionales que resguardan los abusos como experimentación en los ensayos clínicos.

Según lo que sostiene Martínez Moran (2003) distingue dos tipos de

1. Kant; "Fundamentación de la metafísica de las costumbres" y "Principios metafísicos del Derecho" Enciclopedia de la Filosofía, t. VIII y IX, ed. Kapeluz, Bs. As., 1999

2. Seifert, J; "Dignidad humana: Dimensiones y fuentes en la persona humana" 2004.

dignidad:

1. *Dignidad moral*, la que hace referencia al obrar, donde el hombre se hace digno cuando su conducta está de acuerdo con lo que es, considerado moralmente bueno.

2. *Dignidad intrínseca*, inseparablemente unida al propio hombre y que es la misma para todos los seres humanos.

La gestión del cuidado es la principal acción de la profesión de Enfermería, la cual necesita poseer una base sólida de conocimientos, técnicas y habilidades, y principalmente destrezas, para planificar las actividades que son realmente específicas y así poder desarrollar correctamente el ejercicio profesional en cada paciente. La Enfermería se encarga del ser humano en su totalidad, de una manera holística, activa y trascendente, lo cual conlleva al cuidado de la persona tanto con sus antecedentes sociales, culturales, religiosos y psicosociales, de acuerdo a esto la Enfermera debe concebir al paciente como persona, el cual posee su propia autonomía.

134

Actualmente la dignidad humana es el centro de las legislaciones en todas las áreas, incluida la salud. Para la Enfermería es crucial tener en cuenta que, desde 1997, el ejercicio profesional, está descrito en el código sanitario (se detallará más adelante), lo que hace que exista una responsabilidad jurídica, y norme el quehacer de la profesión.

En Chile, durante su historia, han ocurrido episodios de violación a los derechos humanos y, por lo tanto, de la dignidad de su población. Desde un tiempo a esta parte se han creado distintos estamentos y comisiones encargados de resolver conflictos de derechos humanos y resguardar la dignidad de la población mediante la creación de diversos documentos y comisiones.

Dignidad humana y legislación

En la Constitución Política se menciona el reconocimiento de la dignidad humana con la idea de libertad e igualdad de las personas, al señalar que *las personas nacen libres e iguales en dignidad y en derecho*³, lo cual corrobora que la dignidad del ser humano está resguardada jurídicamente y se encuentra estipulada en la declaración de los derechos humanos, siendo el valor fundamental en el ordenamiento jurídico del país.

Este principio de dignidad humana no sólo se encuentra acordado

3. "Declaración universal de sobre bioética y derechos humanos", Art. 10, 19-10-2005.

en Chile, sino que también se menciona en La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por las Naciones Unidas en el Art.1, señalando que *la libertad, justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad humana*. La importancia del concepto de dignidad humana es universal, presentándose como la expresión jurídica fundamental de toda persona.

Desde el punto de vista de la legislación, la dignidad humana prohíbe la realización o la omisión por parte de los sujetos dotados de poder, de cualquier acción violadora de la dignidad del hombre. Actualmente, de acuerdo al desarrollo de la civilización, tal comprensión de la norma en cuestión requeriría la reestructuración de la mayor parte, sino, de la totalidad del ordenamiento legal.

Así como la población en general tiene una normativa sobre su actuar. El campo de la salud, y específicamente la Enfermería, gracias al Consejo Internacional de Enfermería (CIE), puede guiar su actuar, siguiendo lo descrito en el código deontológico creado en 1957, y efectuándose la última modificación en el año 2005, declara con respecto al tema en cuestión en su artículo 1º: *Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad*⁴.

135

En Chile existe un estamento desde 1953, que se dedica a la recuperación del rol de Enfermería, a la promoción de políticas de salud, entre otras, llamado Colegio de Enfermeras de Chile. En su código de ética, en el punto 1.3, se observa una gran similitud con el código deontológico de la CIE. *Al proporcionar cuidados de Enfermería, la enfermera debe respetar los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de las personas*⁵.

Dignidad y derechos humanos

La dignidad, como se menciona en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es un objetivo común para los profesionales de la salud, por lo señalado por Escuredo (2003) *Los derechos humanos son un referente para la asistencia sanitaria*, lo que nos indica que los profesionales deben ser capaces de relacionar el avance científico y tecnológico con el respeto a los pacientes y, principalmente, fomentar los derechos humanos en el ámbito de la salud.

4. Consejo Internacional de Enfermería, "Código Deontológico", art. 1, 2007

5. Colegio de Enfermeras de Chile, "Código de Ética", punto 1.3, 2008

Se menciona en las actas de la Conferencia General de la UNESCO, (resolución 33/c15) que los *problemas éticos derivados de los avances de la ciencia y de sus implicancias tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto a las personas por su dignidad humana, sino también, el respeto universal independiente de la cultura, el respeto a los derechos humanos, y la libertad de las personas, favoreciendo su autonomía y equidad en las diversas situaciones del ser humano.*

La dignidad pasa a ser el fundamento principal del ser humano, siendo el pilar de los derechos humanos. En el área legal se plantea el concepto de dignidad en relación con las actividades sociales y morales de la vida del ser humano.

Se considera que la dignidad de las personas es como un valor central, que emana de la justicia, la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la solidaridad, que son dimensiones básicas del ser humano en los cuales se convierten en valores que determinan la existencia y la validez de todos los derechos reconocidos por la Constitución. En la actualidad, el hombre vive a favor de la dignidad humana, teniendo un derecho no sólo a la protección física sino también a la protección psico-social y espiritual.

136

La dignidad de las personas se encuentra durante todas las etapas de la vida del hombre, incluso en la etapa final, la muerte, la cual, por la mayoría de las personas, se ve olvidada y pasada a llevar, no otorgando medios para que este proceso afecte lo menos posible a la persona y a sus seres queridos. Es por esto que la enfermera y el equipo de salud tienen la obligación moral de otorgar las condiciones de intimidad, comodidad y acompañamiento durante el acto de morir, y respetando los derechos y los últimos deseos del paciente.

Dignidad humana y muerte digna

La investigación realizada se llevará a cabo en una unidad de pacientes críticos (UPC), la decisión de llevarla a cabo en este servicio se debe a que estos pacientes se encuentran en una situación en donde deben luchar constantemente por su vida, y se encuentran cercanos a la muerte, por presentarse con graves problemas de salud, tales como alteraciones de conciencia, tumores, y muchos, en coma prolongado. Es por este motivo que es de gran importancia que el profesional de Enfermería sepa comprender la muerte digna y el concepto de dignidad de los pacientes en esta situación de gravedad, conociendo lo que dicen los diferentes autores sobre el concepto de muerte digna.

Según Barrio (2005) postula *derecho de una muerte digna*.

El dolor, la enfermedad o la muerte son males físicos pero no deben ser considerados como una indignidad, ni destruyen el valor intrínseco de la persona que los padece. El respeto a la dignidad humana se da en el cómo morir, la manera y forma de morir. El hecho de que se prolongue la vida de una manera artificial cuando ya no existe posibilidad alguna, o se somete a la persona a sufrimientos injustificados en el proceso de morir, es una comprobación de las vulneraciones a la dignidad de la persona en esta etapa.

Las violaciones de la dignidad humana expuestas por Mann (2004) ofrece cuatro categorías:

1. *No ser visto*: Esto ocurre cuando una persona se siente que no le han reconocido lo suficientemente.

2. *Ser visto*, pero solamente como miembro de un grupo, se ignora al individuo y sólo se reconoce la pertenencia a un grupo o una raza.

3. *Violaciones del espacio personal*, para poder evitarlas se hace necesario la obtención de permiso para determinadas pruebas.

4. *Humillación*, esta violación de la dignidad se relaciona con las críticas y separación del grupo.

Los profesionales de salud cumplen una labor fundamental en el proceso de la muerte. Son los encargados de entregar herramientas para que los pacientes terminales aclaren sus dudas, y sean capaces de expresar sus miedos y temores.

Este tema se refleja en lo que sostiene Francisco León Correa⁶ en *La bioética de la atención de enfermería en paciente terminal*. Describiendo que *si el enfermo nota que es dejado de lado, que no es tocado al saludarlo, notará que pierde su dignidad, y no se sentirá tratado como persona*. En definitiva, se trata de saber *disponer al paciente para una muerte afrontada con dignidad*.

En el cuidado que deben ofrecer los profesionales de salud es necesario reconocer la dignidad intrínseca del ser humano, se debe identificar al ser humano como un ser único, reconociendo sus dimensiones holísticas que implique abandono de posturas netamente científicas que convier-

6. "Bioética de la Enfermería con enfermos terminales", revista Horizonte de Enfermería, Vol. 10, nº 1 1999, Pontificia Universidad Católica de Chile

ten al paciente en una patología, un tratamiento o un conjunto de signos y síntomas.

La muerte con dignidad guarda relación con el derecho a que se le reconozca al ser humano la posibilidad de disponer de su propia vida en situaciones especiales. Muchos especialistas plantean que el principal derecho que debe tener la persona es la vida, pero cuando ésta se ve gravemente perjudicada por condiciones de salud desfavorables, que lleva a quien las padece a verse en situaciones de cuidados intensivos o terminales, se debe preguntar si se está cuidando la vida o se la prolonga innecesariamente

Teoría de Enfermería⁷

El presente capítulo tratará la descripción de una teoría contemporánea la cual ayudará al lector a comprender de manera clara los capítulos anteriores y del conocer y entender el concepto de dignidad humana en la profesión de Enfermería.

La teoría del Final Tranquilo de la vida, de Cornelia Ruland y Shirley Moore se basa principalmente en la estructura del sistema familiar que están recibiendo la ayuda y/o cuidados de los profesionales de salud. El cuidado de Enfermería es crucial para crear una experiencia del final tranquilo de la vida. El objetivo del cuidado en esta etapa no es optimizar el cuidado en el sentido de que debe ser el tratamiento mejor, si no maximizar el tratamiento proporcionando el mayor cuidado posible mediante el uso de la tecnología y de las medidas de bienestar para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

Dentro de los seis postulados, que identificaron estas autoras, encontramos la que mejor se relaciona con el tema a investigar: *Incluir al paciente y sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del enfermo, tratarlo con dignidad, empatía y respeto. Estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto hacia éste.*

Estas autoras describen cinco conceptos fundamentales en los cuales la enfermera es la encargada de promover el cuidado de los pacientes:

a. *Ausencia de dolor*: Libertad de sufrimiento o molestias sintomáticas.

b. *Experiencia de bienestar*: "Alivio de las molestias, estado de relajación y satisfacción tranquila o todo lo que hace la vida mejor y placentera".

7. Marriner, A; Railer, M; "Modelos y teorías en enfermería" Mosby, sexta edición, 2007

c. *Experiencia de dignidad y respeto*: "Todo paciente terminal es respetado y apreciado como un ser humano. Las personas deben ser tratadas como entes autónomos y, si existe disminución de la autonomía, deben ser protegidas"

d. *Estado de tranquilidad*: "Calma, armonía y satisfacción."

e. **Proximidad de los allegados**: "Cercanía física y emocional expresada por sensaciones afectuosas íntimas".

RELACIONES ENTRE LOS CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA



La teoría recién mencionada da a entender el porqué del accionar de Enfermería con conocimientos acabados de su disciplina hacen que esta profesión sea la más indicada para la realización de la gestión del cuidado, respetando a la persona como un ser único y con virtudes propias. Haciéndolo digno de una atención de buena calidad e integral de su salud. La enfermera debe tener presente que al paciente no se le debe pasar a llevar sus derechos, no sólo por un ámbito legal si no, que también visto de un ámbito bioético, cumpliendo sus principios, para llegar a realizar una gestión acorde a las necesidades bio-psico-social y espiritual del paciente.

Marco metodológico

Tipo de investigación⁸:

Para conocer el concepto que tienen los profesionales de Enfermería sobre la dignidad humana, se realizará un estudio de tipo cualitativo, ya que ésta es la mejor opción para estudiar las distintas opiniones de los profesionales de salud, ya que tiene como característica común el referirse a sucesos complejos que tratan de ser descritos en su totalidad en su medio natural.

Esta metodología tiene como objetivo principal *estudiar la realidad en su contexto natural, tal como sucede intentando sacar sentido de interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene para las personas implicadas.*

La razón de la elección de este tipo de estudio cualitativo es la que mejor responde a la pregunta de investigación planteada, además, generalmente los temas relacionados con el ámbito social o bioéticos están ligados a la investigación cualitativa. Por otro lado, esta metodología ayuda a *describir la rutina y las situaciones problemáticas y los significados que tienen las personas sobre la vida.* Lo mencionado anteriormente es la base para la realización de este estudio cualitativo.

1. **Estudio:** Tipo de estudio cualitativo, descriptivo.
2. **Conceptos fundamentales:** Dignidad humana, Enfermería
3. **Universo:** El siguiente estudio de investigación, se realizará en dos

8. Rodríguez Gómez G.; "Metodología de la Investigación Cualitativa", Ediciones ALJIBE, 2ª edición, 1999

centros de distinta complejidad asistencial, tendrá un universo de 50 enfermeras, de las cuales cuarenta y cinco pertenecen a un centro de atención secundaria y cinco pertenecen a un centro de atención ambulatoria. En estos se aplicarán entrevistas, con el fin de obtener las opiniones de los profesionales de salud sobre el concepto de dignidad humana. El motivo de la elección de estos centros asistenciales, debido a que la labor de Enfermería es distinta, ya que sus pacientes y la demanda de su disciplina son diferentes, lo cual hace referencia a la versatilidad de la profesión.

4. Muestra: los profesionales de Enfermería de los servicios de los centros de salud ya mencionados, hasta que la información sufra saturación. Se aplicará una entrevista semiestructurada a la muestra, cuyas respuestas serán recopiladas por grabación de audio.

Los criterios de inclusión serán:

- a. Las edades fluctúan entre 25 y 60 años.
- b. Antigüedad mínima de un año.
- c. Poseer un rol asistencial dentro del servicio.
- d. Enfermeras pertenecientes a un mismo turno.

Los establecimientos elegidos para esta investigación serán:

- Servicio de atención ambulatoria de Clínica Dávila.
- Servicio de Unidad de Pacientes Críticos en el Instituto Nacional de Neurocirugía Doctor Asenjo. (INCA)

Medios de recolección de datos

Entrevista semi-estructurada: La selección de este instrumento se debe a que es un medio por el cual se obtiene información, permite al entrevistado expresarse y logra comunicar su opinión y así obtener datos relevantes para la investigación. El carácter de semi-estructurada permite dar un ritmo y un orden al proceso de obtención de datos para realizar un trabajo más grato para el entrevistado y el entrevistador, ahorrando tiempo y permitiendo que el entrevistado se exprese sobre el tema a investigar. Este instrumento se aplicará a enfermeras de dos centros asistenciales, en iguales condiciones de turno, hasta que la información obtenida se sature.

Plan de análisis: Las entrevistas serán analizadas de dos maneras, en la primera se efectuará un análisis por pregunta, lo que nos otorgará una visión general de las respuestas expuestas por los profesionales de Enfermería de los dos centros asistenciales intervenidos. Posteriormente se

realizará un análisis comparativo entre los dos centros asistenciales y poder determinar semejanzas y diferencias entre ambos.

Análisis del instrumento

Categoría I

Concepto de dignidad humana que tienen los profesionales de Enfermería.

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
¿Qué es para usted la dignidad humana?	Centro Ambulatorio Clínica Dávila	La totalidad del personal de enfermería entrevistado (5) reconoce al concepto de dignidad humana, se relaciona directamente con el respeto a la persona, en su totalidad, considerando sus derechos, creencias, costumbres y decisiones de los pacientes.	<p><i>"...Es el valor que tiene el ser humano en toda su totalidad. En todos los aspectos relevantes de su vida, respetar cada una de sus decisiones y opiniones"</i></p> <p><i>"La dignidad humana es el valor personal que le da a la persona, es lo que tiene uno como ser humano y que tiene que ser respetado"</i></p>
	UPC Instituto Neuro-cirugía	De las 5 entrevistas realizadas en este centro, el 100% asocia el concepto de dignidad humana con la palabra respeto.	<p><i>"Un derecho que tiene el paciente, que se le trate bien, que no sea discriminado por clase social, o por cualquier otro motivo, y se le respete en todo su ser"</i></p> <p><i>"...La dignidad humana es el respeto que se le debe a la condición de cada persona, por el simple hecho de ser una persona valiosa todos tienen un valor intrínseco, independiente de quien sea, que lo que haga o lo que a ti te parezca..."</i></p>

Categoría II

Factores que interfieren en el respeto de la dignidad de los pacientes, según los profesionales de enfermería.

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
¿Cómo piensa que se respeta la dignidad de los pacientes en su servicio?	Centro Ambulatorio Clínica Dávila	De un total de cinco entrevistas realizadas, cuatro profesionales de salud indican que se respeta totalmente la dignidad de los pacientes resguardando su confidencialidad y respetando los derechos del paciente en su totalidad. Una de las entrevistas indica que no se respeta la dignidad humana de los pacientes debido la estructura física que cuenta el recinto, ya que se pasa a llevar la privacidad del paciente cuando se desviste.	<p><i>“De muchas maneras se respeta desde que el llega al servicio, se le saluda, se le sonríe, se le llama por su nombre, se le toca, se le informa sobre los procedimientos que se le realizará, no se le discrimina ni por el color de su piel, ni por el idioma, ni por alguna falencia física que tenga”</i></p> <p><i>“Se respeta muy poco, por toda la estructura física, Porque físicamente el recinto no cuenta con características de privacidad del paciente.”</i></p>
	UPC Instituto Neuro-cirugía	De las cinco entrevistas, sólo tres indican que en este servicio se respeta la dignidad de los pacientes, mediante el resguardo a la privacidad, confidencialidad, y respetando el derecho de información a los familiares. En cambio, refieren que no se respeta la dignidad humana en esta unidad debido a que se cae en el ensañamiento terapéutico.	<p><i>“Es difícil que se respete aquí, se pasa a llevar porque se cae mucho en el ensañamiento terapéutico...”</i></p> <p><i>“Yo creo que cada vez se trata de dar más prioridad a los derechos de los pacientes y a para eso se está trabajando constantemente, en la medida que le demos una atención con respeto, con privacidad, dentro de lo posible...”</i></p>

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
<p>¿Qué grado de autonomía tienen los pacientes de su servicio?</p>	<p>Centro Ambulatorio Clínica Dávila</p>	<p>El total de las entrevistas refieren que los pacientes que ingresan al servicio son autónomos, son capaces de valerse por sí mismos. Una entrevista refiere que existen instancias en donde ingresan pacientes con ciertas limitaciones físicas y que requieren ayuda para ser llevados a la camilla pero, por lo general, son mínimos quienes requieren ayuda.</p>	<p><i>“La mayoría son pacientes que son autónomos, tenemos 3 pacientes que necesitan ayuda de terceros en donde la ambulancia lo va a buscar y a dejar a su hogar, los demás son autovalentes”</i> <i>“La gran parte de nuestros pacientes son autónomos”</i></p>
	<p>UPC Instituto Neuro-cirugía</p>	<p>La totalidad de los entrevistados refieren que los pacientes que se encuentran en este servicio son personas dependientes, que no son capaces de satisfacer sus necesidades por sí mismos y requieren ayuda para lograrlo.</p>	<p><i>“Muy pocos, porque muchos están comprometidos de conciencia, lo que hace que tengan cero autonomía.”</i> <i>“Ninguno, la mayoría o está en coma farmacológico o intubado, o con un daño neurológico importante por lo cual no puede satisfacer sus necesidades, y depende del equipo de salud.”</i></p>

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
<p>¿Este grado de autonomía, afecta el respeto de la dignidad humana?</p>	<p>Centro Ambulatorio Clínica Dávila</p>	<p>Tres de los entrevistados, indican que el grado de autonomía que tienen los pacientes no afecta en la dignidad humana, ya que todos los pacientes son tratados de igual manera. En cambio, dos de las entrevistas refieren que sí afecta el grado de autonomía en la dignidad de los pacientes ya que, al ser personas dependientes, muchas veces se pasa a llevar la privacidad, confidencialidad y los derechos de estos.</p>	<p><i>“Por el hecho de estar en una institución privada, jamás se atenta contra la dignidad de un paciente”. “No debiera pero, lamentablemente, afecta mucho, por ejemplo, los pacientes que no son autovolentes son pacientes que se ven pasados a llevar, porque dependen de la buena voluntad de los familiares o de las demás personas”.</i></p>
	<p>UPC Instituto Neuro-cirugía</p>	<p>Dos de los profesionales relatan que el grado de autonomía no afecta en la dignidad, porque los profesionales de salud tratan de hacer el bien al paciente y de respetarlo y considerarlo como persona integral. En cambio, tres entrevistas indican que por lo general el grado de autonomía sí afecta la dignidad humana de los pacientes, ya que en los pacientes dependientes muchas veces se pasan a llevar conceptos como, el respeto a las decisiones, a la intimidad y la privacidad.</p>	<p><i>“Yo diría que no, que los del equipo de salud, respetan y tratan de hacer el bien del paciente.” “Claro que sí, de todas maneras, porque nadie deja en vida sana lo que le gustaría que le hicieran en caso de, y como no esta en un estado para tomar decisiones, se pasa a llevar el deseo, o sea más que pasar a llevar no se toma en cuenta.”</i></p>

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
<p>¿De qué manera conserva la confidencialidad de sus pacientes?</p>	<p>Centro Ambulatorio Clínica Dávila</p>	<p>La totalidad de las entrevistas refieren que la confidencialidad en su servicio es respetada mediante diversas formas, como el resguardo a la privacidad mediante el acceso limitado, mediante contraseña de la ficha clínica de los pacientes, además de la atención de los pacientes mediante boxes individuales y entrega de exámenes sólo al paciente.</p>	<p><i>“La confidencialidad es norma básica, uno no puede no ser confidencial con los pacientes, si, por ejemplo, un paciente me pregunta algo yo no puedo andar divulgándolo.”</i></p>
	<p>UPC Instituto Neuro-cirugía</p>	<p>Cuatro de los entrevistados señalan que se respeta la confidencialidad mediante la no divulgación de la información del paciente con la familia o con el otro equipo de salud. Uno de los entrevistados refiere que, a pesar de no respetarla, se intenta dejar la información del paciente dentro del equipo de salud.</p>	<p><i>“...Uno tiende a comentar, es inevitable, comentar entre colegas y el equipo de salud, el...”</i> <i>“...pero, a pesar que se pasa a llevar, se trata de dejar los comentarios dentro del equipo de salud”.</i> <i>“Siendo claramente una persona leal, si en algún minuto ellos te confían algo, evidentemente no puedes estar diseminándolo...”</i></p>

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
<p>¿En que situaciones más comunes cree usted que se pasan a llevar los conceptos de intimidad, confidencialidad, autonomía de sus pacientes?</p>	<p>Centro Ambulatorio Clínica Dávila</p>	<p>Por lo representado en las entrevistas, éstas dan a entender que los puntos preguntados de intimidad, autonomía y confidencialidad se pasan a llevar principalmente por la sobrecarga laboral, y en los pacientes con diagnósticos graves, como los que ingresan a un servicio de urgencia o pacientes con daño neurológico.</p>	<p><i>“En pacientes con deficiencia mental, o alteración de tipo neurológico, tetraplégicos, los niños cuando están solos, las personas con deficiencia mental o los ancianos incapaces de darse cuenta de la atención que les brinda el equipo de salud.</i></p>
	<p>UPC Instituto Neuro-cirugía</p>	<p>La totalidad asocia a que al tipo de pacientes que ellos atienden y la sobrecarga laboral, se pasan a llevar los principios consultados.</p>	<p><i>“...En momentos de mucho estrés y que se tiene que apurar para entregar el turno, y se les olvida colocar un biombo”.</i> <i>“...Autonomía, no la pasan a llevar, sino que los pacientes no la tienen...”</i> <i>“...Cualquier persona con criterio formado no la debería pasar a llevar, hablando y difamando cosas que no corresponden...”</i></p>

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
A lo largo de su profesión ¿ha observado que no respeten los conceptos mencionados con anterioridad por parte de sus pares? intimidad, confidencialidad, autonomía de sus pacientes?	Centro Ambulatorio Clínica Dávila	En su totalidad los entrevistados concluyen que en el centro en donde se desempeñan no se pasan a llevar los conceptos de intimidad, autonomía y confidencialidad. Pero también refieren que en servicios de urgencia y críticos, y en hospitales públicos se dejan de lado los conceptos bioéticos.	<i>"Sí, mucho. Pacientes de UCI, pacientes de pabellón, no se respetan en general pacientes hospitalizados".</i> <i>"Yo creo que la dignidad humana se respeta bastante por parte de las enfermeras, creo que la gente tiene incorporado el concepto y respeto de la dignidad...".</i>
	UPC Instituto Neuro-cirugía	Cuatro de los entrevistados refieren que sí han observado que no se respeten los conceptos consultados, y una entrevista menciona que no lo ha observado a lo largo de su profesión.	<i>"Sí, muchas veces, sobre todo la gente con más años de experiencia, porque el sistema, te absorbe, cuesta mantener las cosas que a uno le enseñan en la universidad, uno sale con los conocimientos fresquitos, y que tratas de mantenerlos, y llevarlos a cabo, pero cuesta..."</i> <i>"No, rara vez he sabido, me acuerdo de un solo caso en que una familia, en conjunto con el equipo tratante, habían decidido no dar el diagnóstico al paciente, y eso no lo sabía uno de los integrantes del equipo y éste le dijo al paciente, lo que se transformó en un conflicto..."</i>

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
¿Por qué cree que se ha afectado ese no respeto a la dignidad de los pacientes?	Centro Ambulatorio Clínica Dávila	Los entrevistados mencionan como principales causas del no respeto de la dignidad humana la sobrecarga y la tecnificación de la profesión y actuar de Enfermería, además de que la profesión es, netamente, vocación.	<i>“Básicamente por la vocación, hay profesionales que olvidan el tema de la dignidad de los pacientes, ya sea por problemas personales, sobrecarga de trabajo, por no estar a gusto en el lugar de trabajo”.</i>
	UPC Instituto Neuro-cirugía	Los principales factores identificados en las entrevistas son la automatización y tecnificación. Además menciona uno de los entrevistados que los prejuicios, a lo mejor sin intención alguna de faltar a la ética, hacen que la atención no sea igualitaria para todos.	<i>“Principalmente porque uno, como profesional, se automatiza mucho, se le olvida que es una persona, si no que lo ven como la patología, acá por ejemplo que es neuro, se ve una cabeza o una columna, y no a un ser integral...”</i>

Categoría III

Propuestas que plantean las enfermeras para que se respete la dignidad humana.

Pregunta	Sub-categoría	Término inclusivo	Citas relevantes
¿Qué propuestas daría usted en su servicio para que en el desempeño de su profesión se respete de un modo mayor la dignidad de sus pacientes?	Centro Ambulatorio Clínica Dávila	Las entrevistas apuntan generalmente a que los tiempos de espera sean menores, disminuir la sobrecarga laboral, y estudiar por vocación, pero dicen que, en general, se respeta la dignidad de los usuarios.	<i>"...Estudiar esta profesión por vocación..."</i> <i>"Que los tiempos de espera sean menores, que los procedimientos se realicen a la hora."</i>
	UPC Instituto Neuro-cirugía	Los entrevistados plantean que, primeramente, se debe proponer conversar el tema, además de llamar a los pacientes por su nombre. No cometer mala praxis. Y, mejorar la infraestructura, ayudaría a conservar la intimidad.	<i>"Primero se debe plantear el tema, porque no se plantea mucho..."</i> <i>"De partida, llamar a la gente por su nombre..."</i>

150

Discusión y conclusiones

En relación a la primera pregunta *¿Qué es para usted la dignidad humana?* A pesar de las distintas complejidades de cada centro intervenido, se logra rescatar que el concepto es el mismo. Se puede observar que el profesional de Enfermería posee un conocimiento referente al concepto de dignidad humana cercano al expuesto en el marco teórico de esta investigación. Por lo general, este concepto se asocia al respeto de la persona en su totalidad, respetando los derechos, sus creencias, costumbres y decisiones de los pacientes. Es de gran importancia que los profesionales de Enfermería conozcan y manejen este concepto ya que al momento de la entrevista ellos realizaron un autoanálisis a sus conductas y las de sus pares, siendo autocríticos e identificando, en las siguientes preguntas, falencias y fortalezas de cada uno de los centros de salud.

Referente a la pregunta ***¿Cómo piensa que se respeta la dignidad de los pacientes en su servicio?*** Es importante destacar que existen diferencias significativas en los dos centros asistenciales, debido a que uno es de atención ambulatoria, lo que nos indica que los pacientes tienen muy poco contacto con el profesional de Enfermería, pero aún así es de importancia respetar la dignidad de los pacientes, desde el ingreso al servicio, ya sea saludándolo, resguardando su confidencialidad, y respetando los derechos de los usuarios en su totalidad. A pesar de lo recién nombrado una de las entrevistadas indica que no se respeta la dignidad humana de los pacientes debido la estructura física que cuenta el recinto, ya que se pasa a llevar la privacidad de estos cuando se desviste. Por otro lado, en cuanto a la unidad de pacientes críticos existen diferencias de opciones, algunos indican que en su servicio se respeta la dignidad de los pacientes mediante el resguardo a la privacidad, confidencialidad, y respetando el derecho de información a los familiares. Y otros refieren que no se respeta la dignidad humana en la unidad de paciente crítico debido a que se cae en el ensañamiento terapéutico. Ya que por ser un servicio en donde se encuentran pacientes que en su totalidad son dependientes que están con ventilación mecánica, se presentan sedados durante todo el día y no son capaces de tomar sus propias decisiones, no se les explica los procedimientos a los cuales serán sometidos, y muchas veces no se les respeta el deseo o la decisión de no seguir con su tratamiento, además, se pasa a llevar el derecho de privacidad porque no se colocan biombos durante el aseo y confort de los pacientes. Es importante mencionar que en el momento de la realización de la entrevista observamos que el personal, sin saber quienes éramos realizó el aseo de una paciente sin utilizar un biombo para el resguardo de la intimidad del paciente. Lo que se contrapone a lo que en ese momento el entrevistado refería que si se respetaba o no ese principio bioético.

151

En el caso de la tercera pregunta ***¿Qué grado de autonomía tienen los pacientes de su servicio?*** En esta pregunta se logra apreciar la gran diferencia que existe entre los dos centros de salud, ya que el grado de autonomía de ambos complejos asistenciales es totalmente distinto, uno, al ser ambulatorio, atienden pacientes autónomos, que en su mayoría logran satisfacer sus necesidades sin ayuda de terceras personas, no así en la UPC del Instituto de Neurocirugía, que son pacientes dependientes para la satisfacción de las necesidades básicas, debido a la complejidad del estado de salud.

La mayoría de las entrevistas realizadas en el centro de atención ambu-

latorio los pacientes que ingresan al servicio son autónomos, son capaces de valerse por sí mismos, y la entrevista refiere que algunas veces ingresan pacientes con ciertas limitaciones físicas y que requieren ayuda para ser llevados a la camilla pero, por lo general, son mínimos los requieren ayuda. En cuanto a la unidad de pacientes críticos la totalidad de los entrevistados refieren que los pacientes que se encuentran en este servicio son personas dependientes, que están con compromiso de conciencia, sedados, intubados, con coma farmacológico y que no son capaces de satisfacer sus necesidades por sí mismos y requieren ayuda para lograrlo.

Si analizamos lo respondido en la cuarta pregunta ***Este grado de autonomía, ¿afecta el respeto de la dignidad humana?*** Según los principios entregados a lo largo de la carrera, un profesional de la salud, y en nuestro caso una enfermera, debe respetar la dignidad humana en su totalidad, sin importar el origen, cultura, clase socio-económica, ni ninguna característica del paciente. Lamentablemente de la teoría a la práctica las cosas cambian, y a lo largo de las prácticas nos hemos dado cuenta de la gran cantidad de prejuicios que predisponen al personal de salud ante un paciente.

152

En la Clínica Dávila, por ejemplo, tres de los entrevistados nos mencionan que todos los pacientes deben ser tratados de la misma manera y que no debe importar su grado de autonomía, y en el resto de las entrevistas plantean que no debería afectar pero sí interfieren en la atención igualitaria, ya que al ser un paciente dependiente se pasan a llevar los principios de intimidad, confidencialidad y los derechos de los pacientes

En la UPC del Instituto de Neurocirugía se dan los resultados de manera inversa, dos entrevistados refieren que el grado de autonomía de los pacientes a los que atienden no afecta en su desempeño, ni en el respeto a su dignidad, ya que un profesional de la salud debe hacer siempre el bien al paciente, considerándolo como un ser integral. Y el resto afirma que una disminución en la autonomía sí afecta la dignidad del paciente, ya que si un paciente es dependiente, como son los que se atienden en este servicio, muchas veces se pasan a llevar el respeto a las decisiones, a la intimidad y privacidad de los pacientes.

Cuando se preguntó ***¿De que manera se conserva la confidencialidad de sus pacientes?*** Ambos centros coinciden que en su servicio se resguarda la confidencialidad, de diferentes maneras. En el caso del centro ambulatorio existe una ficha electrónica con una clave de entrada a la cual sólo tienen acceso los médicos o los profesionales que necesiten interac-

tuar con el paciente. Además, la atención se realiza en boxes individuales y, en caso de exámenes, los resultados se dan al mismo paciente, o a un familiar que haya quedado estipulado anteriormente.

Del mismo modo, en la UPC del Instituto de Neurocirugía, los entrevistados refieren que sí se respeta la confidencialidad mediante la no divulgación de la información de cada paciente con familiares y conocidos. Sí se comenta entre el equipo de salud, pero refieren que es sólo con intención de mejorar la atención y encontrar factores relevantes del paciente que puedan afectar el tratamiento de la patología.

A lo referido por los entrevistados al preguntarles *¿En que situaciones más comunes cree que se pasan a llevar los conceptos de intimidad, confidencialidad, autonomía de sus pacientes?* En la Clínica Dávila dan a entender que los puntos preguntados de intimidad, autonomía y confidencialidad se pasan a llevar principalmente por la sobrecarga laboral, y en pacientes con diagnósticos graves, como los que ingresan a un servicio de urgencia o pacientes con daño neurológico. Del mismo modo, las entrevistas realizadas en el Instituto de Neurocirugía hablan y certifican las respuestas de la Clínica Dávila, ya que todos asocian a que el tipo de pacientes que ellos atienden tiene un déficit en la autonomía por el daño neurológico, y que por esta razón se pasan a llevar estos principios.

Cabe destacar que una de las entrevistas da a conocer algo que ninguna de las otras, y que las autoras de esta investigación no lo habían tomado en cuenta, como es el problema de los sexos y de cómo se conserva la intimidad. El entrevistado menciona que no existe personal específico de cada sexo para los pacientes, o sea sin tomar en cuenta el género de los pacientes lo atiende el profesional de turno. Sin consultar si le gustaría o no que lo atendiera alguien de su mismo sexo.

En la pregunta número siete, *A lo largo de su profesión ¿ha observado que no respeten los conceptos mencionados con anterioridad por parte de sus pares?* Las entrevistas de la Clínica Dávila, en su totalidad, concluyen que en el centro en donde se desempeñan los entrevistados no se pasan a llevar los conceptos de intimidad, autonomía y confidencialidad, ya que los pacientes que se atienden ahí son ambulatorios, con sus capacidades neurológicas normales, además, refiere una de las entrevistadas que, al ser un centro privado, no se atenta contra los conceptos consultados. Pero concluyen también que en servicios de urgencia y en hospitales públicos lo que hace es privilegiar la atención del paciente, su patología, principalmente, y salvarle la vida, dejando de lado, a veces, los conceptos

bioéticos.

Por la rutina, la tecnificación, con los años se deja de llamar al paciente por su nombre, refiere una de las entrevistadas, pero en las entrevistas del Instituto de Neurocirugía no coinciden ya que todos tienen experiencias y percepciones distintas y muy contrarias unas de otras.

Lamentablemente, con las respuestas obtenidas en esta interrogante nos damos cuenta que en la profesión de Enfermería, sí se pasa a llevar el concepto de dignidad humana, y en especial los tres principios consultados, ya que, si bien es cierto, la vida es un valor y un profesional de la salud tiene el deber, si algún paciente tiene riesgo de muerte, hacer todo lo posible para que esto no ocurra, pero, independientemente de eso, uno como profesional de la salud y más específicamente de Enfermería, no va a dejar de realizar su labor si llama al paciente por su nombre, o si coloca un biombo para realizar el aseo. La Enfermería no es sólo asistencia y colaboración médica, existen factores relevantes que una enfermera tiene el deber de considerar ante una persona, como son sus miedos, sus dudas, a lo mejor si suena un monitor, por ejemplo, y son las cuatro de la mañana, bajar el volumen de éste para no interferir en la necesidad de descanso de una persona.

154

Referente a la pregunta número ocho ***A lo largo de su profesión ¿Qué factores cree usted que afecten el respeto de la dignidad de los pacientes?*** Los entrevistados de la Clínica Dávila mencionan como principales causas del no respeto de la dignidad humana la sobrecarga y la tecnificación de la profesión. Además de que la profesión de Enfermería es netamente vocación, una de las entrevistas menciona que el estudiar esta profesión, ya sea porque no existen los recursos económicos para estudiar Medicina u otra carrera, o los puntajes de las pruebas de ingresos a la universidad no fueron los suficientes, hacen que existan enfermeras sin vocación por la profesión, esto reafirma nuevamente el tema del rol de Enfermería, y que el desempeño se debe regir por valores y principios propios de la profesión, respetando a cada uno de los pacientes que atendamos, respetando su dignidad y sus derechos. Estas respuestas coinciden con las recolectadas en la UPC del Instituto de Neurocirugía, es así, como se puede observar que la automatización y tecnificación es uno de los problemas principales para el respeto de la dignidad humana. Además, menciona uno de los entrevistados, que los prejuicios, a lo mejor sin intención alguna de faltar a la ética, hacen que la atención no sea igualitaria para todos. Además de que el personal de salud no tiene la suficiente capacidad de

empatía y, sin querer, realizan acciones para pasar un mejor turno, que pueden pasar a llevar la dignidad.

En la última pregunta *¿Qué propuesta daría usted en su servicio para que en el desempeño de su profesión se respete de un modo mayor la dignidad de sus pacientes?* Los entrevistados del centro ambulatorio apuntan a que los tiempos de espera sean menores, pero dicen que en general se respeta la dignidad de los usuarios. En cambio en la entrevista de la UPC, plantean que primeramente se debe proponer conversar el tema, además de llamar a los pacientes por su nombre y no como la paciente de la cama tanto. Además, sobresale una de las entrevistas con un tema poco común y que se dirige principalmente a la mala praxis, como son las infecciones intrahospitalarias, que son netamente del personal de salud. Otras comentan que la infraestructura ayudaría a conservar la intimidad. Si nos damos cuenta, por ejemplo, en las respuestas, como son disminuir los tiempos de espera o llamar a los pacientes por su nombre, son medidas que en general no llevan a un desgaste del personal, y con medidas simples, los profesionales entrevistados creen que mejoraría considerablemente el respeto por los demás.

Hoy más que nunca, nos hemos dado cuenta de lo fácil que es cruzar la línea entre el no respetar y respetar la dignidad de la personas. Esta investigación hace y crea conciencia no sólo en nosotras, si no que en nuestros familiares y amigos, de que un simple 'buenos días señor.....' hace una gran diferencia en la relación enfermera-paciente, crea vínculos de seguridad, empatía y confianza con el personal y familiares, creando un ambiente grato en la parte laboral, y del paciente, que es en quien nos enfocamos. Una de las conclusiones que más se destacan al realizar esta investigación, y que creíamos que así sería, es que el grado de autonomía afecta directamente en el respeto de la dignidad de las personas, la incapacidad de decidir tratamientos o dar a conocer su opinión sobre alguna cosa, hace que se transgreda la dignidad de cada persona, ya que, se pierde el sentido de intimidad, por el hecho de que el paciente al estar en un estado soporoso o sedado es incapaz de comunicarse, lo que provoca que el personal de salud pierda la empatía, y realiza procedimientos necesarios para la salud de los pacientes.

Cuando empezamos a estudiar esta hermosa profesión todo nos sorprendía y nos afectaba, el dolor de nuestros pacientes en las primeras prácticas nos hacía llegar afectados a casa, pensando en cómo ayudarlos a sanar el dolor que ellos sentían. Actualmente nos hemos tecnificado, es

decir, nos importa más realizar una buena técnica y muchas veces se deja de lado el bienestar del paciente.

Es por esta razón de la importancia de nuestra investigación, poder dar a conocer la opinión que tienen los profesionales de Enfermería sobre la dignidad humana de los pacientes y si ellos respetan este concepto en sus servicios.

Nos hemos dado cuenta que es de gran importancia el respeto de la dignidad de los pacientes, además, nunca olvidar y siempre poner en práctica que lo aprendido éticamente es de vital índole, ya que un profesional de Enfermería tiene el deber de velar por el bien integral del paciente, sea éste de un centro de atención ambulatoria o del sistema público de salud, de un servicio de baja o alta complejidad.

Bibliografía

Páginas Web

- **Cisneros, V.** *Fundamentos de la Dignidad Humana*. Véase <http://www.arquidiocesisde-cuenca.org.ec/index.php?name=News&file=article&sid=385&theme=Printer> visitada 26/05/2009
- *Dignidad Humana. Reconocimiento y operacionalización del concepto*. Véase http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726569X2009000100008&script=sci_arttext. visitada 05/06/09.
- **Elósegui, M.** *Fundamentos de la bioética y necesidades actuales*. Véase <http://www.uninet.edu/bioetica/elosegui.pdf> visitada 06/04/2009
- **García, D.** *Fundamentación de la Bioética: El Principialismo de Diego Gracia: críticas y alternativas*. Véase <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=232&page=2> visitada 06/04/2009
- **Gómez, M.** *Morir con dignidad*. Véase www.bioeticaweb.com/content/view/4613/834/lang,es/ visitada 05/06/2009
- **Gómez, M.** *Autonomía y Dignidad*. Véase www.bioeticaweb.com/content/view/4525/737/lang,es/ visitada 05/06/2009
- **Gordillo Álvarez-Valdés, L.** *La Autonomía, Fundamento de La Dignidad Humana*. Véase <http://www.aebioetica.org/rtf/04-BIOETICA-66.pdf> visitada 26/05/2009
- **Jiménez Garrote, J.** *Los Fundamentos de la Dignidad de la persona Humana*. Véase. <http://cbioetica.net/revista/61/611821.pdf> visitada 15/05/2009
- **León Correa, F.** *Dignidad humana, Libertad y Bioética*. <http://escuela.med.puc.cl/deptos/Bioetica/Publ/DignidadHumana.html> visitada 05/06/09
- **Lolas Stepke, F.** *Diálogo y Cooperación en salud: Diez años de la Bioética en la OPS*. Véase

<http://www.paho.org/Spanish/BIO/dialogo.pdf> visitada 30/05/2009

- **Miranda, G.** *Fundamentos éticos de la bioética personalista*. Véase <http://www.bioeticaweb.com/content/view/59/40/> visitada 06/04/2009
- **Rodríguez, A.** *Notas sobre la evolución y dignidad humana*. Véase <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/Art01.html> visitada 05/06/09
- **Seifert, J.** *¿Qué es la vida? Originalidad, Irreductibilidad y Valor de la Vida*. Véase <http://www.bioeticaweb.com/content/view/73/737/lang.es/> visitada 26/04/2009
- **Vidal-Bota, J.** *Valores y Principios La Dignidad Humana y sus implicaciones éticas*. Véase http://www.aceb.org/v_pp.htm visitada 06/04/2009
- **Yepes, R.** *La Dignidad de la persona*. Véase <http://www.muertedigna.org/textos/euta51.html> visitada 26/05/2009

Artículos

- **Baso, D.** *Nacer y morir con dignidad bioética*. Capítulo 1; 1991
- *Bioética de la Enfermería con enfermos terminales*, revista Horizonte de Enfermería, Vol. 10, nº 1 1999, de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- *Código Sanitario de Chile*. Art. 113 1997
- **Colegio de Enfermeras de Chile**. *Código de Ética*. 2008
- **Colegio de Enfermeras de Chile**. *Estatuto antiguo*.
- **Consejo Internacional de Enfermería**. *Código deontológico*. 2007
- *Declaración universal de sobre bioética y derechos humanos*. Art. 10, 19-10-2005.
- **Fernández E. V.** *Bioética: Dignidad humana y derechos del adulto mayor*. Revista electrónica de portales médicos. 2008
- **Finn R.** *Bienaventurados los de puro corazón: Una carta pastoral sobre la dignidad de la persona humana y los peligros de la pornografía*. 21-02-2007.
- **Fry ST.** *Ethics in nursing research, a guide to ethical decision making*. Geneva, International Council of Nurses, 1994
- **Goic, K A. Monseñor.** *Por la dignidad humana*. Rancagua, Chile 2007
- **Gómez Londoño E.** *El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico: Una perspectiva bioética*. Revista Persona y Bioética Nº 2 Pág. 145-157, 2008
- **Kant.** *Fundamentación de la metafísica de las costumbres y Principios metafísicos del Derecho*. Enciclopedia de la Filosofía, t. VIII y IX, ed. Kapeluz, Bs. As., 1999
- **Marriner, A; Railer, M.** *Modelos y teorías en enfermería*. Mosby, sexta edición, 2007
- **Martín Mateo, R.** *Bioética y derecho*. 1987
- **Masiá J.** *Dignidad humana y situaciones terminales*. Universidad Sophia Tokyo 2005
- *Reflexiones sobre Ética y Enfermería en América Latina*. Index Enferm" [online]. 2006, vol.15, n.52-53, pp. 49-53. ISSN 1132-1296.

- **Restrepo. Arzayús. L.** *Reflexiones sobre ética en el cuidado de enfermería del paciente mental.* Revista Persona y Bioética N° 9 y 10, 2009
- **Rodríguez Gómez G.** *Metodología de la Investigación Cualitativa.* Ediciones ALJIBE, 2° edición, 1999
- **Seifert, J.** *Dignidad humana: Dimensiones y fuentes en la persona humana.*

Anexo

Entrevista:

1. ¿Qué es para usted la dignidad humana?
2. ¿Cómo respeta usted la dignidad de sus pacientes?
3. ¿Cree usted que la dignidad humana se ve afectada de acuerdo al grado de autonomía de los pacientes?
4. ¿De qué manera conserva la confidencialidad de sus pacientes?
5. ¿Cree usted que al estar disminuida la autonomía de los pacientes se altera la dignidad humana? ¿Por qué?
6. ¿En qué situaciones cree usted que se pasan a llevar los conceptos de intimidad, autonomía y confidencialidad de sus pacientes?
7. A lo largo de su profesión, ¿Ha observado que no se respete los conceptos anteriormente mencionados por parte de sus pares?
8. A lo largo de su profesión, ¿Qué factores cree usted que afecten el respeto de la dignidad de los pacientes?
9. ¿Qué propuestas daría usted en su servicio para que en el desempeño profesional se respete la dignidad de los pacientes?

VISITA DOMICILIARIA EN CHILE: UNA REALIDAD ENTRE DOS MUNDOS “PÚBLICO Y PRIVADO”

Yocelyn Erika Lizardi López, Yashka Andrea Orellana Araya, Mariela Aguayo***

* Licenciadas en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

** Enfermera Universitaria, Profesora de la Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

Introducción

Con el paso del tiempo las actividades ligadas a la enfermería han tenido grandes cambios, pero algunas de éstas han conservado su esencia inicial siendo el caso de la visita domiciliaria, la cual ha permanecido intacta y sólo se ha logrado modificar alguna de sus prácticas.

Es importante destacar que dentro del concepto de visita domiciliaria, se pueden encontrar diversos participantes y enfoques, los cuales son confundidos si no se cuenta con la información y unificación previa de los conceptos.

En Chile la realización de la visita domiciliaria, presenta antecedentes remotos en donde la principal gestante de esta actividad era personificado por las enfermeras o asistentes sociales. La información bibliográfica que se encuentra en relación a las visitas realizadas por la rama de enfermería, es escasa, por lo cual el recambio y la investigación del tema resulta un aporte significativo a la estructura de la enfermería actual y a las futuras generaciones.

Se ha seleccionado un diseño cualitativo, para realizar la investigación, debido a que permite observar a la visita domiciliaria desde el punto de vista profundo y flexible, entregando datos directos y precisos de la información, tales como roles, emociones y percepciones del personal de

enfermería, los cuales desempeñan sus labores en el sistema de salud público y privado en Chile.

Esta investigación refleja cuales son las verdaderas vivencias que poseen los enfermeros al realizar las visitas domiciliarias, entregando percepciones y emociones de aspectos curiosos, y demostrando que la carrera de enfermería es un área que siempre tiene presente la visión holística e integral en los cuidados de un paciente, siendo éste mucho mayor, cuando es atendido en su propio hogar. Estas visiones y emociones reflejadas por los enfermeros en las visitas domiciliarias son evaluadas en los 2 sistemas de salud de Chile "Sistema Público y Privado", es inevitable pensar que por realizar esta actividad en ambos sistemas de salud, pueden existir diferencias, pero esta situación podría estar lejos de ocurrir.

Marco Teórico

La visita domiciliaria

Concepto de visita domiciliaria

160

"La visita domiciliaria es reconocida como el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio u habitación de las personas que lo necesiten". (Roca de Ubeda, (op cit p. 195)).

Es importante destacar de la definición de visita domiciliaria que dentro de las principales funciones que la comprenden, se encuentran la valoración, el apoyo, educación y control de los problemas de salud tanto de la familia como del individuo, cabe mencionar que no sólo el área de salud está acotada en las intervenciones realizadas en el domicilio, también se identifican otras disciplinas, las cuales al igual que el personal de salud, estimula la autonomía, empoderamiento¹ y mejoramiento de la calidad de vida de las personas y familias atendidas.

No menos importante es aclarar que dentro de las principales características de la visita domiciliaria no sólo se encuentra el tratamiento y curación de patologías, sino también se destaca por sobre ésta, la labor educativa y preventiva las cuales representan un papel fundamental durante todo el ciclo vital, es por esto que la visita domiciliaria puede ser considerada un instrumento primordial a la hora de reconocer factores de riesgo y factores protectores que pueden incidir en el estado de salud,

1. Empoderamiento: desarrollo y fortalecimiento de las capacidades. (Diccionario Real Academia Española)

por lo cual, ya reconocidos estos factores el panorama parece más claro a la hora de intervenir y gestionar las ayudas que no se encuentren al alcance del profesional.

Diferencias Conceptuales

Dentro de la definición de visita domiciliaria, se pueden encontrar algunos términos que pueden ser confundidos al momento de la realización de la visita, dentro de estos, se destacan cinco de las terminologías más usadas al momento de referirse a un mismo concepto, por lo cual resulta de vital importancia esclarecer y unificar los criterios que se utilizan en dicha actividad.

Se destacan:

Visita domiciliaria como una Actividad

Esta se describe como un conjunto de acciones y técnicas realizadas por un profesional, el cual puede pertenecer a cualquier disciplina.

Esta atención se encuentra enfocada a la mejoría y atención de las necesidades de la familia y el individuo, por lo cual debe cumplir con el requisito principal brindar apoyo diagnóstico, tratamiento y seguimiento continuo con una adecuada coordinación con profesionales y centros de referencia.

161

Este tipo de visita se encuentra dirigida principalmente:

- Pacientes postrados.
- Cuidados paliativos (Dolor).

En ambos casos el objetivo principal es cubrir una necesidad técnica u terapéutica inmediata.

Visita domiciliaria integral

La visita domiciliaria integral, se define como una actividad realizada por más de un integrante de un equipo, en donde se espera que el equipo se encuentre compuesto por variadas disciplinas, dado que con esto se logrará establecer una interacción más cercana y global con el paciente y la familia. Este tipo de visita presenta como principal característica la visión desde variadas perspectivas y esta es justamente una de las ventajas que muestra, ya que con esto se pueden abarcar problemas desde el modelo biopsicosocial y la intervención será adecuada a la realidad y al entorno que rodea al núcleo (persona o familia). (Minoletti, Narvaez, Caprile, 2008, p 28).

Características

- Actividad invasiva.
- Debe ser comprometida.
- Se debe mantener una comunicación continua dentro del equipo, la que debe incluir avances.
- Buen instrumento para la educación, ya que se presenta como un método continuo e interdisciplinario.
- Debe ser continua y planificada.
- Debe tener como principal objetivo el respeto y la autorización de las familias, ya que en esta actividad no solo un profesional intervendrá en la cotidianidad de su vida. (Minoletti, Narvaez, Caprile, 2008, p 28)

Atención domiciliaria

Se define como atención domiciliaria al conjunto de actividades desarrolladas dentro del marco domiciliario, las cuales incluyen variadas tareas, pero siempre en el marco de lo específico y no asegurando la continuidad, ya que la intervención se desarrolla en un período de tiempo "corto" e inmediato, siendo su principal finalidad la resolución de alteraciones que se encuentran presente en el momento de la visita.

162

Un ejemplo claro de la "Atención Domiciliaria" es la atención de urgencias en el domicilio: como es el caso de los infartos. (Cubillos, 2007, p 10)

Visita domiciliaria de rescate

La visita domiciliaria de rescate, se define como una actividad centrada netamente en la recuperación de pacientes inscritos en un programa o servicios, en Chile esta actividad se realiza con frecuencia en los niveles de salud primarios (consultorios o CESFAM). La importancia de esta visita es la recuperación de pacientes que en algún momento presentaron alteraciones de carácter crónico y que deben tener una monitorización continua y periódica. Así también esta actividad es una de las principales herramientas de rastreo estadístico. (Cubillos, 2007).

Visita domiciliaria como programa

Actualmente la visita domiciliaria es uno de los pilares fundamentales en lo que refiere prevención, promoción y educación, es por esto que dentro de los programas de salud chilenos se ha descrito como una actividad estimulante en la salud de la población.

La visita domiciliaria con el transcurso del tiempo ha presentado grandes ventajas, por lo cual se ha convertido en un programa que posee las

características de una herramienta, la cual incorpora objetivos, actividades específicas, normas de funcionamiento y supervisión, resultando de vital importancia en la unificación de criterios. (Velasco, Duran, 2003, p5)

Principales países gestantes de la visita domiciliaria

Como ya se mencionó con anterioridad, *Estados Unidos*, no sólo se propone como una potencia a nivel económico sino también sobresale en lo que refiere en innovación en programas públicos en salud, este no ha sido un hecho menor, ya que desde los años ochenta se pueden encontrar programas ligados a una de las ramas más importantes de la prevención y tratamiento “la visita domiciliaria”.

Uno de los principales programas que se destacan de la cultura norteamericana es el son “Proyecto Elmira”, el cual fue creado en los años ochenta, una de las principales características era la población a la cual era dirigido, esta población debía ser del sexo femenino y adolescente que se encontraran cursando su primer embarazo. En la población objetivo se planteó una guía la cual incluía intervenciones directamente desde el lugar donde residían y se desenvolvían. (Minoletti; Narvaez; Caprile, 2008, p 11).

163

Cabe destacar que dentro de las principales finalidades del proyecto se encontraban la disminución de los factores de riesgo tanto para la madre como para el niño pasado el año de vida, así también se logró demostrar que el seguimiento que se realizaba por medio de la visita domiciliaria aseguraba un mejor nivel de respuesta frente a las crisis familiares que se presentaban en este período.

El segundo de los programas iniciado en Estados Unidos, recibió el nombre de “Early Head Start”, dentro de este proyecto, la principal característica era la combinación de la visita domiciliaria, atenciones en salud y la atención en la educación de sala cuna. Este proyecto contaba con algunas similitudes al programa antes descrito, la cual era la población de mujeres embarazadas con el seguimiento del lactante hasta el año de vida, la diferencia radicaba principalmente en el nivel de pobreza a los cuales pertenecían las participantes.

Canadá, otro de los países innovadores a la hora de hablar de las visitas domiciliarias e intervención en grupos de riesgo, ya en el año 1998 se iniciaron las primeras visitas domiciliarias, guiadas a grupos de riesgo, la cual debía ser una población que cursara por la etapa prenatal hasta la etapa preescolar (3 años de edad), con estos rangos se aseguraba el se-

guimiento y la disminución de los potenciales riesgos psicosociales.

Inglaterra, país ampliamente conocido por sus parajes, turismo, economía y crecimiento, este último no hace referencia al crecimiento y estabilidad económica, también hace referencia al crecimiento social el cual es un ejemplo a nivel sanitario, ya que su políticas han privilegiado la prevención de la salud logrando en la actualidad una cobertura del 40% de atenciones en domicilios, este dato no resulta menor ya que los resultados con los que cuentan, demuestran que la intervención en el hogar ha dejado de ser un campo que sólo se tramitaba al ámbito familiar. (Minoletti, Narvaez, Caprile, 2008, p 11).

Los datos que se encuentran en lo que refiere a programas y estudios se trasladan inmediatamente al nombre de "Sure Start"², este programa cuenta con variadas características que se mantienen en la mayoría de los programas que ya se mencionaron con anterioridad. "Sure Start" mantenía la tendencia de las visitas en el domicilio guiadas por algún profesional capacitado el cual era capaz de entregar entrenamiento parental, apoyo familiar y cursos de apoyo para niños menores de cinco años en situación de riesgo social."

164

Si se comparan todos los programas, se puede observar la gran similitud entre ellos en los cuales destaca la protección a grupos de riesgo, y la prevención desde edades tempranas, no se debe olvidar que la población infantil a lo largo del mundo, representa una población la cual es un compromiso de gestión y cuidado social, así también se debe destacar que el impacto que causó la visita domiciliaria en todos los casos da como resultado de una forma u otra, el aumento de las potencialidades tanto fisiopatológicas como la disminución de la desnutrición, el aumento y fomento de la lactancia materna, la disminución de la mortalidad infantil y la disminución considerable de los riesgos psicosociales a los cuales son expuestos las poblaciones de mayor riesgo.

Efectividad de los programas internacionales basados en visitas domiciliarias continuas:

- Aumento y mejora de las habilidades entre el binomio padres e hijos.
- Disminución de problemas conductuales en niños (a).
- Mejoramiento en la calidad del ambiente familiar.
- Disminución de situaciones de riesgo, tanto personal como familiar.
- Mayor detección y manejo en lo referente a depresión post-parto.

2. Sure Start : Comienzo Seguro.

- Aumento y mejoramiento en la calidad del apoyo destinado a los padres. (Minoletti, Narvaez , Capride, 2005, p 12)

Todos estos resultados demuestran con hechos la efectividad de la intervención a nivel domiciliario, es por esto que en países del Sur del Mundo como Chile se ha decidido seguir los pasos de estas potencias con la modificación de las experiencias a la realidad que acontece a la población Chilena, es importante destacar que si bien Chile es un país de baja densidad poblacional comparado con países Europeos de alto crecimiento, se ha logrado mejorar variados aspectos sanitarios, basándose principalmente en la detección, prevención y empoderamiento de nuevas conductas en la población, un ejemplo de esto es la incorporación de las visitas domiciliarias tanto a nivel público como a nivel privado, así también se pueden ver resultados patentes en las estadísticas, las cuales sitúan a Chile como uno de los países de América del Sur con mayor gasto en salud y mayor impacto social si se logra comparar con países que se encuentran colindantes. Por lo tanto es necesario conocer como se lleva a cabo la visita domiciliaria en Chile.

Visita Domiciliaria en Chile

En Chile, al igual que en los otros países en donde se imparte la visita domiciliaria, los objetivos para llevar a cabo esta actividad son basados en la Promoción, Protección, Fomento y Rehabilitación de la salud, a través de educaciones e intervenciones a casos índices y a nivel familiar.

A pesar que es poca la información documentada de visita domiciliaria en Chile, diversas investigaciones y Jornadas de Visita Domiciliaria, han destacado la importancia e impacto que ésta tiene en la salud de los habitantes.

Un ejemplo de esto es lo ocurrido con un estudio que analiza los beneficios que aporta la visita domiciliaria en tres grupos de adultos mayores: sanos, frágiles y con enfermedades crónicas. Los resultados demostraron que las visitas domiciliarias periódicas al grupo de adultos mayores sanos mejoraban su capacidad de autocuidado, su percepción de seguridad, aumentando su autonomía; en el caso de los adultos mayores frágiles, la realización de las visitas mostró disminución del número de caídas por aumento de la capacidad funcional; y en los adultos mayores con enfermedades crónicas al recibir visita profesional en forma frecuente permitió un mayor cumplimiento de los cuidados y tratamientos indicados, con disminución de recaídas (Brugerolles, 2008, p. 19).

Por lo tanto este estudio demuestra que las visitas periódicas al domicilio de los usuarios por parte de los profesionales de la salud cumplen un papel importante en la actividad de la promoción de salud y prevención de enfermedades.

Otro estudio que demuestra la eficacia de la ejecución de la Visita Domiciliaria en Chile, corresponde a una investigación realizada en relación a la importancia de la continuidad en la Visita Domiciliaria, este estudio se realizó a un grupo de adolescentes embarazadas y madres con niños hasta 12 meses, de una comuna con nivel socioeconómico bajo, con un seguimiento de 4 años, entregándose material educativo y trabajando directamente el centro de salud con el grupo de estudio. La evaluación se realizó a corto y mediano plazo con 2 etapas, la primera cuando los niños cumplieron 12 meses y la segunda a los 48 meses de estos. Los resultados a los 12 meses del niño, fueron mejores puntajes en sus EDP en el área de lenguaje, en relación a los niños de 12 meses que se atendían de manera regular en el consultorio, mejores niveles de estado nutricional con disminución de los rangos de sobrepeso y obesidad, luego se dejó de realizar visitas domiciliarias por 2 años y a los 48 meses se volvió a evaluar a estos niños y se descubrió que en todos los resultados positivos que se obtuvieron a los 12 meses se invirtieron. Por lo tanto si no hay intervención de mantención, los resultados positivos obtenidos desaparecen si no son reforzados continuamente (Aracena M., 2004).

166

En Chile, la visita domiciliaria ha pasado de ser una "Atención Domiciliaria Tradicional", la cual se centra sólo en la resolución de problemas curativos puntuales en el hogar, a ser una "Atención Domiciliaria Moderna", la cual además de poseer lo de una atención tradicional, incluye elementos de educación, fomento del autocuidado y potenciación de la capacidad del paciente y sus familiares para que afronten de una manera óptima el problema planteado, proporcionando una asistencia integral, eficaz y continuada en el tiempo. (Tarabíán, 2001, p. 360).

Es importante conocer cuál es la población diana³ de la atención domiciliaria, en los que se encuentran:

- Ancianos de alto riesgo:
- Adultos mayores de 80 años.
- Con enfermedades graves o invalidantes.
- Con altas recientes hospitalarias.

3. Diana: es la población en la que se realizan las intervenciones, definido principalmente por sus características clínicas y demográficas (Robledo M., 2004, p. 1).

- Ancianos abandonados, con carencia de familia.
- Pacientes crónicos.
- Pacientes con discapacidad física o psíquica.
- Pacientes con enfermedades terminales.
- Hospitalización a domicilio.
- Pacientes con procesos agudos o crónicos, con dificultad en el acceso a los centros de salud.
- Pacientes con utilización de procedimientos invasivos (de larga duración o permanencia), ejemplos, sondas nasogástricas, sondas folley.
- Familias monoparentales.
- Pacientes con determinadas características demográficas, geográficas y/o socioeconómicas. (Tarabián, 2001, p. 366).

En las intervenciones realizadas en las visitas domiciliarias a la población Diana ya mencionada, se pretende incorporar por medio del traslado temporal hacia el hogar de los pacientes, medios materiales e instrumentales, para mantener una asistencia médica y de enfermería al mismo nivel que se realizaría en un Hospital, permitiendo que los pacientes disfruten de su permanencia en el hogar, de la seguridad y cariño de sus familiares. La indicación de esta asistencia es más habitual en ancianos y enfermos crónicos graves, en los cuales al realizar las visitas domiciliarias periódicas, se evita la institucionalización de estos pacientes, manteniéndolos en su contexto habitual.

Los enfermos terminales también son un grupo frecuente en los cuales se realizan visitas domiciliarias, la mayor parte de estos pacientes prefieren estar en su hogar el tiempo de vida que les queda rodeado de sus seres queridos y no fallecer en un hospital. (Tarabián, 2001, p. 367).

Al utilizar la hospitalización domiciliaria, muchos hospitales han reducido el número de camas de agudos, percibiendo esta atención como un buen medio para reducir la estancia de sus pacientes y así disminuir la demanda de camas.

En Chile se realizó un estudio años atrás en donde se visualiza ésta situación, debido a la gran demanda de hospitalización del área sur de la región Metropolitana, en el Hospital de Niños Ezequiel González Cortés, se estableció un consultorio de "alta precoz controlada" anexo al hospital a cargo de médicos residentes y enfermeras (os) universitarios, los cuales realizaban visitas domiciliarias a los niños que cumplían con el criterio de continuar su hospitalización en sus hogares, considerando las características de su patología que requiera de un reposo prolongado, como es el

caso de niños con glomerulonefritis difusa aguda, enfermedad reumática, procesos pulmonares crónicos, entre otros, de esta manera al continuar con los cuidados pertinentes en sus hogares, estos niños se recuperaban de una manera más rápida, rodeados de su familia y de su propio ambiente, y a su vez al reducir su tiempo de estancia en los hospitales favorecían a los servicios hospitalarios, conservando más números de camas, para una nueva hospitalización. (Cassorla L., 1974, p. 132).

La visita domiciliaria a nivel público y/o privado requiere de la utilización de etapas para su correcto funcionamiento, las cuales son necesarias para aplicar una atención integral al paciente y a su familia.

Consideraciones éticas

Los profesionales que realizan las visitas domiciliarias, tienen la oportunidad de introducirse en la familia del paciente formando relaciones con la familia y con el paciente, las cuales se deben basar en el respeto y confianza mutua. (Alarcón, 1998, p. 165).

No se deben olvidar algunas consideraciones éticas al realizar las visitas domiciliarias, las cuales son las siguientes:

- La visita domiciliaria debe realizarse con el acuerdo de la familia.

- Muy importante es la confidencialidad de la información, la cual es la base para el establecimiento de una relación de confianza.

La enfermera (o), en toda atención que realice debe mantener presente los cuatro principios de la bioética, como es el principio de autonomía, en el cual el paciente decide libre de influencia externa en conformidad con un plan de acción que el mismo ha elegido, el principio de no maleficencia, en el cual los profesionales de salud tienen la obligación de no hacer daño intencionalmente, actuando éste como un principio básico de todo sistema moral, el principio de beneficencia, el cual es la obligación moral de hacer el bien y por último el principio de justicia que se refiere a la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades. (Ferrer, 1995, p. 9).

Siempre se debe recordar que existen Derechos del paciente, los cuales se deben tener presentes si el paciente se encuentra hospitalizado en una institución o en su propio hogar, entre ellos se encuentran: "El paciente tiene derecho, una vez agotadas las posibilidades de tratamiento de su enfermedad, a una muerte digna", el paciente al estar inserto en su hogar, como ya se ha mencionado ayuda a que haya preparación para la muerte

tanto en su familia, como en el propio paciente, el cual se encuentra rodeado de su ambiente con sus seres queridos, logrando tener una muerte digna. Otro derecho es, “el paciente tiene derecho a que las instituciones sanitarias, proporcionen: una asistencia técnica correcta, con personal cualificado, un aprovechamiento máximo de los medios disponibles y una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.”, el paciente al estar en su hogar debe contar con todos los requerimientos necesarios, tanto a nivel público como privado los profesionales de la salud, deben brindar al paciente una buena estadía en sus hogares. (Alarcón, 1998, p. 164 y 165).

Es probable que en algunas ocasiones se presenten situaciones difíciles, en las que el profesional que se encuentre realizando la visita domiciliaria deba tomar decisiones apresuradas. En este tipo de situaciones es importante tener presente que si el visitador se siente inseguro, debe protegerse y proteger a otros, aunque esto signifique dejar la situación, siempre respetar las diferencias culturales y familiares, aunque las creencias del visitador sean otras, ser honesto con las familias acerca de lo que pueden esperar del visitador domiciliario, en el comienzo de la relación se debe informar acerca de la confidencialidad del proceso y sobre las circunstancias en las que ésta puede romperse. (Minoletti, Nárvaez, Caprile, 2008, p. 24).

169

En nuestro país se comenzó a implementar un sistema integral, el cual dentro de sus planificaciones otorga gran importancia a la visita domiciliaria, este Programa es realizado a nivel nacional llamado Chile Crece Contigo, con el cual se espera que incremente el número de visitas domiciliarias.

Participación del Programa Nacional “Chile Crece Contigo” en las visitas domiciliarias

El Programa Nacional Chile Crece Contigo ofrece un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales de calidad que apoyan al niño (a) y a su familia a alcanzar un máximo desarrollo de sus potencialidades. Este programa se centra principalmente en la infancia temprana, la cual ha demostrado que este periodo es significativo para el desarrollo biológico, motor, cognitivo y psicosocial infantil. Muchas de las intervenciones implementadas en este programa, son realizadas en el hogar a través de la visita domiciliaria, lo cual ha demostrado producir efectos positivos en el desarrollo infantil, en la relación padres e hijos, y en el entorno en donde se desenvuelven estos niños.

Las visitas domiciliarias son realizadas a niños y niñas menores de 6 años y con familias que se encuentren en situación de vulnerabilidad, la estrategia de este programa es mantener una evaluación a estas familias desde el período de gestación.

Hay 2 dos formas de detección de vulnerabilidad o riesgo para intervenir en las visitas domiciliarias por medio del Programa Chile Crece contigo:

1. Aquellas mujeres que presentan uno o más factores de riesgo considerados en la Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA), pauta que ha sido aplicada al ingreso del control de la gestación.

2. Detección activa por parte del equipo de salud de situaciones de riesgo o dificultades para el desarrollo del niño/niña en los controles de salud desde 0 a 6 años. (Minoletti, Nárvaez, Caprile, 2008, p. 19).

Es necesario tener presente que se debe aplicar el criterio clínico, considerando la historia familiar, la situación actual de la familia y la evaluación del o los factor(es) de riesgo y protectores para tomar decisiones sobre el nivel de urgencia en lo que refiere a la realización de una visita domiciliaria integral, es en estas decisiones donde la intervención profesional resulta indispensable y en donde se refleja la participación de los conocimientos de los distintos profesionales que participan en la visita.

La Enfermera como parte del equipo de visitas domiciliarias

Cuando se habla de visitas domiciliarias, la enfermera representa el pilar principal, ya que esta es la encargada inicialmente de las gestiones en lo que refiere a coordinación tanto con los centros de referencia como con los profesionales del equipo que se involucraran en el caso, también es importante destacar que la labor de la enfermera dentro contexto técnico-administrativo, ya que de ésta se generaran pautas de intervención y cumplimiento.

Un ejemplo de la actividad que debe realizar la enfermera es la coordinación del traslado de un paciente a su domicilio, hasta su asistencia e inclusión en programas crónicos como lo es "postrados". Por lo tanto la enfermera (o) realiza una labor importante dentro de un establecimiento de salud, como en el hogar de un paciente, en donde se definirá el tipo de rol que cumpla según el tipo de atención prestada, es por esto que es importante conocer cuáles son los roles de enfermería en la visita domiciliaria.

Como se describió en el punto anterior, la enfermería dentro de la Visita Domiciliaria, representa uno de los mayores ejes a nivel de coordinación intersectorial dentro del proceso, ya que es la encargada de seleccionar la información, clasificar la real necesidad y coordinar las atenciones, ya sea con redes cercanas o redes de atención ligadas al centro de salud u institución.

Resulta fundamental destacar que la intervención por parte del personal de enfermería, es una intervención programada, la cual presenta como característica un gran interés social y humano, así también no se debe olvidar que dentro de todos los participantes, existen algunos de estos que pertenecen a voluntariados o carreras técnicas ligadas a la enfermería, pero “se ha demostrado que la visita domiciliaria a cargo del personal de enfermería nivel superior han presentado un 50% mas de éxito” (Lowe,2007). Esto se explica principalmente ya que las enfermeras se encuentran capacitadas para poder realizar las actividades tanto técnicas como informativas basadas en respaldos científicos que la avalan.

No se debe caer en el error de pensar en una enfermería domiciliaria netamente pública, ya que en la actualidad los roles de ambos sistemas (sistema público y privado de salud) han logrado marcadas diferencias en el quehacer, diferenciándose principalmente en la calidad, cantidad y tipo de trabajo a realizar, es por esto que la oposición del sistema público y privado, han provocado marcadas diferencias en la opinión tanto de los prestadores como de los usuarios.

Visitas domiciliarias a nivel público

Las visitas domiciliarias a nivel público de salud, se reflejan con la participación activa del personal de enfermería, la cual debe coordinar desde la recepción de la información hasta la clasificación de ayudas en red, incluyendo atenciones técnicas y educativas dentro de la atención, esto no es menor ya que debemos recordar que a nivel público el personal de enfermería se encuentra con un marcado déficit el cual es cubierto por el aumento de la carga laboral que en el caso de las visitas domiciliarias se traducen en una significativa disminución.

La realidad de Chile según lo que corresponde a las visitas domiciliarias, si se habla del sector de prestaciones públicas, se asocia principalmente a la atención de salud primaria, la cual debe mantener una enfermera encargada de poblaciones subdefinidas y mantener un control actualizado de cada una de las personas las cuales necesitan visitas por

parte del equipo médico, está última es una de las principales tareas, ya que inicialmente es de importancia comprender los grupos de riesgo, conocer la comunidad y evaluar las herramientas con las se cuenta, ya que si bien las visitas domiciliarias tratan generalmente de satisfacer las necesidades en ocasiones esta necesita mucho mas que capital humano para la realización comprendiéndose esto como insumos de alta calidad y transporte.

Visitas domiciliarias a nivel privado

Es un error pensar que en la actualidad las visitas domiciliarias son de carácter netamente social, ya que en estos tiempos esta área de atención ha tenido gran inclusión en lo que refiere grandes y pequeñas empresas dedicadas al cuidado de personas en estados de dependencia ya sea cualquiera leve o moderada o severa un ejemplo de estas son el cuidado de pacientes postquirúrgicos o crónicos.

Dentro de la atención privada de salud, grandes clínicas han desarrollado programas los cuales demuestran que si se logra modificar las características del hogar a las características de la atención hospitalaria, la mejoría sería mas rápida ya que la inserción en un entorno previamente conocido, entrega herramientas emocionales para el paso de estas crisis, es en este momento donde la enfermería toma el papel principal, no en la coordinación de cambios, ya que en este caso sólo se acota su actividad a la realización de técnicas según las necesidades del paciente. Cabe destacar que la atención privada, presenta otra prioridad en los objetivos, por lo cual la enfermera mantiene un rol de supervisión y manejo de las técnicas de complejidad. (Orb; Santiagos, 2005, p 4)

En la actualidad se conocen variados prestadores de este tipo de atención, los cuales como principal enganche comercial aseguran la atención por parte del personal de enfermería de educación superior.

Una de las empresas presentes en Chile describe que cada enfermera debe mantener una cobertura diaria de seis pacientes, en los cuales tendrá un rendimiento aproximado de dos horas, en la visita deberá intervenir prudentemente las necesidades que el paciente presente en ese instante y si este presentará alguna urgencia la empresa encargada de los servicios deberá redistribuir las atenciones.

Dos realidades: servicio de salud público y privado

Un ejemplo patente de la diferencia de roles en lo que refiere a enfermería, es el tipo de atención a realizar, si se logra dimensionar las condi-

ciones se observaría que una enfermera perteneciente al sistema público de atención tendrá variadas aristas de trabajo, pasando desde la administración hasta la práctica clínica inmediata, no siendo el caso del sistema de salud privado el cual otorga tareas a realizar de forma esquematizada sin la necesidad de coordinar atenciones por otros profesionales y asegurando el cumplimiento de las tareas previamente acordadas a una bitacora de trabajo, así también los costos resultan evidente mas altos en el sistema privado, ya que los insumos (medicamentos, material clínico y costos tecnológicos) no se tienen a disposición en ambos niveles, pero en la atención privada se ha logrado demostrar que los costos de la atención domiciliaria resultan menores a la mantención de pacientes en unidades institucionalizadas como clínicas y establecimientos de cuidados especiales.(Orb; Santiago, 2005, p13)

Se debe mencionar que en ambos sectores la matriz es la misma, pero la forma de práctica hace la diferencia, es lo que conocemos como modificación y que en este caso proviene de la transformación de la estructura teórica ejecutada en el quehacer de enfermería, siendo una de las principales teorías utilizadas, la teoría de Virginia Henderson, la cual se puede ver expuesta en ambos sistemas de salud.

173

Marco Metodológico

Tipo de Investigación

“La visita domiciliaria es reconocida como el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio u habitación de las personas que lo necesiten”. (Roca de Ubeda, (op cit p. 195)).

Según la investigación descrita, se plantearon variados objetivos de los cuales nació la principal interrogante “el rol de enfermería en la visita domiciliaria, tanto a nivel público como privado”, de la propuesta, se hace necesario describir y afrontar el tema desde la mirada de la investigación cualitativa, la cual hace referencia a las experiencias y expectativas subjetivas del entrevistado, que en este caso fue representado por el personal de enfermería que se encontraba involucrado activamente en visitas domiciliarias.

Si bien la elección de la metodología cualitativa en el tema propuesto, se inicia de la necesidad de responder que la cantidad es parte de la cualidad, además de dar mayor atención a lo profundo de los resultados y no

a la unificación y generalización de estos. (Rudy Mendoza, p.1). Así también es importante mencionar que “El método cualitativo parte desde el conocimiento real acerca del cual se quiere hacer un concepto” (Mella, 2003 p.21).

En la investigación ya propuesta se permitió un análisis interpretativo de una actividad planteada, de la cual se extrajo vivencias del personal de enfermería y se respondieron las principales interrogantes que se plantearon en un comienzo, esto se logró con uno de los métodos investigativos el “estudio de caso”, ya que este presenta la característica de entregar información de forma certera y concreta acerca de las vivencias, que en este caso se remontaría al rol de enfermería en la visita domiciliaria.

Sujetos del estudio: la población en estudio correspondió a 4 profesionales Enfermeros Universitarios, dos de ellos pertenecientes al sector público y los otros dos al sector privado, los cuales conciernen a los propósitos específicos de la investigación.

Los enfermeros universitarios del sistema público corresponden al nivel primario, dos de ellos al CESFAM Juan Pablo II (comuna Padre Hurtado). Los enfermeros que corresponden al sistema privado laboran en HELP y en Clinic Medical Home Chile.

174

Para la selección de este grupo de enfermeros, debían poseer los siguientes criterios de inclusión:

- Impartir la enfermería domiciliaria en sus quehaceres profesionales.
- Realizar visitas domiciliarias a nivel público o privado.
- Enfermeros con experiencia en la visita domiciliaria.

Técnica: la Entrevista en Profundidad, o también llamada entrevista a fondo, la cual es una entrevista personal de manera exhaustiva, logrando que un solo encuestado hable libremente y exprese en detalle sus creencias y sentimientos sobre un tema. (Carrete, 2007).

Se debe tener presente al momento de aplicar las entrevistas a los sujetos de estudio, mantener siempre una actitud profesional, controlar las emociones, ser reflexivo, no presionar, ver el escenario y a las personas desde una perspectiva holística, suspender o apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. (Taylor y Bogdan, 1986, p. 20).

La entrevista en profundidad, se realizó a 4 enfermeros universitarios que imparten visita domiciliaria (dos enfermeros de nivel público y dos enfermeros del nivel privado), previo a la firma del consentimiento in-

formado, con lo cual se permite utilizar los datos para los fines de esta investigación. Las entrevistas fueron realizadas en un ambiente propicio, sin interrupciones que permitió al entrevistado desenvolverse y expresar sus vivencias.

Análisis de Contenido

Categoría 1: Rol

Dentro de las relaciones humanas se pueden observar diversas funciones, las cuales se encuentran determinadas por nuestro ciclo vital, a nivel social y cultural, es lo que se define como rol. Es importante rescatar que hay roles que se cumplen durante toda la vida, como el rol de hijo, en cambio hay otros que se adquieren con el paso del tiempo como los son el rol de pareja, luego el rol de madre así también el rol de profesional, como por ejemplo el rol que ejerce la enfermera (o) en su actuar profesional.

Dentro de la atención de enfermería domiciliaria, tanto del sector público como del sector privado, se puede observar que el rol que adquieren los protagonistas sin importar el sistema de salud en el cual se encuentren desempeñando su trabajo está basado en las cuatro principales áreas como lo son: la educación, la gestión, la administración y la asistencia al paciente. Se debe mencionar además que estas áreas son la finalidad de los profesionales de enfermería en la atención con el paciente en su domicilio, realizándose en ambos sistemas de salud de distintas maneras, pero persiguiendo una misma finalidad "El bienestar del paciente".

Se debe destacar que la enfermera (o) además de realizar los roles ya mencionados, se convierte en un observador e interlocutor permanente de la realidad del hogar del paciente, interactuando con la familia sin importar si las visitas domiciliarias se realizan a nivel público o privado.

Es por este motivo que la categoría de rol se dividirá en 2 subcategorías:

- Observación de una realidad.
- Comunicador entre institución y familia.

Subcategoría Nº 1: Observación de una realidad

La enfermera (o) al realizar la visita domiciliaria se introduce en el ambiente habitual del paciente, presentando como principal característica

la visión desde variadas perspectivas, ya que con esto se pueden abarcar problemas desde el modelo biopsicosocial y la intervención será adecuada a la realidad y al entorno que rodea al núcleo (persona o familia). (Minoletti, Narvaez, Caprile, 2008, p 28).

Por lo tanto, podemos decir que la observación dentro de la visita domiciliaria no sólo se transforma en un elemento más de esta actividad, sino mas bien se presenta como una de las herramientas fundamentales, tanto para forjar la planificación de actividades hasta la posterior evaluación de éstas. Es importante destacar que la participación del personal de enfermería en la visita domiciliaria hace la diferencia entre el ver, el mirar y observar, siendo este último la característica que entrega mayor atención y especificidad.

Al preguntar a los entrevistados nos encontramos con las siguientes respuestas:

...Generalmente te transformas en un espectador más de la realidad inmediata del paciente y la familia...

...Cuando tu llegas a la casa, te encuentras con la realidad de los pacientes, te das cuenta como están viviendo...

...Uno es el encargado de observar el ambiente y ciertas cosas que en la atención mismas no se ve...

De las referencias que se destacan anteriormente, se puede desprender que dentro de los aspectos a cuestionar es ¿Por qué se tiene este sentimiento de descubrir e indagar en este tipo de atención?, principalmente podemos asegurar que esta atención parece tener mejores resultados en todo ámbito, ya que la cercanía y la continuidad de las visitas, representan un terreno fértil para entablar relaciones de confianza y fidelidad, lo que a largo plazo generaría sentimientos de cercanía en ambas partes (tanto del paciente como del profesional de enfermería), permitiendo en una primera instancia al paciente poder abrir su mundo e intimidad ante un espectador que resulta ser el profesional de enfermería domiciliaria.

Así también, es importante destacar que dentro de las cosas que se lograron percibir en el momento de la entrevista, es una sensación de tercera persona, algo casi invisible y paralelo al profesional, ya que la confianza y discreción es algo que en la mentalidad de las personas visitadas no compatibiliza con la evaluación de acciones, de la manera de vivir y de actuar.

Es necesario destacar, que al acudir al hogar del paciente se aclaran ciertas interrogantes que surgen en la atención en un institución (consultorios, hospitales), como por ejemplo, porque se mantiene un niño con un diagnóstico de Síndrome Bronquial Obstructivo recurrente, o porque un adulto mayor presenta cuadros repetitivos de infecciones respiratorias, lo cuál se responde inmediatamente cuando el profesional de salud, acude al hogar y encuentra que las condiciones del hogar son deficientes y deplorables para un óptimo cuidado de los habitantes del hogar. Es por este motivo que es muy importante el rol que desempeña la enfermería domiciliaria, ya que estos profesionales son los encargados de pesquisar de manera directa el verdadero estado de salud, valorando el entorno familiar y social del paciente de una manera amigable y cercana. Permitiendo de este modo hacer una valoración mucho más amplia y completa, pues la visita permite identificar los factores que están influyendo en el mantenimiento de la salud.

Dentro de los roles de la enfermera en la atención domiciliaria, la observación, no sólo se dirige al paciente y a su familia, sino más bien realiza una valoración completa, y sobretodo al personal de salud que trabaja con los pacientes de manera directa, como es el caso de atención domiciliaria a nivel privado, en donde cada paciente posee cuidadoras (personal técnico paramédico) a su cargo.

177

...Aparte de ver al paciente en la visita, tengo que observar al personal técnico en sus quehaceres...

De acuerdo con esta referencia, podemos profundizar que mas allá de una visita con objetivos asistenciales, también se observa algo tan frágil como son la supervisión del personal, que si bien poseen la confianza de un equipo de trabajo, también realizan trabajos mecanizados que muchas veces disminuyen la calidad de la atención y aumentan la posibilidad de errores en las prácticas diarias de las tareas, es por esto que al referir esta cita, los entrevistados admiten un manejo de la supervisión de manera mas educativa y cercana, ya que ante todo es mejor continuar una relación cercana y confiable, que una relación de frialdad en la cual la omisión se transforma en un elemento de prevalencia.

Por lo tanto, al acudir al hogar del paciente sólo por medio de la observación se pueden detectar los factores de riesgo y protectores de manera directa que influyen en la salud y en el proceso de recuperación del paciente.

Subcategoría N° 2: Comunicador entre institución y familia

Muchos pacientes se encuentran con enfermedades que les impiden deambular o acudir a algún centro de salud, por lo cual se decide realizar las visitas domiciliarias, ya sea por medio del Programa Postrados, o por solicitud de atención privada, transportando la atención desde el centro de salud a su propio hogar, esto otorga que el enfermero (a) se transforme en el comunicador entre el centro de salud y la familia:

...Es como que fuera un canal de comunicación entre la familia, el equipo y la empresa... tienes que estar pendiente de todo...

...Somos el puente entre el CESFAM y la familia...

De acuerdo a estas referencias, nos podemos dar cuenta de la importancia de la labor de enfermería durante la realización de las visitas domiciliarias, ya que éstas no sólo se marginan a la atención asistencial del paciente, si no más bien a un conjunto de situaciones las cuáles lograrán mejorar la calidad de atención.

Categoría N°2: Enfermería un quehacer humano

178

Se debe considerar que la profesión de enfermería va mas allá de entregar cuidados y atención de salud al paciente, ya que compromete el área humana aplicando siempre en sus intervenciones la interacción con el prójimo, en donde no existe la visión biomédica con el paciente, más bien se valora utilizando una visión biosicosocial, demostrando la importancia que posee para un paciente que necesita recuperar su salud mantener un equilibrio en su aspecto emocional, social, biológico y sin dejar de lado su aspecto espiritual. Son estas características las que proporcionan que la carrera de enfermería sea una profesión involucrada con el ser humano valorándolo de manera integral.

Al hablar de enfermería domiciliaria, inmediatamente podemos referir que los pacientes atendidos por este sistema son en su gran mayoría pacientes desahuciados o con patologías crónicas irreversibles, es por esto que a medida que pasan los años todos los profesionales logran referir que la atención domiciliaria les proporciona mejorar su labor humanitario con el prójimo, mejorando la proximidad que se mantiene con el paciente y generando a su vez satisfacciones personales, por los objetivos y logros cumplidos en la atención del paciente a visitar.

De acuerdo a lo anterior, esta categoría será dividida en dos subcategoría.

- Sensación de bienestar
- Proximidad con el prójimo

Subcategoría N°1: Sensación de bienestar

Es importante referir primeramente, que la sensación de bienestar se define en términos generales, a aquel estado o situación en el cual la satisfacción y la felicidad dominan, pero debemos aclarar que este significado puede observarse en diferentes contextos de la vida, ya sea en lo económico, la vida personal, la vida profesional y la vida espiritual, por lo cual el estado de bienestar puede estar representado por diferentes cosas dependiendo del sujeto.

Si hablamos de satisfacciones en el ámbito profesional, la enfermería puede ser una de las pocas carreras que proporciona un sinnúmero de satisfacciones, ya que debemos recordar que la enfermería es una mezcla de habilidades técnicas, teóricas y humanas, que hacen de esta profesión una rica experiencia, ya que entrega vivencias enriquecedoras al compartir las habilidades que posee con otro ser humano que requiere de sus cuidados.

En la visita domiciliaria nos encontramos generalmente con una enfermería de carácter social, la cual se caracteriza tanto por una mayor carga laboral y emocional, este último punto se destaca dado que el personal de enfermería que realiza visitas domiciliarias, generalmente garantiza continuidad por un tiempo indeterminado, siendo esto lo que permite al personal observar evoluciones, que si logran ser satisfactorias entregan innumerables satisfacciones, tanto profesionales como personales.

179

Dentro de mis principales satisfacciones es ver la evolución de los pacientes, porque los ves día a día...

Así también es importante mencionar que en todo orden de situaciones, las mayores satisfacciones de la visita domiciliaria por parte del equipo de enfermería, es ver óptimos resultados del trabajo realizado a lo largo del tiempo.

...La principal satisfacción es observar que estoy haciendo bien el trabajo... y que llegamos a nuestra principal finalidad que es mantener el bienestar del paciente.

Que el paciente logre mejorar o por lo menos logre mantener una vida relativamente normal es mi principal satisfacción, me siento pagado solo con saber que estoy ayudando a alguien con mi trabajo.

Es en estas referencias, donde nos damos cuenta que la calidad y la validez de los conocimientos forjados durante la vida profesional, tienen una repercusión significativa en la atención domiciliaria no tan solo para el enfermero (a), sino también para un núcleo de participantes, el paciente y su entorno.

Como ya se menciona con anterioridad la visita domiciliaria, presenta como principal característica, la interacción tanto de relaciones personales y técnicas profesionales, por un período continuo e indeterminado el cual garantiza no solo la atención, sino también la involucración de sentimientos los cuales incluyen el apoyo al paciente y al núcleo que lo rodea.

...Mmm... esa sensación de corazón lleno, no te olvides que siempre involucras sentimientos... por lo tanto cuando tienes sentimientos tienes satisfacción ante un futuro, más auspicioso...

Subcategoría N° 2: Proximidad con el prójimo

Una de las definiciones de proximidad que se encuentran en la literatura es cercanía, la cual en el contexto de esta subcategoría, aboca a la cercanía que se produce con el paciente en la visita domiciliaria.

La cercanía, se produce entre la enfermera (o) y el paciente, nace del resultado de una relación de confianza mutua, en la cual la seguridad parece ser uno de los elementos primordiales de esta relación, así también es importante mencionar que una relación basada en el contexto de un ambiente cercano y cotidiano, proporciona una de las mejores herramientas de conexiones hacia el entendimiento y proximidad de quien se atiende, lo podemos observar en las siguientes referencias.

...Bueno el acercamiento de la persona y verla tal cual es, genera una sensación de satisfacción y seguridad...

La persona te recibe, y se entabla una relación más amena, logrando incorporarse en su ambiente...

Como se mencionó en categorías anteriores, podemos referir que la realización de visitas domiciliarias, proporciona uno de los mejores ambientes si se habla de proximidad, ya que el paciente se encuentra inmerso en su ambiente al cual reconoce como territorio de seguridad y de confianza, no así los lugares de atención tradicional, los cuales se encuentran sujetos a interrupciones, relaciones alejadas y ambiente hostil, el cual se traduce en la pérdida de la confianza.

Me gusta eso de visitar las casas, y que la gente te conozca, porque más

adelante, ya hay una relación más cercana...

De los profesionales que se entrevistaron, podemos referir que estos prefieren ampliamente la atención domiciliaria, ya que sus cualidades proporcionan un entendimiento mutuo en lo que se refiere al establecimiento de relaciones enfermero-paciente.

Categoría Nº 3: Inconvenientes

Al realizar visitas domiciliarias, ya sean estos a nivel público como privado, se pueden encontrar obstáculos o barreras que van desde la etapa de planificación, programación, ejecución y evaluación, las cuales deben poseer siempre procesos de administración y de investigación. (Rosales Barrera, año 1999, página 17).

La palabra inconveniente refiere inmediatamente a un obstáculo o barrera que se presenta en el cumplimiento de algún objetivo cualquiera sea este, tanto en el ámbito personal como en el ámbito laboral, así también es importante destacar que los inconvenientes provienen directamente desde la necesidad de satisfacción y bienestar que provoca alguna situación que se desea, pero si esta situación no se logra con éxito las personas deben acudir a las herramientas que se han forjado durante el transcurso de la vida para poder superar de forma satisfactoria estas situaciones que parecen en algún momento causar frustraciones tanto a nivel personal como laboral, ya que ambos niveles conviven de forma paralela en la vida de todo ser humano, siendo imposible dividir estos sentimientos.

Es por este motivo que se ha construido una subcategoría para interpretar de mejor manera cuales son los inconvenientes que los profesionales de enfermería domiciliaria presentan en su actuar:

Subcategoría Nº 1: Frustraciones en el quehacer de enfermería domiciliaria.

Subcategoría Nº 1: Frustraciones en el quehacer de enfermería domiciliaria

Así como existen satisfacciones, también existen inconvenientes y frustraciones las cuales son descritas como un sentimiento desagradable en virtud de expectativas previamente propuestas por un individuo, también es importante mencionar que la frustración nace de un fenómeno psicológico, el cual puede identificarse como un conjunto de sensaciones y emociones que se categorizan en forma general como "disgregación emocional de un individuo".

Si logramos observar al sujeto adulto, podemos decir que dependiendo de su etapa, se clasifican el nivel de frustraciones, ya que debemos recordar que estas van desde las frustraciones personales y las profesionales, las cuales están determinadas por numerosas variables como la personalidad, la inteligencia y la inteligencia emocional.

A lo largo de la historia, la enfermería ha tenido grandes satisfacciones, pero también frustraciones tanto técnicas como emocionales, las cuales están sujetas al nivel de competencias personales y profesionales, por lo cual si hablamos de enfermería domiciliaria podemos referir que dentro de las principales frustraciones se encuentran los elementos extraprofesionales, los cuales se encuentran ligados a variables dependientes, las cuales van desde los tiempos, el material y los empleadores.

Todo te parece que está en tu contra...el tiempo, el trafico etc...

...No contamos con equipos y aunque contáramos con uno no tenemos a un cardiólogo...

...Que no está el vehículo, que se atraso o que se ocupó en otras actividades...

182

Así también, dentro de las frustraciones citadas por los entrevistados, se encuentran áreas de coordinación y gestión, que si bien están bien cubiertas, son fácilmente dependientes de otras áreas que muchas veces no se encuentran al alcance de las competencias profesionales, es en este momento donde las frustraciones profesionales se convierten en personales, logrando intervenir en la tranquilidad de la vida cotidiana, es este último punto donde sobresalen las capacidades de manejo y resiliencia adquiridas a lo largo de la experiencia laboral.

...Si no te has programado la visita bien con el usuario, muchas veces no encontramos al usuario en la casa...

...Las principales actividades de la visita es la programación, si no lo haces.... Ya nada resulta, te frustras y terminas desilusionada de esta actividad...

...Es la ansiedad de las familias, eso te estresa, te pone en un escenario tenso...

Categoría N° 4: Vivencias de muerte

La profesión de enfermería está siempre ligada con el proceso de ayuda a recuperar la salud de la persona enferma, pero muchas veces se deja

de lado cuál es el acercamiento, los sentimientos y percepciones que este profesional mantiene con la vida y sobretodo con la muerte, ya que en reiteradas ocasiones se trabaja de manera estrecha con pacientes desahuciados, con enfermedades crónicas o de riesgo vital.

Quizás en muchas ocasiones este acercamiento provoca en estos profesionales de salud, mayor capacidad de afrontamiento de la muerte, ya sean de sus familiares, o la propia, mientras que en otros posiblemente se establece una mayor sensibilidad que los hace más susceptibles en sus trabajos y abarcando estas emociones a nivel familiar.

Es por esto que se confeccionaron subcategorías para conocer cuál es el compromiso emocional que presenta el profesional de enfermería al estar tan cerca de la vida y la muerte al visitar a los pacientes en sus propios hogares, además de conocer si estos sentimientos cambian dependiendo del sistema de salud en que se encuentren insertos (público o privado).

Subcategoría N° 1: Enfrentamiento ante la muerte

A lo largo de la vida del ser humano existe lo que llamamos ciclo vital, el cual comprende un desarrollo progresivo de etapas, que van desde el nacimiento hasta la muerte. Como profesional de salud, se encuentra una estrecha relación con el acercamiento y enfrentamiento de la muerte del paciente, de su familia, y como el mismo profesional enfrenta la muerte de su paciente. Muchos entrevistados sugieren que al atender al paciente se ven reflejados de alguna manera ellos mismos:

...Tú te ves reflejado como un ser humano, porque uno tiene un principio y un fin...

Es aquí donde se demuestra que los profesionales de salud, se ven reflejados en los pacientes, estando conscientes de que en algún momento podrían estar en las mismas condiciones de salud y de esta manera estar más cercanos a la muerte, es por esto que muchos entrevistados refieren que al ser enfermeros se van preparando para su propia muerte, ya que al estar en reiteradas circunstancias bajo la misma situación observando el sufrimiento provocado a nivel del paciente y familiar, recordando que además de ser un profesional de la salud, ante todo es un ser humano, es inevitable pensar que en cualquier momento podría suceder algún acontecimiento (accidente y/o enfermedad), que deje al profesional de salud que está atendiendo al paciente, en las mismas condiciones de salud que su paciente.

Sabes que algún día tu vas a estar en las mismas condiciones que esa persona...

Si bien tu estas ayudando a la familia, tú también te vas preparando para tú fin...

El pensamiento es inmediato... podría ser yo...

Esto nos demuestra que los enfermeros se encuentran susceptibles ante el tema de la muerte, y que inconscientemente el reflejo de verse uno mismo en el lugar del paciente, sobrepasa el nivel de empatía ya que es mucho más que "ponerse en el lugar del otro" es simplemente "creer y verse como el paciente".

Al mantener un contacto constante con seres humanos que se encuentran viviendo de manera cercana el proceso de muerte, es natural pensar que la mezcla de emociones pueden afectar al profesional de salud, que no se debe olvidar que también es un ser humano, que le puede afectar ver el sufrimiento tanto del paciente como de la familia.

...Tengo que saber hasta donde me estoy involucrando y hasta donde puede afectar mi salud, porque de que afecta, afecta.

184

En la cita anterior nos demuestra que aún no existe una preparación completa en la formación de enfermería, para enfrentar de manera correcta el proceso de muerte, considerando los márgenes que se deben establecer para no involucrarse más de lo necesario y de esta manera afectar de manera psíquica y emocional al profesional de salud, pero si existiera esta formación profesional que provocara que el profesional de enfermería manejara de manera fría la muerte, ya no sería considerado un ser humano, y por lo tanto no aportaría con la función óptima de un correcto profesional, el de entregar una atención cálida de manera biopsicosocial. Se conoce que la mejor manera de enfrentar estas situaciones es por medio del control, pero muchas veces es inevitable cuestionar porque ocurren las situaciones de tal manera.

...Te preguntas porque pasan esas cosas en la vida, y es ahí donde inmediatamente se te viene a la cabeza... si me pasa a mí con mis hijos...

Esto nos demuestra que no solamente se ve reflejado el profesional de enfermería en el paciente cercano a la muerte, si no más bien que refleja a sus seres queridos en los pacientes, pensando que en algún momento cualquiera de ellos podría estar en la misma situación.

Es automático el sentimiento de pensar en tu familia...

Pero finalmente esto nos manifiesta que el profesional de enfermería además de prestar un servicio al prójimo también recibe por medio del autoservicio, preparación para afrontar su propia muerte y de sus seres queridos.

...Ayudar a otra persona a afrontar la situación final de un paciente, eso te va preparando para tu final o el final de algún familiar...

Subcategoría N° 2: Agradecimiento ante la vida

El profesional de enfermería al realizar las visitas domiciliarias, generalmente visitan a pacientes que se encuentran en regulares condiciones de salud, muchos de ellos en estado de postración y otros pacientes en estado terminal. Esta situación provoca que muchos de estos profesionales reflexionen sobre el gran significado que tiene la vida y por ende una buena y óptima salud.

...Por un lado te sientes agradecida por la salud que tienes...

...Por un lado yo agradezco por estar bien...

Como se demuestra en la cita anterior muchos enfermeros se encuentran ante una perspectiva de agradecimiento ante la salud y vida que poseen, pero al interpretar estas referencias en profundidad nos podemos dar cuenta, que el profesional de enfermería posee como un posible beneficio que al interactuar con pacientes en su propio domicilio, ya sean estos pacientes que se encuentren en riesgo vital, desahuciados etc., logran obtener una visión más amplia y más cercana ante la muerte, siendo capaces de agradecer por su estado de salud de una manera más profunda que otros profesionales, como por ejemplo, ingenieros, abogados, etc., los cuales si pueden agradecer por su estado de salud, pero no siendo de manera latente como lo posee el profesional de salud, que se encuentra de manera más cercana ante la visión de enfermedad y muerte.

...Es por eso que lo tomo como una lección de que ojala vivas la vida lo mejor posible, ó sea te puede afectar como la angustia y la pena, pero por otro lado te da energía y dar gracias por estar bien

Esto nos indica que los profesionales de enfermería al encontrarse tan cercanos al proceso de muerte, son capaces de valorar y agradecer por la salud que poseen, y sobretodo que son personas sensibles que a pesar de estar en contacto frecuente con pacientes y familiares con sufrimientos, no han endurecido ni apagado sus sentimientos, siendo capaces de entregar lo mejor de ellos en la atención de un paciente y su familia.

Subcategoría N° 3: Familia: apoyo y refugio emocional

El trabajo directo con personas en estado terminal, o con deplorables condiciones de salud, generalmente afectan al ser humano, y sobretodo al profesional de enfermería que se encuentra en contacto directo con el paciente, y al acudir a las visitas domiciliarias se suma los sentimientos de los familiares. Es por esto que muchos de estos profesionales buscan como refugio de sus emociones a su propia familia.

Mi esposa me pregunta, y me desahogo, creo que es bueno porque me entiende y definitivamente me siento mejor...

Mi vida familiar es lo que me mantiene sano...

A través de la historia podemos observar que las personas se encuentran destinadas a mantener relaciones interpersonales, las cuales permiten que el ser humano busque refugio o manifieste sus emociones con el prójimo desde la alegría hasta la tristeza. En el caso de los profesionales de enfermería domiciliaria, podemos observar que la carga emocional que estos mantienen resulta permanente y constante, sobretodo al recordar que la actividad que estos profesionales mantienen se realizan en la mayoría de las situaciones de manera individual, viéndose imposibilitados de expresar sus sentimientos de angustia, tristeza o dolor ante una situación, con otro ser humano que por lo general resulta ser algún miembro de su familia, los cuales poseen las herramientas necesarias para poder contener y aliviar la carga emocional que en ese momento lo embarga.

Es por este motivo que los enfermeros refieren en las citas anteriores la necesidad de buscar refugio en sus familias, ya que esta es el núcleo principal de la sobrevivencia, desde la salud física hasta la salud mental.

...Por ejemplo el mismo hecho que mi hermano me acompañe y pasa algo aro ya me vengo con el hablando y me desahogo de alguna forma me descargo y hablo y con cariño y apoyo te juro que las cosas se hacen mas fáciles...

Es necesario destacar que no sólo la familia puede actuar como un refugio o apoyo, también existe personas que a través del tiempo se han transformado en personas cercanas de confiabilidad y asertivas ante las necesidades de contención y ayuda... es lo que llamamos la amistad.

Categoría Nº 5: Ética en la enfermería domiciliaria

Como ya se ha mencionado al interior de esta investigación, la enfermera siempre debe mantener un actuar ético en sus quehaceres profesionales. La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y situar a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella. (Nightingale, año 1.859).

Siempre se debe mantener una relación de respeto y confianza mutua con el paciente, pero es necesario conocer que es lo que ocurre cuando la atención de enfermería, no sucede en algún centro de salud, en cambio ocurre en el hogar del paciente, es por este motivo que se le preguntó a los entrevistados su percepción de la ética en su quehacer profesional durante la visita domiciliaria.

Por esta razón se han creado 3 subcategorías que tiene relación a la ética en la enfermería domiciliaria:

- Formación de valores.
- Empatía: Reflejo propio y familiar.
- Actos v/s consecuencias: ¿Pienso luego actuó?

Subcategoría Nº 1: Formación de valores

Los valores se presentan como principios que intentan guiar nuestras elecciones y decisiones cotidianas sobre diversos temas, ya sea en temas triviales y cotidianos hasta temas de real importancia y trascendencia como lo son nuestras preferencias acerca de lo correcto y lo incorrecto, es decir sobre el bien y el mal.

Dentro de la formación profesional de enfermería, se presenta como uno de los pilares fundamentales en el futuro quehacer del profesional el cultivo de los valores éticos, ya que este trabajo posee la cualidad de tener relaciones interpersonales de forma directa y permanente, pero no hay que olvidar que los valores también son la esencia o sello familiar el cual a través del tiempo se forjan con el principal objetivo de formar a una persona, la cuál sea capaz de tomar las mejores decisiones en el transcurso de la vida.

Siempre debes actuar con tus valores, tu formación educacional, tu formación familiar y personal...

...Influye mucho tu educación, tu familia etc.

De las referencias citadas anteriormente podemos mencionar que si

bien los valores pueden representar la manera de actuar de una enfermera (o), debemos destacar que los valores son un elemento que se encuentra en nuestra conciencia, por lo cual permite que actuemos de forma innata, pensando que lo que hacemos es lo correcto, es aquí donde nos damos cuenta que los factores familiares y educacionales pueden influir de manera importante al momento de la toma de decisiones desde la mirada ética, de las referencias anteriores se puede percibir que si bien los entrevistados sienten que hay un conjunto de acciones que se conjugan para una atención y adecuada toma de decisiones, también se percibe que existe una negación constante ante el hecho de un posible error.

...Yo creo que va más en la formación de uno, yo creo que uno siempre debería proceder de buena manera... de forma ética...

La palabra ética se relaciona con el estudio de la moral y de la acción humana, este concepto deriva del término griego *ethikos*, que significa "carácter". Por lo tanto la ética es sin lugar a dudas lo que define gran parte de la personalidad de un ser humano, involucrándose en ella los valores, definiendo lo que es bueno, malo, obligatorio o permitido. De esta manera el personal de enfermería al realizar las visitas a los hogares de los pacientes deben tomar varias decisiones, para mantener el bienestar y recuperación del paciente, valorándolo como un ser holístico, sin dejar de lado las emociones y sentimientos que embargan al paciente y a su familia, pero estas decisiones deben tomarse de manera adecuada, "de manera ética".

Al preguntar a los entrevistados en relación a cuáles son las precauciones éticas que considera durante la atención del paciente en su domicilio, nos encontramos con respuestas como las siguientes:

Yo jamás obligaría a la familia a realizar algo que ellos no quieran...

...La decisión de la familia también es importante, no puedo pasar a llevar lo que ellos quieren...

Esto nos demuestra que para el profesional de enfermería que se desempeña en la visita domiciliaria, un aspecto muy importante de valorar es la familia del paciente, en donde en muchas oportunidades cuando el paciente no es capaz de decidir por sí mismo, la familia es la que toma las decisiones por su ser querido, por lo tanto de esta manera se aplica de manera indirecta el principio de autonomía (el paciente decide libre de influencia externa en conformidad con un plan de acción que el mismo ha elegido) que en este caso será decidido por la familia y que los enfer-

meros están dispuestos a respetar.

Subcategoría Nº 2: Empatía: Reflejo Propio y familiar

Los profesionales de salud deben mantener siempre presente el concepto de empatía durante la atención de sus pacientes, ya que la empatía es la capacidad que posee una persona de vivenciar la manera en que siente otro individuo, llevando a que exista una mejor comprensión de su comportamiento, entendiendo cuales son sus necesidades, sentimientos y problemas. De esta manera el profesional de salud logra situarse en el lugar del paciente, facilitándose la atención al conocer que piensa y siente, además de comprender su comportamiento en su ambiente habitual "su hogar".

Para los entrevistados al atender a un paciente además de situarse en el lugar ellos, ocurre que piensan en terceras personas como en sus familiares (hijos, esposas (os), padres), esto hace que la atención del paciente se efectúe de una manera más óptima y cálida.

Siempre pienso que daño le estoy haciendo al paciente con mi actuar...y me pongo en la situación en la que yo fuera el paciente o algún familiar...

189

Siempre piensas y si el paciente fuera mi mamá o fuera yo...

Sin importar el sistema de salud en que se lleven a cabo las visitas domiciliarias (nivel público y privado), los enfermeros al utilizar la empatía, y percibir su propio reflejo o de algún familiar en el paciente al cuál están brindando sus cuidados, hacen que la atención y el labor de enfermería posea una carácter más humano y no una relación ajena, distante y fría.

Subcategoría Nº3: Actos v/s Consecuencia ¿Pienso luego actuó?

Durante la atención de enfermería, cada acto que se lleve a cabo debe ser por medio de la consideración ética, por lo tanto se debe estar consciente en los riesgos y consecuencias que posee cada acto que se realice al paciente.

En el caso de un procedimiento inadecuado, pero que solo tú lo sabes, uno siempre tiene que pensar que daño podría causar al paciente...

...Si hablamos que el paciente es el centro de la atención no debería porque pasar nada o mejor dicho no debería hacer nada que le hiciera un potencial daño al paciente...

Esto es muy importante, ya que al realizar las visitas a los domicilios los

profesionales de enfermería, no se encuentran bajo supervisión de otros profesionales, y es por este motivo que el actuar ético debe ser primordial durante toda su profesión, ya que si se realiza algún procedimiento de manera inadecuada, se debe pensar primero en el daño que estoy provocando y en el tipo de persona en que me estoy transformando.

...El callar y ocultar siempre trae alguna consecuencia...

Es por esto que es necesario que los enfermeros que realizan visitas a los domicilios, sigan rigiéndose como si estuvieran en cualquier otro establecimiento de salud, independiente si estos corresponden al sistema de salud público o privado, y sobretodo con los pilares principales de la formación de enfermería, honestidad, empatía y ética en todo el actuar profesional y de vida. Utilizando de manera adecuada los conocimientos adquiridos a lo largo de su carrera.

...Y si llegará a pasar por algo tonto como una aguja que se me caiga, o lo que sea... se qué voy a estar tranquila, unos días, pero después la conciencia pesa y eso es mucho más terrible...

190

Como se refiere la cita anterior de la entrevista, si se llegará a realizar un procedimiento en donde se tiene conciencia que se están rompiendo las reglas de asepsia y antisepsia, exponiendo a un riesgo de salud al paciente, sin dar aviso del error y manteniendo silencio, tarde o temprano los sentimientos de remordimiento embargan a cada ser, ya que se tuvo siempre conciencia que el acto cometido esta erróneo, y que se pudo haber evitado. Es aquí en donde se ven reflejados los valores y referentes teóricos inculcados durante la formación profesional, ya que el profesional de enfermería posee los conocimientos y fundamentos de todas sus acciones, sabe que un acto mal realizado, juega en contra de su ética profesional y sobretodo contra la vida de un ser humano.

De acuerdo a las referencias anteriores, se puede deducir que existe un rechazo rotundo al mencionar un posible error por parte del profesional de enfermería, siendo el sentimiento de temor el que predomina, ya sea por los resultados obtenidos por su acto erróneo para el paciente como para el profesional, siendo este último uno de los principales protagonistas, ya que si se comete un error o un accidente que puede ser evitado, las preguntas inmediatas son ¿es correcto lo que estoy realizando?, ¿Qué pasa si esto se sabe?, ¿puedo convivir con mis pensamientos sabiendo que existe una error deliberado? es en este momento donde se recuerda que el profesional de enfermería se destaca por la ética profesional forma-

da, y esculpida en todo su actuar, la cual se sustenta en los conocimientos adquiridos durante el período de estudios y de la vida, así también es de importancia mencionar que la ética y los valores conviven estrechamente en el actuar de un profesional de enfermería.

Por lo mismo se llega al mismo tema que se ha entablado en esta categoría “la ética”, en la cuál los entrevistados conocen la importancia y peso que ésta tiene para su vida, profesión y ante la ley.

...El actuar con ética es un pilar fundamental y es penado como profesional y civilmente.

Finalmente además de pensar en las consecuencias de algún procedimiento que se está realizando y además de cuestionarse si se esta efectuando de la manera correcta, se debe tener el mismo criterio al entregar información a la familia, explicarles el porque de los procedimientos, la finalidad, el estado de salud, sin mentir ni transfigurar la información.

...Uno no puede ser falso, por la familia y el paciente te va a ver si realmente eres franco o te quieres sacar una situación...

El proceso de atención al paciente en el domicilio, independiente que no se encuentre con la observación directa de otros profesionales como en los centros de salud, siempre incluirá la consideración ética, efectuándose en su cabalidad o no, pero lo que siempre estará presente es que cada profesional de enfermería conoce que para ser llamado enfermero (a) debe cumplir con la ética en su labor como profesional.

Categoría Nº 6: Relación enfermera-paciente

La relación enfermera-paciente es una especie de vínculo, el cuál según Virginia Henderson la describe por 3 niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. (Dueñas, 2001)

Como profesionales de enfermería domiciliaria es necesario, mantener una estrecha relación con el paciente y a la vez con su familia, ya que son estos profesionales los que actúan como un nexo con el centro de salud, y como participantes activos en busca de la recuperación de salud del paciente.

Subcategoría Nº 1: Relación de confianza y valoración

Los entrevistados refieren que el mayor beneficio que entrega el mantener una relación enfermera-paciente es la confianza, la cuál es mucho

más enriquecedora cuando ésta relación se establece en el propio hogar del paciente, con visitas reiteradas por el profesional.

...El tener más tiempo permite mantener una atención más tranquila, en donde se puede observar y reforzar situaciones, pueda entablar una relación de confianza...

Al acudir al propio hogar del paciente, el profesional de enfermería puede observar de mejor manera cuál es el entorno que lo rodea, valorando cuales son sus factores de riesgos y factores protectores. De esta manera los cuidados de enfermería estarán orientados, a las necesidades que presentan los pacientes, por ejemplo al acudir a un hogar de un paciente con situación socioeconómica baja, las necesidades del hogar serán distintas que las encontradas en un hogar con una situación económica acomodada, en donde al encontrarse un paciente adulto mayor en su hogar con el diagnóstico de un Accidente Vascular, en donde el hogar posee condiciones precarias, suelo sin pavimentación, ventanas sin vidrios, humedad y hacinamiento, la atención de enfermería y sus cuidados estarán centrados en evitar futuros factores de riesgos para el paciente por las condiciones del entorno además de los cuidados propios de la patología que presente; en el caso de un adulto mayor con el mismo diagnóstico pero que posee un hogar de situación económica acomodada, los cuidados de enfermería no estarán centrados en suplir las necesidades del entorno o evitar factores de riesgo, más bien se centrará inmediatamente en la atención del paciente por su patología. Por lo tanto al acudir al hogar del paciente se puede obtener una visión biopsicosocial del paciente, valorando siempre el entorno que lo rodea.

...Llegando no sólo al paciente, si no también a su entorno cercano...

Cuando se acude al hogar del paciente, para realizar las visitas y correspondientes evaluaciones, ingresando a su territorio, "su propio hogar", provoca de cierta manera un sentimiento de importancia, ya que al acudir el personal de salud al domicilio prestando servicio, refleja al paciente que el personal está realizando un esfuerzo mayor para asistir en el proceso de recuperación de su propia salud, mientras que al acudir el paciente al centro de salud, no percibe ningún esfuerzo por parte del personal, sólo visualiza el esfuerzo propio que realiza para llegar al control con el médico, enfermera(o) u otro profesional de salud.

...El hecho de que vayan al domicilio del paciente produce un sentimiento de importancia y valoración en la persona...

Esto nos demuestra que al acudir al hogar del paciente además de provocar una sensación de importancia al paciente, de sentirse una persona valiosa y que importa a los profesionales de salud, con el solo acto de abrir las puertas de su hogar y dejar entrar al profesional de enfermería genera una relación enriquecedora a nivel de enfermera (o)- paciente, entablándose lazos de respeto y confianza, permitiendo de esta manera que se pueda captar las inquietudes necesidades y estilo normal del paciente.

Estableciendo o estrechando lazos uno puede informarse mejor de los problemas...

Mantener una relación fluida con el paciente de cariño y respeto.

Al realizar las visitas en el propio hogar del paciente, provoca que el ambiente sea más agradable ya que ocurre en un contexto conocido, que entrega protección y seguridad al paciente, además de otorgar una atención más relajada, con la libertad de que el paciente exprese sus inquietudes, miedos etc.

...La relación se traduce en una atención más relajada...

...Trato de que la atención sea más agradable y eso lo logro sólo con preguntar como ha estado...

193

Finalmente al acudir a las visitas domiciliarias, independientemente del sistema de salud en la cuál se lleven a cabo, además de verse mejorada la relación enfermera- paciente, provoca que se pueda pesquisar de mejor manera las necesidades del paciente, valorando cuál es el camino más óptimo para la recuperación de su salud, o búsqueda de una muerte en paz, y sobretodo apreciar cuáles son los lazos que mantiene con la familia, de esta manera se logra valorar al paciente holísticamente, sin dejar de lado el aspecto biológico, psíquico, emocional y espiritual.

Conclusiones

Como objetivo principal de la investigación, se buscó conocer cual era la vivencia de la enfermera (o) durante la realización de la visita domiciliaria tanto en el nivel público como privado de salud.

El sistema de salud en Chile, es un sistema mixto, el cuál posee diferencias evidentes en relación a los tipos de recursos, sean estos económicos, materiales y de infraestructura general, además de las diferencias que poseen los habitantes de nuestro país para acceder a estos sistemas,

lo cuál también ocurre cuando se realizan las visitas domiciliarias, donde se encuentra una diferencia notable en cuanto a los recursos cuando se ejecuta en la atención privada, donde se paga por los servicios prestados por el profesional de enfermería y en donde los recursos obtenidos por este sistema de salud son abundantes y ostentosos, siendo la realidad distinta si es realizada a nivel público en donde no existen los recursos apropiados para realizar las visitas, a veces no se encuentra el transporte debido y en donde el recurso económico en general es escaso. Al ver estas diferencias es inevitable pensar que también existen discrepancias en cuanto a los profesionales de enfermería que realizan las visitas domiciliarias, al encontrarse en situaciones y lugares muy distintos, (como un barrio pobre, o un lugar acomodado).

En esta investigación se encontró un punto de convergencia entre ambos sistemas de salud al realizar las visitas domiciliarias, siendo estas las sensaciones, experiencias, emociones y percepciones vividas por el profesional de enfermería, las cuáles ocurren de manera independiente al sistema de salud en que se encuentren laborando, demostrando que la carrera de enfermería es un área netamente humana, en donde se trabaja con las emociones y empatía, sin importar si se esta recibiendo mucho o poco dinero por la atención prestada al paciente.

194

Uno de los mejores ejemplos se encuentra reflejado ante la interacción y cercanía con la muerte que estos profesionales experimentan, al atender a un paciente que se encuentre en riesgo vital, provocando de forma inmediata en los profesionales, la visión y sensación de proximidad con su propia muerte o de algún familiar, así también se puede observar como sentimiento inmediato frente a la enfermedad o muerte que aparecen instintivamente las sensaciones de agradecimiento ante la salud y vida que poseen, ya que si bien conservan los conocimientos y las técnicas necesarias para recuperar la salud de un enfermo, no se encuentran exentos de encontrarse en algún momento en la situación que aqueja a su paciente, esto no parece extraño, ya que si se logra pensar que los enfermeros (as) también son personas, las cuales poseen sentimientos de compasión, miedo y felicidad.

A pesar que estos sujetos en estudio se preparan para su propia muerte, aún ellos mismos mencionan que al estar en contacto con pacientes desahuciados los afectan emocionalmente, es aquí en donde debemos profundizar en la necesidad de implementar mejores métodos que preparen al profesional de enfermería en relación a establecer límites de in-

volucración con el paciente y la familia, sobretodo ante la pérdida de un ser humano. Esto una vez más nos demuestra que el contacto directo con personas enfermas día a día, no logra que el profesional se vuelva mecanizado y frío, en cambio nos damos cuenta que ellos son los protagonistas principales que hacen que la carrera de enfermería sea una profesión cálida y humana.

Así como se destacan las emociones ante la muerte, se observó que dentro de esta actividad, los profesionales referían grandes satisfacciones y frustraciones, en las cuales siempre predominó un círculo cercano, el cual era el encargado de brindar apoyo y muchas veces sólo el encargado de escuchar, este círculo de apoyo no sólo refería a la familia, sino también a personas las cuales tenían un lazo de confianza como lo son las amistades.

Resulta importante enfatizar que al momento de posicionar las satisfacciones y las frustraciones, las primeras siempre parecieron ser mayores, ya que primeramente los profesionales entrevistados se encontraban desenvolviéndose en una de las áreas de la enfermería, la cual ellos habían decidido como forma de vida, además de esto se encuentran las satisfacciones propias de su quehacer, el cual es ver los avances en cada paciente y aunque estos resulten pequeños muchas veces no solo incluyen al propio paciente, sino mas bien a todo el núcleo familiar, el que logra poco a poco reorganizar sus vidas con la ayuda de la enfermería domiciliaria. No se debe dejar atrás que así como existen las satisfacciones, también se encuentran las frustraciones, las cuales están principalmente ligadas al deterioro funcional de cada paciente y en el caso de la atención pública de salud, se destacada la impotencia de no poder realizar mas allá de las competencias técnicas y teóricas por falta de recursos, es en este momento donde se observa la delgada línea que traspasa la vida profesional de la vida personal...

En lo que refiere al actuar ético, se observó que en la totalidad de los profesionales entrevistados, refirieron que el actuar ético representa uno de los pilares fundamentales en su quehacer profesional, él cuál no sólo se basa en realizar acciones de forma correcta, sino también en actuar de acuerdo a los valores relacionados con la formación familiar y profesional, este último es una de las directrices fundamentales presentadas como mecanismo de enfrentamiento ante un dilema ético, ya que no debemos olvidar que durante la formación profesional el pensamiento ético y las decisiones tomadas posteriormente en la vida laboral son hechas casi de

forma inmediata, además de esto se suele pensar en las repercusiones que podría traer un actuar indebido o incompleto, ya sea en la realización de técnicas y el manejo de pacientes.

Se puede concluir que el profesional de enfermería durante la realización de las visitas domiciliarias independiente del sistema de salud en el cuál se desenvuelvan, utilizan la teoría de Virginia Henderson, ya que demuestran que la función que ellos realizan es contribuir en todo momento en la recuperación de la salud del paciente, permitiendo que el paciente sea independiente lo antes posible, o proporcionando una muerte tranquila y digna. Esto nuevamente destaca que la enfermería domiciliaria, es una actividad que involucra sentimientos además de asistencia al paciente, preocupándose de sus 14 necesidades humanas básicas, sin dejar de lado necesidades como seguridad, autoestima, culto a Dios, entre otras. También se puede encontrar que la visita domiciliaria se conecta estrechamente con la teoría de enfermería de Virginia H., ya que los profesionales de enfermería al acudir a los hogares de sus pacientes actúan como sustitutos, como ayuda o compañeros frente a su paciente, permitiendo aflorar sus emociones y sentimientos, además de adquirir vivencias enriquecedoras, las cuáles les entrega como atributo el aprecio de su propia vida y la preparación necesaria para su propia muerte.

196

Por lo tanto, podemos referir fehacientemente, que las diferencias observadas, se encontraban ligadas al tipo y la calidad de trabajo, pero las sensaciones y emociones percibidas llegan a ser iguales, al verse enfrentados a dificultades, sensaciones de satisfacción y relaciones enfermera (o) – paciente, esto explicándose por que independientemente de donde se desempeñe la actividad laboral (sistema público – sistema privado), siempre hay detrás una enfermera (o), que utiliza sus prácticas y conocimientos para la entrega de una atención de calidad.

Bibliografía

Textos:

- **Rosales Barrera S y María Reyes Gómez** (1999). *Fundamentos de Enfermería*. 2° edición, Editorial El Manual Moderno, México DF.
- **José Luis Tarabián y Benjamin Pérez Frando** (2001). *Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria*. 2° edición, Editorial Díaz de Santos S.A. España.
- **Klainberg L., Holzemer A.** (2001). *Enfermería Salud Comunitaria*. 3° edición, editorial Mc Graw-Hill.
- **Angélica Orb, Alicia Santiagos** (2005). *Breve Reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada*. Revista Ciencia y Enfermería XI.
- **Alarcón N., Pastor García L., León Correa F.** (1997). *Manual de ética y legislación en enfermería*. 1° edición, Editorial Mosby, Madrid.
- **Gobierno de Chile** (2008) *Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biosicosocial de la infancia*. Ministerio de Salud.
- **Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood** (2007). *Modelos Teorías de Enfermería*. Editorial Harcourt.
- **Rodríguez G, Gil G., Gárces E.** (1999). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Editorial Aljibe.
- **Melloni Eisner Dox.** (2005) *Diccionario Médico Ilustrado de Melloni*, Editorial Reverté S.A.

Investigaciones:

- **EU. Brugerolles M. E., EU. Dois A., E.U. Mena C.** (2008). Revista Horizonte de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Volumen 19. Edición: Universia.
- **Psicóloga Aracena M.** *Visita Domiciliaria: ¿Qué pasa si las intervenciones no se mantienen en el tiempo? Un estudio de seguimiento por 4 años.*
- **Instituto de Salud Carlos III.** Subdirección General de Investigación Sanitaria, unidad de coordinación y desarrollo de investigación en enfermería, (2002). *Visita Domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Edita Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de sanidad y consumo.
- **Dr. Ximena Cubillos F.** (2002). *Visita Domiciliaria integral, una oportunidad para comprender*. CESFAM A. Williams, S. S. Maule U. de Concepción.
- **Dr. Ximena Cubillos F.** (2007). *Visita Domiciliaria Integral para actuar en Salud Familiar*. Servicio de Salud de Maule, Universidad de Concepción.
- **Cassorla Levy E.** (1974). *Experiencia de una unidad de atención domiciliaria en Chile*.

- **Luisa A. Godoy** (2004). *La organización de una tesis*. Notas de ayuda para estudiantes de maestría y doctorado en Ingeniería Civil.
- **Jorge José Ferrer** (1995). *Principios de la Bioética*. San Juan Puerto Rico.
- **Dr. Juan Giacconi Gandolfo** (1994). *El Sistema de Salud Chileno*. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jornada:

- **II Jornada sobre visitas domiciliarias**, realizada el día 24 de abril en el auditorio N° 1 de la Universidad Finis Terrae, Av. Pedro de Valdivia N° 1509, Providencia.

Anexos

Anexo N° 1: Instrumento / recolector de datos

Entrevista en Profundidad:

1. ¿Qué significa para usted el rol que desempeña como enfermera (o) en la visita domiciliaria? ¿Qué tipo de rol cree usted que realiza en estas visitas?

2. ¿Qué satisfacciones percibe en la visita domiciliaria (nivel público o privado)?

3. ¿Cuáles son las dificultades que usted percibe en la realización de las visitas domiciliarias (nivel de atención público o privado)?

4. ¿Cómo enfrenta usted la visita domiciliaria? ¿De qué manera lo realiza?

5. ¿Qué sentimientos provocan en usted atender a pacientes en su domicilio con riesgo vital o con cuidados paliativos? ¿Siente que estos sentimientos influyen en su desarrollo como profesional, personal y familiar? ¿Por qué?

6. ¿Qué importancia le otorga usted a la utilización del proceder ético durante la realización de la visita domiciliaria? ¿Qué precauciones éticas considera usted durante la atención de un paciente en su domicilio? ¿Por qué?

7. ¿Cómo es la relación que establece con un paciente? ¿Siente que es importante mantener una relación enfermera-paciente durante el desarrollo de la visita domiciliaria?

8. ¿Qué ventajas y desventajas cree usted que surgen con la relación enfermera paciente en la visita domiciliaria?

PROBLEMAS ÉTICOS DERIVADOS DE LAS DIFERENCIAS CULTURALES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Macarena Andrea L'Abbé Nieto, Andrea Cecilia Sanzana Lobos,
Francisco Javier León Correa***

*Licenciadas en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales, Santiago.

**Dr. en Filosofía, Magíster en Bioética, Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Central de Chile. Mail: gjbioetica@vtr.net

Introducción

Actualmente la salud en nuestro país es un derecho que tienen todas las personas por igual. Gracias a ello tienen la posibilidad de optar frente al proceso de enfermedad a una atención digna y de calidad, como cada uno de ellos se merece y anhela, de acuerdo a su estilo de vida, costumbres y propia cultura, sello que los hace ser diferentes unos con otros. Debe existir entonces una atención especializada correspondiente a las características culturales de cada individuo.

Frente a este marco, nuestra investigación está dirigida a pesquisar la importancia e influencia de los factores culturales de cada individuo en el momento de recibir atención en salud en los centros de atención primaria, a partir del la cual muchas veces se presentan problemas éticos que derivan de la no comprensión de las raíces culturales de cada persona.

Cada vez se hace más necesario mejorar la calidad de atención otorgada a los pacientes, y es fundamental tener el conocimiento necesario para saber cómo actuar frente a diversas características que hacen diferente a uno de otro, como son la edad, la familia, etnia, educación, nivel socioeconómico y religión. Aspectos que serán estudiados en la investigación con el propósito de conocer y comprender cuál es su influencia en

los pacientes al momento de recibir atención sanitaria, lo que finalmente permitirá una mayor o menor adherencia al tratamiento.

Esta investigación está centrada en la atención que brinda Enfermería, ya que estos profesionales tienen una relación estrecha con sus pacientes, surgiendo así una relación de confianza entre ambos. Es por esta razón que enfermería cumple un rol substancial en la atención de salud, hecho que nos motiva a conocer desde su perspectiva y enfoque, y cómo se ve influenciada la atención sanitaria de acuerdo a los diversos factores culturales. Antes de conocer esta diversidad cultural, se debe tener conocimiento del significado de "cultura" para lo cual nos guiaremos por el exitoso modelo de Diversidad y Universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger, enfermera que expone el cuidado transcultural a partir del cual propone proporcionar un cuidado basado en las creencias y estilos de vida propio de cada individuo.

200

Una vez teniendo en conocimiento estas características propias de cada persona, se hace imprescindible pesquisar la existencia de dilemas éticos a los que se puedan ver enfrentados los profesionales de enfermería que deriven de estas diferencias culturales en el momento de la atención y posterior adherencia al tratamiento. Para ello es necesario tener en cuenta los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia durante la atención, pues a partir de estos pueden surgir diversos dilemas que deben ser conocidos para mejorar la atención, lo que conlleve finalmente a proporcionar bienestar psicosocial a las personas.

Para poner en marcha la pesquisa de dilemas éticos, esta investigación se basa en un método de tipo cualitativo, descriptivo, que tiene la finalidad de centrarse en el sujeto, vale decir, en sus experiencias y realidades, que serán descritas y analizadas haciendo hincapié en su significado. La obtención de información será mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas a enfermeras de centros de salud de atención primaria, sistema con el cual los individuos, familia y comunidades tienen el primer contacto de salud. Estos centros tienen la particularidad de ser campos clínicos de la Universidad Diego Portales. Posteriormente las entrevistas serán analizadas clasificando sus contenidos en categorías y subcategorías con el objeto de indagar en la existencia de dilemas éticos de acuerdo a los temas planteados a los profesionales de salud.

Características de la Investigación

- **Objetivo general:**

Conocer los aspectos culturales que influyen en la atención al paciente en los centros de atención primaria de salud.

- **Objetivos específicos:**

- Identificar la importancia que radica las diferencias culturales en la atención de salud.

- Relacionar la teoría de enfermería transcultural con las diferencias culturales existentes entre el paciente y los profesionales de enfermería.

- Identificar las actitudes y cuidados que deben tener los profesionales de enfermería cuando existen diferencias culturales.

- Identificar factores culturales que influyen en la atención de salud.

- Identificar las consecuencias de no considerar las diferencias culturales en la atención de salud.

- Determinar los dilemas éticos derivados de las diferencias culturales en la atención en salud.

- Identificar la importancia para los profesionales de la salud los factores culturales del paciente.

201

Marco teórico

Actualmente tener acceso a la salud es un derecho de todas las personas. En nuestro país todos tienen derecho a la vida, a vivirla y disfrutarla de acuerdo a los diferentes estilos y expectativas de vida, para así desarrollarse de forma plena, de acuerdo a las creencias, valores, y vivencias.

Por ello cuando el ser humano se enfrenta a una enfermedad debe ser atendido de la mejor forma y en óptimas condiciones. Si no las hay, ya sea por falta de recursos o alta demanda de trabajo, el personal de salud debe hacer el esfuerzo de acercarse a una atención de calidad, atención que el paciente merece recibir acorde a sus creencias o estilos de vida al cual está arraigado, sea o no compartido por el resto de los individuos. La definición de conceptos con los que viven los humanos se basa en su cultura, en este caso cada sociedad define lo que es salud y enfermedad. Es ahí donde deriva la importancia de la atención diferencial que se les otorga

a los pacientes, la cual debe estar continuamente buscando nuevas formas de satisfacer a las personas, para conseguir una atención efectiva de acuerdo a los diferentes aspectos culturales de los pacientes.

Este hecho tiene directa relación con la importancia que posee la atención que brinda enfermería, profesional que mantiene una estrecha relación con los pacientes al proporcionarles constantemente cuidados con los que el ser humano vive desde que nace hasta su muerte. No hay que olvidar que desde el inicio de los tiempos el ser humano ha sobrevivido en base a cuidados que ha interiorizado de acuerdo a sus costumbres y creencias, aspecto fundamental que enfermería debe tener en cuenta.

La formación de enfermería no solo se basa en el fundamento científico, sino que también está profundamente ligada a la disciplina humanista, vale decir, entra en lo más íntimo de cada persona y empatiza con esta. Por lo tanto un profesional de enfermería debe ser capaz de entregar cuidados terapéuticos sin prejuicios ni críticas que desvaloricen las creencias del paciente, que tanto necesita de un profesional que lo guíe al momento de recibir atención sanitaria. ¿Será capaz, este profesional, de entregarse al otro para ir en su ayuda sin prejuicios? , si el profesional lo hace, ¿serán sus cuidados apropiados a lo que espera recibir un paciente? (1), ¿tendrán las enfermeras el conocimiento de los aspectos culturales que influyen en la entrega de una atención de calidad?

202

Frente a este contexto encontramos aplicada la enfermería transcultural propuesta por Madeleine Leininger, quien la ha definido como una disciplina que posee la finalidad de conocer y comprender cómo las diferentes culturas cuidan su salud, qué entienden por enfermedad y la curación de la misma. De esta forma enfermería podrá acceder y tener conocimiento de las bases específicas y generales del cuidado de cada cultura logrando proporcionar finalmente una atención respetuosa y coherente a cada persona (2). Por otra parte cabe mencionar la diferencia que establece entre la enfermería transcultural e intercultural, ya que no significan lo mismo, pues la primera hace referencia a las enfermeras (os) que adquieren conocimientos en base a la práctica y la investigación, mientras que en la segunda, los profesionales utilizan contenidos ya conocidos, no basan su atención en la investigación (3).

Esta disciplina ha sido fundamentada científicamente por Madeleine Leininger en la década de los sesenta con la teoría de la Diversidad y Universalidad del cuidado cultural, la cual une al cuidado y a la cultura como un nuevo enfoque a seguir (4), en donde la diversidad se muestra al ver

que las culturas llevan a cabo sus cuidados de distintas maneras, a través de diferentes expresiones y enfoques acordes a sus creencias, y la universalidad hace referencia a la semejanza que hay de los significados de los cuidados que se evidencian en las culturas y muestran las formas de cómo ayudar a los pacientes (5).

Así, Leininger M. ha establecido que los cuidados de enfermería basados en las creencias, familias y acciones de las personas, adquieren una atención adaptada a su cultura, principio que ha definido a través de su teoría transcultural en enfermería.

Esta teoría hace partícipe al paciente y al personal de enfermería para que interactúen y puedan brindar la información necesaria para recibir una adecuada atención y óptimo tratamiento, mejorando la calidad de vida del paciente. Por lo tanto el objetivo de esta teoría radica en proporcionar los cuidados necesarios, de forma responsable y coherente con la cultura, que se relacionen con las necesidades, valores y realidades del paciente.

Por otra parte, plantea que hoy en día las personas viven en un mundo multicultural, cada una de ellas vive su realidad acorde a su experiencia y lo adquirido por sus pares. Por ello cada individuo debe recibir atención sanitaria acorde a su cultura, palabra que tiene una gran lista de significados, pero que Leininger define como: *Valores, creencias y modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en un grupo específico de personas que dirigen los pensamientos y acciones de estos de un modo sistematizado* (6).

Para proporcionar una atención sanitaria de calidad, las enfermeras no solo deben utilizar sus conocimientos profesionales adquiridos durante su formación, sino que también deben desarrollar nuevos conocimientos a través de una permanente investigación sobre los aspectos culturales del paciente, su familia, entorno y autocuidado. El hecho de no tener estos contenidos perjudica al estado de salud de los individuos, no se promueve su bienestar y, lo más importante, no se les proporciona el cuidado que ellos desean. Frente a esto, Leininger propone entregar cuidados coherentes con la cultura, vale decir, que sean actividades de asistencia y apoyo cognitivo creados para que coincidan directamente con la cultura de las personas, otorgando finalmente servicios de acuerdo a sus necesidades.

Pero ¿qué sucede cuando el personal de enfermería antepone su cul-

tura frente a la del paciente? Leininger, a través de uno de sus principales supuestos, describe que los pacientes al recibir cuidados de enfermería incoherentes a sus valores culturales, creencias y estilos de vida, traen como consecuencia el inconformismo de los pacientes, existirá un choque cultural que puede traer consigo problemas éticos. Esto último hace directa relación con nuestra línea de investigación, ya que conociendo los aspectos culturales que influyen en la atención que entrega enfermería se podrían evitar dilemas que perjudiquen el estado de salud del paciente.

Cuidados culturales de enfermería

El cuidado cultural de enfermería ha cobrado gran relevancia durante este último tiempo debido al aumento significativo de diferentes ideologías y estilos de vida que se practican hoy en día.

En enfermería es importante una comunicación efectiva para recopilar la información necesaria que abarque las necesidades primordiales del paciente y de este modo brindar una atención de calidad y proporcionar bienestar.

204

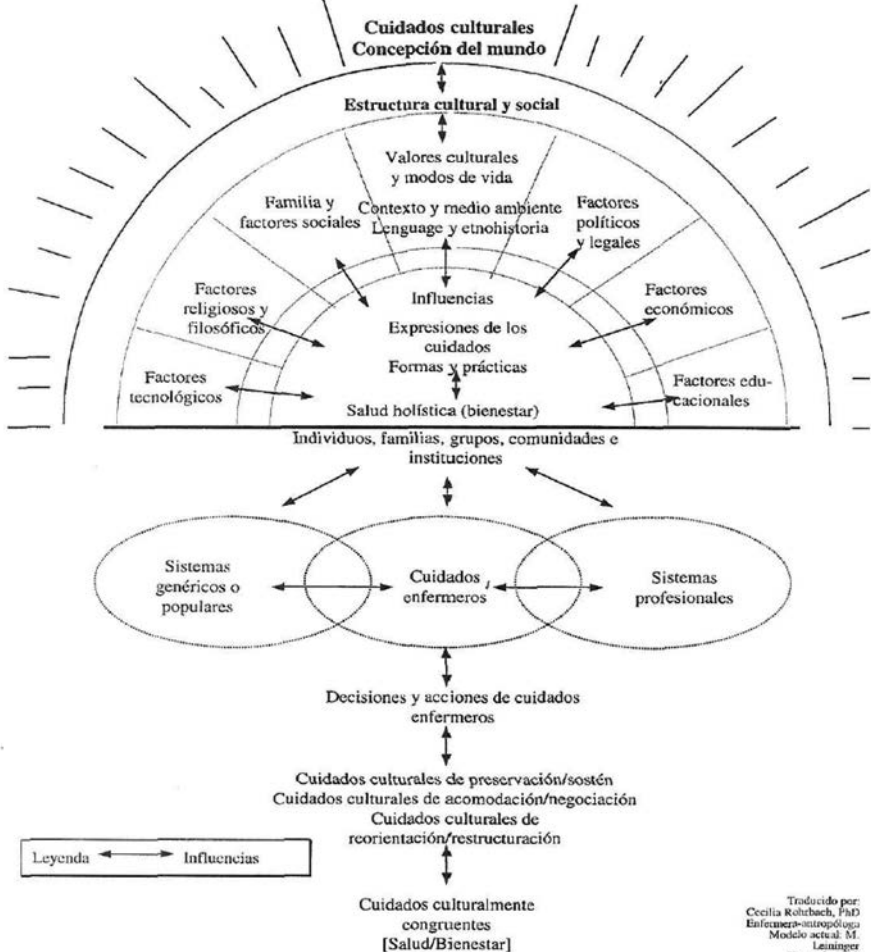
Brindar bienestar y salud a un paciente no necesariamente tiene que ver con asistir la enfermedad, sino que también realizar un análisis integral teniendo en cuenta los aspectos socioculturales y religiosos, para que de este modo la atención se adecue al paciente y la respuesta terapéutica sea óptima.

Según Medeleine Leininger los cuidados culturales de enfermería son *Todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y estilos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios*(7), de este modo los valores y creencias de los pacientes brindan información relevante para otorgar las herramientas terapéuticas con el fin de otorgar una atención oportuna y de calidad. Luego de definir los cuidados culturales los orientó de tres formas: como adaptación y/o negociación, preservación y/o mantenimiento, y/o reorientación o reestructuración de estos. Finalmente concretó todos estos factores para proporcionar una buena atención sanitaria en su modelo del "Sol Naciente", a través del cual representa todos los aspectos de su teoría, mostrando a las personas como entes que no pueden apartarse de su procedencia cultural, de su experiencia de vida, del ambiente en el que han vivido y viven actualmente (8). Este sol viene a constituir los cuidados hacia la

persona donde se evidencian los componentes de la estructura social de esta, como son la familia, la religión, la tecnología, estilo de vida y valores, factores políticos y legales, económicos y educacionales, los cuales tienen profunda influencia sobre estos; asimismo estos aspectos también influyen directamente en la atención de salud que prestan enfermeros, profesionales y sistema de salud. Ambas partes, por tanto, forman el universo que las enfermeras deben tener en cuenta al momento de brindar sus cuidados los cuales serán finalmente culturalmente congruentes.

A continuación se presenta el gráfico de modelo de sol naciente de Leininger, representando la teoría de los cuidados culturales (9):

MODELO DEL SOL NACIENTE DE LEININGER REPRESENTANDO LA TEORIA DE LOS CUIDADOS CULTURALES DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD



Es importante mencionar que este modelo no considera a la persona como un ser individual, sino más bien como un ser integral, al estudiar también a la familia, grupos o comunidades, aspecto que influye directamente en el estado de salud de la persona.

Ahora bien ya teniendo en cuenta los aspectos que influyen en la atención de salud ¿cómo podemos entender o comprender la forma en que los pacientes enfrentan un problema de salud?

La antropología brinda y ofrece dos conceptos, el de padecer y enfermar, para comprender de qué manera los pacientes o individuos enfrentan una enfermedad.

En primera instancia la enfermedad se relaciona con el hecho objetivo de poseer una patología específica que tenga causas, signos, síntomas y tratamiento médico específico para tal dolencia. La identificación del diagnóstico es de suma relevancia para guiar un cuidado terapéutico, pero también es importante tomar en cuenta cómo el paciente o individuo vive y enfrenta su problema de salud, esto es lo que se llama padecer, y es un hecho que se relaciona con las diferentes creencias y valores que poseen los pacientes al momento de enfrentar la enfermedad.

206

Los profesionales de enfermería deben tener actitudes que complementen de manera holística el cuidado del paciente, para que de este modo se brinde bienestar y una atención de calidad. Es por este motivo que existen distintos aspectos fundamentales para brindar los cuidados adecuados a pacientes cuando existen diferencias culturales.

Dentro de las cualidades ideales que debe tener el profesional de enfermería para brindar una atención de calidad se encuentran (10):

- Es importante tener **conciencia cultural** y respetar al paciente adecuándose a su cultura con la finalidad de brindar cuidados que traigan confianza y seguridad al paciente.

Dentro de este punto es importante considerar la empatía en la relación enfermera- paciente como una capacidad para conectarse con el paciente y responder adecuadamente a sus necesidades. La empatía es la técnica principal para una comunicación más eficaz con el paciente. Sin ella, vemos como se crean tensiones innecesarias y se dificulta el trabajo que brinda el profesional de enfermería.

La empatía es una actitud que refleja que la situación de cada paciente es de importancia. Esta mirada cálida hace que la comunicación entre el

personal de enfermería y el paciente y el resto de las intervenciones sean más útiles. Implica una actitud de querer brindar una atención amena sin prejuicios, por lo tanto habrá más aceptación por parte de los pacientes.

- La **comunicación**, sea verbal o no verbal, es la principal herramienta que permite intercambiar información e inquietudes por parte del paciente y los profesionales de enfermería. Es importante tener un lenguaje claro y comprensible, manejar el contacto visual, el espacio y la distancia correcta, todo con el fin de rescatar la mayor cantidad de información útil para proporcionar una atención congruente.

- A la hora de brindar los cuidados y atención de enfermería es importante identificar las diferentes **creencias o costumbres** de los pacientes para no crear grandes modificaciones en los estilos de vida y no provocar cambios difíciles de seguir.

- El respeto por parte del profesional de enfermería es fundamental para proporcionar credibilidad y seguridad al paciente. Uno de los temas que mayor conflicto cultural presenta son las **diferencias religiosas**, donde es importante y relevante llegar a un consenso ideológico y adecuarse a la realidad del paciente.

207

Según un estudio realizado por la Universidad Austral de Chile, el respeto es la característica y valor cultural más importante que deben practicar los profesionales de enfermería, teniendo en consideración que los pacientes son personas y merecen ser informadas y tratadas con dignidad.

El trabajo recalca que la enfermera(o) debe demostrar una actitud receptiva hacia al paciente, valorando sus sentimientos y opiniones, y que cuidado es la práctica que caracteriza el actuar de enfermería, el cual no significa imponer un tratamiento o un cambio de estilo de vida, sino mas bien acompañar y apoyar en este proceso, brindando respeto a la libertad para escoger.

Cuando una atención no es brindada con respeto, el cuidado no tiene lugar, ya que no se considera al paciente como un ser integrar que merece de los cuidados de enfermería para obtener bienestar y tranquilidad (11).

En la relación enfermera – paciente es común que existan diferencias y semejanzas culturales que pueden traer conflictos que alteren el cuidado y propósito de la atención de enfermería.

Pese a lo dicho anteriormente y teniendo como referencia la impor-

tancia que radica otorgar una atención de calidad teniendo en cuenta las necesidades y características culturales de los pacientes, ¿Qué puede ocurrir si no se respetan los diferentes enfoques culturales?

Según Leininger las principales consecuencias que existen cuando no se consideran las diferencias culturales son las siguientes (12):

- *Los pacientes que reciben cuidados de enfermería, pero que no concuerdan con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión así como preocupaciones éticas o morales.* Es decir habrá una barrera entre el personal de enfermería y el paciente, lo que interferirá en el cuidado terapéutico y provocará una mala adherencia al tratamiento otorgado.

- *Los diagnósticos médicos y de enfermería que no toman en cuenta las diferencias culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves.* Lo que puede significar no seguir el tratamiento oportuno y perjudicar la salud y bienestar del paciente o individuo.

Lo importante es tener presente que como profesionales de enfermería tratamos a personas y no enfermedades, por lo que hay que tomar en cuenta el entorno y las características socioculturales de los pacientes, para otorgar una atención que vaya dirigida a proporcionar bienestar y salud.

208

En la atención sanitaria prestada a los pacientes, enfermería se ha destacado desde sus inicios por ser una disciplina que se ha preocupado por el bienestar del ser humano, y por tanto, ha basado su desarrollo y lineamiento en el arte del cuidar. De esta forma, para enfermería es importante considerar al ser humano como un ser corporal, con emociones, social, intelectual y espiritual, y que, por tanto, ante el proceso de enfermedad la persona sufre más que la existencia de un cambio fisiopatológico; también existe en éste una alteración global, por tanto la forma de padecer una enfermedad es particularmente propia.

Si bien es cierto que enfermería con el tiempo ha fundamentado su desarrollo en las ciencias médicas, nunca ha apartado los valores humanos de la ciencia. Gracias a esto se ha permitido ampliar conocimientos relacionados con la persona, qué cuidados y atención sanitaria requiere. Por tanto su praxis se basa en considerar siempre al hombre como un ser libre, digno, que debe gozar, tener derechos y que merece respeto; ante esta conceptualización enfermería no puede tener una visión limitada del paciente, al contrario debe tener en cuenta todo su entorno, esto es, sus

creencias, estilos de vida, sus problemas y dificultades que pueda tener e influyan en una buena calidad de vida, no contemplando solo sus enfermedades sino también desempleo, hambre, educación, violencia, drogas etc.

La diversidad de factores culturales que se presenta cada día en la atención sanitaria hace necesario cada vez, proporcionar cuidados especializados, basados en la individualidad. Frente a este contexto se hace interesante mencionar otra forma de brindar atención por parte de enfermería, con la finalidad de satisfacer las distintas necesidades de las personas. Se refiere al "poder" pero no referido como imponerse ante el otro ejerciendo resistencia, ni influenciado en éste que efectúe lo esperado, sino más bien con un enfoque de enfermería, en que el poder se lleve a cabo de forma paralela entre enfermera y paciente, estableciéndose así una relación horizontal en que ambos busquen el bienestar del paciente.

A través de la teoría de Parker se propone el concepto planteado de forma distinta al decir que el poder es con el otro, que derive desde la gente, para ellos y con ellos, es decir, que el cuidado que el paciente requiere sea construido con sus propios intereses. Esto permite finalmente al momento de proporcionar una atención sanitaria considerar al paciente como un ser integral que tiene opinión y debe atenderse acorde a sus influencias culturales. Por lo tanto el poder es hacer las cosas conjuntamente y no impuestas.

Diferente es lo planteado a lo ocurrido en un estudio realizado en enfermeras venezolanas que asociaron el poder con el cargo, la autoridad, la influencia, resolver problemas y no con el cuidado que otorgan a sus pacientes; así mismo estos últimos las observaron más técnicas que dedicadas al cuidado, refiriendo que esperan de ellas ser cariñosas, atentas, humanas, amables; lo cual se explica porque los establecimientos de salud privilegian lo técnico, dejando de lado la parte humana y afectiva de los pacientes, no así entregándose cuidados de acuerdo a la persona como ser integral (13).

Teniendo en consideración la real importancia de la transculturalidad en salud, se hace imprescindible desglosar factores culturales que deben estar en conocimiento del personal de enfermería al momento de brindar atención sanitaria como es referido por Leininger. No considerarlos, puede afectar el objetivo terapéutico y por tanto el bienestar de las personas al no prestarles cuidados coherentes a sus creencias y valores. Uno de ellos y de los cuales ha tenido mayor estudio hoy en día son los inmi-

grantes, debido al incremento de migraciones dentro de un país y en el resto del mundo. Estas personas han debido adaptarse de alguna forma sin embargo sus raíces y creencias persisten arraigados a su cuna, por ello enfermería según la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado debiese investigar sobre sus estilos de vida en la misma práctica para que estas personas finalmente puedan adquirir una atención acorde a su cultura y consigan la adherencia al tratamiento.

Adherencia al tratamiento en inmigrantes

La diferencia cultural existente en pacientes inmigrantes afecta directamente a la atención en salud, debido a la dificultad que genera el poder comprender y abordar a individuos que tienen diferentes estilos de vida y manejan un concepto de salud diferente al de su ciudad de origen.

La mayoría de los inmigrantes de nuestro país, provienen de lugares en vías de desarrollo, buscando oportunidades laborales para mejorar su calidad de vida, por lo que en su mayoría son personas de sacrificio y con escaso dinero.

210

La primera vía de atención es la primaria, donde estos pacientes buscan tener una respuesta a sus inquietudes y necesidades prioritarias, por lo que es en este punto donde la comunicación y la entrevista clínica cobran real importancia, para pesquisar las prioridades de salud del paciente y definir la mejor manera de abordar la enfermedad.

Los profesionales de salud deben brindar una atención basada en los principios bioéticos, específicamente el relacionado con la justicia. El cual habla de la obligación que existe en tratar a las personas con igualdad de condiciones, y no discriminar a nadie sin importar sus diferencias culturales. Teniendo en consideración la importancia que tiene el brindar oportunidades sanitarias a la población por igual ¿Qué factores adicionales dificultan la atención y adherencia al tratamiento en pacientes inmigrantes?

Actualmente, en el sistema de salud primario, la falta de tiempo provocada por el gran número de demanda existente, atribuido a las diferencias propias de la población inmigrante como diferencias lingüísticas, inseguridad en la expresión de sus necesidades, falta de conocimiento del sistema de salud chileno e incertidumbre ante enfermedades poco conocidas, son factores adicionales que dificultan la adherencia y seguimiento al tratamiento. Por lo que es de suma importancia brindar el tiempo para orientar, educar y guiar al paciente inmigrante, y de esta forma

poco a poco incorporarlo a esta nueva cultura sanitaria.

Para los inmigrantes es muy importante el mantener la salud y bienestar como un valor esencial y básico para poder trabajar, por lo que el concepto de salud se articula de acuerdo a tres áreas:

- Mantener el cuerpo: Se refiere a cómo las culturas cuidan su cuerpo. Idealmente el cuidar el cuerpo se atribuye a una adecuada alimentación, tomando en cuenta su preparación y manipulación. Por lo que es importante que el personal sanitario conozca las conductas alimenticias de los inmigrantes, a través de una acertada entrevista.

- Representación de la enfermedad: Se atribuye a como las diferentes culturas representan los signos y síntomas de una enfermedad. Por ejemplo, para ciertas culturas el estar enfermo significa un desequilibrio entre el alma y el cuerpo, atribuido al incumplimiento de normas. En la cultura latina la enfermedad se atribuye más al cuerpo, donde es importante la exploración física, y la confirmación de la enfermedad con exámenes complementarios. En este punto, también se ven involucradas las creencias religiosas para el tratamiento de una enfermedad, donde aflora la medicina alternativa como complemento de la medicina tradicional. Es necesario que el personal sanitario tenga en cuenta el grado de importancia que tiene para el paciente inmigrante la medicina alternativa, ya que puede interferir en su práctica médica habitual.

- Determinantes de salud: La falta de acceso a un trabajo estable, la irregularidad de su residencia, el hecho de vivir, en algunos casos, en lugares de riesgo social, la dificultad en el acceso a los servicios sanitarios por desinformación y los problemas de comunicación derivados de las diferencias lingüísticas y etno culturales, corresponden a factores que determinan la atención de salud en los inmigrantes. No siempre dispondrán del dinero suficiente para comprar los medicamentos prescritos, puede que vivan en situación de hacinamiento donde no se respete el espacio personal ni la higiene o que la carga laboral no concuerde con el horario de atención en los centros de salud primaria.

Son muchos los factores adicionales que interfieren en que un inmigrante pueda recibir una atención oportuna y de calidad. Por lo que es responsabilidad del personal sanitario el mantener una comunicación efectiva para identificar factores de riesgo y otorgar un tratamiento acorde a las verdaderas necesidades y realidades (14).

La familia como factor cultural

La familia ha cobrado real importancia en los centros de salud como sistema orientado a la resolución de los desafíos del sistema de atención primaria.

El enfoque centrado en la salud familiar tiene como finalidad apoyar al núcleo familiar en el desarrollo de habilidades para mejorar la calidad de vida, promoviendo una vida saludable y comprometida con el personal sanitario. Este objetivo es logrado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de otorgar bienestar, tratamiento y rehabilitación de la salud.

La familia es una institución sociocultural que satisface las necesidades de sus integrantes, por lo que la influencia que ejerce sobre el abordaje sanitario y la adherencia al tratamiento en cada uno de sus integrantes es un factor importante que afecta la calidad de atención en salud.

Dentro de un núcleo familiar existen diferencias generacionales que abordan de diferentes maneras el proceso de enfermedad, pero depende de los factores protectores y del grado de vulnerabilidad de cada familia el cómo afecte su estado de salud.

212

Toda familia pasa por diferentes crisis normativas de las cuales es importante tener conocimiento para optimizar el abordaje terapéutico y dirigir la atención de acuerdo a la etapa del ciclo vital en el que se encuentre cada integrante. El adolescente es el grupo más vulnerable, debido a que es en esta etapa donde se producen cambios importantes a nivel físico, cognitivo y emocional que afectan las relaciones familiares, siendo un factor importante e influyente del dinamismo familiar (15).

Según la asociación mundial de médicos de familia (WONCA) "Es importante reconocer la influencia de los factores ambientales sobre la salud del paciente y tenerlos en cuenta tanto para la prevención como para la curación". De acuerdo a Susan Mc Daniel, autor del libro "Orientación familiar en Atención Primaria" (16), existen diversos factores que justifican el valorar al individuo como unidad familiar:

- "La familia es fuente principal de creencias y pautas de comportamiento": Dentro de una familia se transmiten creencias, costumbre y estilos de vida que determinan la conceptualización de salud y enfermedad de sus integrantes. Es importante tener presente e informarse de los factores familiares que interfieren en la salud del paciente para poder intervenir y facilitar cambios de conducta que perjudiquen su salud.

- “La tensión que sufre la familia en las etapas normativas del ciclo vital puede manifestarse a través de síntomas en sus integrantes”: El paso de una etapa a otra del ciclo vital crea un gran estrés en el núcleo familiar, ya que se genera un cambio en donde es preciso adaptarse. Todo periodo de adaptación produce sintomatología que puede alterar el bienestar y la salud de sus integrantes. Estos síntomas pueden traer consecuencias tanto positivas como negativas, generando, en primera instancia, una adaptación al nuevo proceso familiar que involucra el fortalecimiento de los factores protectores y cohesión familiar, o, como segunda alternativa, vulnerar al núcleo provocando disfunción familiar y posibles consecuencias o repercusiones en el estado de salud de cada uno de sus integrantes.

- “La familia es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad”: La cohesión familiar ha demostrado mejorar la calidad de vida y de salud en pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas, justificando a la familia como unidad de apoyo en los distintos procesos individuales.

En pacientes donde no existe un núcleo familiar definido o, simplemente, no disponen de una familia, existe un aumento de la Morbimortalidad.

El equipo de salud debe poseer los conocimientos necesarios sobre la familia como unidad cultural, identificar las diferentes crisis familiares de acuerdo al ciclo evolutivo y estar atentos ante la necesidad de realizar intervenciones familiares o individuales con el fin de investigar, prevenir o tratar posibles disfunciones en la familia.

Determinantes de salud: Factores socioeconómicos y educación

Los factores socioeconómicos y la educación se relacionan directamente con el proceso de salud. Ambos son determinantes en salud y por ende quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los pobres, sino que, además, quienes tienen menor nivel de educación.

Muchas veces los pacientes con bajos recursos económicos están desempleados, tienen servicios sanitarios riesgosos, poseen una alimentación poco saludable, una educación insuficiente y además están expuestos a factores de riesgo social como drogadicción, embarazo adolescente y violencia, que alternan las prioridades en salud.

Es importante que el profesional de enfermería tome en cuenta los factores, adicionales, que pueden interferir en una adecuada atención en salud. Adaptando el modelo de intervención a la realidad y prioridades del paciente.

En ocasiones los profesionales indican tratamientos que no siempre están al alcance de las personas, como comprar medicamentos caros o seguir una dieta estricta, lo que claramente no cumple el objetivo de proporcionar una atención de calidad, dificultando la adherencia al tratamiento y perjudicando la salud de los pacientes.

Una de las funciones que debe realizar el profesional de enfermería es proporcionar educación para la salud, brindando acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud. En ocasiones, proporcionar atención de calidad, depende de educar al paciente en los distintos aspectos de interés y necesidad.

En la práctica, muchas veces la educación para la salud es realizada sin tomar en cuenta los factores educacionales y económicos de los pacientes, lo que a la larga trae mayor confusión, frustración y miedo, aumentando los niveles de morbimortalidad por falta de adherencia al tratamiento (17).

Diferencias generacionales

Las diferencias generacionales pueden marcar líneas de atención sanitaria hacia diversas direcciones, no será lo mismo atender a un adulto mayor que a un adolescente, por ello el profesional de salud puede tomar un rol distinto ante la presencia de estos dos sectores etarios, diferenciándose así la atención otorgada para ambas generaciones, lo cual también se podrá considerar como un factor cultural que influye en la atención de salud.

Se ha observado que el adulto mayor frente a la enfermedad actúa enfocado a la enseñanza de salud que ha adquirido durante toda su vida y que por ello muchas veces estos patrones de aprendizaje son poco modificables, hecho que puede dificultar la atención que se le presta; por otra parte hay algunos que actúan de forma independiente tomando muchas veces decisiones precipitadas que pueden terminar siendo equivocadas (18). Esto entonces altera la atención sanitaria lo que finalmente influirá en el cuidado que el adulto mayor llevará a cabo.

Diferente es la situación al momento de tratar con jóvenes ya que su salud se ve directamente influida por condiciones familiares, socioeconómicas, escolares y amigos lo que en conjunto son aspectos claves al determinar las conductas de los jóvenes en la atención sanitaria. Por otra parte teniendo en cuenta que los estilos de vida, conductas y valores influyen en el bienestar de las personas, estos factores pasan a ser un modelo que se forman a temprana edad y que por tanto es trascenden-

tal pesquisarlos a tiempo.

Se ha visto que los adolescentes, en este período, al buscar la independencia de sus padres y obtenerla, dan pie a que sus pares tengan mayor influencia en sus conductas, ocurriendo una nivelación social, prevaleciendo ante cualquier tipo de influencia muchas veces familiar.

Los adolescentes se encuentran en una integración continua de aspectos emocionales, físicos e intelectuales, así mismo están en la formación de su identidad personal e identidad sexual también. Es de relevancia tener en cuenta al atender a un adolescente que éste por una parte está en busca de nuevas ideas, oportunidades y por otra en un período de gran vulnerabilidad. Es por ello que la atención sanitaria debe abarcar diferentes enfoques de la persona, en este caso la edad. Es muy distinto tratar a un adulto mayor que ya tiene su modelo de vida establecido con costumbres y un estilo de vida que tiene integrado hace años donde ahora prima su sabiduría ante todo y que no será fácil muchas veces modificar sus patrones los cuales han guiado sus cuidados, que tratar a un adolescente que se encuentra en plena formación de su identidad, influenciado por diversos aspectos. Los jóvenes son más vulnerables, por otra parte creen que nunca se enfermarán y que gozan de muy buena salud (19).

215

Espiritualidad / religión

Se debe tener muy presente que la mayoría de las personas llevan una vida espiritual, pudiendo estar unida o no a alguna religión, teniendo entonces sus propias creencias frente a la vida, haciéndose diferente al resto, pero compartiendo siempre la necesidad de creer en algo más. Ante el proceso de enfermedad, se ha visto que las personas buscan o se aferran más a su espiritualidad y religión, ya que éstas influyen profundamente en las creencias del paciente con respecto a su salud y significado de enfermedad. Por ello se ha observado que las personas enfermas que buscan su parte espiritual, es para dar respuesta del por qué la padecen y así mismo poder aceptarla. Situación que se da mucho en enfermedades terminales.

En primer lugar se hace necesario distinguir entre estos dos términos, creyendo muchas veces que significan lo mismo. Se entiende por religión, *un sistema de creencias y valores basados en enseñanzas de tipo espiritual*, así también se hace referencia como *un sistema de creencias más formal y organizado, incluyendo la convicción de la existencia o adoración de uno o más dioses, la religión se basa en creencias sobre la vida, la muerte, el bien*

y el mal, el dolor y el sufrimiento (21). Siendo entonces la religión como un marco de referencias para las personas, mientras que la espiritualidad tiene que ver con la relación entre la misma gente y con Dios, con qué le da sentido a la vida.

Teniendo en cuenta ambos conceptos, aplicados como cuidados espirituales (considérese como tal religión y espiritualidad) son determinantes en la calidad de vida de los pacientes, debido a que cuando encuentran el sentido a su enfermedad se hace más sobre llevable, mejor tolerada. Es por ello que se propone a los profesionales de salud no abandonar la parte espiritual de los pacientes, sino, todo lo contrario, debe ser un aspecto siempre considerado, sobre todo porque aún se mantiene un tratamiento de la enfermedad y no el tratamiento de personas con enfermedad, pasando a ser muchas veces solo un objeto de ciencia y no un ser integral. Los pacientes esperan ser atendidos como individuos holísticos, biopsicosociales, lo que conlleva entonces a tomar en cuenta su vida espiritual, su religión, por lo mismo es necesario tener en cuenta la diversidad de religiones existentes en el mundo; de hecho se ha cuestionado si es requerido para la atención médicos religiosos, por la relevancia que le dan las personas a este factor cultural, sin embargo lo que se necesita más bien es tener conciencia de la importancia de la espiritualidad para los pacientes. A pesar de que la ciencia tenga respuestas ante la enfermedad, el hombre sigue buscando el sentido de estas más allá de lo tangible, de lo existente. Siempre frente a la existencia de problemas, las personas acuden a su religión.

216

Pese a que no se ha demostrado que la religiosidad evite enfermedades, o que los médicos deben indicar acciones de este tipo, se ha estudiado que si la atención en salud no se restringiera tanto a los aspectos clínicos, y considerara con mayor énfasis la parte emocional y espiritual de las personas se fomentaría aún más la prevención y sanación de enfermedades.

En cuanto a la relación que hay entre salud y religión se ha observado que esta última, al hacer que las personas oren y mediten provoca que exista un ambiente positivo, de buenas energías, y al mismo tiempo, se alejen las energías negativas. Se piensa que las energías positivas tienen efectos somáticos no conocidos que benefician al paciente. Este hecho se ha visto plasmado en el aumento de instituciones en EEUU las cuales entregan cuidados espirituales.

La experiencia de los pacientes con cáncer

Una forma de comprender cómo se ven influenciados los pacientes por los distintos factores culturales ya mencionados anteriormente, es a través de la experiencia del cáncer, enfermedad que a pesar de ser una más en la diversidad existente, causa una conmoción diferente en cada uno de los individuos, hecho que se debe a la diferente experiencia de vida influida por cada cultura. Cada día en el área de la salud es de mayor relevancia comprender al paciente oncológico culturalmente, ya que esto le permite a los profesionales de salud otorgarles cuidados acordes a sus creencias y estilos de vida, de manera que estos puedan sobrellevar esta enfermedad de la forma más adecuada posible. Por ello es imprescindible considerar siempre que cada persona tiene un significado de enfermedad y salud coherente a su cultura, así mismo entonces lo será de su cuerpo, del dolor, signos y síntomas, diagnósticos y tratamientos alternativos.

Es importante mencionar que ante la enfermedad todas las personas todas las enfrentan de distintas maneras, unas con más temor que otras, o quizás no. En cambio ante el cáncer se da la particularidad de ser una patología generalmente temida por todas las culturas, pero a la vez notoriamente enfrentado de diversas formas por la influencia cultural, hecho que se evidencia al ver a personas que ante el cáncer recurren no solo al tratamiento médico convencional, sino también a lo alternativo. Por tanto todo dependerá del significado que le de cada persona según su experiencia de vida, por ejemplo hay pacientes que enfrentan la enfermedad como un hecho negativo, mientras que a otro al contrario, les hace ver la vida de otra manera. Otro aspecto que marca diferencias es frente al desear recibir toda la información del diagnóstico médico, para algunos es trascendental tener todo el conocimiento de lo que está sucediendo con su cuerpo, para otros saberlo es considerado como un acto cruel e inhumano que puede conllevar a la persona al sufrimiento más profundo, incluso al suicidio. Este mismo aspecto aún se ve enfrentado culturalmente diferente ante un niño enfermo, muchas veces los padres impiden que sus hijos se enteren de su enfermedad, impidiéndoles comprender su situación real. En otras culturas, se piensa que los niños deben tener plena conciencia de su enfermedad para que así tomen un rol activo de esta experiencia.

Actualmente se considera que pese a que ha mejorado la comunicación en la transmisión de información, aún se ve influenciado el proceso por factores culturales. Sería relevante tener un conocimiento cultural

previo del significado de enfermedad de los individuos, sobre todo de la muerte, ya que dependiendo de este aspecto se facilitará o no el proceso de transmisión.

Otro factor cultural de gran influencia, uno de los más cercanos al individuo es la familia, grupo que cumple un rol fundamental en el proceso del cáncer. Las creencias, valores y estilo de vida de las familias se van transfiriendo en cada generación. Para cada cultura existe un concepto distinto de familia, como es el caso de considerar solo a padres e hijos; para otras, los tíos, abuelos, primos etc. Este factor cultural es determinante en el paciente oncológico, al momento de tomar decisiones sobre su estado y en la transmisión de información médica. Por una parte hay familias en que el rol del paciente notablemente; mientras que en otras familias se asume que el paciente es quien tiene el rol protagonista, el cual toma las decisiones correspondientes a su tratamiento. Un ejemplo de lo planteado es el de una *mujer de 69 años con un cáncer de mama en fase terminal. Sus hijas se referían a la enfermedad de TR como una "gripe" cuando estaban en su presencia. Al preguntarles por la información médica que se les había proporcionado, las hijas de la paciente explicaron que sus abuelos y varios tíos habían fallecido de cáncer, y que dada la elevada angustia que generaba el sonido de la palabra "cáncer" en la familia, habían decidido hacía muchos años, referirse a esta enfermedad como "gripe". Esto, según indicaban, parecía reducir la carga afectiva tan grande y el significado asociado a pérdida y muerte que conllevaba para ellos el uso de la palabra "cáncer" (22).*

218

A través del cáncer ha sido posible mostrar en los pacientes que lo padecen cómo los aspectos culturales influyen en su percepción de enfermedad diferenciándose unos de otros. Estos tienen sus propias creencias con respecto a la causa de esta enfermedad, independiente de la información que exista científicamente. Es por ello que muchos de ellos les otorgan sus propios significados tratando de encontrar tranquilidad a su vida. Para algunos individuos la causa es asociada a castigos que reciben, por azar, problemas psíquicos, etc. Dependiendo entonces de las razones que asocien a la enfermedad será el tratamiento que buscarán, y también cómo lo lleven a cabo, por ejemplo, si se cree que se debe a un fenómeno sobrenatural buscarán algún mago, hechicero o curandero.

Un nuevo ejemplo que demuestra las diferencias culturales es el que muchos pacientes creen que los efectos secundarios que presentan posterior a las quimioterapias confirman el éxito del tratamiento. *Tal era el*

caso de una paciente de 48 años con un tumor cerebral que se negaba a recibir tratamiento antiemético durante la administración de quimioterapia porque creía que cada vez que vomitaba eliminaba pequeñas partes del tumor, acelerándose así su curación. (23).

El dolor es otro elemento importante de reflexionar, dependiendo de cada cultura será el grado de tolerancia al dolor que tengan las personas. Se ha visto que en la cultura Bariba (África), las mujeres no refieren dolor, ni siquiera en el parto, así mismo los hombres frente a cualquier tipo de heridas aprenden a tener o demostrar fortaleza frente al dolor, lo contrario sería un acto de vergüenza para ellos. Las experiencias tempranas de dolor de las personas también serán indicadores de tolerancia de éste en un futuro. No tener conocimiento de esta faceta permite que se genere interferencia en la atención al paciente, no distinguiendo entonces si la persona exagera el dolor o por el contrario, lo minimiza (24).

Marco metodológico

En la siguiente investigación se utilizó la metodología cualitativa de tipo descriptivo, que tiene por finalidad la investigación centrada en el sujeto, realizando un estudio de forma integral y describiendo las características del fenómeno experimentado.

A través de este método, el cual hace énfasis en el estudio de los procesos y significados, se podrá pesquisar realidades y experiencias humanas que se utilizarán para describir y analizar:

¿Cuáles son los problemas éticos derivados de las diferencias culturales en los centros de atención primaria de salud?

Mediante la utilización de una entrevista semiestructurada (Anexo N°1) se recogieron los datos para el análisis correspondiente de la realidad pesquisada.

De las metodologías cualitativas existentes se utilizó la fenomenológica, la cual se caracteriza por enfatizar lo individual y la experiencia subjetiva. Es decir, busca conocer los significados que los individuos le dan a su experiencia, en este caso identificar la percepción del personal de enfermería al momento de intervenir en pacientes con diferencias culturales y que puedan afectar en el proceso de salud.

- Descripción de la muestra

- Fuentes de información: Para la realización de las entrevistas y posterior análisis, el estudio se realizó en los siguientes centros de atención primaria:

a. Centro de Salud Familiar Dr. A. Baeza Goñi

Cesfam ubicado en Álvarez de Toledo # 399, San Joaquín. Posee una población beneficiaria de 18.498 personas.

Las características sociales de la comuna de San Joaquín radican principalmente en una población con altos índices de pobreza donde la intervención a través de programas focalizados se hace indispensable. Sobre todo, porque dicha pobreza se combina con otros factores de vulnerabilidad social como, un alto porcentaje de adultos mayores y hogares con mujeres jefas de hogar, lo que hace más difícil intervenir y brindar soluciones.

b. Consultorio Dr. Fernando Mönckeberg

Ubicado en Avda. Balmaceda # 039, Padre Hurtado. Posee una población beneficiaria de 30.986 personas.

c. Centro de Salud Familiar Carol Urzúa

Ubicado en Avenida Consistorial 1960, Peñalolén Alto. Posee una población beneficiaria de 55.423 personas.

d. Centro de Salud Familiar Lo Hermida

Ubicado en Av. Crel Alejandro Sepúlveda # 6981, Lo Hermida. Este pertenece al servicio de salud Metropolitano Oriente. Posee una población beneficiaria de 42.460 personas.

En la comuna de Peñalolén, la composición etaria de la población evidencia un predominio de personal jóvenes y una alta diversidad social, donde habitan familias con altos ingresos hasta familias con escasos recursos económicos.

Por otra parte existe una importante presencia de población indígena que conservan y fomentan sus actividades culturales.

- **Universo:**

El estudio se realizó a profesionales de Enfermería de diferentes centros de salud representativos de atención primaria, donde se encontraron diferencias y/o aspectos culturales del paciente. Se efectuaron 9 entrevistas

a profesionales de enfermería hasta la obtención de la saturación de información por parte de los entrevistados.

Los centros donde se realizó la aplicación del instrumento son campos clínicos de la Universidad Diego Portales, por lo que la aplicación del método de recolección de datos tuvo menor limitación, facilitando el acceso y proceso de estudio.

• **Criterios de selección:**

Para la aplicación del instrumento se consideró el siguiente criterio de inclusión: Ser profesional de Enfermería Universitaria de atención primaria, ya sea de sexo femenino o masculino, de cualquier institución de formación universitaria. Se excluyó a todo aquel profesional de enfermería que tenga menos de un año trabajando en centros de salud de atención primaria.

• **Técnica de recogida de información:**

En esta fase se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, siendo un método de investigación que busca que los sujetos entrevistados tengan libertad para responder y aclarar los conceptos en estudio. Este tipo de entrevista es adecuada para recoger información subjetiva de los entrevistados y además asegura que el investigador obtendrá datos útiles y necesarios para realizar el estudio analítico.

221

Para la aplicación de la entrevista semiestructurada a los profesionales de enfermería de los centros de salud primaria establecidos, se solicitó la autorización de la dirección de estos, mediante una carta de presentación (Anexo N°2) respaldada por el profesor tesista. Además mediante un consentimiento informado (Anexo N°3) verbal se explicó la finalidad de la entrevista al personal de enfermería.

Las entrevistas fueron grabadas, posteriormente transcritas para el correspondiente análisis descriptivo mediante la clasificación de información de acuerdo a categorías y subcategorías. Consecutivamente se realizó el análisis detallado por cada categoría en relación a lo pesquisado y marco teórico.

• **Validación del instrumento:**

El instrumento utilizado en la investigación de campo fue validado en primer lugar por el Dr. en Filosofía y Magister en Bioética Francisco León Correa. En segundo lugar se efectuó la validación mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada al 22% de la población de es-

tudio, (equivalente a 2 profesionales) en uno de los centros de atención primaria donde se realizó la investigación, correspondiente al Consultorio Doctor Fernando Monkeberg. La finalidad de realizar estas 2 entrevistas fue pesquisar si era necesario adherir más preguntas a lo ya efectuado, sin embargo no fue preciso debido a que las preguntas ya establecidas estaban acorde a nuestro marco teórico y objetivos planteados. Por otra parte existió una óptima comprensión de las preguntas por parte de los profesionales entrevistados, existiendo concordancia y fluidez durante la entrevista.

Resultados por categoría y subcategoría

1. Influencia de factores culturales en la atención de salud: *Se busca pesquisar si durante la atención de salud (at. Primaria) las características culturales del paciente afectan a esta.*

En este aspecto hubo una concordancia general entre las enfermeras al señalar que existe una influencia de los factores culturales de los pacientes durante la atención de salud en atención primaria, entre los cuales se mencionaron y reafirmaron de la misma pregunta la religión, edad, nivel socioeconómico y educación, destacándose este último aspecto por sobre los demás. Se ha encontrado que la escolaridad es una determinante importante para la enfermera al momento que proporciona su atención ya que dependiendo de esta será cómo las personas recibirán la información y la procesarán para lograr comprender las indicaciones que se le entreguen. Este aspecto sobresaliente sobre los demás será explicado más adelante.

Se destaca en la respuesta de un solo informante lo siguiente: por una parte hace referencia a que tanto el bajo nivel socioeconómico como la baja escolaridad afectan en la atención de salud sin embargo por otra parte señala que otros aspectos no influyen, como es el ciclo vital. En este caso la información obtenida puede conllevar a plantearse como un dilema ético.

En primer lugar estamos frente a una respuesta que puede interpretarse objetivamente de dos formas, de las cuales una se dirige a generar un dilema ético. Por una parte se puede establecer que la finalidad de la respuesta es mostrar que los factores culturales sí influyen en la atención al proponer la escolaridad y el nivel socioeconómico como ejes principales en que son aceptados como aspectos influyentes, por otro lado se señala

que el resto de los factores propuestos no interfieren, como es el caso del ciclo vital, para el informante son todos iguales. Esta última frase es aquella que puede finalmente crear un conflicto ético ya que el propósito puede tener dos finalidades, una muestra que no se hace diferencia en la atención de los pacientes, vale decir, no existe discriminación alguna ya sea por nivel socioeconómico o educación de los pacientes, entre otros ejemplos, o simplemente hay un dilema detrás al no tomarse en cuenta de que debe existir una diferencia al momento de atender a un adulto o un adolescente por ejemplo, claramente la edad es un factor fundamental para determinar el tipo de estrategias a llevar a cabo con cada paciente para lograr una buena adherencia al tratamiento, como fue señalado en las diferencias generacionales del marco teórico. Si la respuesta tuviese este último propósito se está frente a la trasgresión del principio ético de beneficencia al no otorgar una atención de salud correspondiente a las características que hacen diferente a un paciente de otro, no generando el bien esperado por cada individuo acorde a sus raíces y creencias. Asimismo como el principio de beneficencia pudo haber sido transgredido, también lo fue el de autonomía, principio que está ligado estrechamente al primero al otorgarle la oportunidad de escoger libremente su propio beneficio, circunstancia que no cumple por recibir un tipo de beneficio no siendo concordante a sus características como tal. Para entregar una acción benefactora a través de este principio (beneficencia) debe existir una adaptación a la realidad del paciente y una fundamental es su edad.

La atención en salud cada día va siendo más exigente, requerimiento que se debe a las necesidades culturales que pide cada paciente, vale decir, exige una atención que se centre en sus raíces, costumbres y creencias por lo tanto debe haber una comprensión de estas por parte del profesional de enfermería, más aún si debe enseñarle y/o proporcionarle cuidados que finalmente se relacionarán con su estilo de vida. Es por ello que la enfermera debe ser capaz de ver la influencia de los diversos factores culturales de cada persona, hecho que ha podido verse plasmado en esta investigación a través de las referencias que han dado los profesionales de enfermería al demostrar que hay conocimiento sobre la importancia que tienen estos factores a la hora de otorgar atención. Las respuestas pesquisadas están estrechamente ligadas a referencias bibliográficas ya presentadas por Leininger, quien señala que los cuidados de enfermería basados en las creencias, familias y acciones de las personas, adquieren una atención adaptada a su cultura, por lo tanto existe una real influencia de factores o aspectos culturales en la atención y en los cuidados que

otorga enfermería. Al hallar que los profesionales consideran que existe una influencia cultural en cada atención a través de diversos aspectos ya mencionados, se evidencia entonces que están proporcionando cuidados de forma integral similar al modelo que se ha propuesto sobre la enfermería transcultural propuesta por Leininger con el “sol naciente”, vale decir, toman en cuenta al paciente como un ser holístico y no individual. Este sol que viene a representar los cuidados de acuerdo a una estructura social como son la familia, religión, estilos de vida, factores educacionales, entre otros, está siendo aplicado de alguna forma actualmente en la atención primaria, hecho que permite entonces entregar una atención de salud óptima y de calidad, con cuidados culturalmente congruentes acordes a lo que espera y requiere un paciente.

Se ha podido ver a través de este estudio que la experiencia a lo largo de los años es substancial para proporcionar una mejor atención, a través del tiempo cada vez se va adquiriendo más experiencia sobre los factores culturales de la gente lo que permite dar un mejor y mayor enfoque a la atención. Frente a este contexto se ha podido encontrar que M. Leininger cuando propone su modelo de enfermería lo fundamenta en lo transcultural lo que obedece a que el profesional adquiere conocimientos en base a la práctica y la investigación, aspecto que se aplica en este estudio al ver que los informantes señalan que la experiencia a través del tiempo es la mejor herramienta que tienen a su favor.

224

2. Atención de salud a inmigrantes: Tiene la finalidad de ver la relación de la enfermera con una persona extranjera con diferente cultura durante la atención de salud.

En primer lugar frente a la relación que se establece entre la enfermera y el inmigrante ya sea de alguna etnia o extranjero, se ha observado que el profesional acentúa el acto de que es capaz de “adaptarse” (palabra que se repite en varias de las respuestas otorgadas) frente a una persona con distinta cultura, vale decir, diferente así mismo, a sus propias creencias y por tanto puede lograr construir una relación con ellos que les permite entenderse. Esto se alcanza ya que la enfermera relata tener estrategias frente a estas personas con diversas culturas y raíces acto que le concede establecer una atención acorde a lo solicita esta persona.

En segundo lugar se ha pesquisado según los informantes que los inmigrantes tienen una buena adherencia al tratamiento e indicaciones que se les proporcionan en las atenciones de salud. Sin embargo en una de las nueve las respuestas que se obtuvieron, solo un informante que

atendía en general a peruanos, señaló según su experiencia que estos “eran reacios a seguir el tratamiento”.

Respecto a este aspecto los informantes han destacado dentro de sus respuestas “la adaptación” frente al otro, condición que conlleva a situar al profesional como una persona que otorga cuidados considerando la cultura del otro, tal cual como se muestra en la bibliografía utilizada en donde establece que muchas de estas personas que vienen con diferencias lingüísticas y que no tienen conocimiento del sistema de salud chileno, ni de enfermedades propias del país influirán finalmente directa o indirectamente en la adherencia al tratamiento.

Una de las respuestas conseguidas plantea un situación bastante interesante, al mostrar que la atención que reciben inmigrantes (señalando a peruanos, gitanos) no les permite llevar un seguimiento de sus estados de salud por la razón de que muchos de ellos no tienen rut y por tanto no son ingresados a un sistema computacional que guarde su historia clínica, así como también gitanos o gente del circo por estar un solo temporadas posteriormente se pierden y después de un tiempo vuelven a aparecer, situación que no le permite tener mucha experiencia con este tipo de personas. De acuerdo a este marco el informante da cuenta y reconoce un problema, sin embargo aparece el dilema ético al señalar que no tiene mucha experiencia en estas circunstancias por eso al debido momento de entregar atención en salud no se está basando en todos los aspectos culturales de cada uno de estos diferentes inmigrantes. Se puede establecer ante esta evidencia que existe una transgresión del principio de justicia al no dar una atención sanitaria a esta gente de igual forma como al resto que no son inmigrantes. Los profesionales de la salud tienen el deber de proporcionar una atención equitativa a todos.

225

3. Evaluación de la adherencia al tratamiento

Al indagar en este ámbito se encontró según la percepción del profesional de enfermería que quienes tienen mayor adherencia al tratamiento según ciclo vital son los adultos mayores, pacientes que obedecen y llevan a cabo mayormente las indicaciones que le se prescriben durante la atención. Así también las describen como personas más comprometidas con su salud y que debido a su edad se adhieren mucho más a los centros de salud, razón por la que tampoco faltan generalmente a sus controles. Respecto a los adolescentes señalan los informantes que estos mayormente no asisten a atenderse a menos que sea por una situación de emergencia o por requerir métodos anticonceptivos motivo por el cual

no pueden ver el grado de adherencia al tratamiento.

Ahora bien si se evalúa según sexo, se ha encontrado en la mayor parte de las respuestas que son las mujeres quienes tienen una mayor adherencia al tratamiento, además se hace referencia a aquellas que están en edad más joven y que particularmente son mamás primerizas razón que las motiva a asistir siempre a los controles de salud y llevar a cabo las indicaciones que se le entregan.

4. Impacto de la religión en la atención en salud: *Se busca ver si la religión o algún tipo de creencia espiritual de los pacientes influyen durante la atención de salud en su adherencia al tratamiento.*

En esta categoría se ha encontrado que la mayor parte de los informantes señalan que tienen presente la religión del paciente y/o creencias espirituales que puedan tener acerca de la vida. Además de esta respuesta añaden significativamente que este aspecto cultural no ha sido un obstáculo o un tipo de influencia durante la atención que brindan.

Otro aspecto que se menciona es “el respeto” que tienen los profesionales hacia a la religión de las personas.

226

Sobresale entre las respuestas una situación que vivenció un profesional que puede entenderse como un tema que debe ser abracado a nivel secundario, pero un acto en particular hace que no esto no sea así. Esta persona se vio enfrentada a un aspecto de tipo religioso al realizar una visita domiciliaria, en donde esta señaló que frente a un testigo de Jehová que requería de transfusión sanguínea se negaba, pues su religión lo impedía, ante esta negativa a la vida de la persona, la informante da cuenta que si hubiese dependido para transfundirla, no le hubiese preguntado y la hubiese transfundido igual, sin tomar en cuenta su creencia. Ante esta realidad se puede estar frente a un dilema ético al ver que se transgrede el principio de autonomía de una persona, pese a que en este caso el profesional no sería quien transfundiera al paciente sí puede haber transmitido este pensamiento durante la visita domiciliaria (acto netamente que se realiza en atención primaria). Por el hecho de favorecer esta profesional el principio de beneficencia (salvar a la paciente), transgrede la su autonomía, la voluntad que tiene sobre su vida a raíz de una de sus creencias, generándose finalmente un dilema ético y por cierto un choque cultural, entiéndase este último término según Leininger cuando los cuidados de enfermería no concuerdan con los estilos de vida ni creencias de las personas.

De acuerdo a lo expresado por los profesionales se deja en clara evidencia que la religión es un factor cultural que se considera durante la atención, realidad que se ve fundamentada en la importancia que se ha brindado a este aspecto en la vida cotidiana de las personas y más aún cuando se enfrentan al proceso de enfermedad. Por el hecho de tener diferentes creencias espirituales cada persona le da diversos significados a sus vivencias sobre todo cuando tienen algún problema de salud. La información obtenida del estudio da cuenta que hay consideración de la religión, sin embargo al decir que ésta no ha afectado en sus intervenciones se infiere que no se ha dado la real importancia que puede llegar a tener en cada individuo, a menos que la persona lo exprese abiertamente, como se da en el caso de los testigos de jehová como cuentan algunos informantes, muchos de estos que profesan su religión abiertamente y la hacen notar en cualquier parte por lo que el profesional se ve obligado a enfrentar esta situación, a lo que señalan respetarlo, no obstante si llega otra persona que no hace explícita su condición espiritual el informante no hace nada por fomentarlo.

5. Importancia de la familia en la adherencia al tratamiento: *Percepción de la enfermera sobre el núcleo familiar del paciente en su adherencia al tratamiento.*

227

De acuerdo a los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a 9 profesionales de enfermería de atención primaria, es posible afirmar que, en cuanto a la importancia de la familia en la adherencia al tratamiento, todas refirieron que es un apoyo fundamental para los pacientes, considerándola como unidad primordial para mejorar la calidad de vida y promover estilos de vida saludable. Es posible afirmar que la familia puede jugar un rol positivo y negativo, ya sea porque puede favorecer en la adherencia al tratamiento o pueden perjudicar en el cumplimiento de las alternativas terapéuticas brindadas por los profesionales de salud.

Es importante, en atención primaria, identificar el grado de funcionalidad familiar para rescatar tanto los factores protectores como los factores de riesgo, y de esta forma adaptarse a las distintas realidades familiares de los pacientes. Es por este motivo que ante una familia disfuncional es primordial buscar redes de apoyo familiar o individual con el fin de tratar la causa de la disfuncionalidad familiar.

Es posible afirmar que al momento de brindar atención a los pacientes, los profesionales de enfermería no se enfrentan a dilemas éticos que afecten directamente en la atención de salud y en la adherencia al tratamien-

to. Aun así esta situación puede justificarse principalmente, porque los profesionales sanitarios utilizan a la familia como un recurso fundamental en donde intervenir para favorecer en la adherencia al tratamiento de los pacientes, por lo que es fundamental respetar la condición familiar e intervenir en los casos necesarios.

6. Estrategias de intervención en pacientes con bajo nivel educacional y escasos recursos económicos

De acuerdo a la intervención de los profesionales de enfermería en pacientes con bajo nivel educacional y escasos recursos económicos es posible afirmar que el personal sanitario busca las alternativas más simples y didácticas para hacer efectiva las indicaciones propuestas en la atención y favorecer en la adherencia al tratamiento.

Las propuestas van dirigidas fundamentalmente a la adaptación de las distintas realidades de los pacientes, considerando las diferencias lingüísticas, los recursos económicos disponibles y el nivel educacional. Todo con el fin de proporcionar una atención de calidad y favorecer en la adherencia al tratamiento.

228

De las 9 entrevistas realizadas, todas coincidían en que es fundamental brindar alternativas terapéuticas y buscar redes de apoyo en pacientes analfabetos o con bajo nivel educacional y con bajos recursos económicos. Es importante no imponer una indicación sino más bien tratar de adaptar una indicación terapéutica a las realidades de los pacientes.

En general es posible afirmar que al momento de brindar atención sanitaria, por parte de los profesionales de enfermería, a los pacientes analfabetos o con bajos recursos económicos es fundamental crear las estrategias y los esfuerzos pertinentes para beneficiar en la adherencia al tratamiento de los pacientes. Es por este motivo que a pesar de que las diferencias educacionales y los recursos económicos influyen en la atención en salud no se evidencian dilemas éticos en la atención sanitaria.

7. Estrategias profesionales

En cuanto a la formación previa sobre cómo realizar atención de enfermería en pacientes con diferencias culturales, todas las entrevistadas coincidieron en que no han tenido ningún tipo de formación que pudiera orientarlas en abordar los distintos aspectos culturales de los pacientes. Es más, todas afirmaron que su atención tenía como base su propia experiencia y que la clave se encuentra en el respeto hacia al paciente.

En relación a la opinión de establecer estrategias de formación académica en los profesionales de enfermería para el abordaje de paciente con diferencias culturales, la totalidad de las entrevistadas coincide en que sería necesario incorporar un curso de pregrado o curso de capacitación para orientar en la creación de estrategias terapéuticas al momento de enfrentarse a pacientes con diferencias culturales en los centros de atención primaria de salud.

8. Actitud de la enfermera: *Se pesquisa las actitudes que tienen la enfermera hacia el paciente durante la atención de salud*

Al momento de proporcionar alternativas terapéuticas es importante tener ciertas actitudes fundamentales para proporcionar confianza a los pacientes y una atención más grata y amena.

De acuerdo a las entrevistas realizadas a 9 profesionales de enfermería de diferentes centros de atención primaria de salud, es posible afirmar que las actitudes relevantes al momento de intervenir en pacientes con diferencias culturales son el respeto hacia el otro y la empatía, teniendo presente que lo fundamental es adaptarse a la realidad de los pacientes e identificar los distintos factores protectores y factores de riesgo antes de proporcionar alternativas terapéuticas, con la finalidad de favorecer en la adherencia al tratamiento.

229

Es posible afirmar que lo fundamental para los profesionales de enfermería es lograr cercanía y confianza en los pacientes para favorecer en proporcionar una atención de calidad y facilitar en la adherencia al tratamiento, este hecho es logrado mediante la utilización de dos herramientas primordiales consideradas dentro de una adecuada comunicación, las cuales son la empatía y el respeto hacia el otro.

Aun así, como se dijo anteriormente, existen ciertas situaciones, principalmente derivadas de las diferencias religiosas, a las cuales los profesionales de enfermería se enfrentan, que no necesariamente significan transgredir los principios bioéticos, sino más bien ponen de manifiesto, que a pesar de tener una actitud basada en la empatía y el respeto hacia el paciente, los profesionales de enfermería deben optar por el bienestar de las personas, siempre respetando su voluntad y autonomía.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería, desde su formación, están capacitados para brindar una atención de salud de calidad teniendo en consideración todos los aspectos culturales de los pacientes. Hecho que incorpora intervenir en la promoción en salud, prevención de la enfermedad y restauración de la salud, todo con la finalidad de proporcionar bienestar al paciente.

La aceptación y el respeto por las diferencias culturales, la sensibilidad por entender como esas diferencias culturales influyen en las relaciones con las personas y la habilidad para ofrecer estrategias que mejoren la atención que brinda enfermería al momento de enfrentarse a pacientes con diferencias culturales, son requisitos indispensables para que el cuidado transcultural en enfermería se pueda consolidar.

Es responsabilidad de los profesionales de enfermería, lograr la capacidad de intervenir en el cuidado de salud de todos los pacientes, con el objetivo de preservar su cultura y en algunas ocasiones llegar a un acuerdo cultural de intervención.

230

Este estudio cualitativo pone de manifiesto que en los centros de atención primaria de salud, y gracias a la experiencia que tienen los profesionales de enfermería, no se evidencian demasiados dilemas éticos que sobrepasen los principios bioéticos e interfieran en la atención en salud y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diferencias culturales.

Es importante destacar, que gracias a las actitudes que poseen los profesionales de enfermería basadas fundamentalmente en el respeto y la empatía, es posible brindar una atención de calidad que cumpla con las expectativas terapéuticas de los pacientes y favorezca en la adherencia al tratamiento.

Aun así, es posible identificar ciertas situaciones que para los profesionales de enfermería significaron enfrentarse a dilemas éticos que excepcionalmente fueron derivados de diferencias religiosas y que no significaron arriesgar la integridad y seguridad de los pacientes.

Por este motivo se plantea como un desafío intervenir, desde la formación de pregrado, en equidistar el tiempo dedicado a la formación intrahospitalaria y extrahospitalaria de los futuros profesionales de enfermería para otorgar estrategias terapéuticas que faciliten la atención en salud y favorezcan la adherencia al tratamiento de los pacientes. Además de

proporcionar nuevos modelos alternativos, como el de Madeleine Leininger, para establecer una guía de orientación y priorización en la atención primaria de salud.

Otro hecho fundamental para facilitar la atención de salud de los profesionales de enfermería a los pacientes con diferencias culturales, es brindar mayor orientación cultural al momento de comenzar con la actividad laboral en los centros de atención primaria de salud, con la finalidad de proporcionar una guía orientadora de la población y facilitar el brindar cuidados terapéuticos.

En términos generales es posible establecer que los profesionales de enfermería de los centros de salud primaria de atención tienen una base teórica y científica fundamentada en la teoría de Madeleine Leininger, debido a que ha sido confirmada en la práctica, ya que al momento de brindar atención se valoran e identifican los diferentes aspectos culturales de los pacientes, otorgando una atención integral y estratégica de acuerdo a las necesidades y realidades de cada paciente.

Sin embargo la teoría de Madeleine Leininger no es aplicada por los profesionales de enfermería como recurso teórico basado en la evidencia, sino más bien es impartida inconscientemente, ya que el personal de enfermería da prioridad a los conocimientos y actitudes adquiridas por la propia experiencia.

Los profesionales de enfermería deben identificar en los pacientes, aquellas prácticas y valores dignos de mantener, ya que promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la preservación de la salud. En este sentido, si la creencia es benéfica o no representa daño para la vida del paciente, se podría preservar. Pero si, por el contrario puede ser un riesgo para la salud, se debe negociar un acuerdo positivamente apoyando la creencia, pero sugiriendo una práctica más benéfica.

Finalmente si la práctica o creencia es potencialmente dañina, los profesionales de enfermería deben tomar una posición más firme en la explicación de los riesgos y ayudar al paciente a sustituirla por una práctica más sana, respetando siempre los principios básicos bioéticos.

En el proceso de estudio investigativo fue posible identificar nuevas líneas de investigación que involucran al personal médico como objetivo de estudio en cuanto a pesquisar los dilemas éticos derivados de las diferencias culturales al momento de brindar atención médica. Teniendo en consideración que dicha formación se basa principalmente en brindar

un diagnóstico y tratamiento, es posible que se omita la valoración integral que deben tener todos los profesionales de salud al proporcionar alternativas terapéuticas, por lo tanto los dilemas éticos pueden ser más explícitos en mayor cantidad.

Bibliografía

1. **Aguayo, M. & Muñoz, M.** (2008) *Transculturalidad y Enfermería. Relación con el paciente de etnia originaria*. Coordinación Académica de Bioética. Salud e interculturalidad: Desafíos y proyecciones. III Jornada de Bioética en La Frontera. (pp.192-200).Chile.
2. **Laza, C. & Cárdenas F.** (2008) *Una mirada al cuidado en la gestión desde la enfermería transcultural*. Revista Cubana de Enfermería, 24 ,3-4. Extraído el 1 Junio, 2010, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192008000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
3. **Leno, D.** (2006) *Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural*. Gazeta de antropología, artículo 22. Extraído el 01 Junio, 2010, de http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html.
4. **Muñoz, L. & Vásquez, M.** (2007) *Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger*. Colombia médica, 38, N° 4(supl.2). Extraído el 01 Junio, 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28309811.pdf>.
5. **Leininger M. en Marriner A., Raile M.** (2003) *Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad. Modelos y teorías en enfermería*. (5ª ed.). (p.508). Madrid: Elsevier Science.
6. **Leininger M. en Marriner A., Raile M.** (2003) *Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad. Modelos y teorías en enfermería*. (5ª ed.).(p.508). Madrid: Elsevier Science.
7. **Castillo, J.** (2008) *El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 7, 3. Extraído el 01 Junio, 2010, de http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_3/rhcm14308.htm.
8. **Marriner A. & Raile M.** (2003) *Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad. Modelos y teorías en enfermería*. (5ª ed.).(p.513). Madrid: Elsevier Science.
9. **Rohrbach, C.** (1998) *Gráfico explicativo del modelo del sol naciente de Leininger. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger*. (cap.34). Extraído el 03, Mayo, 2010, de http://rua.ua.es/dspace/bits-tream/10045/5200/1/CC_04_07.pdf.
10. **Muñiz, M.** (2009) *La transculturación en el cuidado de enfermería*. Extraído el 07, Abril, 2010, de <http://www.monografias.com%2Ftrabajos72%2Ftransculturacion-cuidado-enfermeria%2Ftransculturacion-cuidado-enfermeria2.shtml&h=25e06>
11. **Calvo, M., Ayala, R., Holmqvist, M. & Molina, S.** (2010) *Aspectos axiológicos-culturales de la ética y el cuidado*. Trabajo de investigación no publicado, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

12. **Castillo, J.** (2008) *El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 7, 3. Extraído el 01 Junio, 2010, de http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_3/rhcm14308.htm.
13. **Escobar D., Lorenzini A.** (2007, Julio - Agosto) *El poder del cuidado humano amoroso en la enfermería*. Revista Latino-americana Enfermagem. 15,4.
14. **Fuertes, C. & Martín Laso, M.** (2006) *El inmigrante en la consulta de atención primaria*. Extraído el 13 Abril, 2010, de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple2.html>.
15. **Pizarro, E. & Rivera, M.** (2003) *La familia como problemática de salud en atención primaria*. Diplomado en salud pública y salud familiar, 2 – 4.
16. **Ciuffolini, B., Didoni, M., & Jure, H.** (s.f) *La familia como unidad de atención* [versión electrónica]. 1–3. Extraído el 6 de mayo, 2010, de <http://www.scob.intramed.net/Salud-familiar.pdf>.
17. **Larrañaga, O.** (s.f) *Determinantes sociales de la salud en Chile: Nivel socioeconómico*. Extraído el 7 de mayo, 2010, de http://www.equidadchile.cl/documentos/libro2005/2_nivel%20socioeconomico.pdf.
18. **Olmo, J.** (2009). *Bioética y Adulto mayor*. Portales Médicos. Parra 3, Extraído el 3 Mayo 2010, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1831/2/Bioetica-y-Adulto-Mayor>.
19. **Currie, et. al.** (2004). *Salud de los jóvenes dentro de su contexto. Estudio de la Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar ("Health Behaviour in School-aged-Children" – Estudio HBSC)*. 219 – 221. Extraído el 15 de mayo 2010, de http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adoles2001_2002.pdf.
20. **Urbano, C.** (2002) *Práctica médica y sufrimiento espiritual* (1ª parte), Medicina y persona. Revista Médica Universal Navarra (vol. 46), N° 4, 45 - 48.
21. **Lewis, M., Heitkemper, M., Dirksen, S., Obrien, P., Giddensen, & J., Bucher, L.** (2004) *Enfermería Médico quirúrgica*. (6ª edición). Madrid, España: Elsevier ediciones.
22. **Die, M.** (2003) *Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 1, Vol. 0, 39-48.
23. **Die, M.** (2003) *Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 1, Vol. 0, 39-48.
24. **Die, M.** (2003). *Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 1, Vol. 0, 39-48.
25. **Beauchamp, T., & Childress, J.** (1999) *Principios de ética biomédica*. (pp. 230-242). Barcelona: Masson
26. **León, FJ.** (2009) *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. Acta bioética, 15(1), (pp. 70-78).
27. **Sánchez Z, Marrero J, Becerra O, Herrera D, & Alvarado J.** (2003) *Los principios bioéticos en la atención primaria de salud*. Revista cubana de Medicina General Integral, 19(5).
28. **León, FJ.** (2009) *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. Acta

bioética, 15(1), (70-78).

29. **León, FJ.** (2009) *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. Acta bioética, 15(1), (70-78).

30. **Azulay Tapiero, A.** (2001) *Los principios bioéticos: ¿Se aplican en la situación de enfermedad terminal?*. An. Med. Interna, 12(18), 650-654. Extraído el 21 de mayo, 2010, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992001001200009&lng=es&nr-m=iso>. ISSN 0212-7199. doi: 10.4321/S0212-71992001001200009.

31. **León, FJ.** (2009) *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. Acta bioética, 15(1). (70-78).

Anexo N ° 1

Entrevista

1. ¿Las diferencias culturales de los pacientes como: edad, educación, nivel socioeconómico, familia y/o religión, influyen en la atención en salud?

234

2. ¿Cómo es la relación con los inmigrantes en la atención? ¿Cumplen el tratamiento?

3. ¿Qué pacientes tienen mayor adherencia al tratamiento posterior a la atención de salud?

4. ¿Cómo es la atención a pacientes con diferentes creencias religiosas?

5. ¿Existen diferencias al momento de brindar atención a los pacientes adolescentes y adultos mayores?

6. ¿Cómo influye la familia en la adherencia al tratamiento en los pacientes?

7. ¿Cómo intervienen en pacientes que tienen bajo nivel educacional?

8. ¿Tienen problemas con pacientes que tienen bajos recursos económicos?

9. ¿Ha tenido algún tipo de formación previa sobre cómo realizar atención de enfermería en pacientes con diferencias culturales?

ASPECTOS ETICOS EN ATENCION PRIMARIA. UN BREVE ANALISIS DE LA REALIDAD ACTUAL DEL CESFAM "DR. FERNANDO MAFFIOLETTI"

*Janina Torres Pesantez**

*Médico general

Introducción

La importancia de la atención primaria de salud (APS) es reconocida universalmente, resulta imposible pensar en mejorar el sistema de salud de una nación sin impulsar el desarrollo óptimo de la misma; es así pues, que países con APS más eficiente exhiben una salud superior a costos más bajos que aquellos con una APS débil, tan real es esta aseveración que la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como *más necesaria que nunca*. (1)

235

Entre los objetivos de la asistencia primaria en salud, a más de procurar poner en marcha programas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de salud, se pretende atender a la población más vulnerable, tratando de distribuir los recursos en la forma más equitativa posible, en un ambiente cálido y solidario, intentando alcanzar un grado máximo de salud y de esta manera dar respuesta a las necesidades sanitarias del pueblo. (2)

La reforma iniciada en Chile a principios de la década actual pretende colocar la APS como eje, tratando de construir un sistema de salud centrado en ella. Para esto se requiere trabajar con equipos de salud renovados, preparados, multidisciplinarios, capaces de asumir el cuidado de la salud de las personas y sus familias, en el escenario epidemiológico actual en el que se agregan los problemas emergentes como salud men-

tal, enfermedades crónicas, morbilidad, control niño sano, salud sexual y reproductiva, y atención de los pacientes de la tercera edad. (3)

Pero, para alcanzar estos objetivos, debemos recordar que todo hombre, mujer o no nacido, representa el fin último de nuestra acción, que no podemos atropellar sus derechos, y por lo tanto tenemos que respetar ante todo, su calidad de personas, su dignidad y la vida humana. De ahí surge la necesidad imperiosa de considerar y aplicar aspectos éticos en la atención primaria en salud.

Por este motivo, el propósito de este trabajo descriptivo, es dar a conocer a breves rasgos, la realidad actual del CESFAM "Dr. Fernando Maffioletti" en el ámbito bioético, según un análisis personal, basado en los principios bioéticos aprendidos durante la realización de este diplomado y la revisión bibliográfica de literatura relacionada.

Debo hacer énfasis, en que el tratamiento bioético en la asistencia primaria todavía está en vías de desarrollo, escasa es la información que se dispone, lo que si podemos afirmar es que los comités de ética en atención primaria poseen funciones diferentes, a la de los comités de ética asistencial a nivel hospitalario, cuyos inicios datan ya desde 1960 en USA, y actualmente se hallan bastante bien consolidados. Precisamente lo señaló el Dr. Diego García, al manifestar que "Los conflictos éticos que tiene que resolver, o la metodología para resolverlos, que precisa el médico de una unidad de cuidados intensivos es completamente distinta a la metodología que se necesita para educar a una población en un conjunto de hábitos de vida sanos, higiénicos y racionales". (4)

Las razones descritas en la bibliografía internacional para recomendar la creación de comités en atención primaria han insistido en la creciente participación de los profesionales, pacientes y familias en la toma de decisiones con implicaciones éticas. En España a partir de 1997 se crea el primer CAB (Comité Asesor de Bioética en Asistencia Primaria) en Zaragoza, con resultados positivos y prometedores. (5)

Lo cierto es que los equipos médicos de APS se encuentran con frecuencia cada vez mayor frente a problemas éticos que no siempre pueden resolverse con su profesionalidad y sentido común.

Objetivo General

- Conocer a breves rasgos la realidad actual del CESFAM “Dr. Fernando Maffioletti” en el ámbito bioético, según un análisis personal basado en los principios bioéticos aprendidos en el curso del presente diploma y la revisión bibliográfica de la literatura actualizada disponible.

Objetivos específicos

- Definir lo que significa atención primaria en salud (APS).
- Dar a conocer la relación existente entre Bioética y APS.
- Describir los principales principios éticos vinculados a la APS.
- Identificar los principales conflictos éticos que se presentan en el CESFAM “Dr. Fernando Maffioletti” en relación con los usuarios y con el equipo de salud.
- Analizar eventuales medidas que podrían solucionar dichos conflictos éticos.

237

Descripción del área de trabajo

El centro de salud familiar “Dr. Fernando Maffioletti”, está ubicado en la comuna de La Florida, Av. Central N° 301, actualmente cuenta con una población de 64.052 usuarios inscritos validados, pertenecientes a las Unidades Vecinales N° 19, 20, 26, 27, 28 y fuera de comuna; destacando que un 29% de ellos corresponden a Puente Alto. (6)

Forma parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, bajo administración municipal a cargo de la COMUDEF (Corporación Municipal de la Florida), cuya misión principal es velar por el cuidado de la salud familiar, enmarcada dentro de un enfoque bio-psico-social, haciendo énfasis en la promoción y continuidad de los cuidados, procurando brindar una atención integral, de calidad y equitativa, favoreciendo mayor accesibilidad, con óptima coordinación de recursos e incentivando el trabajo en equipo. (6,7)

Las atenciones que brinda el servicio incluyen programas que contemplan el cuidado del niño, adolescente, adulto y tercera edad, cubriendo diversos aspectos de la salud-enfermedad, tanto física como mental y por

supuesto con perspectiva social, involucrando los principales problemas que afectan a la comunidad.

Cuenta con un grupo multidisciplinario de profesionales entre ellos médicos, enfermeras, matronas, odontólogos, kinesiólogos, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales, educadora de párvulos y personal administrativo entre otros.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, resulta fácil comprender, que si se pretende el funcionamiento óptimo de un centro asistencial de estas características, es imprescindible considerar, involucrar o establecer los aspectos éticos ligados a esta actividad, como ya se explicará en los párrafos siguientes.

Definición de Atención Primaria en Salud (APS):

La atención primaria de salud, según como la define la OMS, es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación, a un costo asequible para la comunidad y el país. (1)

238

Tal como fuera descrita también en la primera Declaración Internacional sobre Atención Primaria "Alma Ata" en 1978, la cual destaca que la APS es una estrategia que privilegia el acercar los servicios de salud a la gente, sobre todo a la población más vulnerable, asegurando una distribución equitativa de los recursos y otorgando una asistencia sanitaria óptima, de calidad y a bajos costos. El nivel primario de atención sanitaria debe incluir por tanto la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud. (1,8)

En consecuencia, es primordial impulsar a nivel mundial, la instauración, funcionamiento, mantenimiento y desarrollo eficaz, eficiente y continuo de programas de APS, debiéndose convertir en verdaderas políticas de estado, que comprometan a cada nación en proporcionarles mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países tercer mundistas.

En Chile, aproximadamente nueve millones de personas utilizan el sistema municipal de atención primaria (7), que actualmente se encuentra en una etapa de modernización y transformación, dirigido a cambiar el modelo clásico biomédico centrado en la enfermedad, a uno más integrativo, que incorpore todas las cualidades de los individuos y sus familias, conocido como modelo bio-psico-social, o expresado en otros términos

la creación de los CESFAM o Centros de Salud Familiar. (6,9,10) Este nuevo enfoque, pretende estimular el trabajo en equipo, comprometiendo la participación de la comunidad, estableciendo un contacto multisectorial, además de mantener el nivel técnico de sus profesionales.

No obstante, es necesario destacar, que para conseguir que este moderno sistema sanitario funcione adecuadamente, es esencial la vinculación de la bioética, la cual está llamada a hacer un aporte imprescindible, contribuyendo en mejorar la calidad de la atención de salud, humanizando el acto médico, mediante la aplicación de los principios éticos fundamentales. (10,11)

Bioética y Atención Primaria en Salud

Los términos Bioética y Atención Primaria en Salud, no pueden ser considerados indiferentes, por ello, llama la atención que su relación y tratamiento en la literatura especializada es un poco escasa, lo cual es coherente con lo que ha sido la práctica médica en las últimas décadas que ha tenido su máxima expresión en la tecnología y su aplicación para la búsqueda de mejores estándares individuales, (12,13) es así que hasta el momento han surgido y con bastante fuerza, los Comités de Ética Hospitalarios y de Investigación.

La Atención Primaria necesita la ayuda de la Bioética para garantizar calidad y excelencia; pero la bioética también necesita de la Atención Primaria, para alcanzar su completo desarrollo, contemplando en la medicina de familia y su entorno un campo de aplicación del máximo nivel. (14,15)

Lamentablemente la APS ha sido erradamente homologada por muchos como atención que “el pobre necesita”, hoy en día se convierte en una verdadera exigencia cuyos resultados deberían redundar en un cambio radical en la condición de vida del individuo, colocándose al frente de la misma a los mejores recursos tanto humanos como materiales. (14)

Gracia al relacionar bioética y APS, nos enseña algo muy importante: “más que los principios, en la medicina primaria lo que interesa son los hábitos de vida; son estos, los que plantean verdaderos problemas éticos”. (14) Este nuevo ángulo de estudio debe romper con los esquemas de una valoración bioética marcada por los principios que guían la práctica hospitalaria y el campo investigativo, debiendo entonces enfocarse en

la atención primaria con una proyección diferente, con una perspectiva social. (14,16,17)

Es importante destacar que actualmente:

- El manejo de los problemas bioéticos en la atención primaria de salud es bastante deficiente, esto se debe a que la medicina social es algo que está en proceso de maduración y la bioética aparece ligada a los problemas de la atención hospitalaria.

- Todavía no se dispone de un conocimiento ni tratamiento apropiado de los principios bioéticos relacionados con APS, representando por el momento valoraciones muy generales.

- El análisis de los problemas bioéticos en la medicina social que se encuentra en la literatura extranjera se relaciona con el estudio de experiencias, situaciones y concepciones diferentes a las nuestras. Esto nos advierte contra posibles extrapolaciones inapropiadas de estas experiencias, siendo indispensable una reflexión de acuerdo a nuestras circunstancias.(4)

La bioética puede validarse e institucionalizarse en la atención primaria de salud a través del comité de ética, una entidad responsable de estudiar y ayudar a resolver casos clínicos que en su evolución puedan contener dilemas éticos, desarrollar protocolos de acción dirigidos a estandarizar el enfrentamiento de conflictos éticos frecuentes en la atención primaria, e iniciar un proceso de docencia centrada en la actualización continua de los miembros del comité y en la difusión de los conceptos generales de la bioética en la práctica profesional diaria de todos los miembros del equipo de salud. (10)

El desarrollo de Comités de Ética Asistencial en los centros de salud familiar de atención primaria, permitirá transformar la concepción retrógrada del cuidado de la salud encaminada en el cumplimiento de indicadores o metas propuestas por el ministerio o para mejorar una determinada enfermedad, enfatizando en que el verdadero objetivo de la asistencia sanitaria está dirigido a servir a la personas, a preservar su bienestar, respetando su dignidad, mejorando su calidad de vida no sólo por reparar procesos fisiológicos alterados sino también por respetar aquellos principios que nos diferencian del resto de los animales. (6,17)

Pero al mismo tiempo esta situación reviste más complejidad de lo que aparenta, pues si bien no se requiere de tecnologías sofisticadas ni de personal altamente especializado para una acción efectiva, no obstante el hacerse cargo del hombre y de su salud (no sólo de su enfermedad) en

su integralidad, en el contexto de su familia, su comunidad y su entorno, exige a los profesionales de la salud humanizar su perspectiva de atención, priorizando principios y valores bioéticos, en defensa de la promoción de la vida y el respeto por la dignidad de la persona, (1) lo cual es una tarea sumamente gratificante, pero, que en algunas ocasiones se ve opacada por factores negativos propias del ser humano, que subestiman esta labor, quizá por no satisfacer sus necesidades más banales.(3,16)

El perfil de competencias de los profesionales de APS, debe ir más allá de sus potenciales intelectuales y conocimientos actualizados, deben ser capaces de promover la transformación del sector social. Es decir ser funcionarios cálidos, cercanos a las personas y las familias, resolutivos, tolerantes a la frustración e incertidumbres, que conformen equipos eficientes y efectivos con visión integral, que utilicen ágilmente la red sanitaria, interactuando con la comunidad con las herramientas y las técnicas de las ciencias sociales y la salud pública para la prevención y promoción de la salud, preocupándose no sólo de la consulta actual sino también del seguimiento a largo plazo, participando en la educación del equipo, las familias y la comunidad.(3,16,18)

Por todo lo argumentado, es fácil comprender que está plenamente justificado el desarrollo de una bioética con personalidad propia en el ámbito de la Atención Primaria en Salud. (16)

241

Principios éticos en Atención Primaria en Salud

Si bien los principios generales de Bioética, son básicamente los mismos bajo cualquier instancia, no obstante, en APS existen ciertas características particulares que valen la pena considerar.

a. En cuanto a la relación médico paciente:

Esta se distingue por su continuidad a lo largo del tiempo, lo que implica un mejor conocimiento del paciente como persona, incluyendo sus preferencias, sistema de valores, capacidad de autodeterminación, costumbres, etc. Goza de una perspectiva global, considerando sus circunstancias familiares y socioculturales; además de poseer una orientación familiar, pues es necesario contar con la familia del paciente que puede jugar un rol importante al momento de aplicación de medidas asistenciales y preventivas. Debemos mencionar además que son prácticamente tres los agentes integrantes de esta relación médico paciente: el médico,

el enfermo y la sociedad.

b. Respecto al tipo de atención sanitaria:

Se destaca por constituir una atención integral, no solo asistencial, sino también preventiva y de promoción de salud. La cual abarca, como ya habíamos indicado actividades de educación directamente conectadas con los valores del paciente. (19)

En cuanto a los principios éticos como tal, debemos tomar en cuenta que no existe una escala de jerarquización entre ellos, cada uno tiene su propio sentido y la prevalencia de uno u otro, dependerá de cada caso en particular, a continuación haremos unas breves consideraciones sobre ellos.

Beneficiencia

En la bioética tradicional, la beneficencia representa uno de los principios que sustenta la práctica médica, hacer el bien, pero entendiéndose como una relación unilateral del médico hacia el paciente, en una perspectiva individual. La atención primaria de salud impone algunos cambios en esta relación, el bien deja de entenderse individualmente para pasar a ser el bien colectivo, ya sea de la familia, la comunidad o la sociedad en su conjunto. (18)

Esta acción de hacer el bien no es decidida solo por el médico, sino por el equipo de salud, junto con la participación de las diferentes organizaciones sociales que componen la comunidad.

Otro elemento distintivo del principio de beneficencia en la APS, está en su propia concepción, dirigida fundamentalmente a la prevención y a la promoción de salud. El bien no está en curar o en restablecer la salud, sino en prevenir y en educar, lo que está ligado a la modificación de estilos y modos de vida, o de patrones culturales.

Sin embargo existe la posibilidad de que el bien colectivo pueda entrar en conflicto con intereses individuales. Cuando esto ocurre, y sin anular totalmente al individuo, debe prevalecer el bien colectivo. Es cierto que por ejemplo en la Declaración de Helsinki en 1964, establece que en las investigaciones nunca debe prevalecer el interés colectivo sobre el individual, pero consideramos que las características en la atención primaria y sus funciones requieren una valoración más puntual. (4,19)

No-Maleficiencia

La concepción de este principio, en su sentido más general, no establece diferencias esenciales entre la atención primaria y la atención secundaria, vale la pena reiterar que en la atención primaria el mal tampoco puede ser visto de una manera individual.

El equipo de salud en APS debe no solo preocuparse de hacer el bien, sino también procurar no hacer daño a una persona o a un colectivo, entendiendo a este como un conjunto de relaciones sociales. (4,19)

Autonomía

Para poder comprender el alcance de este principio en atención primaria, es esencial dejar en claro dos preceptos básicos, el primero que la APS está dirigida a grupos humanos, ya sea la familia o la comunidad, con sus respectivas tradiciones, costumbres, formas de vida, religiones, modos de percibir el mundo, en fin toda una cultura propia, distintiva, que se ha ido formado y reproduciendo a lo largo de generaciones. El segundo precepto consiste en que la función del equipo de salud en APS está dirigida primordialmente a la prevención y a la promoción de salud a escala social.

Por lo tanto, el respeto a la autonomía del paciente debe verse en un sentido social, lo que está relacionado con el respeto a las características, los valores y los patrones de la comunidad. Especial interés, constituye entonces el respeto a la integridad de la familia como núcleo básico de la vida social, lo cual a su vez está condicionado por el conocimiento que tenga el equipo sanitario sobre la idiosincrasia de esa comunidad. (4)

Es muy probable, que la comprensión del principio de autonomía en APS exhiba contradicciones, pues los profesionales de salud, con el propósito de ejecutar sus funciones de prevención y promoción, eventualmente recomendarán cambiar ciertos estilos de vida, hábitos, costumbres, e incluso tradiciones, lo que puede verse como una injerencia en el mundo interno de esta comunidad, que lesione su independencia.

La solución a esta discordancia es un tanto complicada, ya que el problema está en conseguir el equilibrio entre estos dos aspectos, pretendiendo utilizar las características de la comunidad en función de los objetivos que se propuso el equipo de salud.

El principio de la autonomía en la atención primaria, entendido como punto de partida para la reflexión bioética, supera la idea del respeto a la integridad y a la autodeterminación de la persona humana en el plano

individual, para asumir un enfoque colectivo, que lógicamente cambia toda la relación médico paciente.

Justicia

Este principio es reconocido como básico en cualquier sociedad sea cual fuere su contenido concreto, y se fundamenta en la igualdad de todos los seres humanos. La justicia funciona como la medida de la distribución equitativa de derechos y deberes, ventajas y desventajas, créditos activos y pasivos entre todos los miembros de la sociedad. (9)

Según este principio la concepción de la salud se entiende como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado.

La ejecución práctica del principio de justicia está directamente vinculada con la economía, o sea la disposición de recursos necesarios para asegurar la salud de un pueblo; en muchos casos justicia y economía se confrontan.

El concepto de equidad en APS debe ser una guía imprescindible, indicar exámenes en forma innecesaria, prescribir recetas que no se precisan en un ese momento, la incorrecta priorización interconsultas con especialistas de determinados usuarios, entre otros eventos, violan el principio de equidad, y por tanto el de justicia. (4,19)

244

Conflictos éticos identificados en el CESFAM “Dr. Fernando Maffioletti”

En conformidad con lo expuesto anteriormente y de acuerdo a un breve análisis de la situación vivida a diario durante la jornada laboral en el centro de salud familiar “Dr. Fernando Maffioletti”, he podido identificar ciertas situaciones que representan verdaderos conflictos éticos, que influyen negativamente en el funcionamiento óptimo de esta casa asistencial.

Debo recalcar que este centro dispone de un grupo multidisciplinario de profesionales, con una infraestructura parcialmente aceptable aunque con recursos notablemente limitados, pero que pese a ello tiene una gran acogida por parte de la comunidad, lo cual se ve reflejado en el considerable número de usuarios, incluso de comunas que no corresponden, sin embargo, lamentablemente, todavía no se dispone de un comité de ética, que como ya habíamos manifestado previamente, permitiría mejorar

la calidad y excelencia de su atención, enfocada hacia el servicio social integral, a través de la aplicación de principios éticos fundamentales vinculados con la atención primaria.

Entre los problemas detectados figuran los siguientes:

1. En relación con los Usuarios:

- Gran demanda de atención por parte de los usuarios, que en muchas ocasiones termina por colapsar el sistema.

- Dificultades a nivel educacional, lo que interfiere con el cumplimiento adecuado del tratamiento prescrito o la comprensión de las indicaciones recomendadas.

- Limitaciones económicas, que impiden la realización efectiva y eficaz del tratamiento indicado.

- Inasistencia a controles citados con hora diferida, tal vez por eventuales olvidos o total desinterés, sobre todo de los pacientes crónicos (hipertensos, diabéticos, obesos, entre otros...)

- Ausencia de red de apoyo familiar, de manera especial con el grupo de adultos mayores, que agrava aún más su delicada condición a más de repercutir en el quebranto del propósito de la atención primaria.

- Problemas intrafamiliares como hogares inestables o muy conflictivos, ausencia de figura materna o paterna, divorcios, situaciones de abandono, violencia intrafamiliar, etc.; o cuestiones sociales como discriminación, maltrato, situaciones de desadaptación, embarazos en adolescentes, consumo de drogas, entre otras, que deterioran el estado de salud de las personas, no sólo en el aspecto físico, sino también contribuyen en la prevalencia e incidencia de patologías de salud mental.

- Existencia de un número algo significativo de usuarios que asisten únicamente por tramitar licencias médicas no relacionadas con enfermedad, sino únicamente como medio para justificar su inasistencia laboral, lo que constituye una conducta francamente inaceptable y reprochable.

2. En relación con los Profesionales de Salud:

- Falta de capacitación en Bioética vinculada a la atención primaria en salud, lo que se ve reflejado en la dificultad de la toma de decisiones relacionadas con aspectos tales como cuidado de pacientes terminales, cursar interconsultas en pacientes añosos con mal pronóstico, prescripción de medicamentos restringidos como psicotrópicos o anfetaminas

tan solo por solicitud de los usuarios, denuncia de violencia intrafamiliar y mecanismos de acción, solicitud de licencias médicas por situaciones ajenas a la salud enfermedad, entre otras.

- Agendas médicas muy saturadas, con lapsos de tiempo destinados para consultas bastante limitados, lo que dificulta el establecimiento de una relación médico paciente apropiada.

- Resoluciones éticas enfrentadas contra la seguridad legal, es decir, todavía no existe un límite preciso, entre un actuar evidentemente ético frente a una condición defensiva ante eventuales procesos legales.

- En ciertos servicios, por ejemplo el SAC (Servicio de Atención Continua) y el SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencias), los cuales son los responsables de prácticamente más del 50% de las atenciones médicas además de la asistencia en emergencias, es decir, situaciones en las que está en riesgo la vida del paciente, lamentablemente aún no se dispone de una agenda destinada para reuniones del equipo de salud, con el propósito de discutir aspectos relacionados con el funcionamiento de estos sectores, esto permitiría optimizar recursos, unificar criterios, mantener conocimientos actualizados, resolver conflictos y obviamente brindar una atención de mejor de calidad a los usuarios.

- Carencia de cohesión y continuidad de los equipos profesionales multidisciplinarios, por diversas razones como por ejemplo diferencia de horarios laborales, reemplazos temporales, descoordinación al programar reuniones, etc.

- Desinterés total o parcial por parte de los profesionales en capacitación sobre aspectos éticos, tal vez por falta de información o quizá por no cubrir sus expectativas.

3. Cuestiones Administrativas:

- Entrega de horas de atención diferidas, debido al importante requerimiento de consultas por parte de los usuarios, lo que termina provocando molestia en los pacientes y al mismo tiempo una situación de insatisfacción con el servicio público.

- Falta de gestión para tramitar interconsultas, incluso para las patologías que forman parte del plan GES (Garantías Explícitas de Salud), lo cual ya no depende de los profesionales sanitarios, sino de las políticas de salud establecidas por el gobierno, lo que cada día aumenta aún más las listas de espera, provocando mayor decepción en los usuarios, con el

consiguiente deterioro de su estado de salud.

4. Referentes a la Institución:

- Falta de recursos humanos, económicos y materiales, que impiden alcanzar las metas propuestas, así como también proporcionar una atención de excelencia dirigida al cuidado de la comunidad.

- Instauración de programas informáticos de fichas electrónicas, con recursos materiales deficientes, que obligan a transcribir la información por duplicado, es decir, en el computador y en fichas manuales, lo que disminuye todavía más el tiempo y la calidad de atención al paciente.

- Escasa relación directa entre el Centro de Salud y niveles de atención superiores, sobre todo a la hora de activar redes de urgencia y al momento de referencia de interconsultas.

- Existe una relación laboral en general agradable entre las autoridades del centro y sus funcionarios, se procura mantener un ambiente armónico, dirigido a servir al paciente en la forma más cálida y efectiva posible.

Situaciones similares se viven en la mayoría de consultorios de APS en Chile, tal como se refleja muy bien en el trabajo publicado por F. León, en su investigación sobre Dilemas Éticos en Atención Primaria. (20)

247

Un enfoque hacia el futuro

Es evidente comprender que si en verdad se pretende conseguir satisfacer los objetivos planteados por la Atención Primaria en Salud, orientada hacia un modelo de salud bio-psico-social, indiscutiblemente se debe fomentar entre sus profesionales una formación apropiada en bioética, obviamente encaminada en el análisis de los principales conflictos éticos que se presenta en el nivel primario de atención y que mejor forma de hacerlo que incentivando la creación de los comités de ética en APS.

Solo de esta manera lograremos brindar una atención de excelencia, con visión integral, con profesionales más humanos, comprometidos sinceramente con la salud de la comunidad, la familia y la persona, el fin último de nuestra acción.

Este cambio de perspectiva, a su vez, permitirá obtener la confianza del paciente hacia el sistema público de salud, proporcionándole mayor seguridad, estimulando el cumplimiento de las terapias propuestas junto con mejores resultados, obviamente con su aprobación, respetando su

dignidad y sus derechos fundamentales.

Conseguir una verdadera integración entre la comunidad y el equipo de salud, basada en una relación de mutuo respeto, con carácter bioético e interacción continua, posibilitará finalmente revolucionar radicalmente el sistema de salud y por ende el desarrollo de la humanidad.

Conclusiones

La Atención Primaria en Salud constituye un sistema de asistencia sanitaria integral y equitativo, asequible a todos los individuos de la comunidad, cuyo propósito fundamental es la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Actualmente se está estimulando el desarrollo de los CESFAM (Centros de Salud Familiar), como el consultorio "Dr. Fernando Maffioletti", bajo un enfoque bio-psico-social, donde la familia se introduce como una unidad de atención, estimulando el trabajo en equipo, con la participación de la comunidad y contacto multisectorial.

248

Indiscutiblemente para conseguir que este moderno sistema sanitario funcione apropiadamente, resulta indispensable la vinculación de la bioética, la cual está llamada a hacer un aporte imprescindible, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención de salud y a la humanización del acto médico.

La conformación de Comités de Ética en APS constituirían un gran apoyo en la resolución de los principales dilemas éticos que surgen día a día en el trato con el paciente, permitiendo tomar la mejor decisión, de acuerdo al consenso de un grupo multidisciplinario de profesionales que analice cada situación particular desde diversas perspectivas, lógicamente respetando a la persona, la vida humana y los principios éticos esenciales, sin transgredir el bien colectivo.

Grandes transformaciones empiezan por pequeños cambios, no podemos permanecer indiferentes ante esta nueva perspectiva de la salud, más aún si nosotros, los profesionales de la salud, estamos a cargo de uno de los tesoros más sublimes e incalculables del ser humano, su vida, su dignidad, su calidad de persona, por tanto es nuestra obligación no sólo capacitarnos sino también incentivar, educar, colaborar y participar activamente en el aprendizaje, actualización y aplicación de la bioética en todos sus aspectos fundamentales.

Bibliografía

1. **Organización Mundial de la Salud.** *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.* Ginebra, Suiza: OMS; 2008.
2. **Ipinza M.** *Algunas reflexiones acerca de la situación actual de la Atención Primaria y del Nivel Primario de Atención.* Serie Publicación Técnica N° 9 del Colegio de Médicos de Chile. 1997 Marzo; 1-4.
3. **Montero J, Rojas P, Castel J, Muñoz M, Brunner A, Sáez Y, Scharager J.** *Competencias Médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile.* Rev. Méd. Chile 2009; 137: 1561-1568.
4. **Sánchez Z, Marrero J, Becerra O, Herrera D, Alvarado J.** *Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión.* Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2003;19(5): 80-95.
5. **Altisent R, Espíldora M.** *Comités de ética en atención primaria. Reflexiones en Medicina de Familia.* Aten. Primaria 2001. 28 (8): 550-553.
6. **Corporación Municipal de La Florida.** *Información del Consultorio "Dr. Fernando Maffi-letti", COMUDEF; 2010.* Disponible en: <http://www.comufef.cl/contenidos/salud/csmaffiolletti.html>. [consultado el 25 de septiembre 2010].
7. **Raña J, Ferrer Jc, Bedregal P.** *Modelo de asignación de recursos en Atención Primaria.* Rev. Méd. Chile 2007; 135: 54-62.
8. *Declaración de Helsinki propuesta por la Asociación Médica Mundial.* 52ª Asamblea General. Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. . [consultado el 25 de septiembre 2010].
9. **Espíldora M.** *Bioética y Atención Primaria.* Cuad. Bioética. 1999;35(3):569-72.
10. **León Correa Fj, Araya J, Niveló M.** *Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile.* Rev. Medicina y Humanidades. Enero-Abril 2010; 2 (1): 29-40.
11. **Pantoja T, Strain H, Valenzuela L.** *Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica.* Rev. Méd. Chile 2007; 135: 1282-1290.
12. **Ministerio de Salud de Chile.** *Atención Primaria y Promoción de Salud: Desafíos del Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitario.* Abril 2008.
13. **Organización Panamericana de la Salud.** *La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud.* Washington DC: OPS; 2008.
14. **García F.** *Bioética y Atención Primaria de Salud.* Gac. Méd, Caracas 2002;110(1):118-121.
15. **Velazo Pérez R.** *Evolución y futuro de la bioética.* Boletín Comisión Nacional de Bioética

1996;2(5):5-7.

16. **Altisent R.** *Bioética y Atención Primaria: Una relación de mutuas aportaciones.* Archivos en Medicina Familiar. Bioética y Atención Primaria. Mayo –Agosto 2006; 8 (2): 63-73. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50780203> [consultado el 28 de septiembre 2010].

17. **Ministerio de Salud de Chile.** *Plan de Salud con Garantías.* División de Gestión de la Red Asistencial. 2005.

18. **Lemus Lago Er, Sansó Soberats F.** *Retos de la ética médica en la APS.* En: Acosta Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana:Centro Félix Varela; 1997. p. 138-398.

19. **Did Núñez J.** *Principios Bioéticos en la Atención Primaria de Salud.* Rev. Cubana Med. Gen. Integr 2000;16(4):384-9.

20. **León Correa Fj.** *Dilemas Éticos en Atención Primaria de Salud.* Investigación cualitativa en La Pintana, Peñalolén e Independencia. Comités de Bioética. Libro de Actas IX Jornada Nacional de Bioética. Santiago: Sociedad Chilena de Bioética. 2009; 20-28.

LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Dra. María Marlen Avalos González

Especialista de Primer Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Diplomada en Bioética.

José Rafael Escalona Aguilera

Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño y en Bioética.

Dr. Ibrahim Escalona Aguilera

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Diplomado en Bioética.

Lic. Raiza Rodríguez Ramirez

Licenciada en Enfermería. Especialista de Primer Grado en Enfermería Comunitaria. Máster en Bioética.

251

Introducción

La práctica de la medicina tradicionalmente se ha inspirado en la búsqueda del bien de la persona enferma y se ha guiado por la prudencia, según la máxima de *primum non nocere*. Sin embargo, la Bioética como disciplina no surge hasta la segunda mitad del siglo XX.

En las comunidades humanas hay actitudes y valores que van acumulando reconocimiento y aceptación hasta que conforman una tradición. Cuando una tradición razonable resiste el paso del tiempo, sumando voluntades, su cualificación moral es cada vez mayor.

Este razonamiento puede aplicarse a la consideración de la actividad preventiva dentro de la comunidad científica que constituyen los profesionales de atención primaria de salud de nuestro entorno, una de cuyas señas de identidad es el compromiso con la salud de las personas ya antes de que se encuentren enfermas.

El desarrollo de la medicina de familia en nuestro medio se ha conso-

lidad, la aspiración a que la atención primaria ejerza su influencia preventiva en el ámbito individual, familiar y social en Cuba se expresa muy bien en la denominación del especialista en Medicina General Integral. Todo ello es fiel exponente de cómo la salud ha sustituido a la enfermedad como base del sistema sanitario.

La Medicina, que es arte¹ y ciencia, requiere para su cabal ejercicio de la suficiente preparación, que permita asegurar aquel primer postulado heredado de los antiguos griegos: primero no hacer daño. Pero esa preparación no puede quedarse solo en el campo técnico y científico: la persona humana, sujeto de toda actividad médica, demanda mucho más², por la inmensa dignidad de la que es titular³. Es por ello que, además de la preparación médica propiamente dicha, el profesional de la salud ha de aprender que cada acción realizada por él, en beneficio de su paciente, tiene necesariamente un contenido ético que no es posible soslayar.

La medicina tiene por objeto la restitución y preservación de la salud de los seres humanos, y en este proceso es inevitable la relación médico–enfermo. Es en estarelación, donde se encuentran dos personas con un sistema de valores que interaccionaran y tendrán gran peso en la toma de decisiones.⁴

252

El médico se compromete con cada decisión. Esta realidad, que existe en cualquier acto humano, se subraya en el acto médico, porque el objeto de la acción es otra persona. Por ello todo acto médico es un acto moral. Su carácter moral, esta determinado por ser una persona quien lo realiza y por dirigirse a otra. En medicina no hay acciones éticamente neutras.⁵⁻⁶

Las actuaciones del médico, están impregnadas de contenidos éticos. El trato que se de al enfermo y sus familiares, la información que se transmite, las opciones terapéuticas que se propongan, el modelo de educación para la salud que se siga, la realización de actividades de prevención y promoción de la salud etc.⁷

En la atención primaria de salud la aplicación de una sincera y profunda educación en la ética medica es fundamental, las dificultades y los problemas de salud que se presentan les impone a los médicos y enfermeras de la familia la necesidad mantener la conducta ética moral intachable. El papel que desempeña en nuestras comunidades y que tiene que jugar este equipo no permite la duda de otra conducta, el ejemplo personal en su conducta diaria que incluye la batalla de ideas por una practica de estilos de vida sanos.

En el transcurso de los últimos años la ética médica nos ha brindado una serie de herramientas muy sólidas para que nuestros profesionales de la salud sean capaces de asimilarlos y aplicarlos en el quehacer del trabajo diario, a través de una serie de valores y principios que contribuyen de una forma u otra a brindar un servicio a la población de excelencia, que es nuestra razón de ser. Es necesario dotarnos de nuevas herramientas conceptuales y metodológicas que la bioética nos ofrece.

La responsabilidad del médico en atención primaria es la atención clínica eficiente. Esta atención debe ser integral y comprender por tanto a la familia y a la comunidad del enfermo. Para ello es necesario que se lleve a cabo en un marco interdisciplinar y con una continua formación e investigación. Estas actuaciones no pueden venir exclusivamente dictadas por un método científico, pues en ellas también son importantes las decisiones y juicios morales del paciente y del profesional sanitario.

Así, todos los actos médicos están impregnados de ética y deontología que enmarcan el escenario terapéutico adecuado para la óptima relación médico-paciente.

Es por ello que la práctica ética de la medicina debe ser una constante en la formación médica. Los dilemas y retos éticos que se presentan en la consulta cotidiana del médico de familia exigen respuestas rápidas, coherentes y ajustadas al derecho y a la ética.

253

Hemos asistido a una evolución, tanto en las ciencias sanitarias, como en la mentalidad de sus profesionales. El centro de atención se ha desplazado desde la enfermedad hacia la salud; con esta actitud nace y se desarrolla la medicina de la familia, con su propia área de conocimiento, de investigación y de docencia.

Esta concepción del Médico de Familia se desarrolla dentro del proceso de cambio de paradigma médico que se está dando en nuestra época; el paradigma biologicista, y por tanto, la forma de entender la medicina como curativa únicamente, va dando paso a un paradigma médico-social en el que hay un cambio radical, no solo en la concepción de la práctica médica, sino en su objeto y sujeto.

Este cambio que se ha venido desarrollando trae consigo modificaciones contextuales en los principios bioéticos, pues las reflexiones que hasta ese momento se efectuaban con una concepción biologicista, no son las mismas con esta nueva concepción médico-social.

En su labor diaria, el Médico y Enfermera de la Familia se tropiezan con

una serie de obstáculos, lo que unido a la situación que vive el país, hacen que exista insatisfacción en la población, motivada, en algunos casos, por el desconocimiento de este personal del manejo de los principios bioéticos en la atención primaria de salud.

El análisis de las dimensiones éticas de las actuaciones médicas, de los posibles dilemas que pueden presentarse al ejercitarlas y el proponer respuestas correctas, adecuadas, proporcionadas y razonadas, requiere la formación y el conocimiento de la bioética.⁸

Valorando que, para lograr que el Médico y Enfermera de la Familia cumplan y apliquen los principios de la bioética en este nivel de atención, se necesita de un conocimiento teórico que sirva de guía para la reflexión en la atención primaria de salud. Partiendo de que estos juegan un papel importante en la sociedad, y lo necesario de su adecuado comportamiento, no solo desde el punto de vista personal, sino en la interacción con el paciente, la familia y la sociedad, consideramos oportuno adentrarnos en este tema con el fin de abrir el espacio para las reflexiones teóricas en la atención primaria de salud basadas en nuestra identidad propia, y despertar así la motivación por el estudio de estos aspectos en este nivel de atención.

254

Objetivo

Describir las bases teóricas para la comprensión de los principios bioéticos en la atención primaria de salud.

Desarrollo

La Bioética abarca la ética médica, pero no se limita a ella. La ética médica, en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación entre el médico y el paciente.

La Bioética constituye un concepto más amplio en cuatro aspectos importantes:

comprende los problemas relacionados con valores que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en las profesiones “afines” y las vinculadas con la salud mental; se aplica a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, independientemente de que influyan o no de forma directa en la terapéutica; aborda una amplia gama de cuestiones

sociales y va más allá de la vida y la salud humanas, en cuanto.^{10,11}

Ante tales dilemas, los pacientes iniciaron la reivindicación de su derecho a conocer lo que iba a hacerse con ellos y a decidir si querían o no someterse a determinadas pruebas diagnósticas y/o a determinado tratamiento.

La relación médico-paciente se ha hecho mucho más compleja y en la toma de decisiones médicas necesitamos introducir nuevos factores no puramente tecnológicos como los costos, la ponderación de la calidad de vida, los valores de los pacientes y los riesgos legales del ejercicio médico.

No basta la antigua deontología profesional o la simple buena conciencia del médico para resolver todos estos problemas. Y parece necesario dotarnos de nuevas herramientas conceptuales y metodológicas que la bioética ofrece.¹²

Los problemas éticos en la toma de decisiones que surgen en el contexto de la actividad clínica preventiva son frecuentes. Al profesional se le plantean dudas cuando entran en conflicto deberes y derechos, encontrándose ante la encrucijada de diferentes cursos de acción. Ya es un clásico de la bioética el análisis de problemas a partir de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia como equidad.¹³

255

En ocasiones presionados por el cumplimiento administrativo de los objetivos específicos establecidos en el Programa Nacional de Salud, no siempre es reconocido por el médico o enfermera el derecho de autonomía del paciente o familiar responsable, en saber, opinar y decidir, sobre el cumplimiento de cualquier indicación médica o proceder, y aunque sea emitido con la mejor intención de promover la salud, puede que se estén violando los mencionados Principios de la Bioética.

Debemos considerar que en la actualidad se debe ver con mayor claridad que el médico debe aportar a la relación médico-paciente una beneficencia pura, exenta de paternalismo, y sustituirlo por la estricta beneficencia; el enfermo la de abandonar su anterior actitud de obediencia ciega y poner en juego los recursos de la autonomía. Se sustituye el binomio por beneficencia-autonomía, con lo cual la relación medico paciente gana en madurez.

Durante muchos siglos la medicina ha sido silenciosa. Freud reivindicó la palabra en su seno, y sólo ahora, en los últimos años, el médico ha empezado a ser consciente de que el primer deber de la beneficencia es la información.

Relacionado con éste está el derecho del enfermo a la decisión o consentimiento informado, de ahí que el mismo sea el nuevo rostro de la relación médico-paciente.¹⁴

La beneficencia del médico ha de comenzar siendo verbal, bajo forma de información al paciente sobre lo que puede y debe hacerse.

Dentro del consentimiento informado como nuevo modelo de relación médico-paciente, es muy frecuente que los profesionales sanitarios, tanto de atención primaria como de especializada, lo entiendan desde un punto de vista fundamentalmente legal, como un elemento de la denominada "medicina defensiva". Y es cierto que los componentes legales del consentimiento informado son ya muy relevantes, tanto en el plano legislativo como en el jurisprudencial. Entre los profesionales de atención primaria es además muy generalizada la opinión de que el consentimiento informado es una cuestión típica, propia y exclusiva del ejercicio hospitalario. Tal confusión suele tener su origen en la desafortunada identificación del consentimiento informado con los formularios escritos, con los papeles, con las firmas, cuyo uso suele estar limitado a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos de uso casi exclusivamente hospitalario. Ambas percepciones de lo que sea el consentimiento informado son profundamente erróneas. Lo cierto es que el consentimiento informado es mucho más que un mero requisito legal, que es una cuestión directamente relacionada con la medicina de familia, y que los formularios escritos también tienen sentido en la atención primaria si se sabe utilizarlos. Por decirlo todavía con mayor claridad: el consentimiento informado constituye, de hecho, la columna vertebral del comportamiento ético de todo profesional de atención primaria, incluso con mayor radicalidad aún que en el caso de un profesional hospitalario. El consentimiento informado no es, pues, una cuestión potestativa, sino un derecho del enfermo.¹⁵

256

Una de las realidades que hace parte integrante del trabajo médico, y de referencia obligada cuando se habla de la dimensión ética de esta profesión, es la relación médico-paciente.

En la atención primaria la continuidad en la atención que se presta es uno de los factores determinantes para establecer una buena relación médico-paciente.

Cuando ella es posible, porque no en todos los sistemas de prestación de servicios se puede dar, la continuidad redundará positivamente en el conocimiento del paciente, de su entorno familiar y social, de sus gustos y aficiones, etc., datos todos que con también puede llegar a ser la principal

dificultad que pueda tener el equipo que atiende.

Consecuentemente, nuestra conducta en relación con el paciente y sus familiares, con el resto de los trabajadores del sector y con la sociedad, debe estar basada en la estricta observancia de los siguientes principios éticos:¹⁶

Beneficencia

El principio de beneficencia en la atención primaria no es otra cosa que un servicio de calidad, dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que atiende.

Otro elemento distintivo del modo de manifestarse el principio de la beneficencia en la atención primaria de salud está en la propia concepción de ella, dirigida fundamentalmente a la prevención y a la promoción de salud. El bien no está en curar o en restablecer la salud, sino en prevenir y en educar, lo que está ligado a la modificación de estilos y modos de vida, de patrones culturales que no contribuyen al mantenimiento de la salud colectiva.¹⁷

257

Es por ello que en el ejercicio de nuestra función social debemos observar principios éticos morales de profundo contenido humano, ideológico y patriótico, tales como dedicar todos nuestros esfuerzos y conocimientos científicos y técnicos al mejoramiento de la salud del hombre; trabajar consecuentemente, allí donde la sociedad lo requiera; estar siempre dispuestos a brindar la atención médica necesaria, con elevado espíritu internacionalista. El médico, hace cumplir el principio de beneficencia que ahora adquiere una nueva dimensión mientras que el paciente hace valer cada vez más su autonomía, su derecho a decidir sobre su persona y la comunidad da una interpretación y respuesta al principio de autonomía según sus propios valores.

No-Maleficencia

La concepción de este principio, en su sentido más general, no establece diferencias esenciales entre la atención primaria y la atención secundaria, solo que tanto el bien como el mal no deben verse como conceptos universales o como abstracciones vacías, pues se concretan en la actividad práctica de los hombres. Al variar las condiciones de esta actividad varía el contenido de los conceptos, vale la pena reiterar que en la aten-

ción primaria el mal tampoco puede ser visto de una manera individual.

El equipo de salud en el trabajo social debe no solo preocuparse de hacer el bien, sino cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo, entendiendo a este como un conjunto de relaciones sociales.¹⁶

Autonomía

El principio de la autonomía en la atención primaria, entendido como punto de partida para la reflexión bioética, rebasa la idea del respeto a la integridad y a la autodeterminación de la persona humana en el plano individual, para asumir un sentido colectivo, lo que cambia toda la relación médico-paciente.¹⁷

En los principios de la ética médica podemos observar lo siguiente relacionado con la autonomía:¹⁸

Conservar el secreto profesional, teniendo en cuenta los intereses del paciente, siempre que ello no ocasione un perjuicio social ni ponga en peligro la salud de otras personas.

258 No divulgar aspectos de la enfermedad que puedan estar relacionados con la vida íntima del paciente o sus familiares.

Al publicar los resultados de observaciones y experiencias, para contribuir a la protección y mejoramiento de la salud y el avance científico-técnico de las ciencias medicas, tener en cuenta que la información no debe perjudicar la integridad psíquica y moral del paciente y otras personas, ni los intereses de la sociedad.

Mantener, en los casos de enfermedades de curso fatal, absoluta o relativa reserva sobre el diagnóstico y pronóstico en relación con el paciente y seleccionar a quien se debe dar esa información con el tacto necesario.

Justicia

El principio de justicia, en el sentido más general, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado.

En el caso de Cuba, que dispone de un sistema nacional de salud estatal que abarca a toda la población, y cuyos servicios son gratuitos y accesibles, el estado asume en su totalidad la obligación de garantizar el mantenimiento de la salud de los ciudadanos y el diseño, por tanto, de las políticas de salud.¹⁹

En el caso cubano, donde se padece de una situación económica muy

desfavorable que afecta de muchas formas al sistema de salud, el elemento económico es sumamente importante. El estado cubano se responsabiliza con los gastos que ocasionan la conservación de los índices de salud que hemos alcanzado, pero evidentemente no se disponen de todos los recursos deseables. Esto hace que justicia deba entenderse como equidad, que a su vez significa la utilización racional de los recursos; y equidad no significa distribución igualitaria, sino distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades.

En la atención primaria de salud el concepto de equidad debe ser una guía imprescindible, la indicación de exámenes cuando no sean estrictamente necesarios, la realización de ingresos en el hogar cuando no sea imprescindible, la consiguiente asignación de recetas de medicamentos que no se precisan en ese momento, y la incorrecta priorización de personas a las interconsultas con especialistas, violan el principio de equidad, y por tanto el de justicia.

En los principios de la bioética, el de autonomía y consentimiento informado, contempla que se puede prescindir de él en el caso donde la actitud del sujeto represente una amenaza para la salud pública y justamente en atención primaria de salud, esta la comunidad como testigo más fehaciente de la labor educativa y de la información que brinda el equipo de salud a las personas enfermas y sanas detectando en su seno a quien atente contra una comunidad saludable, pues salud también es el equilibrio psico social del individuo y de la comunidad en que se desenvuelve, siendo este un proceso único e irrepetible, sujeto a transformaciones constantes tratando de lograr articulación entre la salud individual de un miembro de la familia, la salud de una familia y la salud de toda la comunidad en un espacio geográfico donde coexisten.

Estamos muy de acuerdo con los expertos, en el sentido de que no pensamos que los principios que están descritos en la literatura sean extrapolables, pues este es un sistema de atención con principios y criterios diferentes pero a la vez, tampoco consideramos que haya que buscar nuevos principios para el análisis bioético en este nivel de atención, y fue por eso que nos dedicamos a tratar de valorarlos desde una nueva perspectiva: la que brinda la atención primaria de salud.²⁰

Pero para todas las situaciones sigue siendo de vital importancia brindar una información al sujeto, a la familia y la comunidad si fuese necesario, con lenguaje claro, preciso, en diálogo abierto y franco, estando dispuestos a aclarar todas sus dudas, explicándole a personas mentalmente

competentes la naturaleza del problema, el balance entre riesgos y beneficios de una conducta necesaria obteniendo su colaboración sin presión alguna y llenos de respeto al prójimo, actuando con beneficencia pero sin paternalismo, teniendo siempre presente que el sujeto y la familia, pueden otorgar su consentimiento informado, negarse o retractarse sin que esto implique rechazo al ser humano por parte del profesional de la salud.

En el área primaria de salud, podemos encontrar pacientes con enfermedades terminales, cuyo deseo es morir tranquilos en su casa lejos de equipos médicos y personal de la salud, rodeado de sus seres queridos según sus costumbres y religión, siendo aquí donde con profundo respeto a su derecho de morir con dignidad, el medico y la enfermera de la familia brindan con sus cuidados, la posibilidad de disfrutar este derecho al paciente y sus familiares con un ingreso en el hogar del sujeto bajo su absoluta responsabilidad y desvelo.

También ingresan en el hogar los niños menores de un año y los pacientes de 61 años o mas con enfermedades crónicas no transmisibles de evolución lenta y prolongada por lo que en esta modalidad de atención medica primaria de salud, se hace necesario que los médicos y enfermeras posean conocimientos debioética debido a que este ingreso en el hogar debe ser discutido y analizado con el paciente y su familia pues tiene un carácter voluntario; estando presente el principio de autonomía en la atención primaria de salud según las necesidades de cada enfermo y su familia teniendo que analizar, la enfermedad en cuestión, los estudios necesarios para evaluar la evolución del paciente, disponibilidad de medicamentos, recursos para su rehabilitación, alimentación y confort en el hogar siendo imprescindible informar claramente al sujeto enfermo y a su familia para obtener su consentimiento e intervenir efectuando el ingreso en el hogar del paciente hasta que sea dado de alta u ocurra otra contingencia dependiente de la evolución del paciente y de su voluntad.

En atención primaria de salud resolver los problemas éticos, exige un conocimiento profundo de la realidad, la relación medico paciente es larga y mantenida permitiéndole al profesional, conocer mejor a sus pacientes en cuanto en el ámbito cultural, sistema de valores, medio familiar y social en que se desenvuelve y capacidad que tiene para auto decidir.

Al medico corresponde sin caer en paternalismo ni violar el derecho de autodeterminación del sujeto y su familia, proponer y hasta decidir en el nivel primario, que tipo de asistencia medica necesita su paciente si es inmediata y puede efectuarse en su consultorio o se hace necesario

trasladarlo y hospitalizarlo conllevando todos estos pasos la información a la familia y al propio enfermo.

La prevención y promoción de salud a través de actividades educativas como son charlas, lectura y discusión de materiales de salud entre otras, son las vías que tiene el medico para llevar a sus pacientes la información necesaria en la comunidad, educándolos sobre hábitos y estilos de vida dañinos para su salud, se les informa de manera general con estos métodos el daño que a su salud le hacen el tabaquismo, el alcohol, las drogas, hay que enseñar a la comunidad a prevenirse del sida sin que por ello, esto sea una actitud paternalista y estemos privando al hombre de su derecho para hacer con su vida lo que quiera.

Cualquier problema de salud individual, crea un problema de salud familiar así tenemos como el alcoholismo altera la dinámica familiar y comunitaria o un niño que nace con síndrome de Down implica un reajuste familiar, situaciones estas que informando adecuadamente a las familias puede obtenerse el consentimiento de ellos para llevar al alcohólico a un centro de rehabilitación o interrumpir el embarazo si se determina que en el útero no crece un niño sano.

En nuestro país el Estado ha reconocido su deber de garantizar la atención de la salud de sus ciudadanos, de manera que ella es un derecho de las personas. Por lo que los profesionales que laboran en el sector de la salud están obligados moralmente, mas que ningún otro profesional similar en cualquier parte del mundo, a ofrecer un atención de calidad, que es la que se corresponde con la ética general de la sociedad socialista cubana y, por supuesto con la ética médica.

El médico de familia, en su proceder ético y bioético, debe generar un espacio de respeto profesional y moral para el paciente y la sociedad, favoreciendo la capacidad de comprender la información y la toma de decisiones.

El profesional que labora en la atención primaria de salud deben tener conciencia de la responsabilidad moral que entraña el responder cabalmente por su competencia y desempeño profesionales, requisito indispensable para cumplir con los principios éticos tradicionales: no dañar y hacer el bien.

Conclusiones

Se llega a la conclusión de que el análisis de las dimensiones éticas de las actuaciones médicas, de los posibles dilemas que pueden presentarse al ejercitarlas y el proponer respuestas correctas, adecuadas, proporcionadas y razonadas, requiere la formación y el conocimiento de la bioética.

La información adecuada y oportuna a pacientes y familiares es un elemento básico para una buena comunicación y relación médico-paciente. Es necesario que el personal sanitario de la atención primaria, tenga una mejor preparación y actualización en esta disciplina, la Bioética, para perfeccionar la atención médica en los Principios de la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia.

Los fundamentos para el conocimiento de los principios bioéticos en la atención en los principios y características del sistema de salud cubano, las bases conceptuales de la medicina social, así como en los rasgos distintivos de la concepción de la Medicina General Integral como elemento esencial de la proyección futura de la Medicina Cubana.

La enseñanza de la bioética ha demostrado su utilidad en el perfeccionamiento del razonamiento moral de los profesionales al mejorar la capacidad del médico para identificar valores y conflicto de valores, al capacitarlos para manejar mejor los dilemas éticos y potenciar la percepción de las propias responsabilidades.

Bibliografía

1. **Patiño, J. F.** *La crisis de la educación en salud*. Seminario Nacional sobre currículo. Un currículo equilibrado para el año 2000. Memorias del Seminario. Proyecto Universidad del Valle. 1993, 93.
2. **Jonas, H.** *El imperativo de responsabilidad*. Barcelona, Editorial Herder, 1995, 9.
3. **Spaemann, R.** *Lo natural y lo racional*. Madrid, Editorial Rialp, 1989: 93.
4. **Pastor García L. M.** *Algunas consideraciones sobre la docencia de la bioética para postgraduados*. Cuadernos de Bioética 1999; vol X nº 37(1ª):17-24.
5. **Díaz González J.A.** *La formación bioética en la Universidad*. Cuadernos de Bioética. 1999; vol X nº 37(1ª):38-43.
6. **Rubio M, Peguero E, Almiñana M.** *Ética cercana*. AMF actualización med fam. 2006; 2:140-6.
7. **Viñas Salas J.** *Formación en Bioética*. Cuadernos de Bioética 1999; vol X nº 37 (1ª):30-34.
10. **Amaro Cano MC.** *Ética en la Atención Primaria de Salud*. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001,1: 30-5.
11. **Ministerio de Salud Pública.** *Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar: VII Reunión Metodológica del MINSAP*. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1999.
12. **Astray San-Martín A.** *Seminario en bioética*. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006:293-4.
13. **Gracia D.** *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.
14. **Rodríguez Arce M.A.** *Relación Medico Paciente*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
15. **Altisent Trota, R; Delgado Marroquín, MT; Jolín Garijo, L; Martín Espíldora, MN; Ruiz Moral, R; Simón Lorda, P; Vázquez Peruyero, J.C.** *Los principios bioéticos en la atención primaria de salud*. Apuntes para una reflexión. Editorial Ciencias Médicas. 2007
17. **Costa Alcaraz A.M. Almendro Padilla C.** *Médicos de Familia: Los principios de la Bioética: Autonomía*. Aten. Primaria. 2004; 9: 16-8
18. *Principios de la Ética Médica*. Editora Política; La Habana, 1983.
19. **Lemus Lago ER, Sansó Soberats F.** *Retos de la ética médica en la APS*. En: **Acosta Sario JR.** *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: Centro Félix Varela; 1997, 138-398.
20. **Sánchez García Z. Marrero Rodríguez J.N. Becerra Peña O. Herrera Calleñas D. Alvarado Peruye J.C.** *Los principios bioéticos en la atención Primaria de Salud*. Apuntes para una Reflexión. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(5)

LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DE LA PERSONA ABORDADA DESDE EL CUIDADO HOLÍSTICO EN LA ENFERMERÍA

Lic. Raiza Rodríguez Ramírez

Licenciada en Enfermería. Especialista de Primer Grado en Enfermería Comunitaria.
Master en Bioética.

Dr. José Rafael Escalona Aguilera

Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Master en Atención Integral al Niño y en
Bioética.

Facultad de Ciencias Médicas “Frank País” y Centro de Formación Laical “San Arnoldo Jansen”. Holguín. Cuba

264

Introducción

La Bioética como ciencia moderna filosófica, técnica en desarrollo y creciente en todas las latitudes del planeta, tiene sus raíces en una escala de valores, que ha mantenido su vivencia a lo largo de los siglos y válido para todas las civilizaciones, credos y religiones, adecuándose al desarrollo de la estructura de la cambiante sociedad a lo largo de la historia.

En el curso de la humanidad, nunca se había experimentado un avance tecnológico–científico tan importante como el observado en el siglo pasado y en este principio de milenio.

Los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud, constituyen el centro medular, para la preservación de los derechos y calidad de vida de los pacientes, evitando que la ciencia se convierta en la aplicación y desarrollo de técnicas y aparatos sin un trasfondo emocional, social y humano. (1)

Tenemos el privilegio de vivir en un periodo único de la humanidad, en el que se han adquirido nuevos y fascinante poderes sobre la vida, y al

mismo tiempo, se han establecido nuevos conceptos de las ciencias para la vida, y de vida moral para las ciencias, que exigen un cambio en los paradigmas de las prácticas de enfermería.

El nacimiento de la bioética como disciplina, respondió a la necesidad de encontrar respuestas a las nuevas preguntas éticas generadas por el avance tecnológico y por los nuevos escenarios de la investigación biomédica. (2)

Abocada primero a discusiones sobre la pertinencia de la aplicabilidad de tecnologías novedosas, la redefinición de conceptos tan viejos como el principio y el fin de la vida y las primeras reflexiones sobre la protección de las personas, en tanto sujetos de investigación, su campo disciplinar fue modelando y reconfigurando a lo largo de los años y ha incorporado temáticas relacionadas con el proceso de la toma de decisiones en el cuidado médico diario, los derechos de los pacientes en general, la protección de sus libertades, las obligaciones nacidas del ejercicio de la profesión médica y múltiples cuestiones relacionadas con la redefinición de la situación del médico en la sociedad y, en gran medida, de la libertad del paciente como sujeto. (2)

Este surgimiento de la bioética, como reacción frente a la creciente complejidad del desarrollo en el área de la salud, supuso el establecimiento de ciertas normas asentadas, sobre bases éticas, con la finalidad de cuestionar, analizar y regular las conductas relacionadas con las profesiones sanitarias.

Los problemas surgidos en el campo de la medicina, a lo largo de los últimos cincuenta años, obligaron a repensar una ética médica basada en los lineamientos del Juramento Hipocrático, que de forma un tanto invariable, había persistido hasta la actualidad en el desempeño profesional de la medicina. (2)

En estos últimos tiempos parecería que la práctica médica cotidiana, tradicionalmente guiada, por ciertos principios e ideas regulativas se halla aturdida y ha perdido su sentido primigenio. (2)

La oportunidad de la bioética es justamente hoy, ante los dilemas planteados por los adelantos y novedades científicos-tecnológicas, que nos deslumbran, pero que también exigen conocer, el cerebro como el universo del conocimiento, del entendimiento, del ser.

La bioética debe estar presente desde los niveles moleculares, hasta la moral que brota de su naturaleza y se convierte en virtud de la propia

misión humana y de su vocación integral más necesaria.

Con la bioética como disciplina, el personal de enfermería debe hacer confluir las vertientes del pensamiento, en la más digna de las ideologías, (el cuidado de la vida) que la humanidad ha confiado, con ciencia y conciencia, resistiendo el aparente conflicto entre los avances científicos y la ética, buscando el análisis crítico de la verdad y el mayor respeto a los derechos y la dignidad humana. (3)

Sin lugar a dudas, son muchas las ocasiones, en las que está en manos del personal de enfermería, proteger la dignidad de la naturaleza humana, y de ahí la importancia de cada momento, enfrentar con responsabilidad, los diferentes problemas éticos, que se puedan presentar, teniendo en cuenta que se hace perentorio, realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de los profesionales de la salud y, muy particularmente, de los profesionales de enfermería.

El cuidado del paciente ha sido tradicionalmente visto por las enfermeras y el público, como propio de la profesión de enfermería. Sin embargo, el incremento en la tecnología y especializaciones en diferentes áreas específicas, ha contribuido a la despersonalización del cuidado de la salud, en nuestra sociedad actual.

266

Para mitigar esta pérdida de identidad, es fundamental crear pequeñas o grandes investigaciones que involucren a los componentes del cuidado. La Enfermería investiga en espacios de cuidado limitado, Leninger ha estudiado el cuidado desde una perspectiva de insignia cultural y ha desarrollado una taxonomía de constructo (crítica de cuidado).

Bevis describe las variables que afectan las actitudes de cuidado, incluyendo cultura, valores, costos, nos encontramos en una época en la que prevalece el estrés frente al desarrollo personal. (4)

Muchos teóricos, han explorado la definición de cuidado y han querido saber cuáles son las actitudes de cuidado para las enfermeras y para los pacientes.

Para las enfermeras se ha encontrado, según Ford, que términos como: verdadero interés, dado personalmente, fueron identificados en un estudio realizado a 81 enfermeras profesionales; "escuchar fue la actitud más frecuentemente asociada con el cuidado por parte de las enfermeras.

Roy realizó una investigación con pacientes y encontró que para ellos, las actitudes de cuidado tenían que ver con: contacto, escuchar y enten-

der al otro siendo estos los factores más importantes en la satisfacción del cuidado. (4)

Es necesario que los enfermeros entendamos que Enfermería brinda cuidado de apoyo, cuidado higiénico, cuidado de catéteres, sondas etc., pero es necesario entender que cuidar a Don Pedro... envuelve y comparte todo aquello a que se refiere a la filosofía existencialista de Marcel y Buber.

Para esto se requiere que la enfermera tenga una actitud de respeto hacia el ser humano y además, requiere una relación transpersonal, de humano a humano.

Recordemos a Bevis, que decía: cuidado demanda contacto, meterse dentro y que las actitudes y sentimientos estén acompañados de pensamientos; por esto cuidado requiere: cuidado por y cuidado de. (4)

Cuidar es la inmersión de sí mismo en beneficio de otro (persona, grupo o institución) fuera de ser considerado como un beneficio personal.

En Enfermería cuidar es la inmersión en la persona, es desarrollar el potencial en otros en orden de promover un buen momento.

El personal de enfermería podría incluir todas sus cualidades y habilidades humanas ya que no están limitados únicamente a transmitir el conocimiento, experiencia, tiempo y energía emocional.

267

Salvaguardar la dignidad del paciente, el respeto a su dignidad o un trato digno son las proposiciones que acompañan a la definición de unos buenos cuidados de enfermería.

Ahora bien, este común acuerdo, se torna más difícil y complejo a la hora de definir el concepto mismo de dignidad. (5)

En un editorial del British Medical Journal firmado por Ruth Macklin (6) se afirmaba que "la dignidad es un concepto inútil en la ética médica y se podría eliminar sin que ésta perdiese contenido".

Esta autora sostiene que es un termino excesivamente vago y en la mayoría de los textos se esta refiriendo al respeto a la autonomía de las personas. En apoyo a esta tesis sugiere que para las declaraciones de derechos y otros textos internacionales sobre protección de los derechos humanos el concepto de dignidad no parece tener mas significado que el principio ético de respeto por las personas, la protección de la confidencialidad, la necesidad de la obtención del consentimiento informado y la protección de prácticas abusivas y discriminatorias. Ni que decir tiene

que estas afirmaciones han motivado un encendido debate doctrinal.

Para Pullman el peligro implícito en esta tendencia a comparar dignidad con autonomía, es asumir que la gente que carece de la capacidad para desarrollar su autonomía también carece de dignidad. (5)

Otros autores resaltan la complejidad de su definición. Según Spaemann, citado por Aparisi, "lo que la palabra dignidad quiere decir es difícil de comprender conceptualmente, porque indica una cualidad indefinible y simple". (7)

A pesar de su dificultad definitoria el valor de la "dignidad humana" es uno de esos conceptos de contenido indeterminado que, sin embargo, goza de reconocimiento universal. (8)

Por otra parte, el uso de una tecnología más avanzada y sofisticada que las tecnologías del pasado, seguirá siendo un componente crucial para la enfermera. (5)

Sin importar los adelantos tecnológicos, hay ciertos elementos que no han cambiado en muchos años.

268

La enfermera como cuidadora incluye en su práctica profesional actividades que protegen la dignidad del individuo, así como también conocimientos y sensibilidad hacia lo que es importante para los pacientes. (9)

Esa sería la esencia del respeto a la dignidad del paciente, ya que, demostrar respeto implica hacer lo que es bueno o lo correcto. (10)

De ahí la importancia de concretar el significado del concepto de dignidad del paciente en cuanto persona necesitada de cuidados. La llamada constante a la dignidad no significa que se tenga un conocimiento de su verdadera dimensión.

En este sentido el concepto de respeto a la dignidad es clave para la profesión enfermera ya que delimita una de las áreas que hacen del enfermo un ser más vulnerable. Con el presente texto pretendemos una aproximación al concepto de dignidad del paciente. (5)

En esta época de modernidad el a un reduccionismo biológico de la vida humana, a una ruptura en la que el cuerpo no es algo que la persona es, sino algo que ella tiene, un instrumento bajo el dominio de la ciencia y la técnica.

La realidad corporal, la vida, la salud y la enfermedad se han convertido en cuestiones meramente técnicas quedando la persona cosificada y

sujeta a criterios de eficiencia y utilidad.

La vida humana se valora en términos de utilidad biológica, sólo es válida aquella que tiene cierta calidad, según unos parámetros: desde esta perspectiva, se ha perdido el valor fundamental de la vida. (11)

El modelo teórico de enfermería propuesto por Callista Roy, quien al igual que Pellegrino, concibe la persona como un ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona, y el medioambiente donde vive y se desarrolla; ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás. La integridad es, en este sentido, sinónimo de salud. (11)

La enfermedad equivale a desintegración, a ruptura de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en una o más dimensiones, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones éticas, corporales, psicológicas y axiológicas. (11)

Por lo expresado, la relación del profesional de enfermería con el paciente, en cualquier contexto que se dé debe ser, por definición, holística, donde el cuidar contribuye a la restitución de la integridad.

269

Para Pellegrino, el restablecimiento de la salud, del orden integral de la persona del paciente, constituye el fin último de la acción terapéutica, pero el acto de asistir sólo puede realizarse de un modo óptimo, si se considera seriamente el hecho de la enfermedad y las múltiples consecuencias que tiene el enfermar en la condición humana. (11)

Desde que se empieza a estudiar enfermería se inculca que el hombre, como unidad, está formado por cuatro dimensiones: la biológica, la psicológica, la social y la espiritual.

En nuestra práctica profesional hemos intentado integrar todas las dimensiones, siendo más fácil intervenir en las tres primeras. Aceptar que existe una dimensión espiritual de la persona implica aceptar que el hombre tiene varias dimensiones.

A través de la historia de la filosofía y de la psicología se ha podido ver como de la división platónica de alma-cuerpo recuperada posteriormente por Descartes se ha pasado a la visión de las dos entidades como inseparables, aunque se puedan establecer relaciones que van desde la dependencia del cuerpo sobre el espíritu (espiritualismo, idealismo) a lo contrario (materialismo).

En la disciplina Enfermería, múltiples autoras de teorías y modelos de enfermería como Marilyn Anne Ray, Jean Watson, Katie Erikson, Martha E. Rogers, Imogene King, Betty Neuman, Katharine Kolcaba, entre otras, definen a la persona entendiéndola como un uno con múltiples dimensiones (biológica, psíquica, social y espiritual).

Francesc Torralba (profesor de filosofía de la Universitat Ramón Llull y colaborador del Institut Borja de Bioética) en uno de sus artículos (12) considera que se puede hablar de necesidades primarias, secundarias, materiales y espirituales. Y expone que la necesidades espirituales tienen 12 dimensiones: necesidad de sentido, necesidad de reconciliación, necesidad de reconocer la identidad, necesidad de orden, necesidad de verdad, necesidad de libertad, necesidad de arraigo, necesidad de oración, necesidad de símbolos y ritos, necesidad de soledad y silencio, necesidad de cumplir el deber y necesidad de gratitud.

Pensamos que éste sería un buen guión a tener en cuenta por la Enfermería en su valoración, en su diagnóstico, en su intervención y en su evaluación. Y que ayudaría a modularla para utilizarla en el proceso de salud/enfermedad/muerte.

270

En la práctica profesional cotidiana, se aprecia que, el personal de enfermería, no tiene aun reconocimiento de la verdadera dimensión de la actividad que desarrolla. Y como esta actividad tiene que llevarse a cabo de una manera integral, viendo a la persona como un todo.

En la práctica profesional cotidiana, se aprecia que, el personal de enfermería, no tiene aun reconocimiento de la verdadera dimensión de la actividad que desarrolla. Y como esta actividad tiene que llevarse a cabo de una manera integral, viendo a la persona como un todo.

Desarrollo

La medicina y la enfermería en su afán de estudiar el hombre, su complejidad, los avances de la ciencia, y las tendencias económicas ha dejado de lado el estudio y enriquecimiento de su espiritualidad.

Ha subestimado el estudio de las humanidades produciendo en la mayoría de los casos, la pérdida de sensibilidad por la situación del paciente y de la comunidad. (17, 18)

Si nos limitamos al estudiante de enfermería y teniendo en cuenta el

poco interés que muestran los estudiantes de enfermería por la ética, enseñada en forma tradicional, es válido proponer que la Bioética se aprenda pensándola desde la educación contemporánea, como una herramienta que le permita al enfermero(a) adquirir desde los primeros años de la carrera profesional una sensibilidad especial por lo que pasa no sólo en su entorno cercano, si no con una visión de un mundo amplio donde la pluralidad y la diversidad sean un referente. (18, 19)

Si bien es cierto que es importante que la formación de la enfermera contemple aspectos científicos, clínicos, biotecnológicos, de investigación, administrativos y de gerencia, es fundamental para la supervivencia de la profesión de enfermería, que se trabaje y se enfatice en la construcción de una conciencia moral, en la bioética, los problemas sociales, la convivencia, la solidaridad, los principios y valores, no sólo a través de la teoría sino de modelos entregados en ese currículo no visible que tanta relevancia tiene a la hora de formar colegas y al que tan poca importancia damos...(20, 21)

Es importante que el personal de enfermería reciba toda la información y enseñanza que le permita elaborar en su imaginario un concepto amplio, universal y libre de prejuicios de los dilemas éticos que va a enfrentar en el curso de su vida estudiantil y en el desarrollo de su profesión, bien sea que se desempeñe en investigación, docencia, asistencia, gerencia, mercadeo, etc., lugares y situaciones comunes en toda la América Latina.

La enfermera latinoamericana debe sensibilizarse ante la pobreza, el hambre, la injusticia, la violencia, la corrupción, pero sobre todo ante la inequidad, el dolor y el sufrimiento de los menos favorecidos. Debe convertirse en la defensora de los derechos del enfermo. (22)

La Bioética. Una mirada hacia la enfermería

La bioética es una forma de dar luz a la vida, que surge dentro y fuera de nuestros corazones.

En la mayoría de las unidades de nuestro Sistema Nacional de Salud las enfermeras en muchas ocasiones no utilizan el método científico de enfermería, donde se complementa no sólo su actividad teórico-práctica con respecto a éste, sino al resto de los procedimientos que el personal debe desempeñar junto al paciente que evalúa. [MINSAP.

Carpeta de trabajo de Enfermería. Caja de materiales. Ética y Bioética.

La Habana, 25 de marzo de 1996. Aspecto 9]. (23)

Las enfermeras podrán obtener un método científico para incorporar a su modo de actuación profesional, realizando los enfoques bioéticos necesarios en cada una de las etapas correspondientes. (23)

La situación política, económica y social del mundo, emergida de la segunda conflagración bélica global y el desarrollo impetuoso de la Revolución Científico-Técnica (RCT) que caracteriza a nuestro tiempo, favorecieron el nacimiento de la bioética como disciplina científica.

Dentro del campo de la bioética en el mundo actual se destacan varias corrientes filosóficas, en torno a las cuales se mueven los principios regentes de la actividad biomédica de sus seguidores. Nosotros planteamos como la corriente más humana al Personalismo, que plantean que la persona va a ser el vértice histórico que va a crear la sociedad, va a ser la unidad de lo físico, lo psíquico y lo espiritual. (24)

Código de las enfermeras. Consejos útiles aplicados a la enfermería (23)

Las enfermeras tienen cuatro responsabilidades fundamentales: promover salud; prevenir las enfermedades; restaurar la salud, y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de cuidados de enfermería es universal: respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza religión, color, edad, sexo, opinión política y posición social.

La enfermera y las personas: la primera responsabilidad de la enfermera es la consideración a las personas que necesitan su atención profesional. Al proporcionar atención, la enfermera crea un medio en el que se respetan los valores, las costumbres y la creencia de las personas.

La enfermera mantiene reserva sobre la información personal que recibe y juzga juiciosamente cuándo ha de compartirla con alguien.

El personal de enfermería y el ejercicio de la profesión

La enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación continua.

1. La enfermera mantiene la máxima calidad de atención posible en la realidad de la situación específica.

2. La enfermera juzgará juiciosamente la competencia individual de aceptar o delegar responsabilidades.

3. Cuando realiza una actividad profesional la enfermera debe mantener en todo momento la conducta irreprochable que corresponde a su profesión. (J)

La enfermera y la sociedad: la enfermera comparte con los demás ciudadanos la responsabilidad de iniciar y apoyar que satisfagan las necesidades de salud y sociales de la colectividad.

La enfermera y sus compañeros de trabajo: la enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otros campos; la enfermera debe obrar en consecuencia cuando las atenciones que recibe son puestas en peligro por un colega u otra persona.

La enfermera y la profesión: a las enfermeras corresponde la principal responsabilidad en la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería; la enfermera contribuye activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios de la profesión; por medio de sus asociaciones profesionales las enfermeras participarán en el restablecimiento y mantenimiento de condiciones de trabajo de enfermería que sean económica y socialmente justas. (25)

La enfermera y su vocación: la persona que crea que para ser enfermera es suficiente inscribirse en una escuela, vestir el uniforme blanco y ponerse enseguida a ejercer, se equivoca rotundamente; ser enfermera es, desde luego, una noble profesión, a la vez que un alto honor, pero también reclama constante sacrificio y responsabilidad.

Dentro de las Virtudes morales de la enfermera esta: la abnegación, la consagración, la entrega, serenidad, equilibrio, espíritu de sacrificio y prontitud al llamado.

Pero, además se encuentran:

Servicio: el que sirve sin interés es señal de que ama. La enfermería es esencialmente servicio.

Prudencia y discreción: especialmente en el hablar y en el fomentar. A veces el enfermo se desahoga con la enfermera y le abre sus secretos. La enfermera debe ser fiel y guardárselos. La intimidad es un derecho de toda persona y lo es más particularmente en el enfermo. Hay secretos

profesionales que no se deben comunicar ni a los de la propia familia.

Honradez: la dignidad de su profesión le impone a la enfermera el deber de respetarse en todo momento, no haciendo nada que desdiga de su honorabilidad, ya sea privada o públicamente, pues su conducta ejerce una influencia especial en la comunidad y en los particulares.

Paciencia: paciencia y pacientes son 2 palabras que parecen tener el mismo origen. Paciente llamamos al que sufre penas y dolencias, y paciencia a la enfermera que le toca poner en juego esta virtud con los caprichos del doliente, con la impertinencia de los familiares.

Según Samuel Jackson (Rassela, 1759). "la integridad sin conocimiento es débil e inútil y el conocimiento sin integridad es peligroso y terrible".

Integridad de la persona: se entiende de la correcta ordenación de las partes del todo, el equilibrio y la armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana necesarios para el buen funcionamiento de todo el organismo humano. La integridad de una persona se expresa en una relación equilibrada entre los elementos corporales e intelectuales de su vida.

274

Integridad corporal: implica un organismo fisiológicamente normal, un cuerpo apto para lograr los fines y objetivos de la persona de manera eficiente y eficaz y con un mínimo de incomodidad o discapacidad.

Integridad psicológica: la enfermedad puede afectar la integridad psicológica de la persona. La enfermedad emocional es una forma de desintegración en que las ansiedades, obsesiones, compulsiones, ilusiones y otros trastornos psicopatológicos pasan a controlar la existencia.

Integridad axiológica: es decir, la naturaleza interna de los valores que apreciamos y adoptamos.

Integridad social: es el conjunto de valores humanos que adopta el individuo con una armonía psicológica, corporal, axiológica, para mantener en equilibrio el proceso salud-desarrollo social del individuo.

Por eso cuando tenemos un individuo frente a nosotros debemos preguntarnos: si el fuera mi familia ¿cómo pudiera yo aliviar su sufrimiento?

En conclusión, el individuo, la familia, la comunidad, constituyen el centro de atención y el deber ineludibles de cualquier profesional de enfermería que se respete como ser social, ciudadano y profesional.

Dimensión espiritual de la persona

Desde que se empieza a estudiar enfermería se inculca que el hombre, como unidad, está formado por cuatro dimensiones: la biológica, la psicológica, la social y la espiritual.

En nuestra práctica profesional hemos intentado integrar todas las dimensiones, siendo más fácil intervenir en las tres primeras.

Aceptar que existe una dimensión espiritual de la persona implica aceptar que el hombre tiene varias dimensiones. A través de la historia de la filosofía y de la psicología se ha podido ver como de la división platónica de alma–cuerpo recuperada posteriormente por Descartes se ha pasado a la visión de las dos entidades como inseparables, aunque se puedan establecer relaciones que van desde la dependencia del cuerpo sobre el espíritu (espiritualismo, idealismo) a lo contrario (materialismo).

Autores como Ruiz de la Peña o J. Gevaert hablan sobre la unicidad del ser humano en sus componentes: biológico, psicológico, social y espiritual. J. Gevaert dice: cada ser humano se percibe a sí mismo como una totalidad que vale infinitamente más que la suma de sus actos, sus virtudes y sus defectos (1). El mismo Kierkegaard dice: el ser humano es una síntesis de infinito y finito, de temporal y eterno, de posibilidad y necesidad. (26)

En la disciplina enfermera, múltiples autoras de teorías y modelos de enfermería como Marilyn Anne Ray, Jean Watson, Katie Erikson, Martha E. Rogers, Imogene King, Betty Neuman, Katharine Kolcaba, entre otras, definen a la persona entendiéndola como un uno con múltiples dimensiones (biológica, psíquica, social y espiritual).

En un diccionario de filosofía (27), (en el de psicología no lo definen), el espíritu es definido como entidad no material dotada de conciencia y voluntad. Los escolásticos distinguen entre realidades inmateriales activas (del espíritu) y realidades inmateriales no activas (p.ej.: los números) y entre el espíritu puro (Dios, que no depende de la materia) y los espíritus no puros (las almas humanas). En el idealismo alemán, el término Geist también ha sido traducido como espíritu. Vendría a significar la conciencia humana, si bien en su dimensión histórica.

Como se puede observar, en la historia de la psicología el idealismo alemán (28): Naturwissenschaft se refiere a la ciencia natural (Newton) construida a partir de la observación de la naturaleza desde fuera, que advierte regularidades en los acontecimientos y las resume en leyes científicas.

La *Geisteswissenschaft*, literalmente significa ciencia del espíritu, hoy se traduce como ciencia humana. La ciencia humana estudia las creaciones humanas de la historia y la sociedad. Su método no es la observación desde fuera, sino la comprensión empática desde dentro.

La intención de estos dos ejemplos es intentar entender la fina línea que separa lo mental, psicológico, cognitivo, etc., de lo espiritual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990) dice que lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales (29). Sin embargo, ¿qué quiere decir trascender a los fenómenos sensoriales?, ¿ir más allá de los procesos de percepción? Se encuentra alguna respuesta en los teólogos A. Brusco y S. Pintor (2001), que explican que espiritualidad es el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos (30).

La espiritualidad es entendida como organizadora del proyecto de vida humano.

276

Según la antropología se ha de decir que la espiritualidad es universal y ha existido en todas las sociedades. Cada cultura o pueblo tiene su propia visión del mundo, es decir, una visión cognitiva de la vida y la totalidad del medio ambiente.

Dentro de una cultura determinada los individuos experimentan el mundo a través de un conjunto de asunciones dadas. (31)

El hombre durante su vida se encuentra con una serie de problemas a los que la espiritualidad y la religión dan una serie de respuestas parciales (31):

El problema de la significación: tiene relación con las preguntas existenciales como ¿quién somos?, ¿de dónde venimos?, ¿a dónde vamos?, etc.

El problema de la muerte: cada cultura tiene respuesta en lo que respecta al conocimiento de la mortalidad del ser humano.

El problema del mal: el mal está presente en la mayoría de sociedades y tiende a tomar la forma de creencia en fuerzas que hay más allá del control de los individuos.

El problema de los valores transcendentales: más allá de los senti-

mientos agresivos y egoístas de los individuos, la sociedad ofrece valores que pueden ser legitimados por seres sobrenaturales.

En este punto hay que aclarar que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa no son lo mismo, aunque la segunda forme parte de la primera. La dimensión religiosa comprende la disposición y vivencia de la persona de sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con modos concretos de expresar la fe y las relaciones, la dimensión espiritual es más vasta, abarcando además el mundo de los valores y de la pregunta por el sentido último de las cosas, de las experiencias. (32)

Desde la psicología también se han hecho aportaciones sobre la dimensión espiritual. Para entenderlo se ha de partir del concepto de inteligencia.

La inteligencia se define como: actividad psíquica que se define por la comprensión de las relaciones existentes entre los elementos de una situación o problema y la resolución de las dificultades. Tiene dos funciones interrelacionadas: analizar, entender y aprehender la realidad y elaborar lo aprehendido y operar sobre los elementos. (33)

277

Entendiendo, como dicen Gardner, Thorndike, Spearman y otros, que existen múltiples inteligencias. Y analizando a Gilchrist, Mayers y Reed que describen los tipos de inteligencia académica, reflexiva, pedagógica, colegial, emocional, espiritual y ética. Se podría decir que existe una inteligencia espiritual.

Zohar y Marshal publicaron *Inteligencia Espiritual* a raíz de la publicación del best seller *Inteligencia emocional*. (34)

Según estos autores los rasgos que caracterizan la inteligencia emocional son: la capacidad de flexibilidad, el grado elevado de autoconocimiento, la capacidad de enfrentar el dolor, la capacidad para aprender del sufrimiento, la capacidad de inspirarse en ideas y valores, el rechazo de causar daños a otros, la tendencia a cuestionarse sus acciones, y la capacidad de seguir sus ideas yendo contra las convenciones.

Las manifestaciones de la inteligencia espiritual, según los mismos autores, son: la fe, la esperanza, el perdón, la capacidad de arrepentimiento diferente a la culpa, y la humildad.

Las habilidades que confiere la inteligencia espiritual son según Emmons: Capacidad de trascendencia.

Capacidad para entrar en estados iluminados de conciencia.

Capacidad de significar la actividad y los acontecimientos con un sentido de lo sagrado.

Capacidad de utilizar recursos espirituales para solucionar problemas de la vida.

Comprometerse de modo virtuoso.

En resumen, la dimensión espiritual es una de las dimensiones del ser humano, junto a la biológica, la psicológica y la social, que lo conforman como uno. Ese no material, trasciende a las sensaciones y es organizadora de la vida, porque resuelve los problemas esenciales de la existencia humana.

Confiere una visión cognitiva de la vida y la totalidad del medio ambiente. Se considera que cada persona la tiene en un nivel determinado, llamado inteligencia espiritual, que le confiere una serie de habilidades, capacidades y generan en él una manifestación específica.

278

Ahora bien una vez analizado estos temas, la pregunta que nos viene en cuestión es: **¿Cómo puede tenerla presente y modularla en beneficio del paciente el profesional sanitario?**

En el ajetreo del área de salud, del hospital, del Consultorio médico de la familia (CMF) etc., en el que trabajan los enfermeros, es difícil tener en cuenta la dimensión espiritual de la persona.

En la valoración del paciente, muchas veces la obvian y esperan a que sea el propio paciente el que solicite la asistencia por parte del sacerdote católico. Y con esto, se sienten satisfechos.

Es mucho más fácil valorar las dimensiones biológica, psicológica (a excepción de la sexualidad) y social, que la dimensión espiritual. (35)

Teniendo en cuenta todo lo que significa la inteligencia espiritual, las herramientas que aporta, etc. Valorarla aportaría recursos, que son del paciente, al profesional para ayudar a la recuperación, independencia o autocuidado del usuario.

Francesc Torralba (profesor de filosofía de la Universitat Ramon Llull y colaborador del Institut Borja de Bioética) en uno de sus artículos (12) considera que se puede hablar de necesidades primarias, secundarias, materiales y espirituales. Y expone que las necesidades espirituales tienen 12 dimensiones:

Necesidad de sentido.
Necesidad de reconciliación.
Necesidad de reconocer la identidad.
Necesidad de orden.
Necesidad de verdad.
Necesidad de libertad.
Necesidad de arraigo.
Necesidad de oración.
Necesidad de símbolos y ritos.
Necesidad de soledad y silencio.
Necesidad de cumplir el deber.
Necesidad de gratitud.

Los autores piensan que éste sería un buen guión a tener en cuenta por el enfermero en su valoración, en su diagnóstico, en su intervención y en su evaluación. Y que ayudaría a modularla para utilizarla en el proceso de salud/enfermedad/muerte.

Desde la psicología, una herramienta sería la logoterapia o análisis existencial de Viktor Frankl.

La lectura de su libro *El hombre en busca de sentido* aporta instrumentos para poder modular la dimensión espiritual de la persona. (36)

En la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (37)* (Nursing Interventions Classification-NIC-), aparecen una serie de intervenciones para modular la dimensión espiritual de la persona.

Estas intervenciones son: completas, basadas en la investigación, desarrolladas inductivamente basadas en la práctica existente y refleja la práctica e investigación clínicas actuales. Los NIC relacionados (38) con la dimensión espiritual son:

Apoyo espiritual.
Facilitación del crecimiento espiritual.
Apoyo emocional.
Clarificación de valores.
Dar esperanza.
Facilitar el duelo.
Facilitar el perdón.
Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
Facilitar la meditación.
Grupo de apoyo.

Potenciación de la conciencia de sí mismo.
Apoyo a la familia.
Apoyo en la protección contra abusos: religioso.
Asesoramiento.
Aumentar los sistemas de apoyo.
Biblioterapia.
Contacto.
Cuidados en la agonía.
Derivación.
Potenciación de la autoestima.
Potenciación de la adicción religiosa.
Terapia artística.
Terapia musical.
Aumentar el afrontamiento.
Presencia.
Terapia ambiental.
Terapia de reminiscencia.

Todas estas intervenciones llevan asociadas una serie de actividades.

280

Ahora, segunda pregunta: **¿Qué tipo de relación se establece entre espiritualidad y salud?**

Según lo expuesto en la primera parte, los rasgos que caracterizan a la inteligencia espiritual son: capacidad de flexibilidad, grado elevado de autoconocimiento, capacidad de enfrentar el dolor, capacidad para aprender del sufrimiento, capacidad de inspirarse en ideas y valores, rechazo de causar daños a otros, tendencia a cuestionarse sus acciones y capacidad de seguir sus ideas yendo contra las convenciones.

Estas características podrían ser buenos predictores de salud mental. (39)

Magliozzi, en una ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Acompañamiento Espiritual (40) explica la relación que existe, a través de estudios científicos, entre la morbo–mortalidad de un grupo religioso o los efectos de un comportamiento religioso sobre la salud. En su análisis muestra que: de 130 estudios no randomizados sobre comportamientos religiosos, el 78% de ellos demuestran que existe una relación positiva entre comportamiento religioso y morbo–mortalidad, de 13 estudios randomizados de calidad sobre el efecto de la oración sobre la salud, el 46% indican que la oración está relacionada con el aumento de la salud sobre todo en pacientes cardíacos y con SIDA.

Una revisión de 155 estudios controlados sobre la intervención espiritual muestra que puede producir efectos significativos en seres humanos, animales, plantas, bacterias, hongos, células in vitro, enzimas y más. Se ha demostrado que este tipo de intervención tiene efectos significativos en problemas cardiovasculares en pacientes hospitalizados (Byrd, 1988; estudio ramdomizado, doble ciego controlado), curación de heridas (Wirth and Ricardson, 1993; Wirth, 1990), presión sanguínea (Miller; Quinn, 1989), en la diabetes (Wirth, en prensa), dolor (Keller; Wirth, Complementary, 1993), ansiedad Fedoruk; Braud, 1989) y en los niveles de hemoglobina (Krieger, 1975). (41)

En cambio, otro estudio factorial con una muestra de 95 individuos llamado: los efectos de la oración intercesora, la visualización positiva y la expectación en el bienestar de los pacientes en diálisis (42). Muedyts da como resultado que los efectos de la oración intercesora y la visualización transpersonal positiva no se pueden distinguir de los efectos de la expectación. Lo que indica que no son intervenciones efectivas en pacientes dializados.

Atender la salud espiritual ayuda en la recuperación integral y sobre todo ayuda a prevenir trastornos posteriores, según Sandoval (43).

Nos aparece entonces la tercera pregunta: **¿En qué situaciones profesionales la atención a la dimensión espiritual puede ser fundamental o prioritaria?**

Cuando se diagnostica algunos de los siguientes problemas de salud, según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (44):

Sufrimiento espiritual: alteración del proceso vital que satura todo el ser de la persona e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano.

Dolor crónico: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor de seis meses.

Duelo disfuncional: fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos (familias, comunidades) intentan superar el proceso de la modificación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida potencial.

Duelo anticipado: respuestas y conductas intelectuales y emociona-

les mediante las cuales los individuos (familias, comunidades) intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

Desesperanza: estado subjetivo en que la persona ve pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

Impotencia: percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o los acontecimientos inmediatos.

Conflictos de decisiones: estado de incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.

Afrontamiento individual inefectivo: deterioro de los comportamientos adaptativos y de la habilidad de la persona para cubrir las demandas y los roles de vida.

Que será en situaciones de salud como: situación terminal de la vida, sea por enfermedad neoplásica o no neoplásica, enfermedad crónica, y enfermedad invalidante.

282

El proceso de atención de enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. (45)

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. (45)

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos

que se relacionan entre sí. (45)

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración. Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El desarrollo del PAE. Se necesita una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades: capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje), capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico y capacidad de relación (saber mirar , empatía y obtener el mayor número de datos para valorar). (45)

283

Ventajas. La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. (45)

Para el paciente son: participación en su propio cuidado, continuidad en la atención, y mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera: se convierte en experta, satisfacción en el trabajo, y crecimiento profesional. (45)

Resumiendo, sus principales características son:

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. (45)

La excelencia del Cuidado. Un reto para la Enfermería

284 Junto con el progreso en los conocimientos biomédicos sobre el origen, el desarrollo, el cuidado y la naturaleza de la vida humana, se han perfeccionado técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que bombardean el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste no es otra cosa que el respeto a la vida y el cuidado del ser humano. La Enfermería necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función cuidadora, en la atención y apoyo al paciente, además, si dicha revolución no se produce, los pacientes podrían demandar los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. (46)

Un reconocimiento del valor del cuidado humano en Enfermería surge desde siempre y enriquece el cuidado actual. La enfermera puede realizar acciones hacia un paciente sin sentido de tarea por cumplir o de obligación moral siendo una enfermera ética. Pero puede ser falso decir que ella ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: el espíritu de la persona. Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida. (47)

La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la noble-

za de nuestro trabajo. No debemos detenernos siempre en lo fácil sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente y/o investigativo. (47)

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, un estadio, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos.

El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana. (47)

Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él.

Interesarse implica, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. (47)

285

Esto exige entonces un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico. Pero el que lo consigue se recrea en ese juego de gran belleza, que si se sabe percibir, consiste en ir descubriendo, poco a poco, un ser cuya riqueza de matices, nunca se acaba de conocer del todo. Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería. (48)

La acción real y concreta de cuidado puede trascender el valor y superarlo y es dentro de esa idea que la noción de los valores y las acciones de cuidado pueden ser contagiosas en forma individual y en grupo, si se dan suficientes condiciones. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera creativa cuyo ser es trascendente. (47)

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluyen:

Conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad de cuidado.

Una intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento.

Un cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base en el bienestar de los demás.

Se puede agregar a esto que debe haber un compromiso subyacente de valores y moral para cuidar y un deseo para hacer lo.

Dentro de los valores que el profesional de enfermería debe luchar por desarrollar para brindar un excelente cuidado, se encuentran muchos.

Es importante resaltar los siguientes:

a. Calidad considerada tanto desde la vida personal como profesional.

Con su desarrollo se pretende que el profesional de enfermería llegue a desarrollar un interés permanente por su crecimiento y esto sólo se logrará con una auto exigencia constante que la conduzca a ponerle amor y cuidado a lo grande y a lo pequeño, lo cual la conducirá a acabar las cosas bien. (49)

b. La dedicación al trabajo permitirá prestar atención al mismo cuidando el orden y adquiriendo tenacidad y constancia en los encargos que se le hagan, con lo cual siempre podrá vencer la pereza y evitar la improvisación en su quehacer. Además desarrollará un gran espíritu de cooperación que no es más que la actitud permanente de servicio a los demás lográndose en últimas una labor de equipo con la que se alcanzará una gran repercusión en el bienestar del paciente, la familia y/o el grupo al que se le brinde cuidado, a la vez que se favorece así el desarrollo de características tales como estimar y valorar a los demás, reconociendo sus capacidades y aportes, con lo cual finalmente se pretende alcanzar el progreso propio y el de los demás.

c. La alegría debe ser característica esencial del profesional de enfermería. Ésta debe traducirse en el optimismo con el que desarrolle su trabajo, el buen humor que se esfuerce por desarrollar en los momentos en los que no sólo el paciente sino también sus compañeros de trabajo lo necesiten.

Esto le permitirá sobrellevar las dificultades de tal forma que se encuentren las soluciones más acertadas y todos sean beneficiados.

Estas características se reflejarán en el trabajo bien hecho, lo cual se verá beneficiado por la creación de un ambiente propicio para el buen uso de la libertad con la que todos contamos para desarrollarnos personal y profesionalmente. Y ¿cómo lograrlo?

Siendo profesionales de calidad, poniendo mucho amor y esmero a nuestro trabajo para convertirnos en personas que quieren el trabajo y quieren a su trabajo.

La pregunta entonces sería: **¿cómo aplicarlo a nuestra práctica diaria?**

La excelencia del Cuidado. Un reto para la Enfermería. ¿Cómo aplicarlo a nuestra práctica diaria?

Debemos comenzar por la excelencia aplicada a nuestra vida personal, la excelencia no se logra por accidente, la excelencia es un hábito, es un estilo de vida, es una forma de ser. El reto actual es llevar la excelencia al inconsciente.

Hay que hacer un inventario de los hábitos mal aprendidos, de los errores aprendidos, hay que comenzar un proceso de desaprender y comenzar a aprender hábitos de excelencia.

O hay un cambio pronto o nos quedamos atrás del ciclo natural de la vida; no nos vamos a mover. El ciclo natural es nacer, crecer, morir. Ahora a nivel corporativo es nacer, crecer, renovarse y seguir creciendo.

Comprometerse significa preservar los valores fundamentales, esto hay que saber combinarlo si se tiene en cuenta que la tecnología y los modelos avanzados deben estar fundamentados precisamente a través de los valores.

287

Ante todo debemos tener presente a quién cuidamos, esto no es más que tratar al individuo como persona, centrar en ella nuestra atención sin dejarnos desviar por la patología, el catéter, el equipo, etc.

La individualidad es lo que hace que una cosa de la misma naturaleza que otra, difiera de ella en el seno de la misma especie y género.

El término persona se orienta hacia el individuo de la especie humana, el sentido más común que se da a este término es del hombre en sus relaciones con el mundo y consigo mismo.

La persona es una totalidad, no una simple suma de cualidades.

Desde la perspectiva de la orientación antropológica el paciente no sólo tiene una parte somática, psicológica y sociocultural, posee también una parte espiritual que le da unidad y lo integra al mundo de los valores y los principios fundamentales de la vida. (49)

Uno de los problemas serios en nuestro cuidado es que en ocasiones

tratamos a nuestros pacientes como patologías y no como personas. Por ejemplo, el IMA complicado, el de la cama 8, la diabetes descompensada.

El ser humano es persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a puro instrumento en beneficio de otros.

El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, deben respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

Todos los seres humanos son diferentes en parámetros como peso, color, lenguaje, etc, así como en la forma de pensar, en su historia, la actitud ante su enfermedad, ante los problemas y ante la toma de decisiones sobre los mismos.

Sin embargo, por tener en común la condición humana, todos tenemos los mismos derechos fundamentales. El primero de esos derechos protege la vida y la integridad física.

El proceso de comunicación dentro del cuidado es un elemento fundamental ya que permite establecer relación verbal y no verbal entre el cuidado y el cuidador, siendo una expresión de la vida misma y cuidar es un acto de vida. La comunicación es posible sólo en un clima de libertad, en el que se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc. La comunicación que se debe establecer con el paciente, la familia y/o el grupo al que se le brinda cuidado, debe estar matizada de elementos tales como: autenticidad de los interlocutores, respeto a la originalidad ajena, respeto a la originalidad propia, el deseo de compartir, la preocupación de hacer comprender, la actitud de escuchar y de atención permanente. (50)

Dentro de este proceso de comunicación la mirada y la voz de quien cuida son indicadores de cuidado para quien es cuidado. Pero no es más que dejar hablar; dar tiempo al interlocutor para exponer en la medida y en el modo que considere oportuno su pensamiento y su estado de ánimo, no interrumpirlo y dejarlo terminar. Saber escuchar es difícil. (47)

Pero es valioso encontrar un cuidador que sepa hacerlo, sobre todo en los momentos difíciles de la vida. Los cuidadores de la salud nos vemos en la obligación de aprender a escuchar con todo el ser. Saber escuchar no es un comportamiento activo, requiere superar dificultades porque la verdadera escucha tiene su origen en actitudes interiores, que no son de ninguna manera innatas, sino que hay que formarlas para poderlas adquirir.

Es importante que dentro de las características personales de la enfermera se encuentren: el asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el encuentro, mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrados en lo que acontezca en la personalidad del otro.

El reconocimiento del otro en el llamado de cuidado es un elemento primordial en la relación entre el cuidado y el cuidador. El desarrollo de estas características facilita la empatía considerada como la esencia del cuidado.

Esta no es más que una condición que otorga al ser humano la capacidad para penetrar en la intimidad del paciente, una facultad del espíritu que germina en todos los seres humanos. La existencia de la empatía radica en un saber de nosotros mismos y de nuestro prójimo, un saber sobre la vida humana que tiene como base el individualismo.

La empatía no es un comportamiento que pueda ser adoptado a voluntad según las necesidades del momento, así como no podemos pretender mostrarnos más inteligentes o más creativos de lo que realmente somos. Está determinada por convicciones, valores y necesidades profundamente arraigadas en la organización personal, es decir, tiene que ver con lo que pensamos, con lo que sentimos y con lo que hacemos, es decir, tiene que ver con lo que somos.

Todos estos aspectos hablan de la excelencia personal y profesional que no es otra cosa que la calidad aplicada al cuidado y la acción se constituye en la esencia de la profesión de enfermería. Ésta requiere incorporar, identificarse y revertir todo aquello que nos caracteriza como personas y como profesional de enfermería en el acto de cuidar la salud y/o la enfermedad de una persona o grupo de personas.

Además de tener una visión integral del ser humano como persona única, singular e indivisible y ejercer la acción de cuidar en forma integral, es decir, teniendo en cuenta sus aspectos físico, biológico, espiritual y social, que hacen que el hombre sea e interactúe en la dimensión vida-muerte y que al tiempo están permitiendo que el profesional de enfermería brinde un cuidado integral.

Conclusiones

El personal de enfermería no identifica bien aun, acerca del cuidado holístico de la persona, a pesar de que identifican cuatro dimensiones: la biológica, la psicológica, la social y la espiritual, y en su práctica profesional intentan integrar todas las dimensiones, siendo más fácil intervenir en las tres primeras y olvidan la espiritual.

En el Proceso de Atención de Enfermería no se constatan todavía acciones que vayan encaminadas al apoyo espiritual del paciente.

Bibliografía

1. **Gloria Bisval.** *Autonomía del paciente frente a su enfermedad.* Salud Uninorte. año/vol. 23, Número 002. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. 2007, pp. 317-325.
2. **Florencia Belli L, Quadrelli S.** *La ética como filosofía primera: una fundamentación del cuidado médico desde la ética de la responsabilidad.* Cuad. Bioét. XXI, 2010/1.
3. **Suárez JM, Téllez E, Jasso SME, Hernández M.** *La Bioética y la praxis de enfermería.* Arch Cardiol Mex 2007; 72 Supl (1): 286-290.
4. **McDaniel Anna.** *The Caring Process in Nursing Two Instruments for Measuring Caring Behaviors.* Measurement of Nursing Outcomes. vol 4. Springer Publishing company. New York 1990 pp 22.
5. **Vecillas Sevilla, M^a Teresa de Jesús.** *La dignidad en los cuidados de salud. Ética de los Cuidados.* 2008 ene-jun;1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6759.php>> [Consultado el 24 de septiembre de 2010].
6. **Macklin R.** *Dignity is a useless concept.* BMJ. 2003 Dec 20;327(7429):1419-20.
7. **Aparisi Miralles A.** *En torno al principio de la dignidad humana (A propósito de la investigación con células troncales embrionarias)* Cuad. Bioét. 2004/2^a: 257- 282.
8. **Ayllón J.** *Bioteología y dignidad humana en la jurisprudencia.* En: Bioteología, Derecho y Dignidad Humana. Editorial Comares. Granada. 2003. p. 83-101.
9. **Guevara B, Mejías M, Evies A, Zambrano A.** *Hacia un paradigma humanista en enfermería en la visión del enfermo terminal.* Enferm Global. Esp- 2005 nov 7. Disponible en <<http://www.um.es/eglobal/7/07e02.htm>> [Consultado el 9 de septiembre de 2010].
10. **Milton CL.** *The ethics of respect in nursing.* Nurs Sci Q. 2007 Jan;18(1):20-23.
11. **Gómez Londoño E.** *El cuidado de Enfermería del paciente en estado crítico.* Una perspectiva bioética. Vol 12, No2, 2008.
12. **Torralba Rosello F.** *Necesidades espirituales del ser humano: cuestiones preliminares.* [En línea] [fecha de acceso: 18 de septiembre de 2009] URL disponible en: <http://www.bizkeli-za.org/index.php?id=663.ç>

10. **Jones J, Hunter D.** *Consensus methods for medical and health services research.* BMJ. 1995; 311:376-80.
11. **Astigarraga E.** *El método Delphi* [citado 10 de nov.2006]. www.codesyntax.com/prospectiva/Metodo_delphi.pdf.
12. **Herdman M, Rajmil L, Ravens-Sieberer U, Bullinger M, Power M, Alonso J and the European Kidscreen and Disabkids groups.** *Expert consensus in the development of a European health related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study.* Acta Pediatr. 2002; 91: 1385-90.
13. **Jones J, Hunter D.** *Consensus methods for medical and health services research.* BMJ. 1995; 311:376-80.
14. **Astigarraga E.** *El método Delphi* [citado 10 de nov.2006]. www.codesyntax.com/prospectiva/Metodo_delphi.pdf
15. **Herdman M, Rajmil L, Ravens-Sieberer U, Bullinger M, Power M, Alonso J and the European Kidscreen and Disabkids groups.** *Expert consensus in the development of a European health-related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study.* Acta Pediatr. 2002;91: 1385-90.
16. **Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C.** *Las hospitalizaciones, por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España.* Gac Sanit. 2001; 15: 128-141.
17. **Beuchamp TL y Childress JE.** *Principios de ética biomédica.* Barcelona: Masson, S.A. 1999.
18. **Echeverri de Pimiento S.** *La medicina como institución: entre la voracidad y el suicidio.* Bogotá: Editorial Kimpres, S.A., 2006.
19. **Gracia D.** *Fundamentación y enseñanza de la bioética.* Ética y Vida. Estudios de Bioética 1. Bogotá: Editorial El Búho. 2000.
20. **Polaino-Lorente A.** En: *Manual de Ética y Legislación en Enfermería.* Pastor García & León Correa. España: Mosby/Doyma, 1997.
21. *Hacia una nueva visión en medicina crítica, uniendo la ciencia con el ser humano.* Caracas, Venezuela del 23 al 26 de Noviembre de 2004.
22. **Echeverri de Pimiento, Sonia.** *La Bioética en la formación del profesional de enfermería. Visión para Latinoamérica.* [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011] URL disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8205-Contenido.htm>.
23. **Wilson Donet, M; Leiva Ortiz, Daybet; Bujardón Mendoza, Alberto; Bandera Vargas, Teresa; Vera Rodríguez: José E.** *Bioética. Una mirada hacia la Enfermería.* Rev. Cubana Enfermer v.15 n.2 Ciudad de La Habana Mayo.-ago. 1999.
24. **Varon Von Smith.** *La bioética médica.* Bol Of Sanit Panam 1990; 108:228-30.
25. **Diana G.** *La enfermera, vocación y misión.* Buenos Aires: Ediciones Paulinas, 2006:80-95.
26. **Kierkegaard S.** *Tratado de la desesperación.* Libro digitalizado por Librodot.com. [En línea] [fecha de acceso: 18 de septiembre de 2009] URL disponible en: isaiasgarde.myfil

es/get_file?path=/kierkegaard-soren-tratado-de-la.doc.

27. **AAVV. Diccionario de Filosofía.** Biblioteca de Consulta Larousse. Barcelona: RBA Larousse; 2003.

28. **Leahey TH.** *Historia de la Psicología.* Madrid: Ed. Pearson; 2005.

29. **WHO.** *Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Comité.* Technical Report Series 804. Geneva: WHO; 1990.

30. **Brusco A, Pintor S.** *Tras las huellas de Cristo médico.* Manual de teología pastoral sanitaria. Madrid: Ed. Sal Térrea; 2001.

31. **Llobera JR.** *Fonaments antropològics del comportament humà.* Barcelona: UOC; 2006.

32. **Bermejo JC.** *Espiritualidad y mayores.* Red latinoamericana de gerontología. [En línea] [fecha de acceso: 18 de septiembre de 2010] URL disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Espiritualidad_Mayores.pdf.

33. **AAVV. Diccionario de Psicología.** Biblioteca de Consulta Larousse. Barcelona: RBA Larousse; 2003.

34. **Zohar D, Marshal I.** *Inteligencia espiritual: la inteligencia que permite ser creativo, tener valores y fe.* Barcelona: Ed. Plaza y Janes; 2001.

35. **Magaña M, Jordan ML.** *El Sufrimiento espiritual y la intervención de enfermería.* Rev. Desarrollo Científico de Enfermería 2005; 13(6): 183-187.

292

36. **Frankl V.** *El Hombre en busca de sentido.* Barcelona: Ed. Herder; 2004.

37. **McCloskey J, Bulechek GM.** *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* Madrid: Ed. Elsevier; 2004.

38. **Johson M, Bulechek GM.** *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: Interrelaciones NANDA, NIC y NOC.* Barcelona: Ed. Mosby; 2002.

39. **Rodríguez, F, Vázquez JL, Desviat M.** *Psiquiatría Social y Comunitaria (I).* Las Palmas: CEPPS Editores. Las Palmas; 1997.

40. **Magliozzi P.** *Espiritualidad y Medicina.* II Congreso Nacional de Acompañamiento espiritual. Santiago de Chile septiembre de 2005. [En línea] [fecha de acceso: 18 de septiembre de 2009] URL disponible en: www.archimadrid.es/dpsanitaria/campa06/EspiritualityMedicina.ppt

41. **Benor D.** *La ciencia confirma la efectividad de la sanación espiritual.* [En línea] [fecha de acceso: 18 de septiembre de 2009] URL disponible en: <http://www.axel.org.ar/articulos/otros/benor.htm>.

42. **Matthews WJ, Conti JM, Sireci SG.** *The effects of intercessory prayer, positive visualization, and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients.* Altern Ther Health Med 2001 sep-oct;7(5): 42-52.

43. **Osio Sandoval M.** *Espiritualidad y medicina.* [En línea] [fecha de acceso: 18 de septiembre de 2009] URL disponible en: <http://lamedicinaholistica.word-press.com/2007/06/18/espiritualidad-y-medicina>.

44. **Luis MT.** *Diagnósticos enfermeros: Un instrumento para la práctica asistencial.* Barcelona:

Harcourt Brace; 1997.

45. *El proceso de Atención de Enfermería*. [En línea] [fecha de acceso: 12 de octubre de 2011] URL disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>.

46. **Marriner A.** *Modelos y Teorías de Enfermería*. Tercera Edición. España: Mosby/Doyma Libros. 1994. p. 356.

47. **Ariza Olarte, Claudia.** *La excelencia del cuidado. Un reto para Enfermería*. [En línea] [fecha de acceso: 12 de octubre de 2011] URL disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Contenido.htm>.

48. **Ariza C.** *¿Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico?* Actual Enfer. 1998; 1(4).

49. **Cornejo MA.** *Infinitud Humana. La grandeza de los valores*. México: Grijalba S.A. 2006.

50. **Pinto N.** *Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado*. En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2006.

51. **Hernández Cortina, Abdul; Guardado de la Paz, Caridad.** *La Enfermería como disciplina profesional holística*. Rev Cubana Enfermer v.20 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2004.

52. **Tomey Marriner A.** *Modelos y teorías en enfermería*. 4ta. Ed. España: Harcourt; 2000.

53. **Autores varios.** *Diccionario Cervantes*. Ed. Pueblo y Educación. La Habana, 1977.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y ENFERMERÍA. ANÁLISIS DE LOS DILEMAS ÉTICOS Y BIOÉTICOS EN CUBA

Bárbara Hernández

Lcda en Enfermería, Especialista en Higiene y Epidemiología, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), La Habana, Cuba.

294

Introducción

Con esta investigación la autora pretende tocar las aristas más filosas de un Sistema de Salud que fue concebido para los desposeídos y pobres. Esas clases: obrera y campesina, que durante 50 años han tenido acceso gratuito a la salud y a la educación, son los pobres los más próximos a Dios porque de las penurias, el ser humano busca un sentido a su vida y se acerca a Dios, expresando una espiritualidad que muchas veces va más allá de su propia religiosidad. No se puede separar la bioética de la pobreza, ya desde sus inicios se pudo apreciar que los marginados fueron los elegidos para realizar experimentos.

El término ética desde el punto de vista etimológico nos remite al vocablo griego *ethos* que significa fundamentalmente “hogar donde se habita”, “morada” y también modo de ser o carácter¹, desde esta perspectiva el término moral será muy parecido que deriva del latín *mor* que significa “modo de vida apropiado” tanto en costumbres como en carácter².

Se define a la ética como la reflexión crítica sobre los valores y prin-

1. Aranguren, J.L. L. ética. Madrid 1958. Parte primera. Cap.. II (de este se han nutrido a lo largo la historia, filósofos, eticistas y bioeticistas)

2. Drane, James F., PhD. “Bioethics: How the Discipline Came to Be in the United States”, University of Edinboro Pennsylvania. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB), Universidad de Chile. Proyecto Chornos. 20

principios que guían nuestras decisiones y comportamientos, considerando estos como comportamiento como el acto moral en sí.³

Los problemas éticos, suscitados por la praxis médica, se remontan a la época de Hipócrates, quien en su famoso Juramento señalaba la autoridad y responsabilidad del médico con sus pacientes, quienes deberían cumplir en todo momento las indicaciones médicas, ya que el médico siempre actuaba por el bien de su paciente.⁴

Durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), los nazis desarrollaron inhumanos experimentos utilizando para esto a prisioneros de guerra, durante estos experimentos miles de personas fueron utilizadas para ser inoculadas con enfermedades infecciosas y sometidos a condiciones extremas de temperatura y presiones atmosféricas, lo que provocó la muerte en la mayoría de los casos⁵.

Luego de la derrota nazi –y con los juicios llevados a cabo en la ciudad de Nüremberg por un tribunal internacional que juzgó a los criminales de guerra (1945-1946), la Asociación Médica Mundial promulgó el llamado Código de Nüremberg en 1947 que estableció los diez principios éticos rectores de las pesquisas que involucraran a sujetos humanos⁶. Resaltan estas condiciones importantísimas para poder realizar una investigación con sujetos humanos:

- Su valor social.
- El consentimiento absolutamente voluntario de los sujetos de experimentación.
- Su correcto diseño científico .
- La adecuada calificación de los investigadores que la llevarían a término.

A partir de los años 50 del pasado siglo, el avance científico y técnico en todas las esferas, incluida la salud, proporcionaron grandes beneficios, pero al mismo tiempo muchas de las nuevas tecnologías e investigaciones ponían en riesgo la integralidad de la persona humana, que comenzó

3. Cortina, A. Ética Filosófica. En: Vidal, M. " Conceptos fundamentales de ética teológica." .. Ed: Trotta. Madrid, 1992. PP. 125

4. Gracia D. Bioética médica. Washington DC: OPS; 1990.

5. Berger, Robert L. Ethics in scientific communication: study of a problem case. Journal of Medical Ethics. 1994; 20: 207-211

6. Shuster, Evelynne. The Nuremberg Code: Hippocratic ethics and human rights. Lancet 1998; 351: 974-77

a experimentar la invasión de sus cuerpos con fines aparentemente benéficos. La atención médica aumentó su costo tanto para instituciones privadas como estatales, y también para las personas que vivían en países con una economía capitalista liberal.

Escándalos mundialmente conocidos como el caso Tuskegee, dejaron un halo de vergüenza dentro de la comunidad científica norteamericana que nunca deberá olvidarse, por el hecho de haber realizado un estudio prospectivo en 390 hombres pobres de raza negra con Sífilis, para evaluar la evolución de esta enfermedad, sin brindar el tratamiento requerido, (a pesar de que ya se conocía de su cura con la administración de la penicilina desde 1948) siendo fue mantenido durante décadas (1932-1972) y controlado por una enfermera refiriendo este dato como interesante para el conocimiento de la importancia de la responsabilidad moral dentro del campo de la enfermería. Al salir a la luz este experimento se realizaron una serie reportes e informes que culminaron en 1978 con el Belmont Report .

El origen del término bioética corresponde al oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, quien lo utilizó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la revista de la Universidad de Wisconsin "Perspectives in Biology and Medicine" y es cuyo título lo ostentaba por primera vez: "Bioética: la ciencia de la supervivencia".⁷

En 1972 André Hellegers crea el Instituto Kennedy de Bioética, en la Universidad Georgetown (Washington DC), siendo esta la primera vez que una institución académica recurre al nuevo término.

El objetivo de la bioética, tal como la "fundaron" el Hastings Center (1969) y el Instituto Kennedy (1972) era animar al debate y al diálogo interdisciplinario entre la medicina, la filosofía y la ética, y supuso un notable emplazamiento de la ética médica tradicional.⁸

En 1979, los bioeticistas Beauchamp, T.L y Childress,⁹ J.F, definieron como cuatro los principios de la Bioética: **autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia**. En un primer momento definieron que estos principios son *prima facie*, esto es, que se vinculan siempre que no colisionen entre ellos, en cuyo caso habrá que dar prioridad a uno u otro de-

7. Scholle CS. Introducción a la Bioética. Washington DC: OPS;1990

8. Ibídem

9. Beauchamp, Tom; Childress, James, F. Principles of Biomedical Ethics. Second ED. Oxford University Press, New York 1983. Pp 14'15

pendiendo del caso. Sin embargo en 2003, Beauchamp¹⁰ considera que los principios deben ser especificados para aplicarlos a los análisis de los casos concretos, o sea, deben ser discutidos y determinados por el caso específico a nivel casuístico.¹¹

El modelo principalista anglosajón fue adoptado en nuestro país y hasta hoy es el predominante, aunque quedan muchos apegos a la medicina paternalista dejando en desventaja el principio de autonomía propuesto por Beauchamp y Childress y favoreciendo el principio utilitarista en algunos campos como el de la investigación biomédica.

La Enfermería tiene es una ciencia relativamente joven, que en un corto periodo ha evolucionado en el campo de las ciencias médicas, es considerada ciencia ya que posee un método científico: Proceso de Atención de Enfermería, y es arte por ser una profesión que necesita de vocación para brindar cuidados a la persona aparentemente sana o enferma, detectando necesidades afectadas a las cuales debe dedicar el personal enfermero todo su conocimiento y profesionalidad, estableciendo prioridades en la atención enfermera en aras de brindar el mayor bienestar a la persona enferma.

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP), está dividido en tres niveles que se subordinan uno al otro de manera escalonada, y estos a su vez al MINSAP, como Institución rectora de los servicios de salud en el país. Estos niveles de atención son:

1. Nivel de Atención Primaria de Salud (APS): compuesta por los Policlínicos y los Consultorios Médicos.
2. Nivel de Atención Secundaria: Esta constituida por todos los hospitales.
3. Nivel de Atención Terciaria: Compuesto por Institutos y Unidades de Cuidados Intensivos.

El nivel de Atención Primaria de Salud es considerado como la puerta de entrada al Sanitario¹², y en la actualidad es el escenario donde se forman los futuros profesionales de la salud, de las diferentes carreras.

El personal de enfermería juega un importantísimo rol, ya que históricamente ha estado muy ligado a los inicios de la APS, y se puede afirmar

10. Principles of Biomedical Ethics. 5 Ed. Oxford University Press, New York 2001. Pág 90

11. Principios de Ética Biomédica. Barcelona, Masón, 1999, ISBN 84-458-0480-4

12. Colectivo de Autores. Enfermería Familiar y Social. Ed.: Ciencias Médicas. La Habana, 2004, Pág.: 13

que desde mucho antes también.

Con la introducción en el país de cambios en el sector sanitario, influenciados por el vertiginoso desarrollo de la ciencia y la técnica sobre todo en las últimas décadas, se hizo necesario replantear la educación en la carrera de Licenciatura en Enfermería, hasta introducir en el 2004 en el plan de estudios la asignatura de Bioética y ética en Enfermería, que brindaba herramientas para enfrentar los nuevos retos de la enfermería familiar y comunitaria.

Con esta investigación de tipo observacional, se realizó una amplia revisión bibliográfica, y mediante el método histórico lógico se compiló toda la información documental necesaria, se efectuaron entrevistas no estructuradas a expertos en APS y se utilizó nuestra propia experiencia de más de 10 años en este nivel de atención, como objetivo nos trazamos determinar los principales conflictos éticos y Bioéticos en la Atención Primaria de Salud concernientes a Enfermería.

Desarrollo

298

Si no se conoce el pasado, es imposible comprender el presente.

Alexandros

Antecedentes históricos del surgimiento de la atención médica y la Atención Primaria en Cuba, período: 1509-1958.

Consideramos pertinente hacer un breve recuento histórico de los antecedentes de la medicina en Cuba, ya que desde sus inicios se pueden apreciar vestigios de lo que se denomina hoy en día Atención Primaria de Salud, nada mejor que la evidencia histórica para corroborar estos hechos.

Dentro de los historiadores cubanos encargados de las investigaciones en Salud Pública, tenemos dos prominentes figuras: el Dr. Gregorio Delgado García, quien ha dedicado toda su vida a la investigación histórica en Medicina y es el actual historiador del Ministerio de Salud Pública y la Licenciada en Enfermería Eduarda Ancheta Niebla, una de las diez primeras licenciadas después del triunfo de la revolución y que por más de 20 años se ha dedicado a la investigación histórica en enfermería, la Licenciada Ancheta se nutrió y recibió un gran apoyo del Dr. Gregorio, vale el agradecimiento a los dos por los valiosísimos datos históricos que nos han entregado.

Los colonizadores españoles llegaron a nuestras islas el 12 de octubre de 1492, Cuba estaba escasamente poblada con alrededor de 100 mil habitantes, que poseían una organización económica de comunidad primitiva¹³, dentro de esta se diferenciaban distintos grupos étnicos: los siboneyes, los taínos, los subtaínos y los guanatabeyes, con muy diferentes orígenes, desarrollo cultural y tiempo de llegada a la isla¹⁴.

Los taínos eran los más avanzados y se asentaron en la región oriental, conformados en clanes o tribus contaban con curanderos que resolvían los problemas de salud de aquel tiempo. Los curanderos tenían la tradición familiar de pasar a un sucesor familiar todo el conocimiento sobre herbolaria y medicina natural, que se practicaban.

Las poblaciones indígenas fueron prácticamente eliminadas por la esclavitud inhumana a que fueron sometidos, y en la actualidad prácticamente no quedan descendientes de esas civilizaciones; sin embargo como dato interesante podemos destacar que *la primera mujer en ejercer la medicina en Cuba, fue una curandera india llamada Mariana Nava*, a la cual se le concedió licencia en el Ayuntamiento de Santiago de Cuba en el 1609, sin realizar exámenes *se le nombró como "médico de la población"* prohibiéndosele que se ausentara del lugar¹⁵, este es el primer precedente de medicina familiar, siendo una nativa, india y mujer la primera en realizar de manera oficial dicha profesión.

299

Con los africanos traídos como esclavos, también llegó su arte de curar, su medicina potencialmente sugestiva, impregnada de pensamientos mítico-mágicos; pero también basada en propiedades curativas de la flora cubana, muy semejante a la suya.¹⁶

La iglesia Católica tuvo una gran influencia en todas las esferas de la sociedad cubana, baste saber que dentro de sus funciones llevaban los registros de nacimientos y muertes en sus libros de bautismo y asentamiento de fallecidos, otras funciones perfectamente verificables fueron:

- Fundación y atención a hospitales civiles y de caridad
- Cultivo de plantas medicinales

13. Rinero de la Calle, M y Dacal Moure, R. Arqueología aborigen de Cuba. Ed.: Gente Nueva. Ciudad de La Habana, 1986, pág. 5

14. Ibídem, pág. 8

15. Delgado García, G. Conferencias de Historia de la Administración Pública en Cuba. ED.: Oficina del historiador del MINSAP. Ciudad Habana, 1996, pág.5

16. Ortiz Fernández, F. Hampa Afrocubana. Los negros brujos. Imprenta de Fernando Fe, Madrid, 1906

- Establecimiento en Cuba de órdenes masculinas y femeninas para el cuidado de enfermos.

De todo esto se conoce por los informes de las visitas pastorales de los obispos en Cuba, a partir de la primera realizada por Fray Diego Sarmiento en 1544.¹⁷

En 1833 *se crean Juntas Municipales* en la Habana y en las principales ciudades y pueblos de la isla, posean o no hospitales, presididos en general por los alcaldes municipales, pero en las que invariablemente figuraban profesionales de la medicina, en esta fecha surgen también y como parte de esta organización las *Asociaciones de Beneficencia Domiciliaria*, integrada casi totalmente por mujeres, encargadas de atender y suministrar recursos.

A finales del Siglo. XIX, la atención sanitaria o sistema colonial de salud, estaba distribuida en sus tres subsistemas:

- **Estatal:** Hospitales de Caridad, donde ingresaban las clases más pobres.

- **Mutualista:** Centros regionales de salud, creados por los españoles inmigrantes para brindar servicios de salud a sus asociados: Un ejemplo es el Centro Gallego de La Habana, que adquirió la quinta de la salud privada, La Benéfica.

- **Privado:** Casas de salud, que brindaban atención a la naciente clase burguesa criolla.

Mientras que *la atención primaria y de urgencia* estaría dada por el facultativo de la semana, las consultas y atención de urgencia en las Casas de Socorro, y las consultas en las casas de salud; así como el servicio privado no religioso del médico en la casa del enfermo.¹⁸

Aunque desde inicios del siglo XX, se hizo evidente para muchos médicos cubanos la necesidad de unificar todas las dependencias de salud y centralizar su organización no fue hasta el 26 de enero de 1909, que se promulgó por Decreto No.78 y publicado dos días después en la Gaceta Oficial, *la constitución de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia (1909-*

17. Delgado García, G. Desarrollo histórico de la administración de la Salud Pública en Cuba en su etapa colonial española. Cuadernos de Historia Salud Pública. No. 72. Publicación del consejo Nacional de sociedades Científicas., La Habana, 1987, págs. 7-22

18. Martínez Fortún, J.A. Cronología médica cubana. Contribución al estudio de la medicina en Cuba. Edición mimeografiada, La Habana, 1947-48

1940), quedando independiente y elevada a categoría ministerial, por lo que se puede afirmar documentalmente que Cuba fue el primer país del mundo en tener un Ministerio de Salud Pública¹⁹, esta joven institución ministerial quedó integrada por dos direcciones nacionales:

1. **Sanidad:** dividida en 6 negociados:

Central; Servicios Sanitarios de La Habana; Servicios Generales y de Cuarentenas; Higiene Especial; Estadísticas; Archivos y Personal; Bienes y Cuentas.

2. **Beneficencia:** Dividida en cuatro negociados:

Administración e Inspección; Hospitales y Asilos; Menores y Personal; Bienes y Cuentas.

El Negociado de Hospitales y Asilos controlaba los asuntos de hospitales y escuelas de enfermeras; mientras que el Negociado Central tenía a su cargo la inspección de los Servicios Municipales del país, estaciones de vacunación, y control de enfermedades infecciosas²⁰, estos Negociados se acercan en muchas de sus características organizativas a lo que hoy llamamos APS.

Con la puesta en vigor de la Constitución de 1940, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, pasó a llamarse Ministerio de Salubridad y Asistencia Social (1940-1958) y cambia su estructura²¹, aunque va en detrimento de la atención a la población, sí solidifica la atención médica privada, lo que imposibilitó los planes "prometidos" por las diferentes administraciones al pueblo cubano.

Con el triunfo de la Revolución el 1ro de enero de 1959, se inicia una etapa de cambios radicales en todas las esferas de la sociedad cubana. Hasta aquí hemos intentado resumir algunos de los acontecimientos históricos más importantes que guardan estrecha relación con el surgimiento de la Atención Primaria de Salud y otros hecho que son relevantes en nuestra historia, vale aclarar que se dejaron de mencionar muchos eventos históricos y figuras prominentes, que influyeron en la Historia de Cuba, para no perder la esencia de nuestra investigación.

301

19. Delgado García, g. conferencias de Historia de Medicina en cuba. Ed. : Oficina del historiador del MINSAP. Ciudad Habana, 1996, pág.57

20. Rodríguez Expósito, C. La sanidad en 50 años de República. 1902-1952. Folleto mimeografiado. Archivo Oficina del Historiador del MINSAP.

21. Ibídem

Comienzo de la Enfermería Profesional en Cuba

Antes de entrar en el tema principal de este acápite, es importante enfatizar en los antecedentes que influyeron en la participación enfermera en la APS, intentaremos aportar los datos históricos necesarios que servirán de sustento a nuestras reflexiones, sin adentrarnos en la educación en enfermería, tema interesantísimo que puede ser objeto de otras investigaciones.

Señala la Licenciada Eduarda Ancheta en su libro *Historia de La Enfermería en Cuba*²² que lo común en las familias españolas radicadas en Cuba, eran los partos fisiológicos, atendidos por mujeres, para resguardar el pudor del propio sexo. Por lo que los partos eran realizados por la madre u otra mujer con experiencia que asistía a la parturienta, y de esta costumbre surgió la comadre o comadrona, estos fueron los primeros actos dentro de la medicina, realizados en el propio hogar y por mujeres.

El primer hecho documental registrado, se encuentra en los más antiguos archivos parroquiales y corresponde a la “comadre de parir” María Inojosa, al bautizar un niño el 13 de agosto de 1593 en la iglesia del Espíritu Santo y en el Libro de Bautismo de blancos²³, a María Inojosa le siguieron muchas mujeres de los que quedó constancia documental, comenzando desde tan remota época la atención en el hogar, hasta que en 1696 y documentado, se dice que Petrona Rodríguez, con residencia en la Habana, fue examinada por el Real Tribunal del Protomedicato²⁴ (primera Institución de la administración de Salud Pública española).

Fueron muchas las mujeres que se dedicaron al cuidado de enfermos antes de que comenzara la enfermería profesional. Se supone que desde la puesta en marcha del primer hospital tuvieron que haber hombres a los cuidados de los enfermos, pero no se encuentra evidencia documental al respecto. Desde 1547 el hermano Ciudad, se ocupaba en atender enfermos en un hospital y a él se unieron muchos más.²⁵

No es hasta el año 1854 que comienzan a prestar cuidados de enfermería las hermanas de la Caridad, en 1866 habían hermanas y algunas enfermeras que brindaban servicios en el hospital y en los hogares de algunos

22. Ancheta Niebla, E. *Historia de la Enfermería en Cuba*. Ed.: Ciencias Médicas. La Habana, 2006

23. Le-Roy Cassá, J. *Apuntes para la historia de obstetricia en cuba*. Imprenta Ancha del Norte. La habana, 1902. Pág.340

24. López Sanchez, J. *La medicina en La habana 1570-1730*. –cuaderno de Historia de La Salud Pública. No.49. Instituto del Libro, La Habana, 1970, págs.. 138-139

25. *Ibidem*, pág. 50

enfermos²⁶, Ordenes religiosas conformadas por hombres fueron: San Juan de Dios y la Orden Religiosa Hermanos Hospitalarios de Betlemitas.

Dentro de las Ordenes Religiosas Femeninas tenemos a las Hijas de la Caridad (ya mencionada), ellas tuvieron una amplia participación en el cuidado a enfermos, tanto en hospitales, como en hogares, se encontraban por toda la isla, y hoy en día se encuentran trabajando junto al equipo de salud en nuestros hospitales, hogares de ancianos, brindan cuidados paliativos a personas que viven solas en sus hogares.

Las Siervas de María, Orden fundada en 1851 en Madrid, llega a Cuba en 1875, ofreciendo servicios a la población, ya que a los 8 días de su llegada, se desató la epidemia variolosa, esta Orden existe en la actualidad y sus congregadas son enfermeras²⁷.

– Primeras enfermeras norteamericanas:

Con el comienzo de la intervención militar norteamericana, muchas religiosas españolas regresan a su tierra, por lo que el gobierno interventor consideró la necesidad de enviar junto a las tropas, un grupo de enfermeras profesionales.

En 1899, el Doctor Raimundo García Menocal, fundó una escuela para enfermeras, que no fructificó, pero más tarde las escuelas de enfermería fueron anexadas al Estado, Miss Mary O'Donnell, enfermera norteamericana puso un gran empeño en esta tarea. Según datos recogidos por E. Ancheta en *el año 1902 se gradúan las primeras enfermeras cubanas, que recibieron el Diploma por la Universidad de la Habana*, en presencia del Doctor Carlos Juan Finlay, quien pronunció el discurso de graduación, con este hecho Cuba se convertía en el primer país que otorgaba título universitario a sus enfermeras²⁸.

Durante toda esta etapa (1509-1958), existen pruebas documentales, que respaldan el cuidado a enfermos en hospitales y en sus hogares, lo que consideramos como los antecedentes históricos de la APS en Cuba.

El triunfo de la revolución introdujo cambios que favorecieron el desarrollo en medicina y enfermería, todos estos cambios tenían como protagonistas a seres humanos que habían sido discriminados por diferencias sociales, raciales, políticas y religiosas. Se da paso a una generación que

26. *Ibidem*. Pág. 55

27. Zugasti, J.A: La madre Soledad Torres Acosta y el Instituto de las Siervas de María. Estudio histórico. Secretario Trinitario. Salamanca. Imprenta Calatrava. Librero 9, Salamanca, 1978. Pág.25

28. Ancheta Niebla, E. Historia de la Enfermería en Cuba. Ed.: Ciencias Médicas. La Habana, 2006.

se convertiría al marxismo-leninismo, las clases sociales de estratos más bajos tomaron el poder, y la Iglesia pasó a ser discriminada, al igual que todas las personas que tuvieran creencias religiosas. Dios “dejó de existir” para muchos cubanos, para dar paso a lo que se ha llamado uno de los sistemas más “equitativos”, que ha existido, con un enemigo a 90 millas, que le ha impuesto un bloqueo económico, que persiste hasta nuestros días.

Hasta aquí hemos hecho énfasis en las etapas de la Colonia, la República y Pre-revolucionaria; se ha escrito mucho sobre salud en Cuba después de 1959, y consideramos injusto, volver a escribir sobre lo mismo, y olvidar la historia de las etapas mencionadas, tantos siglos de historia que han aportado grandes acontecimientos y personalidades a la historia de la Humanidad; baste volver a mencionar dos de los acontecimientos más importantes:

1. ***La creación del primer ministerio autónomo de salud pública, llamado la Secretaría de Sanidad y Beneficencia (1909-1940)***

2. ***La primera graduación de enfermeras en una Universidad, en 1902***, partiendo de la formación de excelentes enfermeras americanas, tradición de la que nos sentimos orgullosas muchas enfermeras hoy, y que fue incluida la enfermería comunitaria, pero con nombre y organización propios de la época.

304

Obviamente la educación tanto de medicina como de enfermería estaba influenciada totalmente por la ética médica hipocrática, la enfermera tenía la obligación de cumplir con el tratamiento médico indicado y dedicaba cuidados a los enfermos que llegaban a ser maternos, sin dejar opción al paciente a elegir.

En cuanto a la equidad en la atención médica, no existía, eran atendidos los que tenían dinero, y los que estaban afiliados a sociedades extranjeras. Para la gente del campo y los obreros, no había posibilidades. Se evidenciaban altos índices de mortalidad infantil y materna y la esperanza de vida no superaba los 50 años.

Atención Primaria de Salud. Su creación

En el año 1978 la Declaración de Alma-Ata, Definió la Atención Primaria de Salud como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el

país puedan soportar en todo y en cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación²⁹.

Las bases fundamentales sobre las que se sustenta la APS en Cuba, son³⁰:

1. **Participación comunitaria:** intervención activa de la comunidad en la solución de problemas de salud, en coordinación con el equipo de salud (médico-enfermera).

2. **Participación Intersectorial:** Intervención consensuada de dos o más sectores sociales en las acciones de salud, basados en la lógica de las alteraciones de la salud, y no en la lógica de los sectores.

3. **Descentralización:** Es la capacidad ejecutiva para la toma de decisiones necesarias de acuerdo con la disponibilidad de recursos en cada uno de los núcleos de gestión y en función de las necesidades sociales del área específica.

4. **Programa del médico y enfermera de la familia:** organiza actividades sin esquemas rígidos, se programa a partir de las familias, sin olvidar acciones específicas y con la evaluación de los resultados a través de las acciones tomadas y de las evaluaciones cualitativas tomadas y no sólo metas "numéricas".

5. **Tecnología apropiada:** Tecnología que se corresponde con el grado socioeconómico del país.

En el año 1984 se instaura de manera experimental en la barriada de Lawton, ciudad de La Habana, esta nueva modalidad de atención con la premisa de detectar y/o prevenir enfermedades en la población³¹.

Se comienza con una planificación de aproximadamente 120 familias por médico y enfermera, que conformaron un binomio de trabajo y al mismo tiempo estos trabajaban de conjunto con el Grupo Básico de Trabajo (GBT), compuesto por médicos de las especialidades: Pediatría, Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Psicólogo, Trabajador social, Estadísticos, Higienistas.

29. Tomado de: Declaración de Alma-Ata. Comité Expertos 34ª Asamblea Mundial de salud. Resolución WHA34.36. 1981.

30. Cuba, MINSAP. Higiene social y organización de la salud Pública. Ed.: Pueblo y educación. Ciudad Habana, 1987.

31. Álvarez Sintés, R. Temas de medicina General integral. Ed.: Ciencias Médicas. La Habana, 2001. Pág.12.

Se adecuaron los sectores de salud a una nueva división político administrativa, por circunscripciones y estas se dividieron por cuadradas en lugar de manzanas, Se realizó la ubicación de los consultorios y la delimitación del territorio que cada médico y enfermera debía atender, estas cuadradas coincidían con los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), para de esta manera vincular el trabajo de los profesionales de la salud con las diferentes organizaciones políticas y de masa, y se facilitaba la confección del diagnóstico de salud del Sector³². En la actualidad esta denominación ha cambiado y se le llama Análisis de la Situación de Salud (ASIS), de la que hablaremos más adelante.

También ha cambiado la distribución, ahora los consultorios se clasifican en tipo I que cuentan con un médico y una enfermera y Tipo II que son atendidos por una Licenciada en Enfermería, que debe estar entrenada para atender todo tipo de casos y deriva hacia las diferentes especialidades los pacientes.

Desde sus inicios los consultorios del Médico de la Familia (CMF) se vincularon con el policlínico como unidad rectora y centro donde se realizan las pruebas que necesitan los pacientes, allí se ubican los diferentes departamentos, entre ellos podemos hacer mención de:

Laboratorio Clínico, Radiología (actualmente Imagenología), Fisioterapia, Cuerpo de Guardia, Esterilización, Dirección, Vice-Direcciones Administrativas, Docente, de Enfermería, Personal, Estadísticas, Biblioteca, (entre otras). En el año 2003 los Policlínicos son reparados y ampliados, y se dotan con tecnología más avanzada que permite realizar exámenes que antes sólo era posible realizar en hospitales, en el 2005 se introduce la enseñanza universitaria de pre-grado, para la formación en todas las áreas de la Salud, (ya la de post-grado existía desde 1984 con la creación de la especialidad médica: Medicina General Integral), los Policlínicos adoptan el nombre de Policlínicos Docentes. A más de 25 años de la puesta en de la Atención Primaria de Salud, se pueden apreciar todas las transformaciones que ha sufrido este nivel de atención, algunas para bien, otras no.

La gran cantidad de médicos y enfermeras que brindan su aporte en muchos países tercermundistas, ha hecho que estas variaciones lleven a la decadencia un sistema sanitario que fue ideado para la salud de todos. En respuesta a esta situación, se han formado muchas más Licenciadas en Enfermería que cubren el déficit de médicos, y al mismo tiempo crean un déficit en el personal de enfermería a todos los niveles, teniendo que

32. Colectivo de Autores. Enfermería Familiar y Social. Ed.: ciencias médicas. La Habana. 2006. Pág.23

apelar a programas de educación emergentes, para poder exhibir los indicadores que pese a todo se pueden mostrar. La enfermería cubana ha dado el paso al frente una vez más y se mantienen funcionando todos los programas de salud comunitaria concebidos desde 1984.

Análisis de la Situación de Salud(ASIS). Dilemas Éticos y Bioéticos

El ASIS constituye uno de los instrumentos imprescindibles para los sistemas y servicios de salud en todos sus niveles y especialmente en la atención primaria de salud (APS), cuya institución básica es el policlínico como centro de salud, y sus sectores o Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia.³³

Los estudios nacionales y regionales, que se basan generalmente en promedios, no pueden expresar la realidad que existe en la comunidad y familias, o conocer los perfiles diferenciales de salud en particulares sectores o grupos, salvo que se realicen investigaciones específicas. Se facilita cuando el estudio se hace en el nivel local o comunitario, que permite conocer permanentemente las necesidades de salud de la población y grupos particulares de individuos, según condiciones de vida.

307

Esto es factible en Cuba, al contar con un sistema de salud donde el primer contacto de la población se hace en el CMF, que dan atención al 98,3 % de la población, para lograr la realización del ASIS se deben tener en cuenta³⁴:

- Participación social activa.
- Relacionar conocimientos científicos y populares.
- Establecer acuerdos duraderos.
- El actor principal es la comunidad.
- Determinar problemas que pueden ser trabajados con éxito.
- Instrumento para mejorar la salud de la comunidad

El proceso emplea los métodos epidemiológico, clínico, y social y también de planificación para las estrategias y acciones, aplicando el método científico.

33. Colectivo de Autores. Enfermería Familiar y Social. Ed.: ciencias médicas. La Habana. 2006. Pág. 76

34. *Ibidem* pág. 79

Principales usos del ASIS:³⁵

- Gerencial
- Docente
- Social
- Gubernamental
- Investigativa

El ASIS ha pasado a ser la investigación más importante dentro la Atención Primaria de Salud, ya que el mismo permite realizar un plan de acciones a corto, mediano y largo plazo, que permite realizar intervenciones médicas y de enfermería.

Valoración ética:

Dentro de los conflictos o dilemas éticos que encontramos , en la realización del ASIS, está la subvaloración de la persona humana , esto se ve en la práctica cuando se visita un consultorio y queda muy bien plasmado la cantidad de personas con problemas de salud, es decir no se habla de una persona sino de un grupo de personas que padecen la misma enfermedad, o de un grupo de riesgo, se lleva la persona a números y porcentajes, se pierde la identidad de cada persona, que por tener la misma enfermedad no necesariamente lleva el mismo tratamiento e intervención de enfermería, por los que los protocolos no incluyen la atención personalizada, la enfermera de Atención Primaria debe atender poblaciones muy amplias, esto también favorece a que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) no puede ser aplicado, ni a las personas ni a la familia. Las acciones que se toman son acciones colectivas. Otro conflicto que se ve con bastante frecuencia es que el personal que realiza el ASIS, debe visitar cada hogar, a muchas personas les molesta que visiten su hogar para supervisar si tienen la higiene correcta, o si sus hogares están en mejor o peor estado constructivo, si la persona se niega a que entren a su casa, no es bien vista por las autoridades sanitarias porque no participó con el resto de comunidad en la elaboración del ASIS. Ahora bien:

Es moral violar la autonomía de una persona que no desea que irrumpen en la privacidad de su hogar?

Las enfermeras al ser mayores en número que los médicos, por las razones expuestas anteriormente nos vemos obligadas a realizar acciones como estas, donde no podemos expresar objeción de conciencia ya que iríamos contra la política sanitaria del país, poniendo en riesgo nuestra profesión en el plano personal.

35. Ibídem págs. 80-86

Principales Programas de APS:

Los Programas de la APS son amplios y abarcadores. Los principales son:

- Programa Nacional de Vacunación.
- Programa materno infantil (PAMI)
- Programa de control de Cáncer cérvico uterino y de mamas
- Programa de Enfermedades Crónicas no transmisibles.
- Programa de Enfermedades Infectocontagiosas (dentro de esta el Programa ITS-VIH-sida)
- Programa de Atención al Adulto Mayor
- Programa de Medicina natural y tradicional(dentro de este el Programa de medicina paliativa)³⁶

Valoración ética:

Existen muchos otros programas, pero consideramos que dentro de todos los enunciados estos son los más importantes.

Lo primero es que el lector se ubique que estos programas tienen seguimiento por un Médico y una Enfermera, en los consultorios Tipo I y por una Licenciada en Enfermería en los Consultorios Tipo II. La población que acude a los consultorios es mucho mayor que el personal de asistencia, lo que hace que la atención no sea de excelencia, los programas se siguen por planes que se deben cumplir mensualmente, por ejemplo el plan de Vacunación e inmunización es obvio que mediante la persuasión las madres lleven a sus hijos a al Departamento de Vacunación, pero el plan para realizar la prueba citológica para detectar precozmente el cáncer cérvico-uterino, muchas veces no se puede cumplir porque las mujeres no van a consulta y es responsabilidad de la enfermera que se cumpla, el no cumplimiento del mismo lleva a indicadores que no son representativos de los indicadores de salud que muestra la revolución, salta una pregunta:

¿Es ético obligar a una persona a que se realice un examen que no desea?

Este fenómeno también se ve en los exámenes de VIH, no se pide el consentimiento a la persona que va al consultorio, sencillamente se le indica y punto. Luego si la persona no es seropositiva. nunca se entera porque solamente llegan al consultorio los resultados positivos.

36. *Ibidem* págs. 171-188.

La planificación familiar, es otro programa que considero está en crisis, cada vez acuden a los hospitales ginecológicos más adolescentes embarazadas para realizarse un aborto, es decir, que no existe una verdadera metodología para que las adolescentes de manera consensuada adopten al menos métodos anticonceptivos.

¿Medicina paliativa?

Después de haber realizado un rápido recorrido por la medicina en APS, definitivamente tenemos que preguntarnos si existe realmente un Programa de Medicina Paliativa.

Tristemente tengo que decir que no, no existe ese programa, en el 2007 se realizó el evento Celily Saunders in Memoriam, algunos investigadores han hablado sobre el tema; si existe el Programa, (puede que esté escrito y regulado en algún lugar que yo no he constatado) la realidad es que cada vez mueren más ancianos en sus hogares, y que no tienen toda la asistencia médica requerida, ya que el programa de paliativos en caso de que esté escrito, sencillamente no funciona, ya que debe ser llevado por la enfermera familiar, la cual tiene que cumplir con los planes mensuales, y esos son los que se priorizan, en una investigación (no publicada) realizada por la autora en 2008 se evidenció que la muerte de ancianos en sus hogares es directamente proporcional al envejecimiento poblacional, al estar la población cubana en un estado constrictivo, cada vez hay más personas de la tercera edad, y menos nacimientos.

310

El 2009 Cuba terminó con una tasa de mortalidad infantil de 4,9 por cada mil nacidos vivos, esto es comparable e incluso supera a varios países del primer mundo, somos más de cien mil las enfermeras graduadas con las que cuenta el país, casi cien mil médicos graduados, entonces por qué no se trabaja más en aspectos calidad de vida y consentimiento educado? Si bien es cierto que los servicios que se brindan son gratuitos y/o subsidiados como sucede con los enfermos de sida, creemos que las enfermeras cubanas de la APS, comienzan a priorizar no según las necesidades de los pacientes sino según los planes establecidos por las políticas y reglamentos sanitarios, que tienen como objetivo fundamental mantener a toda costa estos indicadores que “demuestran” que en Cuba la salud pública es perfecta.

¿Secreto Profesional?

Con la demanda de personal enfermero en los últimos años la carrera de enfermería dejó de ser selectiva y por vocación ante todo, por un

llamado de la Patria, muchos jóvenes acudieron a las aulas y en un plan de dos años culminaron estudios de bachillerato y se graduaron con el título de Enfermero Básico, dentro de las prebendas que se les ofrecieron a estos jóvenes se encontraban eximir del Servicio Militar a los hombres y ofrecerles a todos carreras universitarias dentro del perfil biológico luego de cumplido el servicio social, (tres años) esto trajo como consecuencia que todo joven cercano a la edad de Servicio Militar y sin vocación por el mismo viera en enfermería una vía de escape. En estos momentos muchos ya no están ejerciendo, otros se encuentran estudiando otras carreras, y de los pocos que quedan y que han pasado a la APS, se observan actitudes inadecuadas donde no se respeta la privacidad del paciente, y no se guarda el secreto profesional, muchos de los pacientes que asisten a nuestra consulta (Consulta Municipal para la Atención Integral a personas con VIH y enfermos de sida), acuden con la amarga experiencia de que su condición ha sido comentada por el personal de salud de la APS, ello ha hecho que en la consulta tenga que realizarse un trabajo con estas personas doblemente afectadas por su problema de salud y por el sufrimiento que genera en ellos el estigma que acontece después de que se ha violado el secreto profesional. Cabe preguntarse en este acápite y dónde está el actuar de las Comisiones de Ética Médica que están constituidas en cada área de salud? Y los supuestos subcomités de Ética de Enfermería.....?

311

Consideraciones finales

“Todos los animales son iguales,

Pero algunos animales

Son más iguales que otros”

George Orwell

Como se ha podido apreciar tenemos una bella historia que antecede los momentos actuales y que debe ser paradigma a seguir para la enfermería cubana, y en especial para los profesionales de APS, detallar más los conflictos éticos nos llevaría a la confección de una tesis donde quedaría reflejado dentro del contexto cubano actual, la amalgama de problemas que nos tocan muy de cerca y que se contradicen, con el modelo médico cubano que se da a conocer en el mundo, puede la bioética cuestionarse en un inicio todos estos conflictos y trazar metas para prever que se deshumanice lo que con tanto amor ha sido cuidado por muchas enfermeras cubanas, la solución es compleja como tan simple: practiquemos menos

esquemas utilitaristas y seamos más humanos, veamos en cada hombre, mujer, niño, anciano, una persona que es digna de ser cuidada y tratada como tal.

Bajo las condiciones actuales se está replanteando la educación cubana en general, Ciencias Médicas está enfrascada en la renovación de programas que faciliten el proceso de enseñanza aprendizaje, muchos profesores de basta experiencia están enfrascados y dedicados a este importante proyecto, sin embargo, la asignatura Bioética y ética de Enfermería ha pasado a la modalidad de optativa, justo en una sociedad que se encuentra en una franca crisis valórica se omite del programa curricular. Me cuestiono cómo serán nuestros profesionales de salud dentro de 10 años, si no han recibido una preparación ética y bioética que les permita enfrentar los dilemas que surgen con el avance tecnológico? Es que acaso hablando de valores como humanismo y solidaridad nuestro relevo verá que tiene a su cuidado a personas con derechos?

Bibliografía

1. **Acosta JR, González MC.** *El escenario postmoderno de la bioética en "Bioética desde una perspectiva Cubana"* La Habana: Edit. Félix Varela; 1997
2. **Amaro Cano, MC.** *Algunas reflexiones más sobre la ética de la Atención Primaria de Salud.* Rev. Cubana Med. Gen. Integ. 19(6); 2003. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-6-03/mgi05603>
3. *Ética en la Atención Primaria de Salud.* En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001; Vol 1 Salud y Medicina
4. **Beauchamp, T.L y Childress, J.** *Principios de Ética Biomédica.* Barcelona, Masson, 1999, ISBN 84-458-0480-4
5. **Drane JF.** *Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud.* Washington DC: OPS; 1997
6. *Bioethics: How the Discipline Came to Be in the United States,* University of Edinboro Pennsylvania. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB), Universidad de Chile. Proyecto Chornos. 2007
7. **Gafo FJ.** *Diez palabras claves en bioética.* Madrid: Editorial Verbo Divino; 1993.
8. **Gracia D.** *Bioética médica.* Washington DC: OPS; 1990
9. **Mainetti JA.** *Bioética. Una nueva filosofía de salud.* Washington DC: OPS; 1998
10. **Núñez J P.** *Principios bioéticos en la Atención Primaria de Salud.* Rev Cubana. Med. Gen. Integ. 16(4); 2000. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_4_00/mgi14400.htm

11. **Piwonka MA.** *Saber bien para hacer bien.* Washington DC: OPS; 1998
12. **Pellegrino E.** *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica.* Washington DC: OPS; 1998
13. **Rodríguez Jaime OM.** Bioética Instituto Politécnico de Enfermería.Trinidad. *Exploración y aplicación de conocimientos bioéticos en el personal de enfermería.* Rev. Cubana Enfermer 2003
14. **Reyes López M, Ríos Pacheco M, Hidalgo de Paz A.** *Exploración de conocimientos bioéticos en el personal de enfermería del Hospital Clínicoquirúrgico de Cienfuegos.* Rev. Cubana Enfermer. 1997
15. **Sánchez Z, Marrero J, Becerra O, Herrera D, Alvarado J C.** *Los principios bioéticos en la Atención Primaria de Salud.* Apuntes para una reflexión. Rev Cubana Med. Gen. Integr. 19(5); 2003. Disponible en: <http://www.sld.cu/revistas/mgi/vol19-5-03>.
16. **Saas HM.** *Fundamentos filosóficos y su aplicación a la Bioética.* Washington DC: OPS; 1990
17. **Scholle CS.** *Introducción a la Bioética.* Washington DC: OPS;1990
18. **S. L. Jaki.** *Fundamentos éticos de la bioética.* Ciencia y Cultura. Madrid, 2006. ISBN 978-84-934675-6-2
19. **Suárez Alba O, Artiles Chaviano A.** *Conocimientos generales de la bioética en el área rural De San Blas.* Revista de Ciencias Médicas La Habana 2008
20. **Tomás y Garrido, GM.** *Cuestiones actuales de bioética.* EUNSA. 2006. ISBN 84-313-2392-2

RELACIÓN ENFERMERA, PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD

María Caridad Batista Viada

Licenciada en Enfermería. Diplomada en Bioética.

Raiza Rodríguez Ramirez

Licenciada en Enfermería. Especialista de Primer Grado en Enfermería Comunitaria. Master en Bioética.

Carmen Marquez Bonet

Licenciada en Biología. Diplomada en Bioética.

José Rafael Escalona Aguilera

Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Master en Atención Integral al Niño y en Bioética.

314

Introducción

Concepto relación médico–paciente: es una relación interpersonal del tipo profesional que sirve de base a la gestión de la salud.

Esta investigación se realizó para lograr los objetivos específicos propuestos se estructuró en dos capítulos: uno dedicado a los fundamentos teóricos y el otro a la propuesta de la investigación.

En la parte teórica, se hace referencia a todos aquellos aspectos teóricos relacionados con el tema de la investigación.

En la propuesta, que constituye la parte más importante del trabajo, se hace un diagnóstico de la situación actual relacionada con la relación que guarda el medico, la enfermera con el paciente y la comunidad y con el auxilio de un conjunto de técnicas se logró determinar los problemas que se manifiestan en la atención a el paciente en fase terminal.

También se realiza el estudio integrador para proponer un sistema de acciones encaminadas al tratamiento, así como su implementación en la práctica para estrechar la brecha entre el estado actual y el estado deseado. Se comprueban los resultados alcanzados con la implementación de las acciones derivadas del diseño del estudio integrador

A continuación se relacionan los aspectos tenidos en cuenta en el diseño de esta investigación, cuya problemática es, precisamente, la delación que tienen el medico, la enfermera, el paciente y la comunidad.

La situación problemática es que se aprecia un deterioro de los valores adquiridos para la atención de los pacientes con enfermedades en fase Terminal.

En este caso la fundamentación del problema radica en que la atención a los pacientes debe ir mejorando, pero aún se presentan dificultades, que atentan contra la calidad del proceso por el cuál pasa el paciente tras el decursar de los años con las enfermedades en fase terminal.

En este sentido, se evidencia que no se está utilizando coherentemente el potencial axiológico identitario de los contenidos de la bioética.

Entonces es conveniente la siguiente pregunta:

¿Cómo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con fase terminal y sus familiares?

La fundamentación del problema plantea que no existe un estudio integrador de los contenidos de la bioética, limitándose el aprovechamiento de las potencialidades formativas que contiene la misma, en detrimento de las actuales proyecciones actuales con la atención al paciente y la comunidad.

El objetivo fundamental fue presentar un estudio integrador de los pacientes con fase terminal, en función del aprovechamiento de las potencialidades formativas de los médicos y enfermeras aplicando la bioética aprendida

El objeto es el proceso es la atención que e le debe prestar a los pacientes y familiares

El **campo** es la proyección axiológica identitaria de los contenidos en el proceso de aplicación de los contenidos de la biótica en función de la estrecha relación que debe guardar el medico, la enfermera, el paciente y la familia o comunidad.

Las preguntas científicas fueron las siguientes:

¿Cuáles son las posiciones teóricas en cuanto al tratamiento del contenido axiológico que comprende la atención de los pacientes?

¿Cuáles son las orientaciones metodológico-formativas que, desde el punto de vista curricular, ofrece la atención de los pacientes desde el punto de vista de la bioética?

¿Cuál es el estado real la situación axiológica en la relación medico, enfermera, paciente, comunidad, identificando las causas que impiden alcanzar el comportamiento deseado?

¿Cómo realizar un estudio integrador para precisar las potencialidades formativas, del proceso de aplicación de un mejor comportamiento a la atención del paciente en fase terminal?

¿Cómo implementar en la práctica las acciones derivadas del estudio integrador para generar el cambio deseado desde el punto de vista formativo, en el proceso de atención y relación medico, enfermera, paciente y comunidad?

316

¿Qué resultados se obtienen con la implementación en la práctica de las acciones derivadas del diseño del estudio integrador, en el proceso de la relación que debe existir entre el medico, la enfermera, el paciente y la comunidad?

Las tareas científicas que se proyectaron en esta investigación fueron las siguientes:

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tratamiento del contenido axiológico que comprende la relación existente entre el medico, la enfermera, el paciente y la comunidad.

Realizar un estudio de las orientaciones metodológico-formativas que, desde el punto de vista curricular, ofrece la asignatura bioética dentro del plan de estudios de la carrera. Y aplicarlo a los pacientes.

Realizar un diagnóstico para conocer el comportamiento real de la situación axiológica, identificando las causas que impiden alcanzar el comportamiento deseado.

Precisar, mediante estudio integrador, las potencialidades formativas que ofrece la bioética a partir del estudio de las diferentes concepciones que existen al respecto y la determinación de las posibles formas de aplicación a pacientes.

Verificar la solución del problema evaluando los resultados alcanzados.

Se utilizaron los distintos métodos que se emplean en las investigaciones de carácter pedagógico: empíricos, teóricos y estadísticos.

Desarrollo

Relación enfermera, paciente, familia y comunidad

Cuando la relación implica la comunicación de un enfermo o su familia se suma entonces un nuevo elemento que hará más amplia la comunicación; la ansiedad cuya intensidad será concordante con la severidad de la afección y está caracterizada por el respeto, el peligro social, la expectativa por parte de la población con su alta responsabilidad de promover o restablecer la salud y requiere de facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores grandes potenciales iatrogénicas así como conocer el diagnóstico curativo, reabilitatoria para lograr exitosamente sus relaciones profesionales y que estas se retroalimentan de la comunidad.

En la relación enfermera, paciente, familia, comunidad se debe tener en cuenta el motivo de la consulta, la intensidad de los síntomas y el estado afectivo del paciente, la posición en la relación, las vías e comunicación.

Como dar apoyo a los pacientes con afecciones a los pacientes con afecciones en fase terminal porque en nuestra área de atención contamos con varios casos, entre las afecciones que más nos llaman la atención encontramos las Neoplasias de mamas, carcinoma epidermoide y los pacientes postrados.

El trabajo consiste en darle al paciente una mejor calidad de vida, enseñándoles a controlar sus sufrimientos con un tratamiento eficaz y mucho apoyo psicológico.

Para lo cual es fundamental el trabajo de la enfermera pues es una profesión orientada hacia la salud, su objetivo es el cuidado integral de la persona, familia, comunidad, ayudando a promover, mantener y restablecer la salud, aliviando el sufrimiento y preparando para una muerte serena cuando la vida no puede ser prolongada con dignidad.

El cuidado y promoción de la salud y el respeto a todos los derechos humanos y sociales del individuo, de la familia y la comunidad a de contribuir la actitud ética fundamental de la conciencia profesional.

Respecto a relación médico–paciente, la bioética supone un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático, de todas las cuestiones éticas que conciernen a la investigación sobre el ser humano y en especial a la biología y la medicina.

El acto médico se constituye con la traducción occidental con tres características personales, dialógico y asimétrico.

a. La relación entre el médico y en el enfermo es la relación entre dos personas, concebidas como unidades sustanciales de cuerpo y espíritu.

b. Es dialógica, en el sentido en que en ella se encuentran dos autoconciencias sin mediar ninguna tercera institución (por ejemplo el estado, la administración, la sociedad o la familia).

Tales instancias, con sus correspondientes expectativas, han de ser tenida en cuenta a la hora de valorar y ponderar las decisiones y actuaciones médicas, pero siempre de manera subordinada respecto a la relación misma médico–enfermo.

c. Por último el acto médico es asimétrico, en el sentido beneficienle. El médico es alguien al que se le supone una ciencia y un arte de ayudar objetivamente a la persona enfermo a recuperar su situación normal. El acto médico es por si mismo orientado a la conservación de la vida y la mejora de las condiciones de está, o en su caso a la paliación del dolor.

En esa relación al alguien que da y alguien que recibe, alguien que tienen necesidad y alguien que puede satisfacerla, o al menos palearla, hay una persona débil y una persona sana que ayuda al débil. Para el médico, tal relación establece el deber de la protección de la asistencia.

Dentro de los empíricos están: La observación científica, que permitió recopilar aspectos para precisar y fundamentar la relación médico–paciente–enfermera–comunidad, así como para proponer los cambios que fuesen necesarios; la entrevista a enfermos y familiares con el fin de obtener información sobre esta problemática y la encuesta para obtener opiniones y conocimiento de la situación actual y posibles vías de solución.

De modo implícito en los métodos anteriores se emplearon los teóricos tales como: el análisis y la síntesis, para el estudio de las fuentes de información para obtener la fundamentación teórica; la inducción y la deducción, pues se partió de las premisas generales que se establecen en la ética médica y la bioética y se arribaron a conclusiones teóricas esenciales para el tratamiento a los pacientes y la relación existe con el personal de

la salud, la unidad de lo lógico y lo histórico para el estudio para conocer la enfermedad y los antecedentes y tendencias actuales que permitan el tránsito de lo empírico a lo teórico.

Los métodos estadísticos se utilizaron en el procesamiento de los datos obtenidos en la caracterización del problema científico objeto de estudio e incluyen: selección de muestras intencionales, elementos de estadística descriptiva referidos a gráficos y tablas estadísticas.

Desde esta óptica, tener valores es apreciar en alto grado los elementos de la cultura, las relaciones humanas, a las personas, determinados sistemas políticos, morales, que afectan la persona, el hogar, la escuela y la sociedad en general.

De ahí, la necesidad de pensar en un hombre concreto, que sea mejor que el que se tiene hoy y que pueda resolver los problemas sociales.

Como ya se ha dicho, es necesario considerar todas las ideas planteadas en las mejores tradiciones pedagógicas del pasado: Luz y Caballero, Varela, Varona, José Martí y actualmente, el pensamiento del Che y Fidel Castro.

En la obra de José Martí se encuentra como ideal de hombre aquel que fuese generoso, altruista, independiente y creador. Sin pretender profundizar en estas cualidades, sí resulta esencial tomar en consideración:

Entre los problemas que se han comenzado a manifestar se tienen los siguientes:

Reestructuración individual de normas y valores a veces con gran desgaste ético para diferentes sectores de la sociedad.

La formación de valores éticos en los profesionales de la salud constituye hoy un proceso básico para la elevación de la calidad de vida de los pacientes. En la obra martiana, se tiene una estrategia para la formación moral del hombre. De ella se deducen una serie de principios y su expresión concreta en instituciones y diferentes formas de la conciencia social.

De ella se puede extraer elementos esenciales y métodos generales para la formación de valores y la educación en general de las nuevas generaciones.

Los cuales deben ser tratados en nuestras sedes universitarias y lograremos mejor atención al paciente desde los primeros años de formación vocacional.

Existen diferentes principios y tesis planteados por distintos autores de una u otra forma y que tienen validez para lograr la mejor atención a los pacientes con padecimientos que llegan hasta el estadio de fase Terminal.

Estos pueden tener un carácter regulador en general para orientar la actividad que debemos tener en cuenta en la práctica, entre ellos cobra significación la unidad de lo afectivo y lo racional donde se expresa la gran importancia de lo afectivo en el tratamiento adecuado a los mismos y a la comunidad.

Otro principio es la unidad de la actividad con la comunicación lo que crea un clima adecuado de comprensión mutua entre los individuos.

Junto con el proceso de interiorización y asimilación de conocimientos y habilidades deben ir ocurriendo cambios estables de la personalidad, con la aparición de nuevas y complejas cualidades, lo que refleja la unidad de lo instructivo y lo educativo.

Tanto a los pacientes como a los que lo rodean sean o no del sector de la salud.

320

Con la interacción de los médicos y las enfermeras con el trabajo realizado tanto de conferencias, charlas educativas a la comunidad y el enfermo se garantiza la resolver los problemas de mejor calidad de vida a partir de las condiciones del presente.

Es una condición necesaria y esencial para desarrollar un proceso calidad.

En síntesis resulta necesario un sistema de influencias coherente con la participación de la familia, organizaciones, medios de difusión, crear las condiciones adecuadas para el desarrollo de las cualidades éticas esenciales teniendo en cuenta las particularidades de de la comunidad, las necesidades de los enfermos y motivos puestos todos de acuerdo para su accionar sistemático tanto del personal de la salud como la comunidad

Al médico y la enfermera, aunque no únicamente a ellos, les corresponde una función esencial en la evolución y desarrollo de los enfermos y su calidad de vida.

En su labor diaria es necesario tener presente que la influencia del estado de ánimo que podamos crear en el medio que lo rodea, será el resultado que lograremos.

Es importante clarificar qué espera la comunidad y el enfermo de esta

atención; al mismo tiempo hay que tener en cuenta cuál es su percepción de ser responsables, disciplinados y laboriosos.

No es posible esperar a que existan todas las condiciones materiales para trabajar intensamente en el proceso de atención a los pacientes y la comunidad. Hoy más que nunca es importante conservar y formar los mejores valores, esos que han permitido resistir todas las vicisitudes, conscientes de que la el Ministerio de Salud podrían resolver completamente los problemas presentes y futuros por sí solas, sino en el trabajo conjunto de todos los factores integrantes de la sociedad para un mejoramiento general de la calidad de vida y todas las condiciones que la rodean.

Después de estas consideraciones introductorias sobre la investigación se significa que la bibliografía consultada, es de la más actualizada sobre tratamiento adecuado que debemos dar al enfermo en estado Terminal y su comunidad.

La novedad científica de este trabajo se manifiesta en que se propicia un enriquecimiento teórico de la Metodología de la bioética aplicada a los enfermos de fase Terminal se pueda caracterizar la situación actual y proponer acciones para avanzar en aras de alcanzar el estado deseado en una mejor calidad de vida.

321

El estudio de cómo se puede trabajar con la familia y la comunidad pese a que este no tenga cura a su enfermedad, mediante la combinación de un sistema de influencias educativas debidamente organizadas y que es factible continuar fortaleciendo en la aplicación de este trabajo en los estudiantes de medicina para aplicarlos desde que se encuentran en 1er año.

La significación práctica de la presente investigación está dada por el hecho de que, a partir de sus resultados se cuenta con una propuesta que favorece el enriquecimiento teórico y práctico de cómo tratar, medicar tanto al enfermo como a la comunidad y que puede ser utilizada por los profesores y estudiantes de la medicina para la preparación ante casos como estos.

También está determinada por la necesidad de continuar profundizando en aspectos complejos, como la regulación inductora de la atención al paciente, básicamente en lo relacionado con el fortalecimiento de la aplicación de la bioética para valorar la conducta y el comportamiento del enfermo y la comunidad. También se puede generalizar a otros consultorios y hasta en el proceso educativo de los estudiantes de medicina.

La realización de la investigación mediante el perfeccionamiento propuesto permitirá que en el proceso de la relación existente entre el médico, la enfermera el paciente y la comunidad se deba tener en cuenta:

Mediante procesos de socialización y comunicación se propicie la independencia cognoscitiva y la apropiación del arduo trabajo que realiza el sector de la salud para cumplir su objeto social, desarrollando habilidades que favorecen el desarrollo del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y de sus propios familiares.

Para contribuir al desarrollo del pensamiento problémico, como resultado de la implementación de un sistema medidas y reglas éticas y profesionales que garanticen la solución de problemas, el procesamiento de datos cuantitativos, se debe conducir a la formación integral de sus necesidades, motivaciones, experiencia previa y desarrollo intelectual.

Se considera que el tema abordado reviste gran importancia, por las potencialidades que ofrecen el personal capacitado y las soluciones dadas a cada situación en dependencia del tipo de enfermedad Terminal que el paciente padezca. Garantizando una mejor calidad de vida y ambiente.

322

El contenido de este material, dedicado a profesionales de la salud, debe servir de base para el análisis de conceptos básicos de la relación existente entre en médico, la enfermera, paciente y comunidad, mover a la reflexión acerca de los tratamientos afectivos caracterizar a nuestro personal de la salud, y sobre su importancia.

Además, en fin a servirles de apoyo en la alta y honrosa tarea que se les ha confiado.

Las fases por las que discurre la enfermedad Terminal

Fase I: Prediagnóstico y diagnÓstico: intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnÓstico, se caracteriza por el progreso anatómico y clínico de la enfermedad.

Fase II: Enfermedad establecida: período de estado de afección a partir del diagnÓstico, se caracteriza por el alivio y remisión o no de los síntomas y la instauración de las modalidades de tratamiento.

Fase III: Deterioro y declinación: cuando no queda nada más por hacer, se caracteriza por la aplicación de los cuidados paleativos.

Con respecto de cómo manejar la información en el paciente con estudio Terminal, se pueden resumir:

1. Realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, tratando de no engañarlo y aunque en ocasiones resulte innecesario comunicarle toda la verdad, lo que le diga debe corresponder con ella.

2. Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumentan los sufrimientos. No invadir su espacio físico, actuar con cautela y respeto.

3. La muerte no debe centrarse como el único tema de conversación.

4. Considerar el lenguaje verbal y no verbal.

5. Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil.

6. No perder orden al relato, estimular a continuar un tema.

7. Interpretar sólo cuando sea necesario, asistir a asuntos concretos.

8. Estimular el control en la toma de decisiones.

9. No reprimirle reacciones emocionales de ira o cólera, permitirle expresar culpabilidad, comprender su depresión y dejarlo solo cuando así lo desee.

10. Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimiento, no negarlos.

11. Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia.

12. Brindar esperanzas, sin evadir su realidad de enfermo Terminal.

13. Hablar al lado del enfermo con voz normal, sin susurros.

La intención en los pacientes terminales tiene como objetivo, aumentar la autoestima, identificar factores que puedan ser controlados por el paciente, aumentar el control sobre el entorno y su autonomía, involucrarlos en las decisiones familiares, reducir su soledad y aislamiento, minimizar su atención emocional, tratar la depresión y reducir los sentimientos negativos de soledad y miedo, entre otros.

El enfermo que se siente rodeado por la presencia amorosa, humana y cristiana, no cae en la depresión y en la angustia de quien, por el contrario, se siente abandonado a su destino de sufrimiento y muerte y piden que acaben con su vida.

El dolor humano exige amor y participación solidaria, no la expectativa

violencia volvería de la muerte anticipada.

Las formas de asistencias a domicilio - hoy cada vez mas desarrolladas, sobre todo para los enfermos de cáncer-, el apoyo psicológico y espiritual de los familiares, de los profesionales y de los voluntarios, no pueden y deben transmitir la convicción de que cada momento de vida y cada sufrimiento se pueden vivir con amor y son muy valiosos ante el hombre y ante Dios.

El clima de solidaridad fraterna disipa y vence el clima de soledad y a la atención de desesperación.

Conclusiones

En la relación medico, paciente, enfermera y comunidad es preciso recuperar para la discusión bioética algo que aparentemente se ha perdido: la perspectiva de ciertos bienes y virtudes inmanentes a la acción y que configuran una ética de máximos, inevitables y exigibles.

324

Estos, como es natural, derivan de principios, pero son principios que, como ha señalado Mc Intyre (Mc Intyre 1987 Tras al virtud, Barcelona, crítica), se extraen de la misma práctica médica, que es técnica y ética a la vez.

La relación médico-paciente: -piedra angular de la gestión medica asistencial-, pasó así por diferentes etapas históricas que pudiéramos denominar:

- **De compañía:** Cuando los recursos de nuestros antecesores se limitan a estar juntos al enfermo.

- **Mágica:** Etapa basada en supuestos poderes del prestador de ayuda para manejar fuerzas sobrenaturales a favor del enfermo.

- **Mística:** Período que tuvo como contacto el animismo primitivo y la supuesta posibilidad de utilizar las potencialidades de los espíritus, en la relación de ayuda médica.

- **Profesional:** Cuando gana terreno la concepción natural de las enfermedades, la profesión médica se despoja en gran parte de sus matices mágico-místico-clericales y surge el médico de familia.

- **Clerical:** Vincula estrechamente a la aparición del cristianismo y a su desarrollo en el medioevo, cuando todo era visto en razón de Dios, lo cual

hizo recaer en el claro la responsabilidad de anteceder los problemas médicos.

- **Tecnista:** Se produce, por tanto, la transmisión del médico de la familia del pasado siglo a un médico, que deslumbrado por los avances tecnológicos, subvaloró la significación de sus vínculos cognitivo–efectivo con el paciente y su familia, los cuales fueron desplazados como recursos básicos en su gestión profesional por el equipamiento moderno.

- **Integral:** El hombre es valorado a la luz de la ecología de la salud como ente biopsicosocial, producto a la interacción dialéctica sujeto–médico.

Los objetivos médicos se expanden a su atención, tanto en estado de salud como de enfermedad, la relación médico–paciente, en un vuelco formidable trasciende lo asistencial y amplía su espectro al incorporar gestiones de promoción específica de la salud, atención a grupos de alto riesgo, investigación clínico epidemiológica, docencia y administrativa de salud.

Los pacientes en estado Terminal sienten habitualmente temor de morir, angustia ante lo desconocido, tristeza y hostilidad frente al infortunio y, en caso de enfermedad real, una permanente demanda de afecto.

El ejercicio de la solidaridad es la acción que más satisface al paciente enfermo y produce mayor satisfacción al médico cuando la practica.

Bibliografía

- *Dignidad humana, habitual y Bioética*. **Francisco Javier León Correa**. Director de Investigación en Bioética de Galicia.
- **Ct. MINSAP**. Programa de trabajo del Médico y la Enfermera de la familia en el consultorio, el Policlínico y el Hospital. La Habana, 1966:8-10
- **Ct. Entralgo L.** *La relación médico-enfermo*. Madrid Revista de Occidente, 1964:42.
- **Ct. Serret B, Von Smith V y Crespo E.** *El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia*. Santiago de Cuba. Instituto Superior de Ciencias Médicas, 1993.
- *Bioética desde una perspectiva Cubana*. **Dr José R. Acosta Sariego**. Centro Félix Varela, La Habana, 1997.
- *Bioética para la sustentabilidad*. **Dr José R. Acosta Sariego**. Científico. Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela, La Habana 2002.
- *La Bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda*. **José María Barrio Maestre**. Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid, España.
- *Respetar la dignidad del moribundo*. Academia pontificia para la vida. Universidad Católica de Chile.

Anexos

Recomendaciones para el desarrollo exitoso de la relación médico–paciente.

1. Otórguele el valor que merece el significado de la relación positiva médico – paciente, en el ejercicio de nuestra profesión y planifique siempre su comportamiento idóneo en la misma.
2. Trace la meta de perfeccionar sus relaciones incrementando su información sobre el tema, y asume una permanente actitud autocrítica en cada nueva experiencia interpersonal.
3. Cumple los pasos de la entrevista médica cuidadosamente.
4. Dispóngase a ponerse en el lugar del enfermo, y a comportarse ante el mismo como quisiera usted ser tratado en su situación.
5. Vele porque sus problemas personales no se reflejen en sus relaciones con los pacientes.
6. Muestre a sus pacientes el interés de conocerlos como personas.
7. No pierda oportunidad para mostrarles afecto.
8. Tenga siempre presente las características generales de quien lo consulte, y profundice en el conocimiento de sus propios rasgos de carácter y conflictos humanos no resultados.
9. Trate de definir los objetivos fundamentales de su enfermo y familiares al acudir a usted, y dispóngase a satisfacerlos siempre que ello esté dentro de sus posibilidades humanas y profesionales.
10. Valore la posición de inferioridad interpersonal en que se encuentra su paciente durante la relación, y esfuércese por sacarlos de ella mediante su comportamiento respetuoso, afable, atento y amistoso.
11. Obtenga información por todas la vías posibles y apórtela siempre en forma planificada terapéuticamente, utilizando todos los medios a su alcance.
12. Recuerde que el paciente esta dotado de mecanismos para ocultar o distorsionar las situaciones generadoras de sufrimiento y vergüenza, y usted entrenado en recursos para explotarlos con honestidad y para valorarlas y orientarlas con humanismo.
13. Tenga presente que la tolerancia a frustraciones es una expresión de madurez emocional, y que todo médico debe esforzarse por ser cada vez mas maduro.
14. Ante de concluir su relación con un paciente, asegúrese de que la pregunta, “¿he agotado todas mis posibilidades para dar a este enfermo lo que esperaba de mi?”
15. Puede ser contestada de manera afirmativa.