

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA-Año VIII N 28

¿De qué hablamos cuando hablamos de bioética?

El desarrollo y la aplicación de las ciencias de la vida y de la salud plantea, como ya es sabido, una serie de cuestiones éticas nuevas, sorprendentes y complejas. Frente a estas cuestiones y a sus implicaciones individuales y sociales, a menudo, uno se queda

perplejo y se da cuenta de que las posibles respuestas no son ni evidentes ni fáciles de encontrar y, además, no hay respuestas prefabricadas. A fin de estudiar estas cuestiones de una manera rigurosa y metódica e intentar dar respuestas teóricas y prácticas, fundamentadas racionalmente, se ha creado este nuevo saber llamado "bioética".

El impulso inicial que caracterizó la bioética respondía al deseo de poner en marcha un nuevo tipo de reflexión y una nueva práctica que fueran capaces de integrar tanto las aportaciones de las ciencias de la vida y de la salud como los valores humanos. Este deseo hunde sus raíces en los años cincuenta y sesenta, en los Estados Unidos, y empieza a brotar con fuerza en el año 1970, cuando un grupo de científicos y humanistas estadounidenses ponen un gran empeño en sacar adelante todos juntos este ambicioso proyecto de hacer dialogar las ciencias y las humanidades y se sientan a deliberar para orientar y buscar respuestas nuevas a los problemas éticos nuevos en el ámbito de las ciencias de la vida y las ciencias de la salud. El esfuerzo de estos hombres encontrará el estímulo por una parte en

una convergencia de factores sociales, políticos, económicos, médicos... que gozarán de un gran relieve en la sociedad estadounidense de aquel momento y, por otra parte, en las novedades -y su correspondiente carga de ambivalencia- aportadas por tres grandes revoluciones, todavía hoy en pleno desarrollo: la revolución biológica (que da al hombre un dominio sobre la reproducción, la herencia y el sistema nervioso), la revolución ecológica (que nos hace ver que el crecimiento económico no necesariamente conlleva mejor calidad de vida), y la revolución médico-sanitaria (que crea nuevas tecnologías, promueve la autonomía del paciente y plantea la necesidad de establecer políticas sanitarias ante la escasez de recursos)¹.

Al frente de todo este movimiento, y ya desde primera hora, estarán dos personajes que reclaman la paternidad de esta nueva disciplina: Van Rensselaer Potter, bioquímico y oncólogo, reconocido por todos como el creador de la palabra "bioética" y el primero en usarla en un artículo publicado en 1970 y el Dr. André Hellegers, ginecólogo y profesor en la universidad de Georgetown (Was-

(Pasa a pág. 3)

sumario

¿De qué hablamos cuando hablamos de bioética?1 a 6

La ética del cuidar7 a 10

El consentimiento informado y la enfermería11 a 12

Más allá de la noticia:
La enfermería ¿qué podría decir?.....13 a 14

La enfermería una profesión de futuro15

Agenda16

TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ

Núria Terribas i Sala

REDACCIÓ Y EDICIÓ

Irina Jurglis Talp

CONSEJO DE REDACCIÓ

Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven-Bartle
Miguel Martín Rodrigo
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO

Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES

Ester Busquets i Alibés
Lydia Feito Grande
Anna Iglesias i Sallés
Joan Mir i Tubau
E.U.I. Sant Joan de Déu

IMPRESO EN:

Gráficas JIDER, S.A.

EDITADO POR:

Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada

Bioética en la enfermería

Trinta años después del nacimiento de la bioética, la enfermería no parece haber desplegado –ni mucho menos!– sus potencialidades en este campo. Una de las muchas causas que puede haber contribuido a esta anomalía es el hecho que, con demasiada frecuencia y erróneamente, se ha tendido a pensar –y hasta a escribir– que la bioética era la formulación moderna de la clásica ética médica, y por tanto, la bioética era algo reservado únicamente a los médicos. Pero ni la bioética se puede confundir con la ética médica, ya que la primera es mucho más amplia que la segunda, ni la bioética es patrimonio de los médicos, porque este nuevo saber, nacido en Estados Unidos, necesita la aportación de las más diversas disciplinas: biología, medicina, enfermería, filosofía, derecho... La exclusión (o autoexclusión) de alguno de estos saberes solamente puede contribuir al empobrecimiento del debate bioético.

Este número de *Bioètica & Debat*, dedicado a la enfermería, tiene por objetivo ayudar a tomar conciencia, una vez más, de que los profesionales de la enfermería tienen que intervenir, desde su especificidad, en el estudio y resolución de las cuestiones éticas generadas por el desarrollo y aplicación de las ciencias biológicas y biomédicas. La enfermería, pues se tiene que implicar más en el debate bioético tanto para enriquecer la enfermería como a la misma bioética.

La estructura de este número de *Bioètica & Debat* es la siguiente: En primer lugar hemos intentado dar una visión panorámica sobre la bioética. Por eso en el artículo *¿De qué hablamos cuando hablamos de bioética?* se explica brevemente en que consiste esta joven disciplina, cuales han estado los factores que han intervenido en su génesis, que contenidos estudia, que criterios y qué metodologías hace servir en la toma de decisiones, dónde se hace bioética etc... En segundo lugar encontraremos una reflexión sobre *La ética del cuidar*, ya que hoy en día hay una corriente de pensamiento que insiste en presentar el cuidar como una característica esencial de la enfermería, y ve un filón importante de reflexión sobre la identidad de la profesión. Al mismo tiempo no debe olvidarse que la enfermería también debe desarrollar otras tareas importantes como la investigación, la gestión, la formación... Finalmente, y en tercer lugar de este recorrido, en el artículo *El consentimiento informado y la enfermería* se intenta describir cual es la aportación que puede hacer el profesional de enfermería en el proceso de consentimiento informado. Sin embargo, a pesar de la actualidad de este tema, no se pueden olvidar otros temas importantes que conviene que sean objeto de estudio por parte de este colectivo. La enfermería debe poder participar con competencia y eficacia en el debate bioético, haciendo aportaciones significativas y al mismo tiempo, no debe tener miedo de dejarse interpelar por las aportaciones de otras disciplinas que intervienen en dicho debate.

Retomando el hilo del inicio se debe volver a insistir que hasta ahora y en nuestra área geográfica la aportación de la enfermería a la bioética creemos que ha sido pobre e insuficiente. Si esto es así, conviene que, en adelante, la enfermería se esfuerce para conseguir un nivel de reflexión cuanto más riguroso mejor y se convenza que con este bagaje podrá participar en el diálogo bioético en igualdad de condiciones con las otras disciplinas. De esta manera, los profesionales de la enfermería se les reconocerá sin regateos el derecho de participar en la construcción de la bioética. He aquí un reto difícil, pero suficientemente atractivo para que la enfermería se lo apropie.

(viene de pág. 1)

hington), pionero en introducir la bioética en el ámbito académico universitario y hacerla llegar a los medios de comunicación social. Ambos representan y promueven, ya desde un principio, dos visiones diferentes de la bioética². Según Potter, la supervivencia de la humanidad y el equilibrio de nuestro ecosistema están en peligro. Por eso hace falta adquirir una nueva sabiduría que nos proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento. Y a esta nueva sabiduría Potter la llama "bioética". Por tanto, Potter da a la bioética un enfoque globalizador, pone el acento en la vida en su sentido más amplio. Hellegers, en cambio, entiende la bioética en un sentido diferente y más restringido. Según él, la bioética debe centrarse en las cuestiones éticas de la práctica clínica y la investigación biomédica. Por tanto, Hellegers, a diferencia de Potter, da a la bioética un enfoque biomédico, pone el acento en la salud, más que en la vida en su sentido más amplio. Esta segunda visión, la de Hellegers que es mayoritariamente aceptada hasta el día de hoy, quedará perfectamente recogida – y de alguna manera oficializada en la bioética norteamericana – en la definición de bioética firmada por Warren Reich, uno de los primeros colaboradores de Hellegers, y que aparece en l' «*Encyclopedia of bioethics*» (1978 y 1995), una obra de bioética que consiguió enseguida un gran prestigio: «*La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinando esta conducta a la luz de los valores y los principios morales*».

Desde entonces la reflexión y la práctica bioéticas se han ido centrande en tres ámbitos principales: la **clínica** (todo lo que hace referencia a la relación entre los enfermos y los profesionales sanitarios); la **investigación con sujetos humanos** (las condiciones que tendría que cumplir la investigación con seres humanos); y las **políticas de salud** (la distribución equitativa de los recursos sanitarios a fin de prevenir, proteger y restablecer la salud de los ciudadanos)³. Pero la bioética, además de interesarse por estas cuestiones éticas relacionadas más directamente con la biología y la medicina, también se interesa por la vida en general y los aspectos éticos que conlleva. Por tanto, la bioética recuerda que en el ámbito más amplio y global del medio ambiente, la calidad de vida y los problemas de crecimiento de la población también hay preguntas interesantes a plantear y, sobre todo, decisiones éticas a tomar.

El saber bioético tiene por objetivo clarificar y resolver las cuestiones de tipo ético que plantean los avances de las ciencias de la vida y de la salud

Definiciones de bioética hay muchas y cada una acentúa unos aspectos y deja otros en la penumbra. Nosotros creemos que una buena respuesta a la pregunta "¿de qué hablamos cuando hablamos de bioética?" debería incluir estos puntos esenciales: 1) La bioética es un nuevo saber que tiene un aspecto teórico y uno práctico que son inseparables. El aspecto teórico recuerda que la bioética es una reflexión de orden ético: un

proceso de razonamiento que busca fundamentar los juicios morales.

El aspecto práctico recuerda que la bioética es un procedimiento de toma de decisiones: un método que conjugando hechos y valores, ayuda a tomar decisiones racionales, razonables y prudentes.

El aspecto práctico recuerda que la bioética es un procedimiento de toma de decisiones: un método que conjugando hechos y valores, ayuda a tomar decisiones racionales, razonables y prudentes. Por tanto, la bioética dentro del ámbito de la ética, debe situarse en la lista de la llamadas "éticas aplicadas". 2) La bioética, tanto en su reflexión como en su método de trabajo, es esencialmente multidisciplinar y interdisciplinar. Con estas dos palabras se quiere decir que la bioética para comprender mejor los problemas que se quieren estudiar promueve el diálogo entre saberes diversos y hace que estos saberes interaccionen entre ellos, se fecunden recíprocamente, y así se pueda llegar a tomar las mejores decisiones posibles. 3) El saber bioético tiene por objetivo clarificar y resolver las cuestiones de tipo ético que plantean los avances de las ciencias de la vida y de la salud y sus aplicaciones, teniendo en cuenta que las respuestas que se darán a estas cuestiones tendrán una incidencia en la sociedad presente y futura y en su sistema de valores.

Ahora que ya sabemos qué tipo de saber es la bioética conviene fijarnos en los contenidos, en los temas que estudia, los cuales com-

prenden un campo muy amplio. A pesar de ciertas discrepancias entre los expertos -hay temas que son considerados más específicos de la bioética que otros- se acostumbra a establecer una clasificación por bloques y dentro de cada bloque se incluye la lista de temas concretos. Una clasificación posible sería la siguiente: a) Intervenciones en el inicio de la vida humana, en su desarrollo y en su final. b) Intervenciones en seres y medios vivos no humanos. c) Problemas entorno a la distribución de recursos sanitarios en el área de la salud. En el estudio de los temas concretos correspondientes a cada bloque se plantea la pregunta ya clásica en bioética: "Todo lo que es técnicamente posible hacer, es éticamente aceptable?".

■

La racionalidad científico-técnica -llamada también racionalidad instrumental- es la racionalidad dominante actualmente; separa hechos y valores, separa las recomendaciones técnicas de las orientaciones de la conducta.

■

Y las posibles respuestas, la bioética las elabora dentro de un marco que le es propio y característico: el diálogo entre la racionalidad científico-técnica, la racionalidad ético-filosófica y la racionalidad jurídico-política; tres racionalidades que son diferentes (pluridisciplinariedad), pero que la bioética se esfuerza en promover su interacción (interdisciplinariedad). La *racionalidad científico-técnica* -llamada también racionalidad instrumental- es la racionalidad dominante actual-

mente; separa hechos y valores, separa las recomendaciones técnicas de las orientaciones de la conducta; el objetivo es conseguir la máxima eficacia y se prescinde de los valores y de los fines "Los fines que deberían ir guiando nuestras vidas -remarca un pensador crítico hacia este tipo de racionalidad- se ven eclipsados por la exigencia de obtener el máximo rendimiento". La racionalidad ético-filosófica, en cambio, se fija en los valores, en lo que es éticamente bueno y por eso considera que los medios deben someterse a los fines. Debemos preguntarnos sobre la licitud o ilicitud de los diversos fines que queremos obtener, sobre el hombre y la sociedad hacia la cual queremos caminar y sobre las normas que deben regular la convivencia humana. A la racionalidad jurídico-política, le toca -a menudo, teniendo que salvar la fuerte presión de la opinión pública- pensar y hacer propuestas para llenar el vacío jurídico que se hace evidente ante ciertos avances en biomedicina. Por otro lado, debe pensar y proponer los mínimos éticos para regular la convivencia y promover el bien común, en una sociedad que es plural y tiene diferentes ideales de vida buena.

Encerrarse en alguno de estos tipos de racionalidad es negar, ya de entrada, la posibilidad de diálogo y por tanto la posibilidad de hacer bioética. Intentar hacer dialogar estas tres racionalidades e interaccionarlas es un objetivo prioritario en bioética.

Ante la dificultad, muy acentuada hoy día, de determinar los principios últimos que deben regir nuestra conducta en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud

y en sus aplicaciones, la bioética estadounidense, la bioética dominante actualmente, deja en un segundo plano la búsqueda de una fundamentación racional que sea válida universalmente y, guiada por su pragmatismo, recurre a los llamados principios éticos de segundo nivel. Se considera que a partir de estos principios es más fácil entenderse y llegar a un consenso a la hora de tomar decisiones éticas. De principios de segundo nivel hay varios, pero la bioética estadounidense ha privilegiado estos cuatro: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Son los cuatro principios de todos conocidos, y de uso indispensable, en la reflexión y la práctica bioética.

■

Estos cuatro principios son una forma de afirmar los derechos fundamentales a la vida (no maleficencia y beneficencia), a la libertad (autonomía) y a la igualdad (justicia), es decir, recuerdan la exigencia ética fundamental de hacer el bien y evitar el mal.

■

Y estos cuatro principios, ¿de dónde han salido?. En el trasfondo de cada uno de estos principios hay toda una tradición médica y filosófica importante y su origen se encuentra en fuentes diversas y fácilmente identificables: en la tradición de la deontología médica (los principios de no maleficencia y beneficencia) y en la tradición judeo-cristiana y en la ética filosófica (los principios de autonomía y justicia). Y, por otro lado, estos cuatro principios son una forma de afirmar los derechos fundamentales a la vida (no male-

ficencia y beneficencia), a la libertad (autonomía) y a la igualdad (justicia), es decir, recuerdan la exigencia ética fundamental de hacer el bien y evitar el mal. A la hora de definir los cuatro principios no hay unanimidad. Actualmente, su sentido todavía no está bien precisado y es objeto de debate entre los expertos en bioética. Ofrecemos la interpretación más común hasta ahora. El principio de no maleficencia designa la obligación de no hacer daño al otro, tanto por acción como por omisión. El principio de beneficencia quiere decir hacer el bien, pero teniendo en cuenta que ese bien no es independiente de la autonomía del individuo al cual se pretende hacer el bien. El principio de *autonomía* hace referencia a la capacidad del sujeto humano de tomar libremente y responsablemente sus decisiones. Finalmente, el principio de justicia exige tratar a todos con la misma consideración y respeto⁴.

■

Las metodologías son instrumentos, herramientas, para ayudar a los profesionales sanitarios a conseguir que en su práctica clínica la corrección técnica vaya siempre acompañada de la corrección ética.

■

Además, de estos cuatro principios y de otras referencias éticas, la bioética trabaja con diferentes metodologías a fin de optimizar la corrección ética de la toma de decisiones en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud. Como es sabido, una metodología es un camino que se sigue para llegar a un determinado objetivo. Todas las metodologías que se utilizan

en bioética comparten el mismo objetivo: resolver problemas y/o dilemas éticos; pero se diferencian en los distintos pasos que deben hacerse; cada metodología propone un camino o un recorrido propio.

En el ámbito norteamericano hay dos metodologías que sobresalen, son metodologías diferentes y hasta opuestas, pero las dos son usadas ampliamente en biomedicina. Se trata del método principialista (o principialismo) y de la corriente casuista (o casuismo)⁵. Según el método principialista es posible aclarar, y algunas veces resolver, los problemas éticos de la biomedicina si estos problemas se analizan a la luz de los cuatro principios de la bioética. En el polo opuesto al método principialista surge, también en la bioética norteamericana, la corriente llamada casuista. Se trata de un método que no parte de los principios éticos sino de los casos clínicos concretos. Ante estos dos métodos es recomendable no caer ni en la "tiranía de los principios" ni en "el abuso de la casuística".

En Europa las metodologías intentarán compaginar la búsqueda de fundamentos—la preocupación propia de la tradición filosófica y ética europea—, con el utilitarismo y pragmatismo anglosajón⁶: es decir, tendrán en cuenta los principios, pero también las consecuencias de los actos y, a partir de esta complementariedad, se intenta que las decisiones u opciones a tomar estén justificadas racionalmente. Entre este tipo de metodologías se podrían mencionar, como más significativas, entre nosotros, la del Dr. Francesc Abel y la del profesor Diego Gracia y de algunos bioeticistas afines a su pensa-

miento. Las metodologías son instrumentos, herramientas, para ayudar a los profesionales sanitarios a conseguir que en su práctica clínica la corrección técnica vaya siempre acompañada de la corrección ética, esto es, que las decisiones que se tomen, repitémoslo una vez más, sean decisiones racionales, razonables y prudentes.

Otro instrumento importante al servicio de la bioética son los llamados comités de ética o bioética⁷. En general, los podemos definir como un grupo multidisciplinar, es decir, un grupo de personas expertas en diversos saberes (medicina, biología, filosofía, derecho...) que, desde la diversidad profesional e ideológica, y a través de un diálogo interdisciplinar, estudia las cuestiones éticas que plantea el desarrollo y la aplicación de las ciencias de la vida y de la salud, e intenta dar respuestas fundamentadas racionalmente.

■

Los Comités de Ética Asistencial son de carácter consultivo, y ayudan a analizar los problemas éticos que puedan surgir en el ámbito hospitalario, teniendo por objetivo último mejorar la calidad asistencial.

■

Los comités de bioética se pueden clasificar en dos bloques: por una parte hay los comités que dependen de una instancia nacional o supranacional (por ejemplo el *Comité Consultativo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud* (CCNE), creado en Francia en 1983; el *Comité Director para la Bioética*, fundado en 1985 por el Consejo de Europa; y el *Comité Internacional de Bioética* de la UNESCO, en funciona-

miento desde el 1993. Por otra parte, están los comités que dependen de una instancia local (por ejemplo Comités Éticos de Investigación Clínica, que velan por la corrección metodológica, ética y jurídica de cualquier proyecto de investigación y los Comités de Ética Asistencial, que son de carácter consultivo, y ayudan a analizar los problemas éticos que puedan surgir en el ámbito hospitalario, teniendo por objetivo último mejorar la calidad asistencial.

Con demasiada frecuencia, ante la complejidad de los problemas éticos que la bioética intenta clarificar y resolver, se ha recurrido innecesariamente a pedir auxilio al derecho. Es cierto que la bioética y el llamado bioderecho están estrechamente relacionados, pero también hay que tener presente que pertenecen a ámbitos diferentes. La bioética no debe someterse al derecho, o dicho de otra forma, no debe juridificarse⁸, porque de esa forma corre el peligro de quedar desdibujada, y hasta puede dejar de ser bioética.

Hay que saber articular ética y derecho, pero respetando las peculiaridades de cada disciplina. No se puede confundir la legalidad y la moralidad.

No todo lo que es legal es moral, y al revés.

Eso no quiere decir que ética y derecho tengan que vivir ignorándose mutuamente. Como dice acertadamente el bioeticista Diego Gracia "el bioderecho sin la bioética es ciego, y la bioética sin el bioderecho resulta vacía". Hay que saber articular ética y derecho, pero respetando las peculiaridades de cada disciplina. No se

puede confundir la legalidad y la moralidad. No todo lo que es legal es moral, y al revés.

Este nuevo saber llamado "bioética", podemos decir que no se trata de una disciplina inventada para poner freno a la ciencia y a la tecnología y así recortar la creatividad de los científicos e investigadores, sino más bien debe ser considerada como una contribución a la evolución y madurez ética de las sociedades.

Después de esta visión rápida y panorámica sobre el conjunto de este nuevo saber llamado "bioética", podemos decir que no se trata de una disciplina inventada para poner freno a la ciencia y a la tecnología y así recortar la creatividad de los científicos e investigadores, sino más bien debe ser considerada como una contribución a la evolución y madurez ética de las sociedades y una invitación a intentar gestionar de una manera creativa y responsable la vida humana y la vida en general. Se trata "de hacer el esfuerzo de prever lo imprevisible para prevenir lo irreversible". Y todos los ciudadanos deberíamos sentirnos implicados en este arduo pero apasionante esfuerzo.

ESTER BUSQUETS I ALIBÉS

RESPONSABLE DE ENFERMERÍA DEL IBB
PROF. BIOÉTICA UNIVERSIDAD DE VIC

JOAN MIR I TUBAU

PROF. BIOÉTICA UNIVERSIDAD DE VIC
MÁSTER EN BIOÉTICA

Notas Bibliográficas:

(1) Para un comentario sobre la trascendencia de estas tres revoluciones Cf. D. GRACIA, *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, Ed. El Buho, Santa Fe de Bogotá, 1998, p.12-17. También J. BERNARD, *La bioética*, Debate-Dominos, Madrid, 1994, p.15ss.

(2) Ver el ajustado y completo análisis que hace de estas dos visiones F. ABEL, *Bioética: orígenes, presente y futuro*, IBB-Fundación Mapfre Medicina, Madrid, 2001, p.12, 15-16, 25-37.

(3) Cf. G. DURAND, *Introduction générale à la bioéthique*, Cerf, Québec, 1999, p.151-161.

(4) Estos cuatro principios además de ser tratados por varios bioeticistas se encuentran ampliamente explicados en: G. HOTTOIS et J-N. MISSA, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. De Boeck Université, Bruxelles, 2001 y en el famoso libro de T.L. BEAUCHAMP i J.F. CHILDRESS; *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1998.

(5) Además del conocido libro de D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991, resulta interesante consultar T.L. BEAUCHAMP i J.F. CHILDRESS, p.20-36, 67-94; G. DURAND, p.60-63; 96-98; 437-452.

(6) Cf. A. KAHN, *Et l'homme dans tout ça? Plaidoyer pour un humanisme moderne*, Nil Editions, Paris, 2000, p.70-79.

(7) Para toda la cuestión de los comités de ética: funciones, modalidades, dificultades y posibilidades continúan siendo punto de referencia obligada las aportaciones de F. ABEL en diversas publicaciones especializadas; Aquí remitimos a su último libro: *Bioética: orígenes, presente y futuro*: p.44-47, 103-115, 130-137, 195-201; Cf. También el interesante trabajo de G. HOTTOIS, *Demande et refus d'un contrôle éthique de la science*, p.105ss in AA.VV. *Contrôler la science?*, De Boeck Université, Bruxelles, 1990; G. DURAND, P.491ss.

(8) Ver el excelente artículo de M. ATIENZA, *Juridificar la bioética* en *Claves de razón práctica*, p.2-15.

La ética del cuidar

Introducción. La ética del cuidado en las profesiones sanitarias

La ética del cuidado es un modelo de fundamentación que recupera algunas dimensiones de la moralidad olvidadas o sometidas al dominio de las aproximaciones del deber y la justicia. Sin embargo, no es tanta su novedad como se suele creer. En la historia de la filosofía pueden citarse varios ejemplos de autores, como M. Heidegger o P. Ricoeur, que han insistido en la dimensión de solicitud y atención al otro, como clave de la ética. La aportación de C. Gilligan al debate sobre el desarrollo moral, sirvió como llamada de atención, desde el punto de vista psicológico y pedagógico, acerca de los modelos unilaterales con los que se venía trabajando. Desde entonces se ha convertido en un punto de referencia obligado, porque varias autoras han encontrado una fuente de inspiración y fundamentación para la ética de la enfermería, que tan necesitada está de una reflexión sobre su misma identidad. Suele situarse, pues, la ética del cuidado en relación con la ética de la enfermería, sin embargo no es exclusiva de ella. La ética de la enfermería es una ética del cuidado, porque el bien interno de la profesión es necesariamente el cuidado.¹ Sin embargo, no es cierta la contraria: no toda ética del cuidado es una ética de la enfermería.

No es absurdo afirmar que el acto sanitario es, por excelencia, un acto basado en el cuidado. La atención solícita al otro ser huma-

no que está enfermo, que sufre, o que padece alguna "anormalidad" en el sentido de tener alguna diferencia que le incapacite de alguna manera para realizar su proyecto vital. Se trata de una labor en la que se pretende el restablecimiento de la situación de "normalidad" o salud, o, al menos el alivio del sufrimiento. Por eso es incomprendible sin acoger el elemento de cuidado, atención, escucha, consuelo.

■

La tarea profesional de la enfermería es una práctica moral en la que el cuidado cobra su máxima vigencia.

■

Sin embargo, en nuestros días tendemos a disociar ambos elementos como si se tratara de dos tareas diferentes: la medicina se ocuparía de la curación de los enfermos, mientras que la enfermería tendría por objeto el cuidado y atención de los mismos. La meta final sería la misma, qué duda cabe: el bienestar del paciente. Pero el bien interno que define cada una de las profesiones sería absolutamente distinto. Tanto es así que suelen presentarse los dos términos como dicotomía y binomio de opuestos, especialmente en el mundo anglosajón donde se utiliza un juego de palabras: *cure/care*. *Cure* (=curar) sería la labor de la medicina, sabiduría técnica, habitualmente ejercida por varones; *Care* (=cuidar) sería la labor de la enfermería, práctica de asistencia solícita, habitualmente ejercida por mujeres.

La diferente valoración de ambas tareas es bien conocida: la

preeminencia de la medicina sería total, ya que la labor de la enfermería es, en este esquema, meramente subsidiaria. A ello cabe añadir que la distinción de roles por géneros contribuye a esta diferencia de valoración en sociedades tradicionalmente sexistas donde el papel de la mujer se ha considerado con frecuencia inferior en importancia y subordinado al de los varones.

Esta distinción entre curación y cuidado difícilmente se sostiene. La diferenciación ha servido para justificar una organización institucional que es indefendible en el mundo actual. La enfermería y la medicina forman parte de un único acto sanitario, por más que sus funciones sean diferentes, que sean distintos los focos de atención que cada una de ellas enfatiza, que sean profesiones con características diversas, y que no puedan confundirse. La especificidad de cada una de ellas no se pone en duda. Pero sí el extremo de su diferenciación que origina dos absurdos: o bien la anulación de la tarea de la enfermería, que quedaría subsumida en la medicina, como quehacer auxiliar; o bien la distanciamiento de las dos labores, como si no tuvieran relación, cuando, en realidad, además de complementarse, ambas son tareas basadas en el cuidado.

A pesar de esta coincidencia en el cuidado como elemento que da sentido a las tareas sanitarias en su conjunto, es claro que la tarea profesional de la enfermería es una práctica moral en la que el cuidado cobra su máxima vigencia. De ahí que en la actualidad la ética del

cuidado sea uno de los puntos básicos de la ética de la enfermería. Así lo han defendido buena parte de las autoras que recogen las aportaciones de Gilligan, reinterpretándola desde la perspectiva del nuevo rol de la enfermera que cumple una labor del cuidado contrapuesta a la aproximación "masculina" de la justicia. En este grupo se sitúa, por ejemplo, N. Noddings, cuya obra ha tenido un gran éxito y ha sido recogida y desarrollada por otras autoras como V. Tschudin, M.S. Roach, P. Benner o S. Fry.

La ética del cuidado logra recuperar las emociones para la vida moral, insistiendo en que los problemas reales y vitales exigen prudencia, responsabilidad, y acciones personalizadas.

El punto de partida de Noddings² es la distinción entre el "cuidado natural" y el "cuidado ético". El primero está basado en una inclinación natural, una respuesta afectiva básica aprendida en el núcleo familiar. Desde este cuidado natural, que surge sin esfuerzo, hay una expansión hacia la preocupación por las otras personas, que dará lugar al cuidado ético. El cuidado, pues, sería algo asequible a todas las personas, aunque es más propio de la experiencia femenina, en la medida en que deriva del cuidado recibido. Es una preocupación por uno mismo que se transforma en cuidado del otro y que permite que la relación sanitaria sea un compromiso que permite un crecimiento personal por parte de los implicados en ella. Esta idea ha tenido una acogida bastante amplia, y

forma parte de un grupo de perspectivas de la enfermería que la entienden como una entrega a una comunicación intensa con el paciente, de modo que haya una mutua implicación que posibilite conocerse como personas y crecer conjuntamente.

Este énfasis en la importancia del cuidado en enfermería no obsta a la afirmación de que el cuidado hace referencia a la tarea propia de la asistencia sanitaria en general, en cuanto que enfatiza la dimensión relacional de esta labor. Si la ética del cuidado ha servido para algo ha sido para acentuar cómo un énfasis excesivo en las tareas técnicas puede perder de vista el elemento de relación y comunicación humana que subyace y da sentido a las mismas. Y, por otro lado, su insistencia en los elementos contextuales sirve de contrapunto necesario para la ética de la justicia, ceñida a la preocupación por lo universal y por la imparcialidad. En el fondo, se trata de elaborar una reflexión sobre los fines de las tareas asistenciales, además de sobre los medios. El hincapié en los procedimientos puede perder de vista los objetivos, los valores que se pretende salvaguardar. Esos fines no están predeterminados, ni son evidentes, dependen de una cierta manera de comprender al ser humano, de unas opciones de valor.

Características de la ética del cuidado

Como ya se ha indicado, la ética del cuidado es, ante todo, un modelo ético que viene a compensar la preeminencia de las propuestas que se han impuesto mayormente desde la Modernidad, aquellas en

las que predomina lo correcto como objeto de la ética, en las que se busca la justicia imparcial e igualitaria, y la defensa de los derechos, como base de unos mínimos para la convivencia. En esos modelos, denominados de modo global "éticas de la justicia", la virtud queda restringida al ámbito privado, referida a las creencias u opciones personales.

El modelo de la justicia permite articular la sociedad mediante la defensa de las ideas de libertad e igualdad que están en la base de los sistemas democráticos del estado de derecho, pero olvida, o al menos deja en segundo plano, dimensiones importantes de la ética como las emociones, la voluntad, lo afectivo, etc. Estos son elementos que componen la vida moral de las personas, pero que no tienen cabida en un modelo de fundamentación racional de corte lógico y deductivista, en el que se pretende la universalización imparcial.

La ética del cuidado recupera esas dimensiones, insistiendo en la incompletitud de los modelos de la justicia y reivindicando la importancia ética que tienen las actitudes de comprensión y preocupación por las personas y sus particularidades. Especialmente enfatiza la idea de solidaridad, entendida como preocupación y responsabilidad por el otro ser humano, en la convicción de que sin ella no es posible la realización de la justicia.

La propuesta de C. Gilligan puede situarse en este marco. La novedad de su teoría reside, por un lado, en establecer una conexión con la cuestión del género, y por otro, en trabajar desde la psicología del desarrollo moral. Su in-

fluencia ha sido enorme en la psicología, la filosofía, la teoría feminista y en la bioética, especialmente en la ética de la enfermería. Su obra más famosa, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*,³ muestra cómo el desarrollo moral de las mujeres sigue un "patrón" diferente al de los varones. Intentando subsanar las deficiencias percibidas en la teoría del desarrollo moral de su maestro L. Kohlberg, Gilligan plantea dilemas morales a varones y mujeres, a fin de observar si sus respuestas difieren. La conclusión de su estudio es que los primeros tienden a analizar los conflictos morales en función de derechos en pugna, aplicando sistemas de evaluación imparcial, basados en la libertad y la igualdad. Por su parte, las mujeres tienden a enfocar los problemas desde una perspectiva más relacional, en la que prima el compromiso y la responsabilidad por las personas, atendiendo a sus peculiaridades y situaciones concretas.

Gilligan considera que estos resultados hacen ver cómo las mujeres tienen una "voz diferente" de la de los varones, que ha sido predominante en nuestra cultura, y aboga por la recuperación de esas dimensiones éticas que juegan un papel fundamental en las acciones de las personas. Su propuesta no es tanto una reivindicación feminista, cuanto una manifestación de la necesidad de una articulación entre ambos modelos. La madurez en el desarrollo moral tiene que ver con un doble desarrollo, tanto en los aspectos relacionados con el cuidado: la responsabilidad, la coexistencia y las relaciones, como en los

aspectos que tienen más que ver con la justicia: la imparcialidad, los derechos y las reglas.

■
*La compasión y el cuidado
 han de complementarse con
 los presupuestos
 universalizables de justicia,
 como un contrapunto
 necesario que marca
 la madurez
 del desarrollo moral.*
 ■

La ética del cuidado logra recuperar las emociones para la vida moral, insistiendo en que los problemas reales y vitales exigen prudencia, responsabilidad, y acciones personalizadas, y no un mero análisis racional hipotético. Sin embargo, esta demanda no es exclusiva de las profesiones sanitarias, ni se trata de una reivindicación de la aportación femenina a la ética, se trata de una verdadera transformación de la humanidad que supone una ganancia irrenunciable a la altura de nuestro tiempo: la solidaridad. Con ello trae al ámbito público lo que la ética de la justicia había relegado a lo privado: los valores de atención al otro, el compromiso moral ante la interpelación de las personas que necesitan ayuda, y la formación de actitudes de responsabilidad.

La incompletitud del modelo del cuidado y la necesidad de la articulación con el modelo de la justicia

Sin embargo, como se ha indicado, el cuidado, con ser importante, no es suficiente. Un modelo no puede ser sustituido por otro, sino complementado con él. En la relación sanitaria, quizá más claramente que en otros ámbitos, pue-

de verse cómo justicia y cuidado han de articularse, matizando recíprocamente sus demandas y objetivos.

El respeto a la individualidad exige que los sanitarios sean sensibles a las peculiares características del paciente en cuanto persona con unos valores y un proyecto vital. En la relación que con él o ella establezcan deberán ofrecer consuelo y apoyo, escuchar y aconsejar, pero siempre determinar los bienes conforme a su libertad. Una mala comprensión de la beneficencia desde la ética del cuidado, podría incurrir en una suerte de "maternalismo" que atentaría contra el derecho a la libertad de opción por parte del paciente. En este sentido, el encuentro personal en la relación sanitaria, que defienden algunos modelos de ética del cuidado (aplicados a la enfermería) como "relación total" en la que se produce una identificación que resulta gratificante y enriquecedora para ambas partes, exigiría una atención desmesurada por parte de la enfermera (y de cualquier otro profesional sanitario), pondría en peligro la objetividad con la que debe realizar labores determinadas por la justicia y no por la beneficencia, e impondría un modo de realización personal a los participantes de la relación que no siempre es posible o deseable. Lo cual no quiere decir que no pueda establecerse como un máximo propio de las opciones morales de las personas implicadas, y que resulte realizable. Pero no puede ser exigible como un mínimo de la tarea profesional de la enfermería, ni de las profesiones sociosanitarias en general.

El cuidado, como atención solícita al otro que requiere ayuda, no

es renunciable, pero su ejercicio debe realizarse en el marco de la justicia. Una defensa exclusiva del cuidado puede llevar a un exceso de celo en un malentendido ejercicio de la beneficencia que sobrepase el respeto debido a la autonomía del paciente, pero además puede entrar en conflicto con otros principios de rango superior, como la justicia y la no maleficencia. El elemento de cuidado tiene aspectos de exigencia de mínimos, y también niveles de máximos, y es preciso no olvidar estos dos niveles.

Aunque se tiende a pensar que el cuidado es lo opuesto a la justicia, y que las dos tradiciones son dispares porque sus acentos se sitúan en perspectivas incomunicables entre sí, no hay nada más alejado de la realidad. Ambos son elementos que se necesitan mutuamente y una ética a la altura de nuestro tiempo no puede renunciar a ninguno de ellos. El olvido del cuidado y del enfoque más contextual y relacional lleva a una ética excesivamente impersonal y fría, que, acogida a sus principios, no atiende a la realidad de la vida. Por su parte, el olvido de la justicia y su énfasis en la imparcialidad y en los derechos, lleva a una ética débil y arbitraria, poco útil para las decisiones más allá del nivel estrictamente individual. Por tanto se trata de dos aproximaciones que han de combinarse.

La relación interpersonal que se da en la relación sanitaria, permite reconocer al individuo, al otro, como fuerza moral que exige una responsabilidad. Pero la ampliación de esa responsabilidad más allá de esa persona, al conjunto de la humanidad, exige la justicia. La ética de los derechos, basada en la

imparcialidad, ha de completarse con una ética de la responsabilidad que acentúe y coloque en su justo lugar la diferencia. La compasión y el cuidado han de complementarse con los presupuestos universalizables de justicia, como un contrapunto necesario que marca la madurez del desarrollo moral. Esa tensión entre ambos elementos es un modo de integración de dos experiencias diferentes pero conectadas.

—
*La compasión y el cuidado
 han de complementarse
 con los presupuestos
 universalizables de justicia,
 como un contrapunto
 necesario que marca la
 madurez del desarrollo moral.*
 —

Esta unión es posible utilizando la distinción entre éticas de máximos y éticas de mínimos. Desde ella es posible afirmar que el paradigma de la justicia es vacío si se construye desde la racionalidad ajena a una moralidad que es más rica en contenidos y cuya dotación de sentido proviene de un ideal de perfección. El perímetro de la justicia se ve así ampliado y completado alcanzando su verdadero sentido, pues esos otros elementos, aparentemente dispares, no son meros adornos para el edificio de la ética, sino los verdaderos pilares de su consistencia. Del mismo modo, la ética de la solicitud y el cuidado, la ética de la realización personal, la autoimpulsión de un grado de excelencia, son ciegas e inviables si no se dan en el marco de la justicia y la universalidad. La articulación entre ambos es muestra de la riqueza de la vida moral y va más allá de una aparente controversia entre la

ética del cuidado y la ética de la justicia.

La ética del cuidado es una de las claves de la ética de los sanitarios en la actualidad. Su insistencia en las dimensiones de ayuda y atención al otro enlazan también con los modelos de humanización de la asistencia sanitaria. Sin embargo, esto no es todo. La ética del cuidado, como se dijo al comienzo, es un modelo ético que completa y matiza el enfoque de la justicia. Se trata de una propuesta para la humanidad en su conjunto: la convicción de que el mero respeto a la libertad de los individuos y la imparcialidad a la hora de tratarlos como iguales, con ser fundamentales y básicos para la construcción de la convivencia, no son suficientes para dar cuenta de la complejidad de los actos morales, ni prestan la atención debida a un elemento que es también fundamental en el reconocimiento del otro ser humano como persona, la responsabilidad solidaria.

LYDIA FEITO GRANDE

DOCTORA EN FILOSOFÍA
 MASTER EN BIOÉTICA
 PROFESORA DE BIOÉTICA
 UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS (MADRID)

(1) Las ideas aquí expresadas se han desarrollado con mayor amplitud en: L. Feito, *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. PPC. Madrid, 2000.

(2) N. Noddings, *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press. Berkeley, 1984.

(3) C. Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press. Cambridge, 1982.

El consentimiento informado y la enfermería

Al hablar de consentimiento informado (CI) es interesante hacer referencia a un grupo de textos internacionales y nacionales que ponen de relieve la necesidad de informar e implicar al enfermo en la toma de decisiones. Textos como ahora el Código de Nuremberg (1947), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la primera Carta de Derechos de los Enfermos (1973), la Carta de los Derechos del enfermo del hospital (1984), la Ley General de Sanidad (1986), la Guía de Recomendaciones sobre el Consentimiento Informado (1997), han desempeñado un papel importante en la gran transformación que ha experimentado la relación sanitaria en el último medio siglo, en la cual la práctica del paternalismo se tiene que ir substituyendo por el reconocimiento de la capacidad de decisión del enfermo. Parece que fue Montesquieu quien dijo que: *"cuando un pueblo tiene buenas costumbres, las leyes son sencillas"*. Por tanto, todas las normativas, todas las indicaciones en pro de la información a la persona, serían mucho más sencillas de cumplir sí, ya de entrada, los profesionales sanitarios tuviésemos buenas costumbres, pero la pregunta es: ¿Realmente tenemos buenas costumbres?

La relación clínica se ha basado históricamente en un esquema totalmente paternalista, según el cual el médico decidía en nombre del enfermo. Con esta actitud era inimaginable aceptar que el enfermo tuviese derecho a recibir información sobre su diagnóstico y

tratamiento y, a la vez, se le privaba de participar en la toma de decisiones en materia de salud. Se potenciaba mucho el principio de beneficencia, entendido en el sentido de hacer bien al enfermo desde el punto de vista de la medicina, y se ignoraba el principio de autonomía, es decir, la capacidad de la persona de tomar libremente sus decisiones. Esta actitud paternalista "protectora", hacía que el enfermo no pudiese ejercer su autonomía como una persona adulta. También es cierto, y en honor a la verdad debe decirse, que a pesar de todo, existía una verdadera confianza por parte del paciente hacia "su" médico, cosa que en la actualidad, no se puede apreciar, al menos de una forma generalizada. Pero se debe tener presente que el paternalismo no era practicado sólo por los médicos, sino también por todos los otros profesionales de la salud, entre ellos los profesionales de la enfermería.

Este cambio en la manera de concebir la relación sanitaria, es decir, el hecho de querer pasar de un modelo, basado en el paternalismo, a otro, donde se respeta el principio de autonomía, exige una reflexión amplia y metódica sobre cuáles deben ser las actitudes de los profesionales de la salud, ante esta transformación paradigmática, en la cual el enfermo, a pesar de estar enfermo, no puede ser tratado como un menor de edad, sino como una persona adulta, y por tanto con derecho a ser informado y a ejercer su autonomía.

Implicación de la enfermería en el proceso de información y CI:

En Cataluña uno de los documentos más conocidos en el ámbito sanitario, en referencia al tema tratado, es la *Guía de Recomendaciones sobre el Consentimiento Informado*, este documento define el consentimiento informado como: *"la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para poderse implicar libremente en la decisión"*. Para que pueda desarrollarse el proceso de consentimiento informado hacen falta unos requisitos básicos: libertad de la persona para poder decidir, haber recibido información comprensible y en cantidad suficiente, capacidad de la persona para poder comprender y valorar los riesgos y beneficios, y finalmente la decisión, que en determinados casos conducirá a la firma de un documento de consentimiento informado.

En el marco de este nuevo panorama, ¿la enfermería que puede hacer? La enfermería adquiere un compromiso profesional y personal en el acto de cuidar. La relación profesional que se establece entre la enfermera y el paciente/familia en este acto, está condicionada por una responsabilidad de carácter ético, donde de manera obvia surgen unos deberes y obligaciones para la enfermería. La comunicación y la información hacia el paciente y las personas que él nos indique, es uno de los deberes más importantes que debe cum-

plir la enfermera, y más si tenemos en cuenta que es quien pasa más horas y quien está más cerca del paciente. Desde la perspectiva de la enfermería, la información al enfermo es beneficiosa en el sentido que nos demuestra que la implicación del enfermo en su proceso de rehabilitación es la mejor garantía para poder satisfacer sus necesidades básicas.

A tener en cuenta:

El CI es una responsabilidad ética compartida entre todos los profesionales:

Ya ha quedado claro que el enfermo tiene derecho a recibir información², por tanto, la enfermería además de dar la información que es propia de sus competencias profesionales, debe velar, por el bien del enfermo, porque los otros profesionales sanitarios, sobre todo médicos, no ahoguen este derecho a la información.

Para informar y comunicarnos con el paciente y la familia hace falta tener unas actitudes específicas:

Sí, somos conscientes de que tenemos dificultades para comunicarnos con el paciente y/o familia, tenemos la obligación de corregir nuestras lagunas, ya que si no, la relación con el paciente y su entorno quedará afectada, porque la atención asistencial que daremos no será de suficiente calidad.

Para informar se debe disponer de tiempo suficiente y espacios adecuados:

Frecuentemente la sobrecarga de trabajo es uno de los obstáculos para que la comunicación enfermería-paciente no sea todo lo efec-

tiva que sería deseable. Para corregir esta situación no basta decir que no hay tiempo, debemos saber argumentar y defender cuales son las prioridades, y analizar a fondo cómo nos organizamos, cómo administramos los recursos... El espacio donde se da la información también debe cuidarse.

El proceso de información se desarrolla, día a día, por parte de todo el equipo interdisciplinar:

Debemos tener presente que el consentimiento informado es un proceso de diálogo que se tiene que adaptar a las necesidades de cada paciente. Cabe mencionar la dificultad que vive la enfermería cuando se encuentra con pacientes sin información básica sobre su proceso patológico. Hoy en día aún hay profesionales de la salud que no han incorporado dentro de su hábito de trabajo, el hecho de informar al paciente, el saber trabajar el proceso de información conjuntamente con el equipo de profesionales de una manera participativa "aprovechando" los recursos de todos, haciendo de la información (y sobre todo la información "difícil") un proceso planificado, debatido y consensuado... Aún hay profesionales que no han acabado de hacer suyo el compromiso ético que todos tenemos de respetar y promover la autonomía del enfermo.

Por último, es bueno recordar que la enfermería goza de una posición privilegiada para poder actuar como elemento fundamental en la integración y la práctica del consentimiento informado dentro del ámbito sanitario. Esta posición privilegiada le viene dada por la posibilidad de establecer un contacto más continuado, más

próximo y más intenso con el enfermo, sobretodo con aquellos enfermos hospitalizados. Este acercamiento condiciona un clima de comunicación más fluido, que permite conocer mucho mejor al enfermo, las creencias y valores que orientan su vida, sus opiniones, sus dudas, la falta de información,... porque el enfermo se expresa con naturalidad delante de la enfermera. Dentro de la estructura sanitaria se observa que el CI aún no se ha extendido de la manera que sería deseable. Con demasiada frecuencia el CI se ha visto más como un requisito legal, que no como una manera de respetar el derecho a la autonomía, y de implicar al enfermo en las decisiones que le afectan. Por tanto, el objetivo del CI no es conseguir la firma inmediata de un documento como mecanismo de defensa legal, sino que el CI, en sentido ético, se basa en un proceso de diálogo entre los profesionales y el paciente, que debe permitir al enfermo ejercer su autonomía.

Los profesionales de la enfermería, como miembros del equipo multidisciplinar, tienen una doble función: en primer lugar, tienen la obligación de cuestionar las actitudes de todos los profesionales sanitarios que recortan o no respetan suficientemente la libertad del enfermo; y en segundo lugar, ellos deben comprometerse a respetar y promover el derecho que tiene el enfermo de ser informado adecuadamente. De esta manera, la enfermería demostrará -citando Montesquieu- que tiene "buenas costumbres".

ANNA IGLESIAS SALLÉS

ENFERMERA HOSPITAL DE DÍA ONCOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE MANRESA

Y la enfermería, ¿que podría decir?

Los medios de comunicación presentan, y cada vez con más frecuencia, informaciones relacionadas con la bioética. Así, no es extraño encontrar en las páginas de los periódicos muchas noticias y amplios reportajes sobre temas relacionados con la eutanasia, el aborto, la clonación humana o terapéutica, los alimentos transgénicos, etc... Este hecho tiene de bueno que pone a la palestra pública una serie de cuestiones éticas que afectan de una manera directa a todos los ciudadanos y que, por tanto, reclaman un debate social serio y conjunto. Pero, demasiadas veces, las informaciones periodísticas a las que tenemos acceso no son suficientemente rigurosas, y eso hace que la población, en general poco familiarizada con la bioética, tenga concepciones nubladas e inexactas, y en consecuencia haga juicios precipitados sobre estos temas. Eso se puede comprobar, fácilmente, leyendo, por ejemplo, las múltiples "cartas al director", en las cuales se opina sobre temas de máxima actualidad en bioética.

Desde la enfermería deberían aportarse elementos de juicio que ayudasen a reflexionar sobre las cuestiones éticas que plantean los avances científicos en el campo de la salud.

Ante este hecho sería deseable que los profesionales sanitarios, generalmente con mucho menos poder de influencia que los medios de comunicación en este campo, tomaran parte no sólo en la

Las células madre

Mi carta va dirigida a los políticos de CiU. No soy un número, sino una catalana con derechos y con sueños. Estoy enferma de fibrosis quística y trasplantada de pulmón, pero creo que ustedes no saben qué significa esto. Ustedes no se ahogan, ni se ahogan sus hijos, ni sufren la angustia por el rechazo de un órgano trasplantado, ni son diabéticos, ni padecen Alzheimer, ni cáncer... Pero han denegado el uso de las células madre por motivos moralistas. Prefieren dejar los embriones congelados, y que vivan, pero que mueran niños en los hospitales sin hacer nada. Llega un momento en que con rezar no se consigue seguir respirando. Si sus hijos estuviesen como yo, quizá su moral caería, como cae la fe de muchos de nosotros en ustedes. El PSOE puede estar equivocado, incluso no gustarme, pero si ellos aprueban el uso de células madre, les votaré.

El Periódico, 26-Marzo-2002

El uso de células madre

Esta carta no sólo va dirigida a los políticos, sino también a todos los ciudadanos que creen que usar células madres para poder curar enfermedades es amoral. Un científico que ha trabajado con células madres en ratas ya ha conseguido que estos animales generen insulina. Este avance significa un rayo de esperanza para muchos diabéticos, como mi hijo y mi sobrina. Sin embargo, algunas personas no ven con buenos ojos que se siga adelante con la investigación para aplicarla después en humanos. ¿Saben lo que esto significaría para los diabéticos? Pues que no tendrían que pincharse cinco o seis veces al día para inyectarse la insulina que su páncreas no crea, ni pincharse para saber su índice de glucosa. ¿Es amoral intentar mejorar la calidad de vida a las personas que sufren algún tipo de enfermedad que podría curarse si todos fuéramos más solidarios?

El Periódico, 1-Abril-2002

educación para la salud, sino también en la educación bioética de la sociedad. Y esta responsabilidad educativa toca muy cerca a la enfermería. De razones hay muchas, la más relevante la encontramos en el hecho de que la enfermería es el colectivo más numeroso en el ámbito sanitario, y, en muchos casos, también el colectivo más próximo y accesible a las personas enfermas. Por eso desde la enfermería deberían aportarse elementos de juicio que ayudasen a reflexionar sobre las cuestiones éticas que plantean los avances

científicos en el campo de la salud. Pero para poder desarrollar esta responsabilidad educativa, es obvio decir que la enfermería deberá integrar, en el conjunto de sus conocimientos, una sólida formación bioética, y, al mismo tiempo, tendrá que actualizarla convenientemente.

He aquí, dos cartas al director que ejemplifican el problema que planteamos y que sugieren una pregunta de este tipo: ¿Qué podría responder una enfermera delante de opiniones como las que se expresan en estas cartas que re-

producimos?

En primer lugar, la enfermería debería saber transmitir a estas personas que los profesionales de la salud somos sensibles al sufrimiento y a los problemas personales y familiares ligados a la enfermedad, y que en nuestra labor profesional queremos tratar a todos con la misma consideración y respeto.

■
La enfermería debería hacerse eco de la pregunta que, tratándose de células madre, es fundamental: ¿Qué estatuto ético y jurídico cabe otorgar al embrión?

■
En segundo lugar, la enfermería debería hacerse eco de la pregunta que, tratándose de células madre, es fundamental: ¿Qué estatuto ético y jurídico cabe otorgar al embrión? Y esta es una cuestión actualmente tan controvertida que no acepta respuestas ni fáciles ni impulsivas. Preguntarse por el estatuto ético y jurídico del embrión es tener que hacer frente a un cúmulo de cuestiones muy complejas, que no se pueden responder sólo desde la ciencia experimental, sino que también se deben escuchar las ciencias humanas, para dejar después que la sociedad decida democráticamente lo que cabe hacer: ¿Cuándo empieza la vida humana? ¿El embrión, es un ser humano? ¿El embrión, es un ser humano en potencia? ¿El embrión, es un sujeto de derechos? ¿En que momento se tiene que empezar a proteger la vida humana?... Otro aspecto a tener en cuenta es que, al menos de momento, usar células madre no quiere decir poder obtener todos aquellos órganos necesarios para poder

paliar las más diversas enfermedades, ya que de momento eso aún no es técnicamente posible. Por tanto, no se puede dar como un hecho aquello que todavía no es posible hacer. Si algún día de las células madre se pueden obtener los órganos deseados, continuará siendo pertinente preguntarse: ¿Todo lo que se puede hacer técnicamente es bueno hacerlo?, ¿Autorizar el uso de células madre es un avance para la humanidad? ¿La regulación jurídica de esta práctica debe extenderse a todo el mundo? ¿Cómo hacerlo?

■
Este ejercicio que hemos hecho, desde la enfermería, alrededor de dos opiniones sobre las células madre nos tocará hacerlo a menudo con muchos otros temas relacionados con la bioética.

■
Por eso es importante que también la enfermería colabore en hacer reflexionar a la sociedad.

■
En tercer lugar, una vez expuestos algunos de los datos científicos y planteados algunos interrogantes éticos, se debería hacer una valoración de los beneficios e inconvenientes que podría conllevar el uso de células madre. Por tanto, nos podríamos preguntar: ¿Cuáles serán las consecuencias a medio y largo termino del uso de esta técnica?. ¿En qué consistiría un comportamiento prudente en este campo? -entendiendo la prudencia en un sentido aristotélico, es decir, como "la cualidad que, guiada por la verdad y por la razón, determina nuestra conducta con respecto a las cosas que pueden ser buenas para el hombre"-.

Todas estas, y aún muchas más,

podrían ser algunas de las cuestiones que la enfermería podría ayudar a pensar (no a dictar que se debe hacer), a fin de que las personas afectadas -en este caso las dos autoras de las cartas al director y personas con una manera de pensar semejante- tuviesen más elementos de juicio para elaborar una opinión personal y fundamentada sobre el uso de células madre, a partir de una base más sólida que la que facilitan algunos medios de comunicación. Este ejercicio que hemos hecho, desde la enfermería, alrededor de dos opiniones sobre las células madre nos tocará hacerlo a menudo con muchos otros temas relacionados con la bioética. Por eso es importante que también la enfermería colabore en hacer reflexionar a la sociedad.

ESTER BUSQUETS I ALIBÉS

DIPLOMADA EN ENFERMERÍA
LICENCIADA EN FILOSOFÍA
RESPONSABLE DE ENFERMERÍA DEL IBB

«Enfermería una profesión de futuro»

La jornada «Enfermería una profesión de futuro», organizada el 7 de marzo por la «Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu» (Universidad de Barcelona), pretendía crear un espacio de reflexión acerca de la profesión de enfermería, concretamente en el papel que desarrolla la enfermería en la humanización de la asistencia sanitaria y la imagen que los profesionales dan a la sociedad. A pesar de que las aportaciones por parte de los diferentes ponentes fueron numerosas, nosotros, aquí, sólo haremos un pequeño destacado a la ponencia: *La enfermería: hacemos de las personas nuestro punto de encuentro*, a cargo del Hno. Quim Erra, enfermero y Superior de la Orden de San Juan de Dios -Provincia de San Rafael- y también de la exposición de Jesús de Miguel, sociólogo y catedrático de la Universidad de Barcelona, dentro de la mesa redonda «*La imagen de la enfermería desde diferentes perspectivas*».

■
El núcleo de la profesión de enfermería es cuidar, y cuidar es esforzarse solícitamente por alguna cosa o alguna persona.
 ■

Quim Erra, en el bloque dedicado a la humanización, se preguntó por el origen de la enfermería, un origen que se encuentra en la experiencia, es decir, en saber dar respuesta ante las situaciones de vulnerabilidad de las personas. El núcleo de la profesión de enfermería es cuidar, y cuidar es esfor-

zarse solícitamente por alguna cosa o alguna persona. Y añadía *“la necesidad del otro me interpela y me empuja a moverme. La mirada del otro me suscita un movimiento para salir de mí mismo y darle una respuesta. El hecho de cuidar es un acto de atención voluntaria en beneficio del otro: los enfermeros y las enfermeras estamos en contacto con una serie de personas con identidad propia que son para nosotros un estímulo y una fuente de acción”*. Su intervención finalizó con unos flashes que pretendían hacer recordar que los enfermeros y enfermeras *“debemos tener confianza en nosotros mismos, debemos reconocer que el trabajo interdisciplinar es una posibilidad de enriquecimiento profesional, también debemos dedicar tiempo a pensar y formular aquello que hacemos a través de un lenguaje y un método científico, y finalmente cabe recordar permanentemente que la persona es el núcleo central hacia la cual se dirige nuestra profesión”*.

Jesús de Miguel, en el bloque dedicado a la imagen social, trató esa cuestión desde la perspectiva sociológica. En su visión particular sobre la enfermería habló de la lucha entre el estado, el capitalismo y las profesiones, y el salto sociológico que esto representa: el gran cambio sociológico del siglo XX es la pérdida de autonomía de las profesiones, lo cual ha originado -y esto se irá acentuando- una tensión entre profesionales y gestores. Hoy, un gestor de un hospital no tiene porque ser un médico, como tampoco el rector

de una universidad debe ser necesariamente catedrático. Este hecho desdibuja los colectivos profesionales y favorece el prestigio profesional individual.

■
El gran cambio sociológico del siglo XX es la pérdida de autonomía de las profesiones, lo cual ha originado -y esto se irá acentuando- una tensión entre profesionales y gestores.
 ■

Después de oír todas las intervenciones la conclusión final entorno a la jornada se podría resumir diciendo que el futuro de la enfermería está en saber redefinir bien la profesión, saberla desarrollar mejor, y de esta manera, ciertamente, crecerá el prestigio social que tanto anhelamos.

ESCOLA UNIV. D'INFERMERIA
 SANT JOAN DE DÉU
 UNIVERSIDAD DE BARCELONA

✓ **IX Jornadas Nacionales de Bioética "La ética del cuidar"**, organizadas por la Orden Hospitalaria San Juan de Dios – Provincia Betica, para los días 31 de mayo y 1 de junio en Jerez de la Frontera. Secretaría: Hospital Juan Grande (Jerez de la Frontera), Tel: 956-35.73.00; Fax 956-18.48.02; E-mail: agaldran@jerez.betica.sanjuandedios-oh.es

✓ **11ème Colloque de la CNCP "La Protection des Personnes se Prêtant à la Recherche Biomédicale à l'heure Européenne"**, organizado por la Conférence Nationale des Comités Consultatifs de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale, para los días 31 de mayo y 1 de junio en París. Secretaría: Madame Danièle Depret-Rius, CCPPRB Paris – Necker, 156 rue de Vaugirard – 75730 Paris cedex 15. Tel: 33.1. 40 61 56 53; Fax: 33.1. 40 61 55 88; E-mail: depret@necker.fr

✓ **V Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica**, organizado por la ABFyC, para los días 6 a 8 de junio en Madrid. Secretaría: Viajes Guadatour, S.A.. Tel: (949) 21.77.86; Fax: (949) 22.99.26; E-mail: guadatour@inicia.es

✓ **14th World Congress on Medical Law**, organizado por la «World Association for Medical Law» para los días 11 a 15 de agosto en Maastricht (Holanda). Secretaría: Conference Agency Limburg P.O.Box 1402, 6201 BK Maastricht Tel: 31(0)43-3619192; E-mail: cal.conferenceagency@wxs.nl

✓ **3rd International DNA Sampling Conference**, organizada por «Genetics and society project – Centre de recherche en droit public» (University of Montreal), para los días 5 a 8 de septiembre en Montreal (Canadá). Secretaría: Centre de recherche en droit public – Université de Montreal. Tel: 514-343-21-42; E-mail: conferenceADN@droit.umontreal.ca

✓ **XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología "Genero y salud: la visión epidemiológica"**, organizada por la Sociedad Española de Epidemiología para los días 12 a 14 de septiembre en Barcelona. Secretaría: Suport Serveis. Tel: 93.201.75.71; Fax 93.201.97.89; E-mail: suport@suportserveis.com

✓ **EACME Annual Conference "End of life decisions"**, organizado por la «European Association of Centres of Medical Ethics» (EACME) para el día 27 de septiembre en Maastricht (Holanda). Secretaría: EACME Executive Office, Univ. Of Maastricht P.O. Box 616 6200 MD Maastricht (The Netherlands). Tel: 31-43-388.21.45; Fax: 31-43-388.41.71; E-mail: secretariaat-ige@ige.unimaas.nl

✓ **International Conference "Between Technology and Humanity"**, organizada por Caritas Vlaanderen (Bruselas), para los días 18 y 19 de octubre en Bruselas (Bélgica). Secretaría: International Conference Caritas Vlaanderen, Guimardstraat 1 1040 Brussels. Tel: 32-2-507.01.11; E-mail: post@caritas.be.

bioética & debat

CON LA COLABORACIÓN DE



FUNDACION MAPFRE MEDICINA