

María Fca. Jiménez Herrera

CONSTRUCCIÓN DE LA ÉTICA ASISTENCIAL DEL CUIDAR
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TESIS DOCTORAL

dirigida por el Dr. Josep Canals Sala

Departament
D'Antropologia , Filosofia i Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona
2009

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
CONSTRUCCIÓN DE LA ÉTICA ASISTENCIAL DEL CUIDAR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Maria Francisca Jimenez Herrera
ISBN:978-84-692-9054-5/DL:T-2066-2009

Dedicatoria

A Blas e Isabel, mis padres, por apoyarme en seguir avanzando.

A Fernando y Eva, por ayudarme a que este proceso haya sido en algunos momentos
hasta divertido.

A Eva, a Max y Jordi por los ratos que hemos pasado a la sombra de la parra.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
CONSTRUCCIÓN DE LA ÉTICA ASISTENCIAL DEL CUIDAR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Maria Francisca Jimenez Herrera
ISBN:978-84-692-9054-5/DL:T-2066-2009

Agradecimientos

A mi director de tesis y amigo, Pep Canals, por dedicarme su tiempo y su sabiduría para conseguir que este trabajo se presente hoy aquí y a Oriol Romaní por ponerle en mi camino.

A Carme Nogués por estar siempre cuando la he necesitado.

A mis amigas y compañeras de la Escuela de Enfermería que han sabido tener paciencia ante mis incertidumbres.

A mis amigos y amigas, a los que no puedo enumerar porque seguro que me dejaría a alguien y eso sería muy injusto, ya que he recibido apoyo de todos ellos desde la sinceridad y el cariño.

A mis compañeras y compañeros de urgencias por el tiempo que me han dedicado y la ilusión que han demostrado para que este trabajo vea la luz.

A mis compañeras y compañeros de emergencias que siempre me han entendido y aceptado con mis cosas de la ética.

A todas aquellas personas que en mayor o menor medida se han cruzado en micamino durante la elaboración de este trabajo y me han ayudado a ver el mundo de otra forma.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
CONSTRUCCIÓN DE LA ÉTICA ASISTENCIAL DEL CUIDAR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Maria Francisca Jimenez Herrera
ISBN:978-84-692-9054-5/DL:T-2066-2009

INDICE

Dedicatoria	3
Agradecimientos	5
Introducción	11
Objetivos	14
PRIMERA PARTE	17
De cuestiones teóricas	17
1. Bourdieu en la práctica asistencial	17
1.1 Una mirada desde claves bourdianas	17
1.2 Una introducción a la teoría de la práctica	20
1.3 El campo... de lucha	23
1.4 El capital... en juego	26
1.4.1 El capital económico	27
1.4.2 El capital social	27
1.4.3 El capital cultural	29
1.4.4 El capital simbólico	30
1.5 El hábitus... para el cuerpo	34
1.6 Aproximación bourdiana en el campo de la antropología médica y de las ciencias de la salud	37
1.7 Recapitulando ideas	40
2.-La Bioética: desarrollos, contradicciones y ambigüedades	42
2.1 La Bioética, más allá de la ética médica	43
2.1.1 Los orígenes	43
2.1.2 El término Bioética	46
2.1.3 El objetivo de la Bioética	47
2.1.4 De la Bioética a las Bioéticas	49
2.1.5 La definición de Bioética	50
2.2 Bioética y medicina	53
2.2.1 La Bioética médica y el reduccionismo paternalista	55
2.2.2 La Bioética médica: Corrientes actuales	58
2.3 La Bioética y el cuidado	63
2.3.1 Curar y cuidar	63
2.3.2 La complejidad del cuidado	67
2.3.3 La definición de cuidado	73
2.3.4 Un acercamiento diferente a la Bioética	78
SEGUNDA PARTE.	85
De cuestiones metodológicas y contextuales	85
1.- La estrategia metodológica y el desarrollo de la investigación etnográfica	85
1.1 El contexto de la investigación	86
1.2 ¿Qué es una urgencia?	87
1.3 La atención urgente en Cataluña	89
1.4 Otras consideraciones	99

2. Hipótesis.....	101
3. La estrategia metodología y diseño del trabajo de campo	102
3.1 El proceso del trabajo de campo	103
3.2. Técnicas de investigación	104
3.2.1. Observación participante.....	104
3.2.2 Entrevistas en profundidad semiestructuradas.....	107
3.2.3 El grupo focal	108
3.2.4 Las narrativas	110
3.3 Unidades de análisis	111
4. Ética de la investigación en ciencias sociales.....	114
4.1. Discusión de los aspectos éticos de la investigación	116
TERCERA PARTE	119
De cuestiones prácticas.....	119
1. El mundo de urgencias y emergencias.....	119
2. El cuerpo herido	124
2.1. Decidir ante el cuerpo herido	129
2.2. La cosificación del cuerpo	141
3. Del corpus dolens al homo dolens	147
3.1 ¿Como podemos definir el dolor?	149
3.2. Clasificando el dolor	150
3.3. Los lenguajes teóricos del dolor	151
3.4. El lenguaje del dolor desde la antropología	153
3.5. El dolor en el cuerpo	155
3.6 Reflexiones éticas sobre el dolor	158
4. Ars moris en situaciones de urgencia	162
4.1. La muerte en urgencias y emergencias	167
4.2. La muerte intervenida: teoría o realidad	171
4.3. Decidir ante la muerte.....	180
4.4. Los Documentos de Voluntades Anticipadas en situaciones de urgencias.....	188
4.5. La emergencia de morir bien atendido	193
5. El cuerpo como práctica del cuidado	197
5.1. Cuidar, el gigante dormido.....	197
5.2. Un intento de acercamiento	200
5.2.1. De la teoría a la práctica	201
5.3. Modelos interpretativos del cuidar	204
5.3.1. El modelo humanista/existencialista/fenomenológico	204
5.3.2. El modelo culturalista/evolucionista	207
5.3.3. El modelo feminista	211
5.4. Otros modelos.....	216
5.4.1. Del cuidado tecnocrático al cuidado bioético	216
5.5. La fragmentación del cuerpo	226
5.5.1. Las relaciones interprofesionales alrededor de los cuerpos	231
5.5.1.1. Poder versus sumisión: tomando decisiones éticas	232
5.5.1.2. La colaboración entre miembros del equipo asistencial	239
5.5.1.3. Las relaciones con los gestores.....	247

5.5.1.4. El ambiente.....	249
6. Cuidar en situaciones de urgencias y emergencias	251
6.1. La percepción actual del cuidado.....	251
6.2. De sentimientos y de prácticas	258
CUARTA PARTE	263
1. A modo de conclusiones	263
1.1. De los resultados obtenidos	264
1.2. Abriendo nuevos campos	271
2. Bibliografía	275
3. Anexos.....	298
Anexo 1: Guía de preguntas para la entrevista.....	298
Anexo 2: Guía de preguntas para el moderador del Grupo Focal	300
Anexo 3: Hoja de información al participante	301
Anexo 4: Modelo de consentimiento informado.....	304
Anexo 5: Solicitud de consentimiento a la institución.....	305

TABLAS

TABLA 1: MODELOS DE ATENCIÓN	66
TABLA 2: RECURSOS DE ATENCIÓN URGENTE EN CATALUÑA	91
TABLA 3: NÚMEROS DE URGENCIAS ATENDIDAS.....	95
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ASISTENCIAS POR GÉNERO, AÑO Y SERVICIO	97
TABLA 5: COMPARACIÓN DE ASISTENCIAS ENTRE UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO.....	98
TABLA 6: CUADRO RESUMEN INFORMANTES ENTREVISTADOS Y GRUPO FOCAL.....	114
TABLA 7: NORMATIVAS QUE REGULAN A NIVEL NACIONAL Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS	185
TABLA 8: CARATIVE FACTORS Y CLINICAL CARITAS PROCESSES	205

ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: MAPA CATALUÑA	86
ILUSTRACIÓN 2: MAPA CAMP DE TARRAGONA Y DISTRIBUCIÓN DE UNIDAD BETA Y HOSPITAL ALFA	87
ILUSTRACIÓN 3: CIRCUITOS DE ATENCIÓN.....	92
ILUSTRACIÓN 4: FASES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	103
ILUSTRACIÓN 5: MODELO DEL SOL NACIENTE	209
ILUSTRACIÓN 6: MODELO SINFONOLÓGICO.....	230

GRÁFICOS

GRÁFICO 1: NÚMERO DE URGENCIAS ATENDIDAS.....	95
GRÁFICO 2: ASISTENCIAS DE ADULTOS EN EL HOSPITAL ALFA.....	96
GRÁFICO 3: ASISTENCIAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL ALFA.....	96
GRÁFICO 4: DISTRIBUCIÓN DE ASISTENCIAS POR GÉNERO, AÑO Y SERVICIO.....	97
GRÁFICO 5: COMPORTAMIENTO POR MESES EN RELACIÓN AL NÚMERO DE ASISTENCIAS.....	97
GRÁFICO 6: COMPARACIÓN DE ASISTENCIAS ENTRE UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO.....	99

*Uno sólo puede responder a la pregunta moral
¿qué debo hacer?
si puede responder a la pregunta previa
¿de qué historia o historias soy parte?"*

Alasdair MacIntyre

Introducción

Con la realización de esta tesis doctoral nos proponemos analizar una realidad concreta que se lleva a cabo dentro del panorama sanitario en unos espacios concretos como son los servicios de urgencias y los servicios de emergencias, planteados aquellas cuestiones que derivadas de la práctica pueden ser consideradas dentro del amplio mundo de la bioética.

Este trabajo es el resultado de diferentes experiencias tanto docentes como asistenciales ya que siempre he tenido una afinidad concreta con el desarrollo de la ética asistencial desde la perspectiva teórica como de la práctica a través de la experiencia de trabajar como enfermera en urgencias y emergencias y como profesora de ética en la Escuela de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili, por lo que todos estos aspectos han determinado la elección de este tema de estudio así como los diferentes enfoques teóricos y metodológicos que he utilizado para reflejar esta realidad concreta y posteriormente analizarla.

He trabajado como enfermera asistencial en diferentes servicios de urgencias y emergencias de la provincia de Tarragona y en la actualidad trabajo como profesora de asignaturas relacionadas con la ética en el ámbito de la enfermería, entre medias me forme en la disciplina de la antropología social y cultural así como de la bioética que me han ayudado a entender y mirar la realidad desde una perspectiva diferente a la de la biomedicina, partiendo de que la simbiosis entre la antropología y la enfermería constituyen un nuevo profesional que comparte rasgos epistemológicos, metodológicos y práxicos.

Para describir esta realidad y la estrecha relación que existe entre la antropología y la práctica asistencial hemos realizado un proceso de aproximación, reflexión teórica, interpretación y análisis mediante las vinculaciones etimológicas, epistemológicas, ideológicas y metodológicas existentes entre ambas disciplinas.

No puedo negar que mi trayectoria profesional ha marcado esta investigación pero también quisiera anotar mis inquietudes personales y valores ideológicos en torno a la construcción de un determinado tipo de relación entre personas en el marco de la asistencia sanitaria y la importancia de promover la autonomía de las mismas cuando de la enfermedad estamos hablando.

Estimular y apoyar la participación de las personas en la asistencia y la toma de decisiones independientemente del marco en la que tenga que llevar a cabo debería ser la esencia de la asistencia rompiendo con el modelo médico hegemónica dominante. En la misma línea de Sadler (2001), el sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, y sus procesos fisiológicos denominando a este conocimiento como "conocimiento autorizado", concepto acuñado por la antropóloga Brigitte Jordan en 1993. Esta autora observa que, para cualquier dominio particular, existen ciertos sistemas de conocimiento, de los cuales algunos, por consenso, llegan a tener más peso que otros, ya sea porque explican el estado de las cosas de un modo más eficaz o porque están asociados a base de poder más fuerte, y usualmente ambos a la vez.

La legitimización de un sistema de saberes por encima de los demás, usualmente lleva a la devaluación de los otros, siendo esto una práctica habitual en las relaciones que se establecen en las situaciones de urgencias y emergencias dando coherencia a los planteamientos de Bourdieu en torno a las luchas de los diferentes actores que participan. En este entramado surge una figura estudiada desde diferentes perspectivas y que tiene unos objetivos ligeramente distintos a la de los médicos y estas son las enfermeras¹. Éstas se encuentran habitualmente inmersas en conflictos respecto a las actuaciones que se llevan a cabo en la práctica diaria, tanto de

¹ En este documento, el término "enfermera" se utiliza en sentido genérico, y designa a la vez a hombres y mujeres.

las que se derivan de la relación con los pacientes, como con otros profesionales o la propia institución.

Este trabajo consta de cuatro partes diferenciadas. En la primera parte que hemos titulado *De cuestiones teóricas*, se describen los planteamientos teóricos que fundamentan este trabajo tanto desde una perspectiva antropológica como desde una perspectiva bioética ya que serían los dos ejes que vertebran esta investigación.

En la segunda parte, *De cuestiones metodológicas y contextuales*, se abordan todos aquellos aspectos relacionados con la descripción del método científico de investigación, que en nuestro caso es de enfoque cualitativo donde se han utilizado diferentes herramientas para la recolección de datos como la observación participante, las narrativas, la entrevista semiestructurada y el grupo focal. Este enfoque nos proporcionará la profundidad de comprensión alrededor de las respuestas que los actores nos aporten y no tanto en cantidad ni en número descriptivo de las mismas, así como el acercamiento a los espacios de trabajo de los actores de esta investigación que nos ayuda a entrar en su realidad y a contextualizar en unos lugares concretos, en este caso nos adentramos en un servicio de urgencias hospitalario y en una unidad móvil medicalizada de emergencias. Dos realidades distintas que pueden ser vistas como similares si no se conocen en profundidad.

En la tercera parte, *De cuestiones prácticas*, se realiza una inmersión en el campo de estudio, las urgencias y las emergencias. Esta realidad no responde a los estudios antropológicos de los trópicos pero la proximidad y el conocimiento vivencial que despiertan estos campos para la investigadora, contrastan con las características del objeto clásico de la antropología: lo distante y lo exótico. No por eso podemos negar el exotismo de estos servicios ya bien por el desconocimiento de los otros o por el halo que les envuelve. Si antes el objeto era distante sobre todo en el espacio y extraño, ahora se requiere hacer un ejercicio de distanciamiento de un objeto cercano y familiar como es el caso. Este acercamiento lo realizamos a través del cuerpo, cuerpo que sumergido en estos campos sufre modificaciones constantes y es desintegrado para ser reparado por diferentes motivos, como la enfermedad, el dolor o la muerte en el marco de un ser humano que esta configurado por otras

dimensiones que en muchas ocasiones quedan disipadas y provocan una dependencia permanente de los que les rodean siendo legitimadas posiciones de inferioridad moral en la toma de decisiones, tanto hacia las personas heridas como hacia los profesionales que les cuidan, creando así unas luchas internas que se dirimen de diferentes formas y maneras.

El último apartado, resume los resultados de nuestra investigación en forma de conclusiones y se plantean líneas de trabajo futuro en relación con estos temas para poder introducir propuestas de cambios y mejoras. En la bibliografía se incluyen los textos utilizados como referencias y los anexos recogen diferente tipos de documentos tanto relacionados con la metodología como con el diseño de la investigación.

Objetivos

Partiendo del marco teórico y conceptual que se desarrollará a continuación, se pretende responder a una serie de interrogantes que se refieren a las prácticas de las enfermeras en relación a la ética del cuidar.

El núcleo del trabajo que nos interesa desarrollar es investigar el modo de articulación de las prácticas desde una perspectiva ética por parte de los profesionales sanitarios en general y de enfermería en particular. Queremos conocer la racionalidad dominante o las diversas racionalidades de los profesionales respecto a sus actuaciones y qué condicionantes explican tales actuaciones frente a la práctica de los cuidados.

Nos preguntamos si la actuación de la enfermera y sus formas de razonamiento vienen dadas por el propio saber ético concretado en los principios éticos y principios bioéticos o a través de la ética del cuidar desarrollada dentro del modelo de enfermería descrito por Watson.

A partir de tales interrogantes, de carácter teórico y empírico, podemos delimitar los siguientes objetivos:

- 1. Analizar los significados, creencias y valores sobre las bases bioéticas en los discursos biomédicos y los discursos enfermeros.**

2. Conocer las posibles construcciones sociales emergentes de la ética enfermera reflejada en las representaciones y las prácticas profesionales, tanto a niveles ideológicos como operativos y si son utilizadas para la gestión asistencial de los cuidados.

3. Estudiar las actividades, prácticas y estrategias puestas en marcha por parte de las enfermeras dentro del ámbito asistencial con fines terapéuticos y asistenciales en el proceso del cuidar.

4. Analizar el tipo de relación que se establecen entre enfermeras y enfermo y si estas responden al modelo teórico del caring, desde una perspectiva ética, descrito por Watson.

5. Analizar las relaciones interprofesionales que se producen en diferentes situaciones de cuidados y lo que de ellas se derivan.

6. Analizar cuales son las situaciones que generan mayor conflicto, desde la perspectiva ética, a los profesionales que trabajan en los ámbitos de urgencias y emergencias.

PRIMERA PARTE

De cuestiones teóricas

*La humanidad, en su marcha oscilante,
gira incesantemente sobre sí misma.
Sus progresos sólo son el
rejuvenecimiento de sus tradiciones.
Los sistemas -opuestos en apariencia-
presentan siempre el mismo fondo, visto
desde ángulos diferentes.*

Pierre-Joseph Proudhon

1. Bourdieu en la práctica asistencial

1.1 Una mirada desde claves bourdianas

Para iniciar un camino por los mundos teóricos de las ciencias sociales hay que partir de los intereses del observador y de la axiología de quien lo expresa, en este caso depende de mi Yo, el Yo de un híbrido entre enfermera y antropóloga que nunca sabe si se expresa como una o como otra. ¿Por qué durante las próximas páginas hablaré de Bourdieu? La verdad, por sugerencia del Dr. Canals, director y guía espiritual de esta tesis y por la experiencia vivida con el Dr. Fernández en los seminarios que dicta, en la Universidad Complutense de Madrid, sobre el autor y que he tenido la suerte de poder disfrutar ayudándome a comprenderlo mejor.

En Bourdieu he encontrado un punto de partida para poder analizar desde un armazón teórico mi investigación. Con el estudio y el análisis de sus textos he podido entender mejor una realidad social. Se asemejan su forma de pensar y analizar a la realidad social de un servicio de urgencias, centro de mi investigación. Su teoría es dinámica, cambiante, plástica, modelable y adaptable. Es una forma de pensar en movimiento continuo, como la vida que se sucede en un servicio de urgencias de cualquier hospital.

Bourdieu ha sido un personaje polémico, odiado por unos e idolatrado por otros, criticado ferozmente y adulado con pasión incondicional; uno de estos reflejos gráficos lo podemos encontrar en un artículo publicado en el New York Times², donde se refleja su trayectoria y se pormenorizan las apasionadas críticas que recibe de sus mayores detractores en relación a su forma contundente y cruda de denunciar lo que consideraba no respondía a lo que debería ser. También se le cuestiona su simplicidad excesiva frente a la realidad social, ardua y compleja, de universalizar a partir de la particularidad concreta y de su supuesta hipocresía utilizando los medios de comunicación para hacer sociología de bolsillo y no la estrictamente académica que muchos le reprochaban. Se le podría criticar que sus planteamientos son un tanto totalizantes, pero en toda teoría su eficacia depende de cómo se aplica y a qué se aplica.

La cuestión es que Bourdieu vivió 71 años³ y no pasaron desapercibidos, murió en un Hospital Saint Antoine de París, en enero de 2002, dejando muchas ideas y conceptos que a la vez son polémicos e innovadores.

Para el análisis de las prácticas, en un servicio de urgencias, alrededor de las situaciones de conflicto ético, nos ha parecido muy interesante, y sobre todo útil, poder utilizar la Teoría de la Práctica que plantea él, para hacer el análisis de las relaciones que se llevan a cabo, así como de todo lo que se intercambia y está en juego, así como la incorporación de elementos y conceptos claves de su teoría a la interpretación de una realidad.

Considero que la perspectiva teórica que ofrece el pensamiento de Bourdieu, puede ayudar al análisis de la realidad concreta, como es el espacio social de los servicios de urgencias, eje central donde se van a desarrollar todas las

² Artículo escrito por el periodista Emily Eakin y publicado el 6 de enero del 2001 en el diario New York Time, titulado *The intellectual Class Struggle* donde, el periodista hace un recorrido por sus obras y explica una de las críticas más duras que se le hace a Bourdieu desde la Academia Americana de Sociología así como las realizadas por los sociólogos Michel Lamont y Alain Finkelkraut en torno a sus planteamientos teóricos y metodológicos desde sus orígenes.

³Gutiérrez (2002) en *Siete décadas de coyuntura en la sociología de Pierre Bourdieu* hace un recorrido de 70 años de historia del mundo occidental y como el sociólogo se enfrentó dialécticamente a lo que él denominaría "racismo de la inteligencia" elaborando una cincuentena de obras que se analizan en este artículo que considero muy interesante para acercarse al autor y su obra.

representaciones y prácticas susceptibles de análisis en apartados posteriores, aportando una aproximación de la práctica a la teoría muy interesante.

Giménez (1997), describe la obra de Bourdieu como una de las más imaginativas y originales de la posguerra; hasta el punto de que el autor comienza a ser considerado, ya en vida, como un clásico de las ciencias sociales. Giménez nos dice que una encuesta publicada sobre los libros más leídos y estudiados hasta nuestros días por los sociólogos e intelectuales europeos hacen de las obras: *Les Heritiers* (1964), *La Reproduction* (1970) y *La Distinction* (1979), centro de interés de los investigadores.

Aunque, como dice Sánchez-Redondo(s/f), es difícil encajar las ideas de Bourdieu en un enfoque sociológico concreto, *“tiene algo de funcionalista, especialmente en su corriente crítica, al resaltar las desigualdades sociales en educación debidas a factores de clase social. Por su propio lenguaje, y por conceptos e ideas sobre la legitimidad, ideología, cultura dominante, reproducción, bien podría ser considerado marxista”*.

Muchos otros autores confirman la tesis de las influencias recibidas de Marx, Durkheim y Weber, que el mismo Bourdieu confirma diciendo que *“representan puntos de referencia que estructuran nuestro espacio teórico y nuestra percepción de este espacio”* (Bourdieu, 1988: 40) y etiqueta su propio trabajo de estructuralismo constructivista o de constructivismo estructuralista.

Nunca fue partidario de los etiquetajes teóricos, pero aún así él mismo se definió, introduciendo una nueva variedad teórica dentro de las ciencias sociales *“(...) la respuesta a la cuestión de saber si un autor es marxista, durkheimiano o weberiano no aporta casi ninguna información sobre este autor (...)Uno de los obstáculos para el progreso de la investigación es este funcionamiento clasificadorio del pensamiento académico, y político, que a menudo prescribe la invención intelectual impidiendo la superación de las falsas antinomias y las falsas divisiones. La lógica de la etiqueta clasificadoria es exactamente la del racismo, que estigmatiza al encerrarse en una esencia negativa. En todo caso, constituye, a mi modo de ver, el principal obstáculo para lo que me parece ser la justa relación*

con los textos y con los pensadores del pasado...(tengo con los autores) ...relaciones muy pragmáticas: recurro a ellos como a compañeros en el sentido de la tradición artesanal...a quienes se puede pedir una ayuda momentánea en las situaciones difíciles... Se toma la riqueza allí donde se la encuentra...La función de la cultura es designar a los autores en quienes se tienen posibilidades de encontrar ayuda...Es posible servirse de ella (la cultura) como de una caja de herramientas, más o menos inagotable” (Bourdieu, 1988, 38-39). Realmente podemos afirmar que para llevar a cabo esta investigación, de algún modo, se repite este modelo y utilizamos a Bourdieu como referencia.

Él define el estructuralismo en el sentido de que en los espacios sociales existen estructuras objetivas independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que influyen en sus prácticas o representaciones; y por constructivismo quiere decir que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, que constituyen el habitus y de otra parte, existen estructuras, particularmente campos o grupos, dentro de las clases sociales (Bourdieu, 1988, 127)⁴.

Se podría continuar buscando influencias y corrientes en su obra pero de algún modo, pienso que lo más importante en este momento es iniciar el camino hacia aquello que nos aporta el autor y que puede ser utilizado en las representaciones y prácticas en nuestro espacio social de estudio.

1.2 Una introducción a la teoría de la práctica

La teoría de la práctica formulada por Bourdieu, en sus obras *Esquisse d'une théorie de la pratique* y *El sentido práctico*, constituye el primer núcleo teórico de su trabajo en los más diversos campos, como explica Fernández (2004).

⁴ Encuentro que el trabajo realizado por el profesor Sánchez- Redondo, sobre la trayectoria y obra de Pierre Bourdieu ayuda mucho a entender algunas de las intersecciones entre modelos teóricos que se presentan en sus trabajos y comparto con él que este autor es polifacético y a la vez casi inclasificable. Este afán de clasificación ya lo critica Bourdieu y dice que éste proviene, del mundo académico y científico, que exige, en bien de la mejor docencia, poner en cuadros todo aquello que pueda ser encuadrado, se supone que para un mejor recuerdo y comprensión de quienes están aprendiendo.

Entender la lógica de la práctica en cualquier esfera de la vida social, profesional, educativa... desde los planteamientos del autor de esta teoría, conlleva poder dar cuenta de ese sentido práctico de la cotidianidad y que éste se analice desde y o a partir de situarse en la propia actividad real tal y como está construida, siendo observador de las actitudes, de las acciones o actuaciones y de las orientaciones de los agentes sociales, según las diferentes posiciones que ocupan en el campo social y de acuerdo con la propia lógica del mismo. Dicho en otras palabras y utilizando las metáforas del propio autor, podríamos decir que son las relaciones entre el juego y el sentido del juego y la forma de participar, las normas del mismo, lo permitido, lo prohibido...donde se engendran infinitud de posibilidades objetivas susceptibles de ser estudiadas. Es lo que posteriormente desarrollaremos como la relación entre un habitus y un campo. Nuestro campo de juego serán aquellos lugares donde desempeñan una actividad concreta una serie de profesionales sanitarios y esta es la de atender a las demandas urgentes de salud y enfermedad. (Bourdieu, 1999) (Fernández, 2004).

El tratamiento que realiza Bourdieu respecto a las ciencias sociales consiste en considerarlas como ciencias de la transformación que buscan encontrar el orden social oculto tras el orden simbólico, para explicar racionalmente las estructuras y los espacios sociales así como ayudar a construir una visión real o más real del espacio estudiado.

Esta es la razón fundamental por la que he escogido la teoría de la práctica como herramienta fundamental para realizar el análisis en este trabajo de investigación.

Partiré de la propuesta que hace Wacquant (2005) situando este modelo de pensamiento relacional y analógico que se opone, como anteriormente ya hemos mencionado, a otros modelos que prescriben que los fenómenos sociales se han de explicar partiendo exclusivamente de las propiedades, de los fines, de las creencias y de las acciones individuales (Brunet y Morell, 1998:202). Esta construcción teórica se sustenta en tres conceptos que son fundamentales y que podríamos decir que son inseparables para poder entender la realidad estudiada: *campo*, *capital* y *hábitus*.

Estos deben ser definidos dentro del sistema teórico que constituyen y al que van a dar razón de ser ya que son su propia esencia.

Comprender los significados de ese complejo conceptual nos ayudará a entender las relaciones entre los agentes que concurren en el campo. Centrándonos en el objeto de esta tesis, puede dar luz para entender lo que ocurre en la toma de decisiones éticas en situaciones de urgencias y los agentes que participan en ellas.

El agente es definido por la sociología como un sujeto reproductor de prácticas dentro de un espacio social acorde con la posición que ocupa en el mismo.

Bourdieu recalca la idea de que el hombre sólo puede ser entendido como ser social, como producto y productor de la realidad social, a través de guías normativas para la acción, estructuradoras de ésta y que configura lo que él define como *hábitus*, concepto que más adelante desarrollaremos. Bourdieu afirma que “(...) *un agente o una institución forma parte del campo en la medida en que sufre y produce efectos en el mismo*”(Bourdieu y Wacquant 1995: 193), dicho de otra manera por el propio autor “(...) *los sujetos son en realidad agentes actuantes y conscientes dotados de un sentido práctico (...) sistema adquirido de preferencia, principios de visión y de división (lo que se suele llamar un gusto), de estructuras cognitivas duraderas (que esencialmente son fruto de la incorporación de estructuras objetivas) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada*”. (Bourdieu, 1997:40). Se critica que el concepto de *habitus* es bastante conservacionista, en la medida que puede interpretarse como algo fijo y estable, que ignoraría el cambio. Lo cierto es que el *habitus* es un elemento obstaculizador del cambio en las conductas y relaciones, y por tanto útil en el análisis de los servicios de urgencias⁵.

Aunque esta concepción no deja de levantar dudas porque parte de la asunción de que las mismas condiciones objetivas afectan por igual a individuos diferentes este planteamiento puede ser desmentido, como plantea Granés (2008), mediante las

⁵ Menéndez (2002), en el capítulo “*Uso y desuso de conceptos en antropología cultural*” aborda el uso del concepto de *habitus* y nos recuerda que si cierto es que hubo un resurgir del concepto en Bourdieu, este ya había sido utilizado anteriormente dentro de las ciencias antropológicas, sociales e históricas haciendo un repaso de los autores que lo utilizaron en los diferentes ámbitos y épocas.

propias experiencias ya que difícilmente se produce tal paridad de propósitos. Afirma que los individuos van a pensar y obrar regidos por factores externos, que no dependen de ellos, y no según sus propósitos, intereses o valores; y que las elecciones que tomen no serán realmente libres sino el resultado de su historia y sus condiciones sociales.

1.3 El campo...de lucha

Pensar en el campo significa pensar en relaciones y aunque el propio autor no es muy partidario de definiciones precisas, para evitar dogmatismos y promover el dinamismo y la continua reconstrucción de los términos, sí que realiza una aproximación al significado del mismo. Para él es una red de relaciones objetivas, de significado y de fuerza entre las diferentes posiciones de los agentes o entre los agentes y la institución que los acoge. Se persigue, en forma de lucha, el dominio de un determinado tipo de capital o ganancias específicas que puedan estar en juego dentro del campo y se distingue sobre todo por las relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.).

No todos los campos se expresan de forma visible para los que participan en él; el nivel de institucionalización ayudará a la visibilidad de los mismos, a mayor nivel de institucionalización mayor reglamentación establecida, para poder definir así las competencias de cada uno de los agentes del campo, como es el caso de las instituciones sanitarias donde la reglamentación y las competencias derivadas de los diferentes títulos de los agentes hacen que estén muy compartimentadas y en este caso jerarquizadas.

Ocurre lo mismo en los servicios de urgencias, donde conviven diferentes agentes sociales cuyas competencias son distintas pero tienen un objeto de trabajo común aunque no un objetivo, como posteriormente veremos. Sin embargo, en el fondo hay unas relaciones que podemos definir como de alianza entre ellos, frente al *otro*, en este caso las personas que utilizan estos servicios mediante demandas urgentes de atención sanitaria.

El objetivo de esta alianza es la búsqueda del mayor beneficio e imponer aquello que los define como grupo, así como mantener excluidos a otros grupos del que considera el suyo y lo tienen legitimado como tal.

Es el caso que se reproduce en las relaciones interprofesionales entre los diferentes colectivos que conviven dentro del mismo servicio de urgencias; médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, técnicos... o las relaciones que se construyen, cuando aparecen otros grupos de profesionales en el campo, que tienen algunas similitudes pero que no alcanzan la legitimación por parte de los grupos institucionalizados con mayor poder, como en el caso de los equipos de emergencias extrahospitalarios, que constituyen por si solos otro campo, al menos subjetivamente.

La posición dentro del campo depende del tipo, el volumen y la legitimidad del capital así como del hábitus que adquieren los sujetos a lo largo de su trayectoria, y de la manera que ésta varía con el tiempo; dicho de otra forma la posición en el campo estudiado depende sobre todo de la legitimidad del capital ofrecida por la propia sociedad, la institución, las trayectorias de las profesiones a los agentes sociales y, de entre todos los profesionales que participan en la atención en situaciones de urgencia, será a los médicos, a los que se les atribuya el mayor capital. Esto facilita la aparición de los campos de fuerza y significado en términos bourdianos, ya que se caracterizan por una distribución desigual de los recursos y el poder y, por lo tanto, por una corriente de fuerzas entre dominantes y dominados que hacen que estos campos de fuerza se conviertan en campos de lucha, donde los agentes se enfrentan para transformar la correlación de fuerzas⁶.

Cualquier campo es un microcosmos dentro de un macrocosmos donde se dan encuentros entre individuos y grupos que permiten la confrontación de opiniones, ideas, aspiraciones que dan respuesta a los objetivos y los intereses específicos y donde se toman decisiones sobre situaciones concretas, que deben ser ejecutadas en el marco de la prestación de unos servicios que aparecen a través de la

⁶ Bourdieu (1972) señala que los campos de fuerzas se constituyen sobre el binomio relaciones de fuerza/relaciones de sentido.

demanda. Esto obliga a que se desplieguen luchas y relaciones de poder que muchas veces son asimétricas y que en ellas operan factores de desigualdad, que a las alturas de los tiempos que corren deberían estar superadas si el discurso sobre el trabajo en equipo fuera una práctica real.

Bourdieu en el marco de una entrevista,⁷ explicaba que cada campo es una República en la que están los dominados y los dominadores y también las relaciones de poder aunque no todos los poderes son del mismo tipo. Él afirmaba que en esas luchas se ponen en juego los márgenes del campo así como la propia definición, quien puede entrar y quien no, quien tiene poder para decidir y quien no, cuales son las cuotas de poder y como se reparten.

En consecuencia, podemos decir que nos encontramos frente a un campo específico de estudio que es el campo sanitario y que engloba subcampos como es el de los servicios de urgencias en el que nos moveremos en este trabajo.

El campo de las urgencias⁸ es un espacio complejo compuesto por los productores científicos, en este caso los investigadores y profesores en medicina y enfermería especializada en urgencias y emergencias; los distribuidores que serán los médicos, enfermeras y resto de profesionales sanitarios que de alguna forma desempeñan su labor profesional en este servicio directa o indirectamente. También están presentes los consumidores, papel que corresponde a las personas que reciben la asistencia por parte de estos profesionales, a los estudiantes que aprenden de sus expertos, etc. Y no hay que olvidar la presencia de las instancias legitimadoras y distribuidoras del bien: las instituciones, los hospitales, las universidades, las empresas de asistencia prehospitalaria urgente, entre otros.

⁷ Entrevista realizada por Pepe Rivas, escritor clasificado en la contracultura literaria, a Pierre Bourdieu en 1999 y que esta disponible en la siguiente URL;

http://www.ddooss.org/articulos/entrevistas/Pierre_Bourdieu.htm

⁸ A partir de este momento a los servicios de urgencias los interpretaremos como el campo de urgencias tomando conciencia de que son un microcosmos, dentro de un macrocosmos institucional con el objetivo de que no surjan confusiones con el campo de la medicina, campo de la enfermería, campo de la gestión...cuyo análisis probablemente sea distinto y la definición de los conceptos básicos también.

Llegado este punto podemos empezar a descifrar la interpretación que hace Bourdieu sobre lo que está en juego sobre el capital.

1.4 El capital...en juego

Las comparaciones, que continuamente hace Bourdieu con el juego sirven para explicar y entender de forma sencilla, conceptos que son de contenido arduo y a veces bastante abstractos. Cada campo tiene una serie de capitales que corresponden con los recursos legitimadores, por lo que podemos afirmar que no existe un solo tipo de capital, sino que el capital es un concepto pluridimensional.

Cuando entran en relación campos y capitales y estos se enfrentan, el poder hace de árbitro y se convierte en el elemento ordenador. Dentro de la pluridimensionalidad del capital, Bourdieu hace tres categorías y posteriormente incluye una cuarta. Dentro de cada una de ellas realiza diferentes agrupaciones e interpretaciones a lo largo de toda su vida. Estas son: el capital económico, el capital social, el capital cultural y el capital simbólico, los cuales se pondrán en juego en los diferentes campos y con diferente intensidad, en función de los objetivos que se quieran conseguir.

Gutiérrez (2002) lo interpreta como que las especies de capital son como una buena carta en un juego, son poderes que definen las probabilidades de obtener un beneficio en un campo. Es decir a cada campo o subcampo le corresponde una especie particular de capital vigente como poder y como lo que está en juego especialmente en los mercados específicos.

Capital puede definirse como *“el conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden”* (Costa, 1976, citado por Gutiérrez 2002: 35).

Giménez (1997) en vez de denominarlos capital los denomina recursos que a pesar de su diversidad, pueden agruparse en tres grandes categorías: recursos de naturaleza económica, recursos de naturaleza cultural y recursos sociales.

Estos tres grandes tipos de recursos no sólo constituyen *los intereses en juego* dentro de determinados campos, sino también las condiciones para *entrar en*

juego y hacer jugadas rentables dentro de un campo, de modo que se acrecienten los recursos inicialmente comprometidos.

1.4.1 El capital económico

Corresponde al bienestar material o recursos de naturaleza económica, entre los que el dinero ocupa actualmente el papel más relevante y traspolable a nivel mundial⁹. La forma concreta en que se manifiesta el capital dependerá de cual sea el campo de aplicación correspondiente. Así que el capital económico es directa e inmediatamente convertible en dinero y resulta indicado para la obtención de bienes relacionados con el derecho a la propiedad, pero no es este un capital que esté tan en juego en el campo de nuestro estudio, por lo menos de forma directa o tan relevante como en otros casos.

1.4.2 El capital social¹⁰

Gutiérrez (2002) lo define como el conjunto de relaciones y sobre todo de recursos, tanto reales como potenciales, que están vinculadas a una red más o menos institucionalizada y reconocida. La autora, mediante una cita de Bourdieu del artículo titulado *Capital social, notas provisionales* publicado en las *-Actas de la investigación de ciencias sociales-*, define como *Capital Social*¹¹, el: “(...)conjunto de los recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento y de inter-reconocimiento; o, en otros términos, a la pertenencia a un grupo, como conjunto de agentes que no sólo están dotados de propiedades comunes (susceptibles de

9 Aunque el concepto puede entenderse por herencia como el concepto clásico de capital de Marx, centrándolo en las connotaciones económicas, Bourdieu introduce otras características y funciones a este concepto, que no desarrollaremos por no ser necesarios para este trabajo, como es la lógica de Marx para el análisis de los campos económicos.

10 El concepto de capital social ha sido utilizado a menudo de manera poco apropiada y ha dado lugar a enconados debates en los cuales aquí no entraré para mantener la coherencia del esquema teórico.

11 El concepto de capital social fue iniciado por otros autores antes que Bourdieu como Alexis de Tocqueville, Max Weber o Émile Durkheim, posteriormente James Coleman y más adelante desarrollado por Pierre Bourdieu. Lo interesante de Bourdieu es que lo usó para referirse a las ventajas y oportunidades que obtienen las personas al ser miembros de ciertas "comunidades".

ser percibidas por el observador, por los otros o por ellos mismos), sino que también están unidos por lazos permanentes y útiles.” (Gutiérrez 2002: 38).

La definición de capital social es bastante sencilla. Es como una moneda que permite que un grupo social dentro de la sociedad concreta, opere efectivamente. Esto incluye factores intangibles tales como valores, normas, actitudes, confianza, redes y otros semejantes.

El capital social está percibido, sobre todo, como un bien individual y su análisis se basa en la concepción interesada de las relaciones sociales. Bourdieu da prioridad, entre las formas sociales creadoras de capital social, a las instituciones. En el campo de las urgencias, podríamos referirnos al papel de las instituciones facilitando la participación, más de unos agentes que de otros, a congresos, jornadas, o bien cenas entre gestores y asistencia a reuniones, aunque todos los agentes no tienen las mismas posibilidades de participación en las mismas, ya que ésta es limitada en función de los intereses del momento. Asimismo, las estrategias de concentración y apropiación aplicadas por los agentes, como los mecanismos de delegación y representación, ilustran los procesos desiguales y los efectos de dominación que vehiculan el capital social.

Bourdieu no presta atención a la diversidad de formas de capital o a dinámicas de capital social aplicadas en los intercambios no legítimos. El capital social multiplica el efecto de dominación del capital económico y cultural y probablemente es por ello por lo que no ha sido objeto de investigaciones empíricas como las demás formas de capital.

Este es un capital que da mucho poder a algunos agentes, sobre todo a los que tienen la posibilidad de repartirlo entre los mismos, ya que limitan o facilitan la entrada de los agentes en los diferentes grupos y además se puede utilizar como mecanismo de protección para evitar que agentes que no se desean puedan acceder al mismo.

Como podemos ver, es muy importante este capital porque tiene una fuerte incidencia en la construcción del espacio social concreto y en la construcción del campo.

1.4.3 El capital cultural

Bourdieu plantea que el capital cultural se presenta en tres estados típicos, distinguiendo para cada estado una modalidad de adquisición y de transmisión.

El capital cultural puede existir en *estado incorporado*, es decir, bajo la forma de disposiciones duraderas del organismo. Esta es la forma fundamental de capital cultural puesto que está ligado al cuerpo, se realiza individualmente y supone su incorporación mediante la pedagogía familiar y el contexto sociocultural. No puede ser delegado y su transmisión no puede hacerse por donación, compra o intercambio, sino que debe ser adquirido; queda marcado por sus condiciones primitivas de adquisición, no puede ser acumulado más allá de las capacidades de apropiación de un agente singular y muere con las capacidades biológicas de su portador. Esta forma de capital cultural se destaca en lo esencial por su modo disimulado de adquisición, que lo hace aparecer como adquisición y propiedad innata.

El capital cultural *en estado objetivado* se encuentra bajo la forma de bienes culturales, como pueden ser los libros, diccionarios, instrumentos, esculturas, cuadros, máquinas, etc. Y éste tiene su propia lógica de transmisión. Puede ser transmitido en su materialidad, desde el punto de vista jurídico, en forma instantánea (herencia, donación, etc.) o puede ser apropiado por capital económico. Lo particular de este capital es que su apropiación material no implica la apropiación de las predisposiciones que actúan como condiciones de su apropiación específica, es decir, el *hábitus* al que anteriormente hicimos referencia. Los bienes culturales suponen el capital económico para su apropiación material y el capital cultural incorporado para su apropiación simbólica.

Y por último, el capital en *estado institucionalizado*, forma de objetivación que es necesario poner por separado porque, como se observa con el título escolar, confiere ciertas propiedades totalmente originales al capital cultural que supuestamente debe garantizar. El capital cultural institucionalizado confiere a su portador un valor convencional, constante y garantizado jurídicamente. En este caso los títulos académicos de los agentes son la moneda de cambio para participar en el campo.

1.4.4 El capital simbólico

Éste consiste en ciertas propiedades impalpables, inefables y cuasi-carismáticas, que parecen inherentes a la naturaleza misma del agente. Tales propiedades suelen llamarse, por ejemplo, autoridad, prestigio, reputación, crédito, fama, notoriedad, honorabilidad, talento, don, gusto, inteligencia, etc. En definitiva lo hace poseedor de la gracia. Según Bourdieu, el capital simbólico así entendido, “(...)es una propiedad cualquiera, fuerza física, riqueza, valor guerrero, que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica: una propiedad que, porque responde a unas expectativas colectivas, socialmente constituidas a unas creencias, ejerce una especie de acción a distancia, sin contacto físico.” (Bourdieu, 1997: 172-173). Tales propiedades sólo pueden existir en la medida en que sean reconocidas por los demás como formas de crédito otorgados a unos agentes por otros agentes.

Aunque claramente distintas, las diferentes especies de capital están estrechamente vinculadas entre sí y bajo ciertas condiciones pueden transformarse unas en otras.

Bourdieu (1997) pone como ejemplo, entre otros, el *honor* en las sociedades mediterráneas planteando que sólo existe en la medida que es percibido por los otros como un valor sin tener una existencia real, sino un valor efectivo que se basa en el reconocimiento por parte de los demás que hace que se materialice ese valor. Para que ese reconocimiento se produzca debe haber consenso respecto al mismo.

Germaná (1999) fundamenta éste en la necesidad que tienen los seres humanos de justificar su existencia social, de encontrar unas razones que justifiquen su propia existencia. De hecho es afán de los humanos, según Bourdieu, el asegurar la existencia como miembro de un grupo asumiendo una imagen que confiere el hecho de poseer un nombre, un título, un cargo, lo que Germaná denomina ficción social, pero que es necesaria porque si no ¿por qué se plantea el problema de la falta de reconocimiento social y los sentimientos de frustración o rabia derivados de la misma?

En *Meditaciones Pascalianas*, Bourdieu afirma que este capital es un capital que podríamos decir, surge de la transformación de los otros tres tipos (económico, cultural y social) cuando obtienen el reconocimiento explícito. En su propias palabras “(...) *el capital simbólico (el honor masculino de las sociedades mediterráneas, la honorabilidad del notable o el mandarín chino, el prestigio del escritor famoso, etcétera) no es una especie particular de capital, sino aquello en lo que se convierte cualquier especie de capital cuando no es reconocida en tanto que capital, es decir, en tanto que fuerza, poder, o capacidad de explotación (actual o potencial) y, por lo tanto reconocida como legítima.*” (Bourdieu 1999: 319)

El capital simbólico constituye la base del poder simbólico. En realidad toda forma de dominación tiene una dimensión simbólica. Germaná (1999) afirma que los actos de sumisión y de obediencia, son actos de conocimiento y reconocimiento por lo que las relaciones de dominación deben ser legitimadas y reconocidas como tal, de manera que los dominados se adhieran al orden dominante sin saberlo. Este planteamiento sobre las relaciones de dominación tiene puntos de contacto importantes con los conceptos de *hegemonía/subalternidad*¹² elaborados antes por Gramsci, aunque el alcance teórico de estos últimos es más amplio. A partir de ellos Menéndez (1985) propone su noción de *Modelo Médico Hegemónico* (MMH)¹³, que también será necesario aplicar en esta investigación.

El campo del saber médico se ha caracterizado, a lo largo de todos los tiempos, por apoderar capital simbólico, que muchas veces se traduce en poder

¹² Gramsci utiliza el concepto de hegemonía para analizar las relaciones de poder y las formas concretas que tienen las personas de vivirlas. El concepto se desarrolla ampliamente en Crehan (2004:120-127). La hegemonía es entendida, a diferencia de la dominación, que se ejerce sobre adversarios y mediante la violencia, como un proceso de dirección política e ideológica en el que una clase o sector logra una apropiación preferencial de las instancias de poder en alianza con otras clases, admitiendo espacios donde los grupos subalternos desarrollan prácticas independientes y no siempre “*funcionales*” para la reproducción del sistema. (García 1984: 72-73)

¹³ Menéndez describe este modelo como “(...) *el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que logra identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por le Estado.*” Menéndez (1990), también describe dentro de el MMH tres subtipos: El médico *individual* privado, el médico *corporativo institucional* y el médico *corporativo privado*, que comparten elementos como el individualismo, el reduccionismo, la medicalización, preeminencia de la productividad cuantificada y no cualificada así como el distanciamiento entre la ciencia y la práctica muy presentes en la realidad estudiada.

simbólico, utilizado por los agentes de diferentes formas, algunas de ellas ejercidas con el objetivo de generar fuerzas entre los mismos. Bourdieu, denomina este ejercicio *violencia simbólica*, siendo ésta socialmente reconocida y aceptada. Esta es “(...)la coerción que se instituye por mediación de una adhesión que el dominado no puede evitar otorgar al dominante (y, por lo tanto, a la dominación) cuándo sólo dispone para pensarlo y pensarse o, mejor aún para pensar su relación con él, de instrumentos de conocimiento que comparte con él y que, al no ser más que la forma incorporada de la estructura de la relación de dominación, hacen que esa se presente como natural...” (Bourdieu, 1999: 224-225). A partir de estas asimetrías en las posiciones, en el campo y en nuestro caso en el servicio de urgencias, se configuran subjetividades particulares, ya que se definen espacios donde se establecen relaciones de poder y donde el campo se transforma en un campo de lucha en el que se disputa el acceso a un capital específico, el capital simbólico que todos anhelamos.

Marton y Echazú (2006) afirman que la violencia no pertenece a dominios cerrados de los ámbitos de género, etnia o posición social sino que traspasa estos niveles y se enclava en nuestras prácticas y usos discursivos más cotidianos. Afirman también que la violencia y sus interpretaciones circulan por diversos canales en función de principios como la clase, la posición, el género, la profesión, la generación, la veteranía en un campo...etcétera.

Gutiérrez (2002) cree que este tipo de violencia está eufemizada y por esto es socialmente aceptable, desconocida y arbitraria y se fundamenta en el desconocimiento por los mismos sujetos de los propios mecanismos que hacen que se haga efectiva.

Se asemeja a una teoría de la magia, se sustenta en la teoría de las creencias donde se dota a los agentes “(...)de esquemas de percepción y de valoración que les permitirán percibir las conminaciones inscritas en una situación o en un discurso y obedecerlas.”(Bourdieu, 1997: 173). Estas creencias no son explícitas ni voluntarias,

sino que son incorporadas de forma dóxica¹⁴ que da derecho de entrada en un juego y derecho de pertenencia a un campo. Good (2003) critica la noción de creencia y su uso desde la filosofía y la antropología. El análisis que plantea del uso del concepto, por parte de los profesionales, es que se utiliza solapándolo con el conocimiento y esto hace que pierda objetividad, entrando así en los juicios de valor. También critica que se utilice como una categoría analítica asociada a la religión y a los planteamientos realizados por las ciencias populares, estando ligado a los discursos culturales ya sean claramente clasificables en el mundo del conocimiento o no. Desde la antropología médica plantea un uso similar asociado sobre todo a discursos culturales donde las teorías biologistas tienen mayor relevancia. No hay concordancia en el uso del concepto y su significado analítico y afirma que *“(...) fue fatal para la antropología que la creencia emergiese como una categoría básica para el análisis cultural (...) dada la semántica del término, es decir, del significado que adoptó el concepto de “creencia” a finales del S. XIX, y el que ha continuado teniendo en el siglo XX, el análisis de la cultura como creencia reflejaba, y contribuía a reproducir, una subyacente epistemología y una predominante estructura de las relaciones de poder”*. (Good 2003: 54).

La violencia simbólica es muchas veces insensible e invisible para sus propias víctimas y se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento ejercido en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado.

Partiendo de estas tesis, en nuestro campo de estudio también se encuentran presentes esas asimetrías de posiciones, o esas relaciones desiguales tanto entre los propios profesionales como con las personas que demandan asistencia en el servicio de urgencias, que pueden llevar a situaciones de violencia simbólica que retomaremos en la presentación del trabajo de campo.

Llegado este momento creo necesario desarrollar otro concepto que, aunque ha ido apareciendo, juega un papel muy importante en la construcción del mundo

¹⁴ Por doxa, entiende Bourdieu el conjunto de creencias y de prácticas sociales que son consideradas normales en un contexto social, las cuales son aceptadas sin cuestionamientos.

social y en este caso para el análisis del campo de urgencias, así como para comprender las prácticas que en él se llevan a cabo de forma concreta. Me refiero al concepto de *hábitus*.

1.5 El hábitus...para el cuerpo

Este no es concepto nuevo¹⁵, ni fue inventado por Bourdieu, pero si que es cierto que será su incorporación a la sociología lo que lo haga un término clave de su construcción teórica. También juega un papel muy importante en la construcción del mundo social ya que, desde la perspectiva del autor, sirve para superar la oposición entre el objetivismo y el subjetivismo, que de forma independiente conduce a reducir al sujeto a mero soporte de la estructura por parte del primero. Este es un carácter particularista, ya que existe una mirada internalizada del sujeto, de forma que es único y responde a la lógica del juego que se produce en el campo.

Este concepto, como apunta Mantilla (2005), en la obra de Bourdieu ha tenido un abordaje que ha sido puntualizando desde los aspectos más estructurados a los más indeterminados, dando así cuenta de la dimensión tan amplia que puede llegar a abarcar el concepto, así como una de sus funciones más relevantes, la de mediador entre el individuo y la estructura.

Bourdieu, según Martín (2002), entiende por hábitus el conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Estos esquemas generativos están socialmente estructurados: han sido conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales en el que el agente social se ha conformado

¹⁵ Como plantea Martín (2002) este concepto se remonta a Aristóteles que denominó *hexis* y que posteriormente fue traducido a *hábitus*. Será con autores como Husserl y Merleau-Ponty que proporcionaran una teorización del concepto, pero en términos de percepción y acción individual. Por otro lado, el concepto se encuentra también en la obra de algunos sociólogos clásicos como Durkheim y Weber que lo utilizan sin definirlo, hasta que Bourdieu le da esa doble funcionalidad. Mauss ya había avanzado las bases de la propuesta de Bourdieu con su teorización acerca de las *técnicas del cuerpo* y las *imágenes del cuerpo* Mauss(1999):365 y ss.

como tal. Pero al mismo tiempo son estructurantes: son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente.

El hábitus se convierte en el principio unificador y generador de las prácticas en los espacios sociales mediante unos estilos concretos, “(...) *los agentes aprehenden los objetos a través de los esquemas de percepción y de apreciación de sus hábitus (...)*” (Bourdieu, 1991: 208)

Las prácticas de los sujetos se producirán y organizarán, a partir del hábitus, en función de sus propias percepciones, de la forma de apreciar la división del mundo en categorías, distinguir entre lo bello y lo feo, lo adecuado y lo inadecuado, lo que vale la pena y lo que no vale la pena y evaluar entre lo bueno y lo malo a partir de lo cual se generarán las prácticas. En definitiva, las elecciones que los agentes sociales llevarán a cabo en cada momento y por consiguiente el abanico de prácticas distintas interiorizadas por un grupo social en el que se ha sido educado con unas ideas, unos pensamientos, unos valores y unas prácticas concretas. Esta internalización de las estructuras, modos y formas de actuar de los agentes serán recreados posteriormente por nuevos agentes, que se vayan incorporando con las generaciones vinientes. *Hábitus y campo* son las dos caras de una misma moneda. La relación entre ellos es “(...) *ante todo, una relación de condicionamiento: el campo estructura al hábitus, que es producto de la incorporación de la necesidad inmanente de ese campo o de un conjunto de campos más o menos concordantes; las discordancias pueden estar en el origen de hábitus divididos e incluso desgarrados. Pero también es una relación de conocimiento o construcción cognoscitiva: el hábitus contribuye a construir el campo como mundo significativo dotado de sentido y valor, en el cual vale la pena invertir energía.*” (Bourdieu y Wacquant, 1995:87).

Fernández (2003) distingue, al menos, tres componentes para la conceptualización y que son continuistas con las ideas de los anteriores autores nombrados. En primer lugar el hábitus genera prácticas por parte de los sujetos sin que estos sean conscientes. En segundo lugar permite reproducir contenidos determinados que habían sido previamente incorporados por los agentes. Y por

último incluye disposiciones para la acción que corresponden finalmente a la posiciones objetivas que los agentes ocupan en el campo.

Los agentes, tal y como lo interpreta Acosta (2006), actúan reproduciendo las reglas de cada campo. No obstante, Bourdieu niega que esto pueda volver previsibles las acciones de los mismos. Así pues, las disposiciones del *hábitus* se encuentran encarnadas en los cuerpos concretos, situados a su vez, en campos sociales específicos y temporales. Se centra en algo adquirido, es un capital incorporado, producto de las experiencias y de las percepciones resultado de la incorporación de ciertos contenidos culturales, gracias a la permanencia prolongada en las posiciones que ocupamos en la estructura social. Esto nos lleva a pensar que existirán tantos *hábitus* como agentes, que se organizarán y estructurarán entre ellos de formas más o menos ordenadas. No deja de ser más que “(...) *esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada (...)*” (Bourdieu 1997:40)

Compartiendo el planteamiento de otra autora como Calderone(2004), éste se convierte en un esquema abierto de producción que se adquiere a través de la práctica. No es inevitable adquirir un *hábitus* determinado, pero éste si que dependerá de cada uno de los agentes y de su subjetividad concreta. Los agentes poseen una subjetividad socializada en el grupo y por grupos y ésta se puede estudiar a lo largo de la historia¹⁶, por lo que encontramos rasgos comunes que se presentan hoy en día.

Creemos que la potencialidad de los conceptos de Bourdieu nos facilita conocer y describir algunos de los mecanismos que rigen la práctica asistencial y la toma de decisiones éticas, en situaciones de urgencias y emergencias, así como las dinámicas que se construyen alrededor de estas situaciones y cuáles son las que se plantean de forma más habitual generando conflictos entre los profesionales y las personas que demandan asistencia.

¹⁶ A lo largo de la historia se han realizado trabajos sobre la forma de ser y estar dentro de grupos determinados, un ejemplo de estos puede ser los relacionados con la evolución de las profesiones y el rol de las mismas frente a la sociedad.

A través de la teoría de la práctica, buscaremos entender y explicar las acciones individuales y del grupo, en un mundo concreto como es el de los servicios de urgencias. Bourdieu reconoce que estas acciones no pueden ser explicadas sin tener en cuenta la estructura que las sustenta o las acoge, por lo que incorporar a nuestro estudio los conceptos de campo, capital y hábitos nos facilitará la comprensión y el análisis del mismo.

1.6 Aproximación bourdiana en el campo de la antropología médica y de las ciencias de la salud

Bourdieu ha sido uno de los intelectuales más influyentes en nuestra época en las más diversas disciplinas, incluyendo la antropología. De hecho uno de los problemas principales de sus obras y publicaciones es que conlleva una dificultad importante para cualquier ejercicio de clasificación, porque casi en todas las disciplinas de las ciencias sociales se han realizado investigaciones, reflexiones y análisis utilizando sus planteamientos teóricos¹⁷. Hay contribuciones en historia, filosofía, pedagogía, sociología, religión, arte, literatura y antropología por mencionar algunas.

Desde otras áreas de la antropología, las investigaciones realizadas que utilizan como marco teórico nociones de Bourdieu son numerosas. A continuación destacaré algunas como por ejemplo los trabajos en lingüística antropológica de Hanks (2005) o de filosofía antropológica de Hammoudi (2007) y Ulin (2005), de antropología de la alimentación de Gremillion (2005) o de antropología jurídica de Van Krieken (2006) donde utilizan y trabajan los conceptos de campo, de hábitos, de capital desde diferentes perspectivas y puntos de vista, para relacionarlos con los objetos de estudio concreto de sus investigaciones.

¹⁷ Existe un catálogo específico a parte del resto de buscadores en bases de datos bibliográficos, que intenta recopilar la bibliografía del autor así como documentación completa, contextualizada y referencias de las obras del autor. También incluye un índice de declaraciones, entrevistas, videos que se le realizaron a lo largo de su vida desde 1953 a 2004. Se puede consultar en <http://hyperbourdieu.jku.at/>

Uno de los antropólogos más tempraneros en el uso de estos conceptos en el campo de la medicina es Kapferer(1988), que en claves bourdianas, investigó el sufrimiento y la angustia a través de la fenomenología y de las percepciones del cuerpo. Dressler y col. (1992), publicaron un trabajo de aplicación práctica de los conceptos teóricos e investigaron como los factores socioculturales influyen en el parámetro de la tensión arterial, en función de la pertenencia a un grupo social o a otro y sostiene las tesis de Bourdieu para unir el constructivismo con el subjetivismo. Este mismo autor y otros colaboradores, en 2005 publicaron una etnografía sobre las disparidades existentes en torno a la salud en función de los rasgos étnicos y el uso de los servicios de salud públicos americanos. Este autor es el que más publicaciones tiene en esta línea. En 2001, Rapp realiza una investigación donde examina la relación y el intercambio entre la antropología médica y el feminismo en Estados Unidos. Otro antropólogo, Meinert (2004) exploró las nociones de hábitus, campo y capital en un contexto de salud local, a través de los niños y sus familias, estudiando las diferentes formas de uso del capital para gestionar el acceso a los servicios de salud, así como el significado de *buena vida* en un territorio concreto de Uganda. Samuelsen (2004) analizó en su etnografía los itinerarios terapéuticos en una zona rural de Burkina Faso, utilizando también las nociones de habitus, campo y capital del mismo autor. Al año siguiente Mogensen(2005) publicaría una etnografía de corte similar que se centra en el estudio de otra comunidad ugandesa. Mantilla (2005) realizaría su trabajo etnográfico con el fin de conocer los procesos socioculturales que se involucran en las reinternaciones psiquiátricas en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires. Veenstra(2005) nos acerca a los efectos que determinan sobre la salud el hecho de identificarse en una clase social determinada, en una provincia del Canadá.

En esta línea encontramos otros trabajos previos, como los de Lindbladh y Lyttkens (2002). Martón y Echazú (2006) que exploran la violencia simbólica e institucional en la relación entre las embarazadas y los ginecólogos que se dan en las consultas médicas. Wainwright (2005, 2006, 2007) y sus colaboradores trabajan a lo largo de una década en investigaciones sobre la sociología del cuerpo, sobre el

envejecimiento, sobre los prejuicios y los cuidados centrados en los cuerpos de baile del Royal Ballet inglés. Pâquet y Boivin (2007) realizan otro tipo de investigación: aplicar en un contexto determinado unos test psicométricos con el objetivo de validarlos y saber el grado de conocimiento sobre las guerras mundiales que tienen los escolares de Québec y como esto puede influir en la salud mental.

No solo desde la antropología se han realizado investigaciones utilizando el marco teórico que comentamos, también en otras áreas de las ciencias de la salud se han utilizado sus conceptos y especialmente en las ciencias enfermeras. Pero curiosamente la mayoría de las autoras/es que lo han hecho, además son antropologas/os de formación y por esa razón creo necesario hacer alguna referencia a sus trabajos.

Los planteamientos que hace Bourdieu sobre las interacciones entre individuos e instituciones, dentro de los campos, pudo llevar a autoras como Virtanen y col (2000), a explorar las relaciones entre los aspectos socioculturales y económicos con la ausencia o no de enfermedad y el uso de los medicamentos por parte de una población concreta en función de esos aspectos que anteriormente comentábamos. Peillon (1998) analizó el complejo campo del bienestar y la salud y Lynam (2005) se centraría en las desigualdades de salud en función de los diferentes estratos sociales. Crossley and Crossley (2001) utilizaron el concepto de habitus para estudiar a los pacientes con enfermedades mentales. Otras líneas distintas a las etnografías comentadas, serían investigaciones como las planteadas por Larsen y col (2002) para analizar las diferencias entre las percepciones sobre investigación por colectivos diferentes, las enfermeras clínicas y las enfermeras que se dedican solo a investigación. Posteriormente Larsen (2005) analizará el aprendizaje de los estudiantes de enfermería y en el mismo orden podemos destacar los trabajos de Correia (2003) y Petersen (2003). Sorensen (2003), a través del concepto de poder simbólico, encabeza otros serie de trabajos que exploran las relaciones interdisciplinarias en un hospital psiquiátrico y en esta línea también destacamos el trabajo de Nobrega-Therrien (2004).

Las investigaciones más recientes son los de Carpiano (2007), donde desarrolla un estudio comparativo sobre las posibilidades de acceso a los recursos de salud en función del capital social de los individuos. Así como la investigación de Stephens (2008) que se centra en el estudio de las desigualdades económicas y la relación de éstas con lo que puede provocar en la salud y en la gestión de la misma. Y por último la que presenta Rischel y col. (2008), analizando las competencias profesionales en base a su propio desarrollo justificado desde la teoría de la práctica de Bourdieu.

Probablemente una de las razones por lo que creo que es atractivo el uso de estos conceptos teóricos en las investigaciones desde la antropología médica y otros proyectos en el campo de las ciencias de la salud, es por las interrelaciones existentes entre conceptos como agente, hábitos, poder, capital, campo y las estructuras de gestión de la salud, que a fin de cuentas es en donde se desarrollan muchas de las interacciones en salud y enfermedad.

1.7 Recapitulando ideas

Enfocar una investigación desde los planteamientos teóricos de Pierre Bourdieu implica una serie de presupuestos que se centran en partir de conceptos como el campo, capital y hábitos; una trilogía presente en el centro de operaciones, como dice el autor. Es por ello que para poder alcanzar la comprensión de los procesos interrelacionales y las respuestas frente a las distintas situaciones que los agentes viven, debemos partir de la búsqueda en el campo de la realidad estudiada, sus límites, su estructura, su conformación, las posiciones ocupadas por los agentes, el tipo de capital predominante, es decir, todo aquello que va a explicar la realidad concreta.

El eje vertebrador de esta investigación es la mirada a los problemas éticos que surgen de la práctica asistencial en situaciones de urgencias y emergencias y lo que de ellos deriva desde la articulación y el análisis de las prácticas, tomando como campos específicos el servicio de urgencias hospitalario y el de emergencias prehospitalario.

El campo, como enmarque, nos ayudará a ver, conocer y estudiar desde las relaciones, a las estructuras objetivas que adquieren una lógica específica. Investigar desde esta óptica nos permite incorporar las distintas disciplinas que confluyen en el campo de urgencias con sus saberes específicos y con modalidades de intervención diferente que se encuentran en nuestra unidad de análisis, estas son muchas pero me centraré en dos fundamentalmente, los profesionales de la medicina y las de la enfermería.

Por otro lado el análisis de los diferentes tipos de capital, nos ayudará a comprender el significado de la prácticas de los agentes, en función del lugar que ocupan en el campo, legitimando por esa razón unas determinadas prácticas que no están claramente definidas de quien son competencia, si de unos o de otros. Es interesante analizar el peso del capital simbólico en la toma de decisiones éticas, ya que el saber médico, el saber enfermero u otros resultan de gran importancia en las prácticas y parece que estos se disputan el monopolio de este capital en concreto.

El análisis del hábitus de los agentes que desarrollan la actividad dentro de unas estructuras determinadas y diferentes, como la hospitalaria y la extrahospitalaria, presentan a los demás diferentes modos de estar en el mundo y de entender las diversas realidades que se plantean a diario y que, como en otros aspectos, hay convergencias y divergencias que generan conflictos y disputas, creando así lo que Bourdieu denomina, un determinado tipo de violencia simbólica.

La fórmula $\{(habitus)(capital)\} + campo = práctica$, que propuso él, en una de sus obras más reconocidas: *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, ha sido el punto de partida en este desarrollo teórico. Con el fin de llegar a la práctica, consciente del reduccionismo realizado en algunos momentos, creemos que ayuda al manejo de los conceptos que pueden ser en algunos momentos muy complejos y abstractos, lo que facilitará su uso en la investigación como guía analítica de la práctica concreta.

Detenerse en este sentido práctico, tal como apunta Bourdieu(1999), es lo que permite actuar como es debido, sin que esto implique un seguimiento fiel a una norma. Esto no es sencillo en su comprensión, pero forma parte de los procesos socio-culturales, en cuanto nos paramos a analizar las prácticas de los agentes, que a través de sus recorridos biográficos nos ayudarán a encontrar y reencontrar momentos donde se relatan las formas de percibir la realidad.

Para concluir este capítulo, podemos decir que esta investigación constituirá la respuesta esencial a una serie de cuestiones que nos planteamos en el trabajo de campo: ¿Cómo se reproducen las prácticas en las situaciones donde se presentan conflictos éticos? ¿Cuál es el principio que rige la lógica de las prácticas en situaciones de urgencia y emergencia? ¿Qué es lo que explica la unidad, la regularidad y la homogeneidad de los grupos asistenciales de urgencias y emergencias?, etc.

"Para que un análisis llevado a cabo dentro del marco de la ética sirva de algo, es necesario hablar un poco de la ética, para tener una clara comprensión de qué es lo que estamos haciendo cuando tratamos de cuestiones éticas"

Peter Singer

2.-La Bioética: desarrollos, contradicciones y ambigüedades

González (2002) afirma que "(...) *las éticas particulares y las deontológicas son la expresión de un periodo histórico y de una actividad concreta, porque tienen objetivos, principios, reglas e interpretaciones de la moral propios de ese periodo o exigencias de este tipo de actividad, institución o profesión*".

La crítica más feroz a la que se enfrenta le ética médica, es que ésta continua siendo una ética privada e interna y se sustenta en la moral común, la religión y el

derecho sin tener en cuenta otros aspectos como los sociales y culturales, tema que más adelante retomaremos y nos detendremos en su análisis.

La ética médica¹⁸ ha sido cambiante con el paso del tiempo debido a las relaciones entre ciencia y tecnología, así como por las crisis surgidas de estas, que han llevado a la necesidad de replantear conceptos, estableciendo nuevos criterios éticos que se extienden a lo ancho del panorama entre la investigación y la clínica, invocando el nacimiento de una nueva ética médica que se comportará como la expresión ética del posmodernismo y que se han venido a denominar Bioética.

En sintonía con los precursores de esta nueva disciplina, no es adecuado el uso del término *Bioética* como sustituto de la ética médica, como veremos posteriormente. En realidad, la práctica de la medicina se está apoderando de este concepto y construyendo su uso dentro de la propia disciplina, como respuestas a las cuestiones que anteriormente trataba la ética médica, desvirtuándose así el objetivo inicial de esta nueva disciplina.

2.1 La Bioética, más allá de la ética médica

2.1.1 Los orígenes

La bioética tiene su origen en los Estados Unidos, donde debido a la búsqueda de respuestas a los problemas médicos y tecnológicos¹⁹, se necesita de una disciplina que sea

¹⁸ Estos cambios se pueden ver reflejados en los diferentes códigos de ética médica existentes., apuntando la investigación realizada por Pérez y cols (2007) que consiste en un estudio exploratorio de los diferentes juramentos en distintas épocas de la historia. Concluyen en el que se han realizado diversos trabajos de etiología diferente como la evolución del Juramento Hipocrático, su vigencia en la actualidad, el análisis de los orígenes, las funciones, la aplicación de los principios que allí están reflejados y críticas como la que destaca Ocampo (2001). El primer capítulo de la obra *Fundamentos de Bioética*, el profesor Gracia (1989), hace un análisis pormenorizado de todos los elementos del Juramento Hipocrático. En el mismo año, Mainetti apunta que el primer código médico oficial data de 1847 y pertenece a la American Medical Association, posteriormente le seguirán una infinidad de ellos difícilmente enumerables. En relación a las Declaraciones Internacionales destacar que a partir de la Segunda Guerra Mundial se elaboran por parte de las diferentes sociedades médicas bajo títulos como; La declaración de Ginebra (1948), La Declaración de Helsinki (1964) o la Declaración de Tokio (1975). Posteriormente se han dictado muchas más que han ayudado a la ampliación de un marco tradicional de la deontología médica y que actualmente son referentes.

¹⁹ Aunque no vamos a introducirnos en el mundo de la investigación y los aspectos éticos que deben rodear estas prácticas si que no podemos obviar que parte de la razón de ser de la bioética fue en un

lo que denominó Van Rensselaer Potter, puente entre el humanismo y la ciencia, dando origen y espacio a una nueva concepción de cómo deben ser esas relaciones, que tiene inicialmente el objetivo de ir más allá de la ética médica predominante.

Abel (2001), afirma que el nacimiento de la misma se debe principalmente a las posibilidades de los investigadores de disponer de los medios adecuados para la investigación o la aplicación de tecnologías innovadoras y a la preocupación emergente sobre los derechos de los pacientes, así como a la difusión de los progresos y posibilidades de la ciencia a la sociedad a través de los medios de comunicación, lo que llevara a debates de repercusión pública.

El paciente como persona y como agente moral capaz de formar parte activa de su proceso, configurará la otra cara de la moneda en un modelo médico hegemónico,

momento dado de la historia, la sensibilidad de algunos científicos y médicos en torno a las relaciones que se establecían entre la medicina experimental y las personas. Entre algunas de las situaciones que promovieron este giro que se produjo a partir del año 1962 estaba el hecho de hacerse público, a través de un artículo que describía los criterios de selección utilizados para acceder a hemodiálisis renal. Lo más relevante es que los criterios “*poder adquisitivo*” y “*raza*” eran los más importantes dejando de lado “*condiciones clínicas del paciente*”. En 1963 se realizó el primer trasplante cardiaco pero existen dudas razonables en relación a la obtención del consentimiento del donante así como sobre los criterios determinantes de la muerte de los mimos. Sin olvidar las polémicas que se crearon con el uso de la píldora anticonceptiva o sobre las experiencias de la fertilización artificial.

También apuntar la importancia de la salida a la luz de la mano de Beecher en 1966 del artículo *Ethics and Critical Research* en la revista *New England Journal of Medicine*, donde analizó 22 trabajos de investigación publicados y acusó a sus autores de vulnerar los principios éticos acordados anteriormente en la Declaración de Helsinki. Uno de esos trabajos criticados, el conocido Estudio Willowbrook (1956), se llevo a cabo inyectando virus de la hepatitis B a niños con retraso mental. Pasados unos años, en 1972, salio a la luz otra investigación que duraría 40 años en Tuskegee, Alabama, donde 397 pacientes (hombres afroamericanos) estuvieron sin tratamiento para la sífilis durante todos esos años para realizar el estudio del progreso de la enfermedad desde su historia natural. En 1963 se descubre otro trabajo, en este caso en Brooklin, donde pacientes ancianos ingresados en el Hospital Judío de Enfermedades Crónicas, eran inoculados con células hepáticas cancerosas para realizar un estudio sobre la viabilidad de los trasplantes. Estas y otras investigaciones, de una lista un tanto extensa, se consideran que fueron el resorte para el cambio.

Autores como Claude Bernard, frente a esta realidad, plantean la necesidad de que la investigación sea limitada al exclusivo beneficio del paciente, si esto no sucede entonces no se debe investigar. Este es un planteamiento poco realista y totalmente contrario a asumir riesgos. En 1970, se crea en EEUU, la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos ante la investigación biomédica con el fin de regularla y recomendar reglamentos para promover y proteger los derechos de las personas en estos procesos. Se inician todo tipo de discursos y debates frente a cuestiones de la información, el consentimiento informado, la confidencialidad, la libertad de elección ante el tratamiento, la muerte...

basado en el autoritarismo paternalista, obviando los derechos de los pacientes y el reconocimiento de su autonomía.

Kotow (2000), plantea dos orígenes independientes entre sí para la bioética, “(...) por un lado, VanR. Potter escribe el libro *“Bioethics: Brigde to the future”* para reclamar que el progreso tecnocientífico no debe perder de vista los valores culturales y éticos de la sociedad so pena de poner en riesgo su sobrevivencia. Por otra parte, André Hellegers inicia, en 1971, un movimiento de fortalecimiento de los derechos del paciente enfrenteado a la despersonalizada sofisticación de la medicina moderna, en una perspectiva que durante mucho tiempo ha igualado bioética y ética médica” (Kotow, 2000; 1)

En ese mismo año, Hellegers impulsó la creación del Instituto *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the study of Human Reproduction and Bioethics*, en la Universidad de Georgetown, que posteriormente se convertiría en el conocido y actual *Kennedy Institute of Ethics*.

Callahan, contribuiría al desarrollo de la Bioética fundando el Hasting Center²⁰, iniciando así un desarrollo a nivel mundial de instituciones dedicadas al desarrollo y la enseñanza de la Bioética. En nuestro país, Abel, a finales de 1975 promueve el nacimiento del primer instituto de Bioética en España, el Instituto Borja de Bioética.

Jonsen (1997) comparte estas dos etapas que ayudarían al desarrollo de la bioética. Él hace hincapié en el desarrollo de la medicina del último siglo, tanto por el avance en procedimientos²¹ y terapéutica médica, como por el descubrimiento de la codificación del ADN por parte de Watson y Crick, que permitiría descifrar la naturaleza individual y humana en una clave genética. Esto nos permitirá abrir las puertas al secreto más celosamente guardado por la naturaleza.

²⁰ Me gustaría destacar la obra de Abel (2001), *Bioética: orígenes, presente y futuro*, donde se trata este tema con mucha amplitud y profundidad, sí como los trabajos de Callahan (1973) y Simón y Barrio (1995).

²¹ El autor se plantea la poca claridad que puede haber en un momento determinado en la aplicación de unas técnicas o procedimientos y si estos serán beneficiosos o no para los pacientes. Él hace la reflexión en torno a la reanimación cardiopulmonar o la hemodiálisis. Se inicia el discurso sobre la futilidad de los tratamientos, la calidad de vida o la distribución equitativa de los recursos sanitarios escasos.

A nivel europeo hay que destacar los institutos de Bioética de Lovaina y de Maastricht, promovidos por Malherbe y Wachter, respectivamente, durante el año 1984. A partir de estos momentos se irá configurando, desde diferentes perspectivas y planteamientos, así como de diferentes instituciones, un corpus que ayudará a la consolidación de la Bioética en España. La Universidad Complutense de Madrid, será la pionera en impartir formación al respecto, estando a su cabeza Diego Gracia y posteriormente otras universidades españolas irán creando nuevas escuelas²² con diferentes perfiles teóricos, como puede ser el principlialismo, el contractualismo, el casuismo, la ética situacional, la ética de mínimos, la ética del cuidado, el pragmatismo clínico o el personalismos entre tantas, unas veces arropadas por la filosofía, otras por el derecho²³, otras por la religión y en algunas ocasiones por una mezcla de todas.

2.1.2 El término Bioética

El término bioética tiene un origen un tanto particular y aunque en la gran mayoría de textos se le imputa la autoría del mismo a V.R Potter, también existen autores que apuntan que A. Hellegers sería el autor del término. Al respecto de esta 46
controversia, ya en su propio bautizo, F. Abel, colega disciplinar de ambos autores, se decanta por la autoría de Potter afirmando “(...)que lo más probable, conociendo a Hellegers, es que leyera alguna referencia al término bioética en un periódico cuando fue usado por V.R. Potter, sin prestar demasiada atención al contenido de la noticia. La palabra surgió después espontáneamente de manera natural como propia (...)” (Abel, 2001:16). El propio Hellegers defendió que la palabra había sido acuñada por él, pero la verdad es que tampoco parece que insistiera mucho cuando en dos trabajos

²² Aunque se utiliza muy habitualmente este concepto para definir diferentes perspectivas y tendencia teóricas o corrientes de una misma disciplina, Kottow crítica con que facilidad se crean y afirma “(...)con que liviandad empleada en la sociedad de consumo para tildar de filosofía a lo que es alguna estrategia pragmática o un estilo promocional, se asume la denominación de escuela para cualquier perspectiva bioética presentada con algún rudimento de estructura.”(Kottow, 2005; 89)

²³ Cabe destacar la importancia de las aportaciones de Lacadena(2006) en su artículo La bioética en España, hoy, donde recoge una actualización de los datos bioéticos de España a Diciembre de 2006. Tras una dilatada experiencia en este campo, detalla a instancia del Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa (CNICE) del Ministerio de Educación y Ciencia una relación de datos correspondientes a diferentes ámbitos como: Comités, Centros, Asociaciones de Bioética así como Cursos de Master, de Doctorados entre otros. Es una actualización amplia y rigurosa muy adecuada para conocer el panorama nacional.

publicados por Reich ²⁴(1994) (1995), confirmará la autoría del término por parte de V.R. Potter. Éste lo utilizaría por primera vez en 1970, en la revista *Perspectivas in Biology and Medecine*. Posteriormente aparecerían nuevos trabajos del autor haciendo referencia al mismo.

Llano explica que “(...) estas tres publicaciones en las que aparece la palabra *Bioética*, son anteriores al nacimiento del Kennedy Institute of Ethics en julio de 1971, en cuyo título aparece la palabra *Bioética* (...)” (Llano 2002; 9) por lo que se confirmaría en esta línea el uso anterior del vocablo por parte de Van R. Potter.

Esta controversia se ha resuelto en gran medida y la gran mayoría de autores no se plantean esta disyuntiva. Mayoritariamente se ha aceptado que el primero que utilizó y acuñó el término *Bioética* fue VanR. Potter.

2.1.3 El objetivo de la Bioética

Dar respuesta a cuál es el objetivo de la bioética ha generado controversias que han dado lugar a diferentes posicionamientos al respecto. La respuesta primigenia es la orientación que V.R. Potter defendió. Ésta era evolucionista, continuando en la línea y 47
con las ideas marcadas por Aldo Leopold²⁵, estableciendo la relación, hasta entonces escasa o nula, entre las ciencias biológicas y las ciencias humanísticas y en especial simbiosis con la ética. Su obra principal y más conocida es *Bioethics; Brigde to the future*, publicada en 1971 con el fin de “(...) contribuir al futuro de la especie humana, promoviendo la formación de una nueva disciplina, la disciplina de la bioética. Si

²⁴ W. Reich es uno de los autores que más ha investigado sobre la génesis del vocablo, resolviendo la discusión a favor de V.R. Potter con su investigación publicada en la *Revista del Kennedy Institute of Ethics*, siendo de fuente más importante para el estudio de la misma. Posteriormente realizó la Enciclopedia de Bioética, que se ha convertido en una de las obras de Bioética más importantes.

²⁵ Autor norteamericano (1887-1948) naturalista, que destacó por su alegato a favor del extensionismo moral y la continencia humana en su obra *La ética de la Tierra*, claramente expuesto por Morejón(2007) en *Bioética una alternativa ante el sistema capitalista imperante*. Pionero en alegar que la historia necesita de ser interpretada desde el ambiente creando las bases de la ética humana ambiental. Se pueden ampliar estas bases en la obra *Los caminos de la ética ambiental*, compilada por los autores Kwiatkowska, T y Issa, J(1998). También es importante para entender estas bases y los planteamientos de A. Leopold (2000) una de sus obras más conocidas, *Una ética de la tierra*, así como la tesis doctoral titulada *La ética ecológica como ética aplicada. Un enfoque desde la ética discusiva*, de Ferrete, C (2005) disponible en:

http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UJI/AVAILABLE/TDX-1108105-144528//ferrete.pdf, donde profundiza sobre las mismas.

existen dos culturas incapaces de hablar entre sí, -las ciencias y las humanidades- y si esta es una parte de la razón de que el futuro se vea dudoso, entonces, tal vez, podríamos construir un puente hacia el futuro, construyendo la disciplina de la bioética como puente entre dos culturas". (Potter, 1971 en Téllez (2001; 2). Potter entiende que los valores éticos se separen de los hechos biológicos y por ello afirma que: *"(...) la humanidad necesita urgentemente de una nueva sabiduría que le proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y la mejora de la calidad de vida."*(Morejón 2007; 7).

Lolas (1997) plantea a este respecto, que la intención original de Potter era un proyecto global, donde los hechos y los valores originarían un nuevo paradigma disciplinario, semejante al programa holístico de algunas versiones de la medicina psicosomática, que quieren acabar con la dicotomía entre la psique y el cuerpo.

La dicotomía entre bios y ética, entendiendo bios como vida sin más, es lo que el autor no acepta, ya que él entiende que responde a una concepción mucho más amplia y debe abarcar la vida en todas sus dimensiones. Así ocurre lo mismo para ética que debe ser entendida de forma amplia y no reduccionista.

Abel (2001) afirma que la bioética alcanza su plenitud de sentido gracias a Hellegers, ya que éste considera que Potter solo plantea que la bioética será un marco *"(...) de diálogo entre diversas disciplinas para configurar un futuro plenamente humano. Considera que si bien, la iniciativa y el liderazgo tiene que venir de la medicina y de sus profesionales, los interlocutores tienen que provenir de las humanidades, especialmente de la ética filosófica y teológica."* (Abel 2001:33).

En otro sentido, Potter llamó a la bioética, *wisdom of science*, sabiduría de la ciencia, para unir así ambas dimensiones. Él afirma que existe una fuerte reticencia por parte de la ética médica al dialogo interdisciplinar en el ámbito médico y se tiende a interpretar la bioética como si fuera ética médica de forma exclusiva y hegemónica. Está convenido que las fronteras de la bioética están más allá y que deben incluirse otros campos como la ética social, la ética capitalista, la ética religiosa o la ética agrícola.

Lund (2007) señala que la bioética, para Potter, es una disciplina centrada en la reflexión biocéntrica en torno a la supervivencia de la biosfera y no una disciplina

antropocéntrica y humanista exclusivamente, en torno a la supervivencia humana. No solo debe ser útil para enriquecer la vida humana sino que debe ocuparse de la supervivencia de la especie humana y la vida.

Como hemos comentando en líneas anteriores hubo un nacimiento de la bioética paralela a los planteamientos de Potter capitaneada por Hellegers en 1971, que estructuró académicamente esta disciplina y la incorporó a la Universidad de Georgetown en Washington. Para este autor, esta disciplina es antropocéntrica y humanista, debe promover el diálogo entre la medicina, la filosofía, la religión y la ética con el objetivo de reflexionar sobre ética médica. Se centra fundamentalmente en el concepto de sacralidad de la vida y, en consecuencia, en el cuidado y preservación de la persona.

2.1.4 De la Bioética a las Bioéticas

Con lo hasta ahora expuesto nos podemos plantear una primera cuestión a la que intentaremos dar respuesta. ¿Existe una bioética o existen varias? Si Potter afirma y defiende una bioética global y Hellegers defiende una bioética enfocada a la relación clínica podemos pensar que existen diferentes bioéticas y que éstas se configuran en torno al objeto de estudio. Si nos referimos al campo de la medicina clínica ésta se denomina bioética clínica y que correspondería a lo que conocemos como ética médica, con algunas diferencias conceptuales de base pero en la misma línea argumental centrada en resolver problemas éticos derivados de decisiones médicas. Si lo que queremos es analizar la asignación de recursos, o la distribución de los mismos, el acceso o la calidad entre otras cuestiones, podríamos hablar de bioética de la Salud Pública. Si se centrara en el desarrollo de las sociedades y el efecto que esta provoca sobre el planeta podríamos decir que nos encontramos ante una bioética medioambiental y así sucesivamente hasta citar un sinfín de ellas. Por lo que en función del objeto de estudio o intereses de unas u otras y por las diferencias que plantean entre ellas, difícilmente se pueda universalizar la bioética, así como difícil será aunarlas en un futuro, ya que cada una de ellas se sustenta en aspectos no solo diferentes, sino a veces totalmente opuestos. Algunas bioéticas, como afirma Lund (2007) sólo reflexionan en base a legislaciones, en la vida humana o en la biosfera. Para algunos es una nueva ciencia

que depende de la medicina, para otros lo hace de la filosofía o la sustentan en la racionalidad, mientras que otros lo hacen en la religión para dar respuesta a los problemas éticos que se plantean en la vida real o en el derecho.

Por toda esta diversidad, no podemos decir que existe una bioética única como tal, aunque se utilice el término para denominarlas, porque cada uno da respuestas sustentándose en intereses, fundamentaciones, fines diferentes, etc.

2.1.5 La definición de Bioética

Si partimos de la base que existen diferentes bioéticas ¿cómo podríamos definirla o definirlas? Debido a todo lo expuesto hasta ahora, se hace muy difícil y complejo dar con una definición que dé respuesta a todas ellas, ya que en función de dónde se tenga que aplicar la misma, presentará algunas peculiaridades que faciliten la inclusión de los diferentes saberes que se relacionan en cada caso.

Una de las acepciones más conocidas es la que apunta Reich (1978a) en la *Encyclopedia of Bioethics*, aunque no por esto la más aceptada: *“la ciencia que estudia de forma sistemática la conducta humana en el ámbito de la ciencias de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales”*, lo que se asocia directamente con lo que conocemos como ética médica. Posteriormente, en la segunda edición, la definición fue modificada debido a las críticas provocadas por el uso de la expresión *“los valores y los principios morales”*. Reich (1996b) optó por variarla para no suscitar más polémica, por lo que definitivamente la definió como: *“La bioética es el estudio sistemático de las dimensiones morales, las decisiones, la conducta, las líneas de acción, etc. de las ciencias de la vida y los cuidados sanitarios con el empleo de una variedad de metodologías éticas y en un planteamiento interdisciplinar”*.

Arroyo (2007) comparte con Drane (2002) la gran dificultad que existe en definir el término, mantiene que la bioética es una disciplina nueva y verdaderamente emblemática de nuestra era que intenta reflejar con mayor fidelidad nuestra contemporaneidad. Gracia dice que *“(...) el éxito -del término bioética- ha sido proporcional a su propia indefinición. De hecho, cada uno lo ha interpretado a su modo y manera, de acuerdo*

con su profesión o ideología. Los médicos vieron en él el nuevo rostro de la clásica ética médica o deontología profesional.” (Gracia, 1999:19).

Muchos autores la han intentado definir, pero realmente han sido definiciones imprecisas y ambiguas donde tiene cabida todo aquello que consideremos oportuno. Con un abanico de posibilidades tan amplio, podemos encontrar desde las más fundamentadas, desde una perspectiva religiosa a las más autonomicistas.

Las hay tan escuetas como: “La bioética es la filosofía moral de la investigación y de la práctica biomédica” (Sgreccia, en Lara 2007:10) o más desarrolladas como la que plantea Postigo(2006)²⁶, *“la bioética es el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema, para encontrar una posible solución clínica o elaborar una normativa jurídica adecuada”*. También las podemos encontrar fundamentadas en la religión católica como la que plantea Lozano: *“La bioética es el estudio sistemático y profundo de la conducta que construye al hombre mediante las ciencias de la vida y de la salud, al caminar en Cristo hacia el Padre, plenitud y fuente de Vida, por la fuerza del Espíritu Santo”*. (Lozano, 2005: 59)

51

Una de las que en nuestro país se conoce es la propuesta por Abel, que la ha definido de la siguiente forma: *“Es el estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel micro-social como al nivel de la sociedad global, y sus repercusiones sobre la sociedad y su existencia de valores, hoy y mañana”* (Abel, en Lara, 2007:10)

Aunque no se ponen de acuerdo en definir el término por la gran variedad de enfoques y concepciones, si se pueden describir unos rasgos definitorios que debería incluir cualquiera de las definiciones para que tuviera como objeto ajustarse a la

²⁶ Postigo, en su trabajo *“Concepto de Bioética y corrientes actuales”*, analiza la definición que ella plantea así como todos los elementos que contiene la misma como qué entiende por estudio sistemático, interdisciplinariedad, cual es el objeto material de la bioética, la responsabilidad o la finalidad de la misma. Este trabajo está disponible en;
[http://www.bioeticaab.es/resources/Bio%\\$A9tica%2C+antropolog%\\$3\\$ADa+y+corrientes.pdf](http://www.bioeticaab.es/resources/Bio%$A9tica%2C+antropolog%$3$ADa+y+corrientes.pdf)

globalidad conceptual de la misma. Al respecto, Gracia (1999) apunta que para entender el verdadero significado de la misma, el término ha de ser secular o civil y nunca directamente religioso con el fin de establecer unos mínimos morales exigibles a todos. Ha de ser, además, pluralista²⁷ que acepte la diversidad de enfoques y posturas para poder construir una ética verdaderamente humana. Y el tercer punto que plantea Gracia es que ha de ser autónoma y nunca heterónoma²⁸. La fundamentación en la autonomía nos lleva a sustentar el razonamiento moral en la conciencia y la razón humana defendiendo la racionalidad de la misma, no bajo el criterio racionalista de que la razón de entrada puede conocer el todo de la realidad, sino que se fundamenta en la razón argumentando sus fundamentos y teniendo en cuenta los principios y las consecuencias de la decisión. Y por último, más allá de los convencionalismos morales debe aspirar a ser universal, tema que es bastante complejo porque consideramos que no es posible que lo que una sociedad determinada considera como correcto sea aplicable a la totalidad de las sociedades.

Frente a esta perspectiva conciliadora de Gracia también encontramos en la amplia bibliografía en bioética, dos polos opuestos que definen la misma desde la necesidad de promover los avances científicos y médicos o en contra de estos, donde el conservacionismo es lo único defendible, sustentado en la sacralidad inviolable de la condición biológica de la vida.

²⁷ El pluralismo relacionado con la interdisciplinariedad exige del dialogo entre disciplinas en un marco democrático para buscar criterios que se sostengan en un consenso social amplio. Esto en la teoría es muy acertado pero ¿qué ocurre en la práctica? Adela Cortina, en una conferencia a la cual asistí comentó: *“El debate interdisciplinar esta presente y se habla mucho, pero se practica poco”* y comparto con ella esta afirmación. En la práctica clínica no se presenta tal interdisciplinariedad, las enfermeras aquejan el que no son tenidas en cuenta en los procesos de deliberación ética donde ellas también están implicadas, aunque no ocurre lo mismo en los Comités de Ética Asistencial ni en los Comités de Ética de Investigación Clínica, pero mi pregunta al respecto es si esto responde a que la ley exige la presencia de enfermeras o porque realmente se cree en la necesidad de la interdisciplinariedad en estos ámbitos.

²⁸ La fundamentación en la heteronomía nos lleva a olvidar por completo a la autonomía invalidando el poder de decisión. Este término tiene un uso preferente en el ámbito de la ética, para designar la procedencia empírica o externa de las normas o reglas morales por la que se regula la acción del sujeto, por lo que la conducta del individuo no queda regulada por su propia conciencia, sino por algo ajeno a ella, renunciando así a una acción moral que se autodetermina a sí misma. El término fue utilizado por Kant en oposición a la autonomía. En el ámbito de la medicina es muy fácil provocar esta situación, ya que en la misma el dualismo heteronomía-autonomía, está presente en cada una de las relaciones que se establecen con los pacientes así como entre los profesionales.

Hottois (1991) clasifica los modelos de relación que se construyen entre la ciencia y la ética en tres tipos: *imperativo técnico, conservacionista y prudencial*. Godina(2007) hace una reflexión al respecto y afirma que el imperativo ético de Hottois responde a “(...) Tomar la decisión de intentar hacer todo lo que es posible no coincide con la afirmación de que todo es posible, ni tampoco con que todo lo que es posible es realizable. Significa que no se reconoce ninguna limitación a priori, ya sea ética, metafísica, religiosa o, de forma general, simbólica”. (Godina 2007: 1). El modelo de relación conservacionista tiene como fin mantener el planeta en un estado de bienestar para el hombre, porque somos los gestores de la biosfera, pero no sus propietarios. Y el modelo prudencial se encuentra entre los dos extremos, donde la gama de soluciones intermedias son muy amplias y variadas, aunque éstas deben responder a una serie de criterios como la interacción de lo simbólico y de la técnica y el reconocimiento del valor propio, la solidaridad antropocósmica, la prudencia y la responsabilidad.

2.2 Bioética y medicina

Llegado este punto, es interesante resaltar que por estas razones podemos entrever que la Bioética va más allá de la ética médica y que en este caso lo que ha ocurrido es que ha sufrido una desviación muy importante debido a la praxis médica, ya que toda su evolución, o por lo menos la más resonante, ha marcado a la Bioética como la ética médica contemporánea.

Podemos afirmar que dos de las personas que más influyeron en que se diera este viraje fueron Hellegers y Callahan.

Hellegers contribuyó estimulando el desarrollo entre la medicina, la ética y la filosofía. Para él, la bioética debería ser la síntesis entre la ciencia médica y la ética, el componente científico vendría dado por la medicina y la ética, sobre todos, por los sectores religiosos-filosóficos.

La visión de Callahan es similar a la de Hellegers pero incluiría el medio ambiente, aunque el desarrollo de esta perspectiva es menor que el que realmente se produjo desde el Hasting Center de New York, donde se primó la construcción de una base filosófica y epistemológica de la bioética médica como disciplina.

En base a esta desviación, García (2005) realiza un análisis del estado actual de la bioética teniendo en cuenta lo que él ha venido a denominar *“patologías y desequilibrios de la bioética”*²⁹ que han hecho que la que más se conozca sea la bioética médica. Él *diagnostica* las siguientes *patologías*: la iuridización, la confesionalización, la cientificación, el empirismo casuista y el conceptualismo abstracto.

Existe una tendencia a normativizar y codificar los aspectos éticos más relevantes en la vida humana, así como tendencias dentro de la bioética muy vinculadas al derecho o lo que se ha venido a denominar bioderecho, lo cual puede *“(...) ir en detrimento de los derechos y las vivencias y creencias del sujeto moral, desplegados en forma de conciencia y convicciones personales”*. (García 2005: 20) tendiendo a configurar una bioética legalista exenta de las experiencias morales individuales.

Relacionar la bioética con la moral religiosa, independientemente de las diferentes corrientes, sean cristianas, judías o islámicas o incluso aquellas corrientes que García denomina *“religiones sucedáneo”* como el marxismo o el nacionalsocialismo, influye en la valoración moral y puede dificultar el diálogo sobre los problemas éticos. Los posicionamientos intransigentes, tanto personales como grupales y la no diferenciación entre la esfera pública y la esfera privada, invitan al conflicto permanente por la lucha y el control del poder también en el campo de la bioética.

54

También hay que destacar que el predominio de las ciencias biológicas o médicas ha virado la bioética hacia una bioética aplicada a esas disciplinas, no teniendo en cuenta las ciencias sociales como la antropología o la sociología. Es lo que los filósofos denominan falacia naturalista³⁰, fundamentando que *“(...) la reducción de la Bioética a ciencia y situarnos en el justo medio de la prudencia aristotélica se precisa recordar que no todo en Bioética es ciencia natural. Me refiero a las convicciones de la conciencia, los elementos emotivos de la decisión, las creencias personales, las intuiciones subjetivas, las preferencias axiológicas o a las circunstancias existenciales (...)”*. (García, 2005; 21)

²⁹ El autor utiliza lenguaje médico y hospitalario para contextualizar la bioética en el campo de la medicina.

³⁰ Es un modo de argumentar en ética que consiste en un paso ilógico desde el “ser” al “deber ser” por lo que se fundamentan las acciones en base a que lo que se realiza es lo correcto porque siempre se ha hecho así. Esto lleva a perpetuar modos de actuación concretos fundamentándolos en la costumbre.

Esta tendencia al reduccionismo lleva a que aparezca una forma de entender y construir la bioética desde el casuismo y el análisis de casos, buscando así respuestas generales desde situaciones particulares, potenciando lo que anteriormente hemos comentado.

En el otro extremo encontramos la filosofía, que en términos generales, tiende a disociar la teoría de las situaciones concretas de la vida, olvidando en muchas ocasiones aquellas circunstancias a las que la persona está sujeta, como las derivadas de los aspectos psicológicos o sociales. El filósofo puede caer en la evasión especulativa o en la retórica escéptica que reduciría la bioética a un entretenimiento no operativo y descafeinado en aras del conceptualismo abstracto. En este sentido, García afirma que *“(...) de hecho, pocas disciplinas poseen una estructura interdisciplinar tan marcada como la bioética y pocas, por lo mismo, se encuentran sometidas tan intensamente a la tentación del reduccionismo.”*(García, 2005; 22)

2.2.1 La Bioética médica y el reduccionismo paternalista

La bioética actual viene respaldada por una amplia variedad de tradiciones teóricas 55 y serán estas la que decantaran unas formas u otras de bioética. La bioética médica junto con la deontología y la teleología se ha caracterizado mayoritariamente por utilizar el principialismo como teoría para fundamentar las decisiones frente a los conflictos éticos. Reducir a esta posibilidad las únicas herramientas para el desarrollo de la bioética ha sido uno de los temas más discutidos, por lo que no podemos obviar que existen otras corrientes que buscan legitimarse en el ámbito de la bioética.

Podemos afirmar que la bioética médica clínica, en muchos casos se entiende como la evolución de la deontología médica teniendo en cuenta que esta bioética se centrará más en cuáles son los deberes del médico. Simón lamenta al respecto el tomar como *“principio fundamental de la práctica clínica, el principio de beneficencia, es decir, la disposición del médico a hacer lo que considera que es bueno para el paciente. Para la deontología -al menos para la clásica- las opiniones del paciente cuentan poco, de ahí que el tipo de relación médico-enfermo al que tiende sea de corte paternalista.”*(Simón 1999: 90)

Se considera al paciente como sujeto pasivo, sin capacidad de decidir por el estado que vive y sufre, idea que se remonta a la Grecia Clásica y tiene su marco teórico de fundamentación en el Código Hipocrático, del cual siempre se ha dudado de su validez. Cada vez más se pone en duda su permanencia en la actualidad por algunos sectores de la bioética médica, como es el caso de Koldo Martínez, que afirma en una entrevista que le realiza *Diario Médico*, que “*El Juramento Hipocrático es de otra época y tiene poca validez*”³¹.

El diccionario de la RAE define el paternalismo como la tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección, propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo: políticas, laborales, etc. Un artículo publicado en el *British Medical Journal* advierte, ya en 1999, que el paternalismo médico debe iniciar un proceso de extinción. Sus autores, Coulter, Peto y Doll afirman que fomentar este tipo de relación crea una dependencia malsana entre el paciente y los profesionales, ya que el objetivo debe ser mejorar las relaciones utilizando estrategias de autorresponsabilización y concienciación, tanto para los profesionales, como para los pacientes. Se inicia así un interés especial por explorar el mundo de las tomas de decisiones por parte de los pacientes y los resultados son de lo más variado, desde las personas que quieren tomar las riendas de su proceso, a aquellas que lo que desean es que el camino a seguir lo decidan por ellos.

56

Algunos autores como Coulter y col. (1994), Richards y col. (1995), Guadagnoli y Ward (1998), Charles y col. (1998) y O’Connor (1999) iniciaron el camino exploratorio en este ámbito. En España, una investigación llevada a cabo por Hermosilla y Briones (2002)³², configura un avance importante en esta línea, ya que se plantean cómo pueden ayudar a los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con la salud yendo un poco

³¹ Entrevista publicada en *diario Médico* en febrero de 2008 y que se puede consultar en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/politica_sanitaria/nacional/es/desarrollo/1093668_00.html

³² El informe completo de su trabajo de investigación titulado: *Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica* está disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/pdf/Informe%20ATD_DEF.pdf

más allá, es decir, analizando a su vez, cuales son la herramientas que podrían ser útiles para tal fin.

En el campo de la bioética, la relación que establece ésta con el paternalismo, se deriva de una serie de intervenciones que apunta Alemany³³ (2003) (2005) en sus trabajos y que surgen del conjunto de problemas que se analizan desde la bioética y la relación que se establece con la medicina, la enfermería y sus profesionales, entre las que se encuentran las acciones derivadas de la investigación, especialmente en el contexto de la práctica; las derivadas de evitar enfermedades; las orientadas a buscar beneficios positivos; todas aquellas acciones de carácter preventivo; así como las derivadas de las intervenciones genéticas.

Los profesionales también pueden realizar una conversión al antipaternalismo más puro, donde el paciente es considerado como un *cliente externo*, término muy utilizado en gestión hospitalaria, que es tratado y atendido por *dependientes* profesionales de la salud, que se limitarían a ofrecer el abanico de posibilidades terapéuticas incurriendo en un abandono de la persona en situación de vulnerabilidad provocada por la enfermedad. La profesora Marcia Angell, de la Universidad de Harvard y exdirectora del *New England Journal of Medicine*, en una tribuna de opinión en *The Boston Globe* y bajo el título de *Añoranza de los tiempos en los que los médicos aún daban consejos*³⁴, razona sobre esta conversión de la relación entre los profesionales y los pacientes así como sobre la necesidad de encontrar el equilibrio entre los extremos del paternalismo absoluto y el abandono provocado por el uso de una autonomía de lo más aséptica.

³³ Los trabajos de Macario Alemany son muy importante para profundizar el tema del paternalismo. Él, además, realiza su tesis doctoral sobre el mismo titulada, *El concepto y justificación del paternalismo*. Aunque se centra en el ámbito jurídico, dedica un amplio apartado al paternalismo médico. Es indispensable su lectura para comprender todos los elementos que lo componen así como su posible justificación en la aplicación práctica del mismo, sobre todo en disciplinas como el derecho, la medicina o la enfermería. Esta tesis se encuentra disponible en:

<http://www.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=14591&ext=pdf&portal=4>

³⁴ El artículo original se titula: *Longing for days when doctors still advised* y se encuentra disponible en:

http://www.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2007/03/05/longing_for_days_when_doctors_still_advised/

2.2.2 La Bioética médica: Corrientes actuales

La bioética médica basada en el principialismo³⁵, plantea la necesidad de utilizar unos principios determinados para regir la toma de decisiones en la práctica clínica y así dejar de lado el paternalismo, hasta el momento muy popularizado.

T. L. Beauchamp y J. Childress, en 1979, formularon esta proposición tras su participación en la elaboración del Informe Belmont³⁶, publicando una obra de referencia obligada, *Principles of Medical Ethics*, texto que desarrolla además de la aplicación sistemática de los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia en las decisiones ante situaciones de conflicto en la atención médica, una serie de normas para la práctica clínica.

El *principio de beneficencia* responde a la finalidad de lograr el bien terapéutico del paciente, a través del compromiso activo por parte del profesional y debe a su vez no dañar, concepto básico que define el *principio de no maleficencia*, ya presente en la *ética hipocrática*, *Primum non nocere*.

El *principio de autonomía* se fundamenta en el reconocimiento de la persona como un ser individual dotado de racionalidad y libertad de elección, pudiendo aceptar o rechazar un tratamiento. Éste implica que se debe respetar la autodeterminación del paciente, siendo su expresión manifiesta el consentimiento informado.

El *Principio de justicia* involucra al médico, al paciente y sobre todo a la sociedad o al Estado, cuya obligación es procurar los recursos suficientes para que todos tengan

³⁵ Para profundizar en esta corriente recomendamos la lectura de la tesis doctoral de Pablo Requena titulada *Modelos de Bioética Clínica. Presentación crítica del principialismo y la casuística*. Defendida en el año 2005 en Universidad Pontificia de la Santa Cruz de Roma y que puede ser consultada a través del fondo de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) que dispone de la URL: <http://www.aebioetica.org/> (pendiente la cita correcta)

³⁶ El Informe Belmont intenta resumir los principios éticos básicos identificados por la Comisión Nacional para la Protección de Investigación Biomédica y de Comportamiento en el curso de sus deliberaciones. Es el resultado de un intenso período de cuatro días de discusiones llevado a cabo en Febrero de 1976 en el Centro de Conferencias Belmont en el Instituto Smithsonian donde se recogen los principios éticos básicos y directrices que deberán ayudar a resolver los problemas éticos que acompañan la ejecución de investigaciones que incluyen sujetos humanos. Destacar que este informe elude otros tipos de investigaciones como la social o la epidemiológica

acceso fácil a la salud, reclamando una distribución equitativa de los recursos y de las cargas entre los ciudadanos para evitar discriminaciones en políticas públicas de salud.

Acosta (2003) reflexiona al respecto y afirma que, a pesar de basarse en un sistema de principios, el interés de los autores es que la medicina se desprenda del deontologismo para pasar al utilitarismo y lo refleja de la siguiente forma: *“A pesar de basarse en un sistema de principios, lo que al parecer le confería cierto ropaje deontologista, al conferirles igual jerarquía a todos ellos, no llegan a establecer una escala ética, lo que evidencia el interés de los autores por brindar un procedimiento que ofreciera la mejor solución de acuerdo con las consecuencias, o sea, es una propuesta eminentemente teleológica, utilitarista. Al no establecer jerarquía entre los principios, ni siquiera una metodología explícita, Beauchamp y Childress dejan el campo abierto para que las características y circunstancias en que se toma la decisión aconsejen la opción que mejores consecuencias conlleve. Dada la tradición individualista de la personalidad social norteamericana, en la práctica, el llamado principalísimo anglosajón inclinó el centro de las discusiones hacia la observancia del principio de autonomía y el procedimiento para ejercerlo: el consentimiento informado”*. (Acosta 2003; 1).

Este modelo ha sido criticado desde distintos puntos de vista, sobre todo en los últimos años. Una de las mayores objeciones que se hace al principialismo es la dificultad de aplicar la propuesta a los casos de la vida real. Requena, autor que ha profundizado en el estudio³⁷ de esta corriente bioética, está de acuerdo con Clouser y Gert reafirmando que: *“Estos autores dicen que los principios de Beauchamp y Childress no son en realidad principios morales al modo de los principios de justicia de Rawls o del principio de utilidad de Mill, sino slogans morales. Quizá sea exagerado utilizar el término slogan, lo que sí es cierto es que los famosos principios de la bioética no son estrictamente hablando principios de la razón práctica, sino indicaciones normativas genéricas que se pueden utilizar de diversos modos para*

37 Su tesis doctoral se centra en la corriente del principialismo y el estudio de la aplicabilidad de la misma a los problemas éticos de la práctica cotidiana. Fué publicada en Roma en 2005 por Edizioni Università della Santa Croce, con el título *Modelos de bioética clínica. Presentación crítica del principialismo y la casuística*. Posteriormente ha publicado diferentes artículos al respecto.

justificar o rechazar acciones que ya por otras razones se consideran acertadas o desacertadas.(Requena 2008: 27)

Más allá de los principios de bioética o del principialismo, aunque éste haya sido aceptado internacionalmente y muy popularizado, cabría destacar otras corrientes como el casuismo, el contractualismo, la ética de mínimos, la ética narrativa, la hermenéutica, el personalismo o la ética del cuidado, entre otras, que aunque no han alcanzado tanta popularidad, también tienen defensores, tanto dentro, como fuera de las fronteras estadounidenses.

Europa y Latinoamérica han optado por la profundización de estas corrientes, aunque su aplicabilidad en la clínica no ha sido tan evidente, tal vez sea por la popularidad de los principios o por otras razones interesantes de ser estudiadas.

Los profesionales han incorporado, a los dos principios clásicos de beneficencia y no maleficencia, muy arraigados en las formas de pensar y actuar de los profesionales, los de autonomía y justicia, pero solo lo han hecho en el discurso, no en la práctica, ya que en la realidad no se traslucen con tanta asiduidad como la que vemos en los escritos.

Abel (2001), está de acuerdo con la idea de que empiezan a observarse corrientes antiprincipialistas redescubriendo la importancia de las virtudes morales de los agentes, fundamentándose en las cualidades personales de los profesionales, dejando así espacio para una bioética narrativa y creativa y no tanto normativizada.

Gracia (2007), realiza una síntesis de los procedimientos y del proceso deliberativo como instrumentos para la práctica de la bioética, alejándose de la teoría de los cuatro principios, anteriormente comentada. Afirmo en el prólogo de su libro que: *“Hoy veo las cosas de otro modo. Cada vez estoy más convencido de que el lenguaje originario de la ética no es el de los principios, ni tampoco el de los derechos sino el de los valores”*. (Gracia 2007; 7).

laenez (2005), afirma que Gracia recibe críticas a sus planeamientos porque a pesar que hay una franca evolución en su conceptualización, ha sido clasificado como *principialista moderado*.

Atienza (1997,1998), realiza una nueva propuesta y es la de incorporar el Derecho como una prolongación de la reflexión moral, para conseguir positivizar la ética

mediante el uso de la ponderación de principios, utilizando un modelo judicial de resolución de casos como sistema de racionalidad práctica.

Existe en nuestro país una escuela reconocida en esta línea, que ofrece una forma de hacer Bioética enmarcada en el respeto de los Derechos Humanos, utilizando un modelo de reflexión en el que éstos son el marco en que los problemas éticos deben ser analizados con el fin de buscar un mínimo común, jurídico y ético, en que se tienen que apoyar las sociedades plurales en la toma de decisiones. La Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona, dirigida por la Dra. Casado, tiene como uno de sus objetivos contribuir en el ámbito de la reflexión universal sobre los Derechos Humanos, a un debate global, plural y pluridisciplinar sobre los principios y campos de estudio de la Bioética. Ante la pregunta de ¿por qué bioética y derecho? afirma que; *“Un aspecto central de la Bioética está, precisamente, en el reconocimiento de la pluralidad de opciones morales que caracteriza a las sociedades actuales y en propugnar la necesidad de establecer un mínimo marco de acuerdo por medio del cual individuos pertenecientes a “comunidades morales” diversas puedan considerarse ligados por una estructura común que permita la resolución de los conflictos con el suficiente grado de acuerdo. La elaboración de unos procedimientos de toma de decisiones en las que todos los implicados puedan participar, supone un paso de importancia fundamental. Pero en último extremo, si no hay acuerdo, el Derecho deberá establecer los límites de lo permitido; de ahí deriva la estrecha relación entre la Bioética y el Derecho -entendido como norma de conducta que emana de la voluntad de todos-.”* (Casado 2002;187)

Postigo aboga por una bioética basada en la filosofía moral, afirmando que a ésta le *“(...) compete adelantar el desarrollo tecnológico con la dimensión ético-prudencial. No resolver los problemas ético-sociales a posteriori, cuando ya se ha producido el daño, sino, en la medida de lo posible, hacerlo a priori, recuperando la capacidad de prever las consecuencias a largo plazo.”* (Postigo 2006; 7)

Con toda esta amalgama de posturas, posicionamientos, acercamientos o tendencias, es difícil ordenar y aclarar en unas líneas, cual sería el panorama actual de la bioética. En busca de esta respuesta, Gustavo Bueno realiza un intento de aglutinación

de corrientes, planteando un dualismo bioético que repartiría entre ambas todas ellas. Utiliza dos conceptos nuevos en este mundo: la bioética antrópica y la bioética anántrópica. La primera responde como la gestión bioética y la segunda a las corrientes metafísicas o místicas, donde posteriormente se podrán ir colocando las diferentes bioéticas existentes.

Diego Gracia, a la hora de ordenar las diferentes posturas, lo hace presentando también un dualismo. Por un lado las posturas principialista de carácter vertical, donde los principios son los que deben orientar los hechos, y lo explica diciendo, “(...) *Los sistemas metafísicos tienen una estructura por lo general descendente o deductiva, a partir de unos principios que la razón pretende conocer de modo directo e indubitable*”.(Gracia 1989; 452). Y por otro las posturas personalistas, donde los hechos son el punto de partida para configurar los principios. Sobre esta postura dice, “(...) *Si el fundamentalismo afirma la unidad de los principios morales hasta el punto de hacer imposible la pluralidad de decisiones, al decisionismo le sucede exactamente lo contrario: la pluriformidad de las decisiones le impide establecer principios objetivos y universales del razonamiento moral*” Gracia, en Silvero (2002: 15).

62

En la línea planteada por Silvero, me gustaría concluir diciendo que actualmente se pretende construir una bioética universal que pueda dar respuestas a todos por igual, que se sustente en los Derechos Humanos y en las diferentes declaraciones y códigos deontológicos. “*Muchos «expertos» se esfuerzan en expandir y ganar terreno argumentando la importancia de tal disciplina en estos días. Con un talante rmonista pretenden construir una disciplina unitaria, cosa completamente imposible, pues en Bioética hay que tomar partido*”. (Silvero 2002:15)

Bueno lo resume de la siguiente forma; “(...) *La suposición de una Bioética como sistema universal de principios de la conducta ética ante la vida, en el sentido biológico o médico, en tanto deja de lado la incompatibilidad entre los códigos éticos, religiosos o morales vinculados a las distintas sociedades, es mera ideología, y se orienta a la legitimación ideológica de determinadas decisiones legales, religiosas, estatales, de instituciones deontológicas. Este consenso aparente (que no acuerdo) de muchos bioéticos está determinado en gran medida por la cortesía académica, por el*

principio del respeto a cualquier posición que en el seno de las instituciones bioéticas se manifieste. En algún sentido podría hablarse (ampliando un concepto de Sartre) de que el consenso al que ha llegado la “comunidad bioética internacional” es una expresión de mala fe de sus miembros, que fingen una armonía cuando ella no existe ni es nada evidente que pueda existir.” (Bueno 2001: 56-57). Al fin y al cabo, los acuerdos y los documentos son una cosa y las respuestas de las instituciones sanitarias y sus profesionales son otras.

2.3 La Bioética y el Cuidado

2.3.1 Curar y cuidar

La salud y la enfermedad son realidades que están presentes en la vida de las personas desde siempre, por lo que se hace difícil o imposible separarlas. Es algo inherente al hombre, por lo que estos conceptos pueden ser definidos como construcciones culturales que difieren, no solo de unas culturas a otras, sino que lo hacen también entre unas épocas y otras. Pero no nos centraremos en las definiciones de salud y enfermedad sino que nos acercaremos hacia aquello que se deriva de las mismas, con el fin de buscar algunas respuestas a las preguntas que vayan surgiendo a lo largo de este recorrido.

63

La curación ha sido de vital importancia para los profesionales sanitarios a lo largo de la historia, incluso se puede decir que éste ha sido un concepto sobrevalorado, como afirma Galindo *“(...) curar se ha asimilado, en muchas ocasiones, al concepto de “salvar la vida”. Un poder, inicialmente reservado sólo a algunos dioses, al que sucumbió el mismo Asclepio, quien puso en juego la salvación de su alma por devolver la vida a un muerto a cambio de una cierta cantidad de dinero”* (Galindo 2006:1).

El curar se convertiría en un objetivo primordial tanto para agentes sanitarios reconocidos oficialmente, como para muchos otros que no lo son, aunque consideran que pueden realizar actividades encaminadas a ello. No solo será de interés para lo relacionado con la enfermedad, sino también para otras esferas sociales que se interesan por alcanzar la curación con fines tales como reforzar las sociedades y asegurar así su

supervivencia o promover medidas para aumentar las poblaciones, entre otras. El mismo Galindo afirma que la actividad de curar se convirtió en una actividad estrella en la sociedad, en detrimento de la pérdida de visibilidad de otras actividades, como es el caso de la actividad de cuidar, como lo resume en la siguiente aportación; *“(…)al mismo tiempo que la actividad de curar se fue dotando histórica y socialmente de un gran magnetismo, particularmente para los hombres-médicos, otra actividad vio como se difuminaba ese mismo valor histórico-social: nos referimos a la actividad de cuidar. Una actividad encomendada, paradigmáticamente, a las mujeres-enfermeras. Estamos en la división sexual de lo que fue en origen una actividad humana única: preservar la vida”* (Galindo 2006: 1).

De esta afirmación se deriva que la división del trabajo doméstico se trasladaría al trabajo profesional, por lo que las mujeres³⁸ no solo cuidarán en un ámbito cotidiano y particular sino que también lo harán en el ámbito profesional. Canals³⁹ apunta al respecto que *“(…) por una parte, ha surgido una categoría profesional que recoge aquel modelo y lo adopta a las actuales instituciones sanitarias, trasladando la dependencia de la mujer a un espacio asistencial extradoméstico: la enfermera. Por*

³⁸ El enfoque de género aplicado al análisis de los procesos salud-enfermedad-atención genera nuevos discursos que conllevan nuevos posicionamientos que pueden ser utilizados para analizar la realidad social desde otras perspectivas diferentes a las dominantes. El número de autoras/es que especialmente se dedican a estos enfoques son muchos y probablemente dejaría por anotar aportaciones muy interesantes por lo que propongo la consulta de la página web de la REDAM (Red Informal de Antropología Médica) donde hay una amplia bibliografía sobre género y salud, esta disponible en <http://web.mac.com/josepcomelles/iweb/REDAM> así como la web del Observatorio de desigualdades de género en la salud disponible en http://genero.sespa.es/ob_presentation.htm y que responde a la iniciativa del Grupo de Género y Salud Pública y Administraciones Sanitarias. También destacar la web del Observatorio Salud y Mujer la cual promueve investigaciones en esta línea, disponible en <http://www.obsym.org>. Por último me gustaría dejar un apunte a las aportaciones del portal de género, “Mujeres en Red: El periódico feminista” donde se puede consultar un sinnúmero de trabajos y especialmente un apartado relacionados con la salud, esta está disponible en <http://www.nodo50.org/mujeresred/>. Torres(2005) publica un estudio bibliométrico donde queda reflejada la realidad de las tesis doctorales sobre Estudios de mujeres defendidas en las universidades españolas durante veinticinco años (1976-2002) y muchas tratan el tema de la gestión de la salud por parte de las mujeres.

³⁹ El autor profundiza sobre los temas relacionados con la formación de la profesión enfermera y las connotaciones culturales que lleva consigo en sus Tesis de Licenciatura titulada “La desfeminización de la enfermería: Tecnología, ideologías y división sexual del trabajo en la evolución de una profesión”

otra parte como ya he dicho, el papel de la mujer continua siendo fundamental en la asistencia que se realiza en el propio domicilio del enfermo (...)" (Canals 1984: 196).

Jean Achterber lo resume en *women have always been healers*, las mujeres han sido cuidadoras siempre.

Acerca de las actividades de curar y cuidar, nos gustaría resaltar las múltiples interpretaciones que se realizan en torno al significado y las relaciones entre ambos conceptos. Este dualismo genera dilemas que surgen de forma permanente en muchos discursos profesionales. Curar, como el aplicar con éxito a un paciente los remedios correspondientes a la remisión de una lesión o dolencia, es entendida por muchos y aceptada y defendida por ciertos sectores médicos revistiéndola de un halo casi fantástico y, a su vez, dándole un valor social que desplaza a otras entidades como ocurre con el cuidado.

El curar se ha ido construyendo a lo largo de la historia, rodeado de un carisma especial y mucho ha cambiado desde los tiempos de Hipócrates (500 a.c), como apunta Goberna (2004), donde los fundamentos básicos del tratamiento eran favorecer o al menos no perjudicar, abstenerse de los imposibles y por tanto no actuar cuando la enfermedad era mortal por necesidad e ir en contra del principio de la causa.

65

Los diferentes paradigmas por los que ha pasado el proceso de curación nos trasladan a la actualidad donde, en términos globales, un número muy elevado de enfermedades se curan.

La medicalización y la tecnificación han sido las herramientas utilizadas para construir una percepción moderna de la salud y la enfermedad. El uso y abuso de aquellas hacen que desde la ética se planteen diferentes cuestiones que se configuran como ejes vertebradores en el nacimiento de la bioética, tal y como comentamos anteriormente.

Esta forma de entender la relación de la medicina, a través de la curación, con el Hombre, responde a lo que autores como David-Floyd y St.John han definido como paradigma tecnocrático. Éste se organiza alrededor del progreso tecnológico y la medicina moderna, que con todo el conocimiento tanto en procedimientos técnicos como científicos, han convertido este paradigma en un modelo concreto, que es

denominado modelo tecno-médico. Este se caracteriza por unos principios que difieren en mucho con otros modelos como el humanismo o el holístico. David-Floyd y St. John representan en el siguiente esquema esas diferencias:

Modelo tecnocrático	Modelo humanista	Modelo holístico
Separación cuerpo-mente	Conexión entre el cuerpo y la mente	La unidad de mente-cuerpo-espíritu
Ver al paciente como objeto	El paciente como un sujeto relacional	La sanación a la persona por completo de su vida entera
Alienación del médico hacia su Paciente	Conexión y cuidado amable entre el médico y el paciente	La unidad esencial entre el profesional y el cliente
Diagnostico y tratamiento de afuera Para adentro	Diagnostico y tratamiento de afuera para adentro y de adentro hacia fuera	El diagnostico y la sanación desde adentro hacia fuera
Organización jerárquica y estandarización del cuidado	Equilibrio entre las necesidades de institución y las necesidades individuales	La estructura organizacional de trabajo en red que facilita la individualización del cuidado
Autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente	Información, toma de decisiones y responsabilidad compartidas entre el paciente y el profesional	La autoridad y la responsabilidad como inherentes a cada individuo
Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología	Ciencia y tecnología equilibradas con el humanismo	La ciencia y la tecnología aplicadas al servicio al individuo
Intervenciones agresivas con énfasis resultados a corto plazo	Enfoque hacia la prevención de la enfermedad	Un enfoque a largo plazo en la creación y el mantenimiento de la salud y el bienestar
La muerte como derrota	La muerte como un resultado aceptable	La muerte como un paso en un proceso
Sistema guiado por las ganancias	Sistema guiado por la compasión	La sanación como enfoque
Intolerancia a otras modalidades	Apertura mental hacia otras modalidades	El abarcar múltiples modalidades de sanación

Tabla 1: Modelos de atención (Reproducción de: David-Floyd y St. John 2004: 160-161)

El modelo tecnomédico se aleja del cuidado como primera respuesta ante la enfermedad del ser humano. El curar hace que el cuidar sea una categoría inferior e insuficiente, así como poco exitosa desde la perspectiva social, para hacer frente a la enfermedad, como apunta Galindo” (...) *esta insuficiencia de los cuidados hace oportuna la aparición de mecanismos culturales, sociales y científicos que poseen poder curativo. Y lo hacen de tal forma que, magia, religión y ciencia se superponen y complementan dándose legitimidad hasta lograr dar un valor social a la curación sobre cualquier otra de las acciones preservadoras de vida y bienestar.*” (Galindo 2006:1).

Estas suposiciones han conseguido la construcción del dualismo que nos ocupa, el de curar y cuidar y que está presente en el ámbito sanitario. En este sentido encontramos profesionales que defienden ambas partes de forma independiente, otorgando a la medicina y a los médicos la potestad ante el curar y a la enfermería y las enfermeras la del cuidar, o posiciones más neutras como la planteada por Torralba que resuelve el dualismo de la siguiente forma; *“(...) el dilema entre el cuidar (“to care”) y el curar (“to cure”) no debe considerarse de una forma excluyente, sino complementaria. El objetivo fundamental de la enfermería es cuidar a la persona enferma y ayudar a las personas que desarrollan los cuidados a ejercer adecuadamente su función. Esto no significa que el curar, es decir, el ejercicio de restablecer la salud a una persona, no sea un objetivo de la Enfermería. Su especificidad radica en el cuidar, pero el curar constituye también algo muy propio de la Enfermería. En el ejercicio de la Medicina, en cambio, lo fundamental y lo constitutivo es el curar, sin embargo, el cuidado, la atención humana y personalizada de la persona enferma es también un requisito indispensable para la buena praxis.”*(Torralba 1998; 23).

El cuidado se ha destacado principalmente como el mantenimiento y mejora de la vida humana pero el desarrollo y el valor social que adquiere el término ha ido variando a lo largo de la historia. Podemos considerar que curar y cuidar son las dos caras de una misma moneda y, a mi modo de ver, el cuidado puede llevar a la curación en muchas ocasiones, aunque no hay duda de que el significado de cuidar es complejo y muy amplio, así como a su vez ambiguo, por lo que intentaremos clarificar algunas de sus dimensiones a continuación.

2.3.2 La complejidad del cuidado

Proporcionar cuidados se puede considerar unido a la idea de supervivencia del ser humano, a la continuidad de la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades que se manifiestan de diferentes maneras según los grupos y sociedades, estando además determinados dichos cuidados por factores sociales y culturales.

En el año 1859 Florence Nightingale ya afirmaba que la enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tenía que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pudiera actuar sobre ella. Cien años después, su mensaje se traduce como la asistencia a la persona enferma o sana en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma o una muerte en paz, tarea que podría llevar a cabo si tuviera voluntad, energía o conocimientos para hacerlo. Desde este punto de partida podemos decir que cuidar significa ayudar a otra persona con el fin de asegurar lo que necesita y poder disponer de ello para continuar su vida en relación a la vida en grupo.

La familia es la primera célula social en el proceso de cuidar la salud y enfermedad de sus miembros. *“Todo proceso mórbido que afecta a uno de dichos miembros, altera, por lo general, la estabilidad que se presume posee la familia, obligándola a ajustarse a la nueva situación. Este proceso puede llevar a un crecimiento-maduración o bien ruptura y derrumbe, lo que si es cierto que van a producirse a partir de los desajustes, nuevos ajustes dentro de la institución familiar y en el caso que nos ocupa a desempeñar roles, por parte de los diferentes miembros, que antes no se habían desempeñado, y más concretamente con relación a los de género. Las relaciones que se establecen con el sistema y los diferentes profesionales de la salud, pueden ser de ayuda para la recuperación del equilibrio o bien, por el contrario, ser fuente de dificultades añadidas, pudiendo interferir en la evolución del proceso”*. (Queral y Rodríguez 1996:46).

“Actualmente nadie discute el importante rol que desempeña la familia en la salud y bienestar de sus miembros, dicho rol ha sido ampliamente analizado y justificado en la literatura científica desde la perspectiva de diferentes disciplinas” (Silberteín 1997:25), y si bien las evidencias científicas han sido aceptadas y asumidas gradualmente por los profesionales de la salud, bien cierto que esto ha ocurrido fundamentalmente en el ámbito conceptual y teórico, en el ejercicio profesional cotidiano, por el contrario, la familia es un elemento frecuentemente olvidado o tenido en cuenta sólo de manera parcial.

Semejante fenómeno se pone de manifiesto también en las diferentes áreas del trabajo enfermero. En la práctica asistencial o en la investigación, pocas veces la familia es concebida y tratada por las enfermeras como un paciente legítimo e incluso no se la considera como una entidad que puede, en sí misma, necesitar cuidados enfermeros. Resulta curioso observar que, a pesar de que todas las teorías y modelos de Enfermería han conceptualizado tanto el cuidado de individuos como el de grupos y familias, se siguen produciendo tales omisiones.

Es por ello que las diferentes disciplinas relacionadas con la salud han visto necesario aproximarse y conocer el cuerpo de conocimientos de otras disciplinas, entre ellas la Antropología. Es de esta forma como es posible conceptualizar adecuadamente la entidad familiar y comprender las líneas generales de la intervención profesional a este nivel. Sin embargo, las propuestas derivadas de ese desarrollo todavía no permiten precisar el rol específico que han de desempeñar las enfermeras en el cuidado, ni deducir con claridad los parámetros y datos concretos que deberían valorarse previamente a la intervención.

Se hace pues necesario profundizar e investigar en el cuidado, su estructura, las relaciones e interrelaciones que se producen, etc., desde una perspectiva social y cultural, que junto con la perspectiva específicamente enfermera, permitan delimitar con claridad y sin lugar a ambigüedades qué problemas deben valorarse y tratar y, lo que es más importante, cómo hacerlo, tarea prácticamente imposible sin el apoyo y la guía de un marco teórico.

El concepto de cuidar es uno de los ejes fundamentales de estudio por parte de las enfermeras, aunque como afirma Watson (1979), es un concepto utilizado en muchas ocasiones de forma inconsistente. Algunas autoras han hecho esfuerzos para armar de forma teórica el concepto, una de ellas ha sido Leininger (1981a), quien intenta clarificar los usos lingüísticos del término. Considera que el concepto usado en los textos y en el lenguaje común en sus inicios era más consistente, pero que posteriormente se convertiría en una idea que perdería toda esa potencialidad. Ella, junto con Gadsups, fueron de las primeras en investigar el contenido del concepto en un trabajo que realizaron en Nueva Guinea. Otra autora que considera la imprecisión del mismo es

McFarlane (1988), aunque ella está más de acuerdo con la relación tan intensa que existe entre el cuidar y la enfermería y el desarrollo de la misma.

Leininger es una de las autoras enfermeras que entre los años 1950 y 1960 señaló la existencia de varias áreas comunes del conocimiento entre la enfermería y la antropología, formuló conceptos, analizó las prácticas y planteó los principios de lo que hoy conocemos como enfermería transcultural. Su obra más destacada al respecto es la titulada *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research and practice* publicada en 1978.

Los planteamientos de esta autora se sustentan en la antropología y la enfermería, centrando el estudio entre las diferentes culturas y subculturas desde el punto de vista de los valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y los modelos de conducta, con el fin de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos para la práctica asistencial. La autora defiende la aplicación de métodos etnográficos cualitativos para estudiar el cuidado, centrándose en el estudio de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia desde la coherencia cultural, ajustándose a los modos de vida de las personas. Ella define el cuidado como un fenómeno abstracto y concreto, relacionado con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigida a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida. Aboga por un marco holístico que permita conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería con el fin de orientar la práctica.

Desde esta perspectiva transcultural desarrolla una taxonomía y la dota de contenido teórico para los elementos del cuidado, como por ejemplo: el apoyo, la confianza, la compasión, el confort o el soporte; proponiendo que estas son variables cambiantes en función de las diferentes culturas.

Otra autora que ha trabajado en esta línea es Jean Watson (1979). Para ella, la práctica de la enfermería se aposenta en diez factores de cuidados que ayudan a las personas en sus reacciones y respuestas frente a una situación o problema de salud y que desarrollan Marriner y Raile (2007):

1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
2. Tener en cuenta y sostener el sistema de creencias y fomentar la esperanza.
3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.
5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Usar procesos creativos para la resolución de problemas.
7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
8. Crear un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades básicas.
10. Aceptación de la fuerza existencial y fenomenológico-espiritual.

Esta teoría nos ofrece el siguiente planteamiento: los fundamentos para el ejercicio de nuestro rol propio, nos plantean cuestiones sobre la naturaleza de los saberes fundamentales y los conceptos que deberían ser la matriz para poder ofrecer cuidados enfermeros profesionales y nos invita a aproximarnos a los cuidados con una visión centrada en la salud en la cual la dimensión biológica, psicológica, social, cultural y el entorno de la persona es tomada en cuenta en sus interacciones. En definitiva, las prácticas profesionales permiten ofrecer cuidados globales a la población y nos invita a centrarnos en las respuestas y reacciones específicas de la persona cuando ésta es confrontada a un problema de salud o a una crisis de desarrollo y a ofrecer estrategias únicas e individualizadas a las situaciones de estrés.

El sistema de valores establecido dentro de la filosofía y teoría de los cuidados humanos, consta de valores asociados con un profundo respeto por el reconocimiento de la persona y la vida humana; son valores no paternalistas relacionados con la autonomía humana y su capacidad de elección. El énfasis se pone en ayudar a la persona a obtener más autoconocimiento, autocontrol y disponibilidad para su autocuración, independientemente de las condiciones externas de salud. Todos estos valores se fusionan en los factores de cuidados principales, que forman el cuadro conceptual para

investigar y comprender los cuidados de enfermería centrados en la ciencia del caring⁴⁰. Esta propone una fundamentación filosófica de la ciencia del cuidado introduciendo conceptos como el de sensibilidad, empatía, fe o el tacto entre otros...

Desde este punto de vista podemos decir que el caring se entiende como tener cuidado de, o el arte de cuidar que parte de dos premisas fundamentales:

1. El caring como cuidados enfermeros existe en todas las sociedades. En cada sociedad encontramos personas que se cuidan de otros. Esta actitud hacia el cuidado no se transmite de una generación a otra, sino que requiere de una formación profesional reglada. Los cuidados de enfermería siempre se llevan a cabo mediante un contacto y una relación de un ser humano con otro ser humano.
2. Existe a menudo una divergencia entre la teoría y la práctica debido a la separación que existe entre los valores científicos y los valores humanísticos.

Algunas autoras como Gaut(1986), Carper (1979), Gadow(1985) o Fry (1988) definen el caring como una ética enfermera o una ética del cuidado, haciendo hincapié en el componente moral del cuidado y la importancia del principio de respeto ante y por las personas. Gadow propone el cuidado como un modelo moral que tiene el fin de promover la dignidad humana y Fry plantea que éste debe ser visto como una guía para la acción, como un valor universal, como un patrón de actuación.

Existen muchos más trabajos realizados desde la práctica clínica y su relación con la ética enfermera. Destacamos algunas autoras como McFarlene(1976), Carper (1979), Griffin(1980, 1983), Orem (1985),Gadow (1985) Gaut(1986)o Weiss (1988), Fry (1988),

⁴⁰ El filósofo Milton Mayeroff (1971) define el caríng como una manera de entrar en relación con otra persona que favorece su desarrollo. Medina (1999) afirma que para Watson, el cuidado supone una alta consideración para la otra persona y su modo de estar en el mundo, es decir, un compromiso moral, casi imperativo, con el valor y dignidad de la persona cuidada y con el respeto hacia los significados y el sentido que asigna a su vivencia de la enfermedad. Desde esta perspectiva fenoménica y ética el cuidado está más centrado en la persona y en su subjetivación de la enfermedad que en el proceso biopatológico mismo.

Benner y Wrubel (1989), Leininger (1990), Davis y Aroskar (1991), Newman y col.(1991), Watson (1988, 1999), Fry y Veatch (2000), Bartolucci (2001), Gasull (2001a,b) y Leino-Kilpi (2003) entre otras, aunque cada una de ellas adopta particularidades específicas al respecto. La literatura revisada revela la existencia de investigaciones que se podrían agrupar en dos grandes apartados: por un lado, las que se centran en la ética del cuidar desde un punto de vista teórico y por otro, las que se centran en el estudio del resultado de las relaciones que se generan en la práctica diaria de las enfermeras.

En líneas generales, estas investigaciones se centran en la práctica clínica desde diferentes perspectivas y áreas de asistencia, como pueden ser la psiquiatría y la salud mental, la pediatría, la enfermería comunitaria o la enseñanza de la ética a los futuros profesionales de enfermería, entre otras. Este planteamiento es secundado por muchas autoras, pero también decir que ha sido discutida por otras como Benner (1984), Gaut (1986), Dunlop (1986) o Duke y Copp (1992) que plantean otros puntos de partida. En nuestro país los trabajos en esta línea son más escasos pero me gustaría destacar los trabajos teóricos de Feito (2000), Vielva (2002) y Sarabia y col (2005).

2.3.3 La definición de cuidado

Vista esta amalgama teórica en torno al significado del cuidado, no es raro encontrar multitud de definiciones de este concepto. Existen puntos de partida comunes donde los autores consideran que cuidar, es algo esencial para la vida y como plantea Davis, “(...) *-el cuidar- no circunscrito a la enfermería, sigue siendo el núcleo de muchas relaciones humanas, a pesar de que es todavía algo difícil de conceptualizar, sobre todo en el ámbito de la ética occidental donde históricamente no ha sido un valor dominante*”. (Davis 2006; 2). Pese a esto existen muchos intentos de definir el cuidado.

Me gustaría destacar la definición que aporta una de las autoras más relevantes en este campo que ha profundizado tanto en las prácticas del cuidado como en la teoría del cuidar. Collière, lo define como “ (...) *un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida en grupo*.” (Collière 1993; 7). Medina (1999), ofrece

otras visiones de la definición por autoras como Benner y Wrubel, para las que “(...) *cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empatizar o sentir desde el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales.*”. Planner, citado también por Medina, afirma que el “(...) *cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos.*” (Medina 1999; 36-41). Leininger amplía la definición incorporando un nuevo elemento a la misma, el concepto de cultura, y lo describe como “*una necesidad humana esencial para el pleno desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo*”. (Leininger 1881b:3). Una investigación de referencia para la definición del cuidado es la realizada por McCance y col.(1996)⁴¹ donde identificaron seis características que constantemente aparecerán en las definiciones del cuidado. “(...) *estas seis características son: 1) ser verdaderamente atenta, que es similar a la noción de estar auténticamente presente; 2) preocuparse por; 3) proporcionar medios a, administrar cuidados a; 4) tomar en consideración, respetar a; 5) la cantidad de tiempo necesario y 6) conseguir conocer al paciente.*” (Davis 1999; 31), lo que conlleva la necesidad de explorar todas las características que, aunque abstractas, se encuentran presentes en la difícil tarea de definir el concepto del cual partimos. El abordaje debe hacerse con el fin de conseguir la construcción de una parte del conocimiento que todavía se encuentra, hoy por hoy, bastante indefinido.

El cuidado tiene hoy en día una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social y espiritual sin obviar la perspectiva biológica. El abordaje del cuidado de la persona puede ser visto de dos formas antagónicas: en primer lugar, considerando si el objetivo

⁴¹ McCance y col.(1996) exploran en este artículo “*Caring: dealing with a difficult concept*” el concepto del cuidado a partir de los planteamientos de Walker y Avant (1995), intentando aclarar el significado utilizando el análisis cualitativo sobre una revisión de la literatura, para llegar a la conclusión de que es difícil alcanzar una definición concisa del concepto, aunque esta investigación es utilizada como punto de partida por otras investigadoras como es el caso de Anne Davis.

es la enfermedad y su curación y en segundo lugar, si es la salud y el bienestar. Busquets (1996) plantea que *"(...) cuidar debe contemplar la totalidad de la persona, sus relaciones con el entorno, sus posibilidades, creencias, valores y formas de vida. El cuidado es un acto de respeto por la vida de quien necesita cuidados por lo que el sentido ético del cuidado viene de su definición (...)"* (Busquets 2004:31), por lo que el sentido ético del cuidado esta implícito en su propia definición, pivotando en torno a objetivos concretos como son la salud y el bienestar, la autonomía de las personas, la dignidad, la veracidad, la confidencialidad, la responsabilidad y en el promover un medio ambiente saludable⁴².

La situación de cuidar no es abstracta, es concreta, enlazada en un contexto. Buber lo define como: *"(...) una forma de diálogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro, cuidar requiere ir más allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción, es una forma de ser."* A su vez Sally Gadow lo define como: *"cuidado es asistir a un individuo a interpretar su propia realidad, cuidar es la esencia de enfermería, en su participación con el paciente, en la determinación del sentido único que para él tiene la salud, la enfermedad y la muerte."* (Buber en Pinto 2001: 14)

Podemos extraer, como común divisor de estas definiciones, la importancia de la reciprocidad en la relación entre la enfermería y el cuidado de las personas que sirve como proceso de retroalimentación para ambos y ayuda al crecimiento de los dos. Esta es una premisa presente en casi todos los planteamientos teóricos anteriormente comentados cuando el punto de partida es un modelo humanístico u holístico de atención. Esta premisa no se encuentra en el modelo tecnocrático.

Teóricamente se distinguen dos tipos de cuidados el cuidado informal y el cuidado formal, aunque autoras como Nodings o Leininger lo denominan de diferentes formas. Noddings⁴³ (1984), ha sido una de las autoras que más ha estudiado el cuidado,

⁴² La definición de todos estos conceptos da pie a diversos planteamientos ya que diferentes autores los dotan de contenidos muy dispares, en función de la escuela a la que pertenecen.

⁴³ Para conocer la obra de Noddings es muy interesante la tesis publicada por Comins (2003) titulada *La ética del cuidado como educación para la paz*. En ella desarrolla todos sus planteamientos

aunque su enfoque se dirige al campo de la educación, en el que se puede hacer un paralelismo con el campo de las ciencias de la salud. Ella clasifica el cuidado en dos niveles: por un lado nos dice que existen los cuidados naturales, que son aquellos que todos recibimos y damos de madres a hijos a lo largo de nuestra vida y un segundo nivel que son los cuidados éticos, donde se incluyen los cuidados a los otros como una obligación moral o como una obligación profesional.

El cuidado ético y por extensión la relación de cuidados, se caracteriza por unos elementos que son necesarios tener presente para la práctica diaria: la *receptividad* como aceptación de la persona cuidada por parte del cuidador. La enfermera debe reconocer la realidad del otro, su modo de vida y sus necesidades, así como aceptarla, sólo de este modo la relación de cuidado posibilita el crecimiento personal ante la enfermedad. La *conexión*, entendida como las obligaciones que conllevan el cuidado por parte de la enfermera mediante la implicación en el proceso. El modelo de relación profesional basado en el consenso y el acuerdo es la forma más adecuada para conseguir la conexión correcta. La *sensibilidad*, que es el valor que nos hace despertar hacia la realidad, descubriendo todo aquello que afecta en mayor o menor grado al desarrollo personal, familiar y social.

Antes de hablar de sensibilidad me gustaría hacer una distinción frente a *sensiblería* que casi siempre es sinónimo de cursilería, superficialidad o debilidad y que muchas veces se confunde con la sensibilidad. En realidad, el valor de la sensibilidad es la capacidad que tenemos los seres humanos para percibir y comprender el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes, para actuar correctamente en beneficio de los demás. Para comprender la importancia de este valor, necesitamos recordar que en distintos momentos de nuestra vida hemos buscado afecto, comprensión y cuidado. La sensibilidad nos permite descubrir en los demás a ese *otro yo* que piensa, siente y requiere de nuestra ayuda. No pensemos en esa sensibilidad emocional que se manifiesta exageradamente con risas o llanto y tal vez sintiendo pena o disgusto por todo. Ser

profundizado en el cuidado como práctica social de regulación pacífica de conflictos y como fuente básica de satisfacción de necesidades humanas.

sensible va más allá de un estado de ánimo. Es permanecer alerta de todo lo que ocurre a nuestro alrededor.

Leininger clasifica el cuidado en convencional y profesional, correspondiendo el primero al cuidado natural y el segundo al cuidado ético que plantea Noddings. Para ella, el cuidado convencional responde a aquellos cuidados genéricos que son “(...)actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana (...)” y el cuidado profesional “(...) son todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.” (Leininger, en Medina 1999: 40-41)

El cuidado ético o profesional es el que nos ocupa en esta investigación, pero podemos avanzar diciendo que pese a que las definiciones son bastante claras y tienen un enfoque hacia la práctica, cuando se observa el cuidado en la misma resulta bastante complejo, ya que las formas de cuidar son infinitas, así como el gran número de teorías y modelos⁴⁴ que intentan dar respuestas a esas prácticas. El encuentro entre la teoría y la práctica se hace trabajo difícil por la presencia de tantas formas de cuidar a los demás como cuidadores observados, lo que nos afirma que definir el cuidado desde la práctica es muy complejo y poco claro, lo que no ayuda nada a la definición de las actividades de los profesionales. Posteriormente retomaremos esta complejidad cuando analicemos la realidad estudiada.

⁴⁴ Los modelos y teorías de enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería teniendo en cuenta los elementos que configuran el metaparadigma en enfermería o conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para la una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. El primer nivel de especificidad se define a través de los conceptos de persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general. La obra básica donde están recogidas las mayorías de teorías y modelos para la enfermería es la de Raile y Marriner-Tomey (2007), obra de obligada consulta para poder entender cualquiera de los planteamientos teóricos que se quieran analizar o contrastar con la práctica.

2.3.4 Un acercamiento diferente a la Bioética

Una de las autoras que más ha trabajado en la búsqueda de una ética de la enfermería es Anne Davis. En esa búsqueda, la mayor afirmación que ella hace es que *"no existe aproximación ética que sea suficiente para una ética de la enfermería practicable y útil"* (Davis 2006: 2). Justifica que el abandono que ha sufrido el estudio del cuidado por parte de disciplinas como la filosofía, se debe fundamentalmente a la predominancia del género masculino sobre el femenino en las sociedades actuales.

Uno de los autores que más ha trabajado en el concepto de cuidar desde la filosofía es Milton Mayeroff, filósofo americano que escribió la obra *El cuidado humano* en 1971, en el que se detalla la fundamentación teórica del cuidado. Él considera que el proceso de cuidar tiene implícitos los valores morales. Según este autor la característica fundamental del cuidado *"es el origen de la vida, la dignidad de la misma que conlleva al respeto y a la búsqueda del bienestar, por ello el cuidado humano es ayudar a otro a crecer, cualquiera sea ese otro, una persona, una idea, un ideal"*. Quintero (2001: 16)

Para Mayeroff *"Cuando cuidamos de Otro es importante considerar el principio de autonomía y sus propios valores e ideales fundamentos de su propia existencia"* (Mayeroff en Quintero 2001: 18). El alcance moral de los cuidados, para este autor, es la ética de la responsabilidad⁴⁵.

Otros filósofos que han profundizado en el significado del cuidar en nuestro país son Feito (2000) y Torralba (2002) en sus obras, respectivamente, *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado y Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*.

Feito plantea el cuidado desde dos sentidos, por un lado como una *actividad* y por otro lado como una *tarea profesional*. El cuidado como *actividad* lo define como aquellas acciones que corresponden al ser humano y que contribuyen a ayudar ante el

45 Uno de los máximos estudiosos de la ética de la responsabilidad es H. Jonás, que plantea las bases de una ética en una sociedad tecnocrática donde la toma de decisiones debe ser regida por la responsabilidad del ser humano frente a los demás. Sólo los humanos pueden escoger consciente y deliberadamente entre alternativas de acción y esa elección tiene consecuencias. La responsabilidad emana de la libertad. Una de sus obras más relevantes es *El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica* (1975). Ed. Herder, Barcelona. Constituye un referente necesario en el campo de las éticas deontológicas, con repercusión en bioética médica, tecnoética y ética ecológica.

requerimiento del mismo, así como la colaboración desinteresada al bienestar de otra persona. Es una actividad que puede ser espontánea o regulada, realizada por cualquier persona, basada en una relación entre seres humanos que promueve la supervivencia de las personas.

El cuidado como *tarea profesional* adquiere una dimensión normativa y estipulada acogiendo dos aspectos identificativos, como son que el cuidado es una acción tipificada y también es un bien interno⁴⁶, legitimándolo como propio de la profesión enfermera.

Torralba tiene como objetivo principal elaborar las bases teóricas de una ética del cuidar a partir de unos parámetros morales determinados. Este autor distingue dos dimensiones del mismo, una práctica y otra pragmática. Torralba hace hincapié en el cuidado como acción directa sobre otro ser humano, pero no se debe descuidar en cómo se lleva a cabo dicha acción. Él lo refleja de la siguiente forma: *“Cuidar a una persona no consiste en cuidar sus órganos, sino cuidar su integridad, cuidarla en su completa totalidad y ello supone un esfuerzo y un cambio de paradigma intelectual respecto al modelo especialista y microcósmico”* (Torralba 2002: XII).

79

La teoría de la ética del cuidar busca dar respuestas a los enfoques principialistas que habitualmente se utilizan desde una perspectiva descontextualizada, abstracta e imparcial y que se ha venido a denominar teoría de la justicia, utilizada de forma mayoritaria en el ámbito de la bioética médica.

Aunque la teoría ética de cuidar no es nueva y se encuentran referentes de la misma en autores como Heidegger o Ricoeur, aunque con enfoques relativamente distintos. Feito lo aclara diciendo *“(...) Heidegger, desde una perspectiva existencialista, insiste en la idea de “cura” (sorge) como preocupación (...) Ricoeur tiene una visión más positiva y creativa del ser humano: es alguien que hace su vida desde los condicionantes históricos, culturales, etc. Así va construyendo un relato, una historia que puede ser narrada.”*(Feyto 2000; 154).

46 La autora desarrolla ampliamente estos conceptos en la obra citada.

Es interesante la polémica creada entre las investigaciones de Kohlberg y Gilligan, sobre las diferencias del razonamiento moral de mujeres y hombres que todavía hoy es un debate de actualidad. Gilligan (1985) observó que las mujeres parecían preferir una moral que atendiera al cuidado de las personas desde una perspectiva relacional, a una moral orientada hacia la justicia y la imparcialidad. Desde esta perspectiva, critica el trabajo de Kohlberg y plantea dos orientaciones éticas, una basada en la justicia y otra en el cuidado, asociando la primera a los hombres y la segunda a las mujeres.

La ética de cuidado busca encontrar respuestas a experiencias concretas de la vida de las personas y no a resolver grandes dilemas éticos, puesto que los dilemas no son lo habitual en la vida profesional y como dice Gracia, *“(...) lo que suele darse en la vida son problemas, situaciones difíciles que, por lo general, tienen bastantes más de dos salidas, aunque ninguna óptima. Convertir un problema en dilema suele ser fruto de la pereza intelectual: se comienzan eliminando todos los posibles cursos de acción intermedios y se dejan sólo los extremos, que naturalmente son opuestos entre sí. De ese modo, el proceso de decisión queda reducido a la elección entre esos dos cursos extremos, excluyendo el que parezca más lesivo. Lo malo es que, como ya enseñó Aristóteles, el curso de acción óptimo suele estar, precisamente, en el medio”*. (Gracia en Feito 2000: 5).

También destacar el papel de Noddings (1984) en el desarrollo del concepto de ética del cuidar y la educación moral, donde profundiza en los dos orígenes del cuidar que anteriormente ya comentamos. El cuidado natural transmitido a lo largo de la memoria histórica y el cuidado ético, donde la implicación es necesaria por parte de ambos, persona cuidada y cuidador, por lo que hay que aprenderlo y desarrollarlo. Además ella apunta tres elementos que caracterizan el cuidado, que son la receptividad, entendida como la aceptación por parte del cuidador de la persona cuidada, en segundo lugar la conexión resultante de la relación que se genera entre la enfermera y la persona cuidada y el tercer elemento es la sensibilidad que se traduce en el compromiso en el acto de cuidar. Para Noddings, el cuidado se basa en sentir con el otro y recibir del otro. Es un proceso además de cognoscitivo, emotivo, y requiere cambios en la motivación y relación con el otro.

Tanto Gilligan como Noddings critican el principialismo utilizado de forma universal en la relaciones entre personas y la resolución de los problemas éticos que se dan en la vida de las mismas, así como lo hizo también Foucault, que está en contra del universalismo abstracto⁴⁷.

Algunos autores han criticado ferozmente la ética del cuidado tildándola de una ética feminista, pero no debería ser vista así, sino como una nueva ética femenina donde se destacan valores que en la ética predominante y hegemónica están ausentes, como son la sensibilidad, la empatía o el cuidado. Tong (1993) ha profundizado en esta dicotomía⁴⁸ entre ética feminista y ética femenina describiendo los objetivos de una y otra, así como sus diferencias. En cuanto a la ética femenina, su objetivo principal es restablecer valores no presentes en la relaciones entre las personas cuando tienen que tomar decisiones de carácter ético, mientras que el objetivo de la ética feminista es eliminar o modificar las normas, pensamientos, actitudes que de algún modo afectan y promueven la discriminación de las mujeres.

Muchos autores han considerado que la enfermería no necesita de estos juicios morales independientes, por su gran dependencia de otra disciplina como es el caso de la medicina. El mensaje más importante que ha perdurado en el tiempo, según Johnstone (1999), es que las enfermeras solo deberían ser buenas mujeres, pero no deben preocuparse por otros aspectos que distinguen a una profesión, como puede ser un código de ética independiente, ni tampoco debería preocuparse por los problemas éticos que se derivan de las relaciones con los pacientes, cuestión que todavía encontramos en la actualidad, como posteriormente podremos comprobar en el trabajo de campo. A mediados de los años ochenta autoras como Benner (1984), Benner y Wrubel (1989) y Fry (1989, 1990, 1991) destacan un importante cambio al respecto y si bien, hasta este momento, la ética enfermera era un símil de la ética médica, se iniciaba un cambio,

⁴⁷ Foucault plantea una ética alejada de los planteamientos universales, se centra en el cuidado de sí dando este origen a la ética y al sujeto ético y su reflexión moral, lo que hace que esté muy cerca de las ideas que plantea Gilligan teniendo en cuenta el contexto y la individualidad. Para profundizar en la relación que existe entre ambos planteamientos es interesante consultar la obra *Foucault la genealogía de los sexos* de Rosa M^a Rodríguez publicada por Anthropos en 1999.

⁴⁸ En la Enciclopedia Stanford de Filosofía realizan una aproximación muy completa a las éticas feministas. Se puede consultar en: <http://plato.stanford.edu/entries/feminism-ethics/>

fundamentalmente en Estados Unidos, donde se presenta un interés muy acusado por explorar los cambios que se producen en este sentido, con el fin de construir una ética enfermera que vaya más allá de las basadas en el modelo médico y en los códigos deontológicos.

Para Friedman (1987), en el ámbito sanitario la conexión entre la ética del cuidado y la ética de la justicia es necesaria, ya que podríamos decir que son complementarias y que tanto una como otra puede ayudar en la toma de decisiones a las personas que se encuentran en la tesitura de tener que decidir. El problema que se plantea en la práctica clínica es que continúa siendo mayoritario el modelo universalista, lo que conlleva una pérdida de los valores que aportaría el modelo de la ética del cuidado, aunque tampoco hay que obviar que hay profesionales que abogan porque éste esté presente.

Feito (2000) comparte la idea de la necesidad de esta complementariedad siendo *“(...) insostenible una diferenciación tajante entre éticas “masculinas” (es decir, “racionales”) y ética “femeninas” (esto es, sensibles). El reduccionismo simplificador de que hace gala tal asociación resulta evidente, por cuanto los contenidos de la moral no son directamente dependientes de una condición o género (...).”* (Feito 2000; 158). Pero aún ante esta complementariedad la autora afirma que la ética del cuidado, por si sola, resulta indefendible desde el punto de vista ético, aunque reconoce que las aportaciones de Noddings son muy interesantes. Feito afirma que el encuentro entre la enfermera y la persona enferma *“(...) exigiría una atención desmesurada por parte e la enfermera, 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.”* (Feito 2000:167)

En la misma línea de la anterior autora encontramos a Kuhse (1997), apuntando que sustentar la ética enfermera en la ética del cuidado hace que la primera sea débil y dependiente de otras disciplinas, ayudando a perpetuar las prácticas que se han realizado al respecto a lo largo de la historia. Las normas, los principios, deben ser el eje principal de cualquier ética y en enfermería no podría ser de otra forma, ya que no puede prescindir de las normas éticas universales.

No ocurre lo mismo con Fry(1989), que ha cuestionado en diferentes trabajos que los principios universales de la ética médica sean adecuados para una ética enfermera, ya que el punto de partida de unos y otros es totalmente distinto y la exploración que se debe hacer para construir una teoría de ética enfermera debe partir de la relación que se establece entre la enfermera y la persona y no desde el contrato que se fija entre el ejercicio profesional y los pacientes, que es lo que ocurre en el campo de la medicina.

Watson tiene un ideal moral de enfermería basado en la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad, conocimiento y compromiso para cuidar y para llevar a cabo acciones de cuidado teniendo en cuenta las posibles consecuencias. Al ser considerado, el cuidado, como intersubjetivo responde a procesos de salud y enfermedad, interaccionando personas con el medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal entre la persona que cuida y la persona cuidada. Según ella esto no se puede hacer desde las normas universales ni desde los principios generales. Esta autora publica la conocida *Teoría del Cuidado Transpersonal*, (una nueva edición se publicó en 1985 bajo el título *Nursing: Human science and human care*), donde aboga por una ética enfermera basada en el cuidado y no en normas generales o universales, y contextualiza la realidad en las situaciones vividas por las personas en el momento del cuidado.

En el artículo 53 del Real Decreto 1231/2001 se describe la misión de los profesionales de enfermería en nuestro país y la describe como “(...) *prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana*”. Estos principios éticos que se extraen de este artículo, son los que la enfermería está explorando para aportar nuevas vistas al respecto, pero realmente existe una fuerte disyuntiva. Creemos que esta es favorable para la

enfermería, porque ha ayudado a que se movilicen nuevos planteamientos y nuevos puntos de vista, tanto dentro como fuera de la misma. De hecho, aunque hasta el momento se reflejan claramente estas diferencias a nivel teórico, también están presentes a nivel de las prácticas de los profesionales en torno a lo que pueden desarrollar en el ámbito de la ética o no. El desarrollo moral de la enfermera a nivel práctico puede ayudar a mejorar la relaciones entre las propias enfermeras y las personas cuidadas, aunque ellas mismas declaran tener fuertes limitaciones, que en muchas ocasiones se hacen evidentes y que incluso verbalizan otros profesionales en torno a quien puede o no puede, debe o no debe tomar parte en los aspectos éticos que se derivan de la practica asistencial, perpetuando así un alto grado de dependencia y de subordinación en torno a unas prácticas que deberían ser autónomas e independientes cuando al cuidado se refieren.

SEGUNDA PARTE.

De cuestiones metodológicas y contextuales

“Me he dedicado a investigar la vida y no sé por qué ni para qué”

Severo Ochoa
(1905-1993)

1.- La estrategia metodológica y el desarrollo de la investigación etnográfica

Este proyecto plantea una investigación sobre aspectos éticos de la práctica de los profesionales sanitarios y especialmente de la perspectiva de las enfermeras en situaciones de urgencia y emergencia.

Su diseño inicial, con sus hipótesis y objetivos principales, son el resultado de un proceso que, en mi caso, se viene gestando hace ya algún tiempo. Pero en este texto no sólo me referiré al diseño inicial, sino que también tendré en cuenta los avatares surgidos en el desarrollo de la investigación, ya que en las investigaciones de corte etnográfico suelen ir apareciendo nuevos factores que llevan a la reconstrucción y reformulación en el transcurso de la misma investigación.

La investigación se llevó a cabo en dos ámbitos que, aunque para muchas personas pueden ser similares, en realidad no lo son tanto, ya que uno se enmarca en el mundo hospitalario y otro fuera del mismo, aunque comparten puntos de conexión como podremos comprobar posteriormente.

1.1 El contexto de la investigación

Este trabajo se ha llevado a cabo en dos contextos diferentes. Por un lado el medio hospitalario, donde la investigación se circunscribe al servicio de urgencias y, por otro, en el ámbito extrahospitalario, donde se realizó en una unidad de soporte vital avanzado. La localidad donde se llevó a cabo la investigación es la ciudad de Tarragona, que cuenta con una población de 134.163 habitantes⁴⁹ incluida en la región sanitaria⁵⁰ del Camp de Tarragona con una población total de 577.333 habitantes.



Ilustración 1: Mapa de Cataluña: regiones sanitarias
(Fuente: <http://www.catpaisatge.net/esp/cataleg.php>)

El área sanitaria del Camp de Tarragona cuenta con diferentes centros hospitalarios de uso público, unos gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y otros integrados en la XHUP⁵¹ (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) y gestionados por otros organismos. El trabajo de campo se ha llevado a cabo en uno de ellos, el de mayor complejidad tecnológica y centro de referencia⁵² de la provincia y que hemos denominado *Hospital Alfa*.

⁴⁹ Datos obtenidos del padrón municipal continuo de 2007 publicado por IDESCAT (Institut d'estadística de Catalunya)

⁵⁰ La región sanitaria del Camp de Tarragona agrupa siete comarcas de la provincia de Tarragona: Alt Camp, Baix Camp, Baix Penedès, Conca de Barberà, Priorat y Tarragonès. Se puede obtener más información consultado la siguiente dirección:

<http://www.sem.gencat.cat/collage/images/potter/tempFiles/potterTmpFile32369/Presentacio%20Consellera.pdf>

⁵¹ La XHUP es una red formada por los hospitales de Cataluña con los que el Calsalut contrata prestaciones de servicios, integrando un conjunto de hospitales distribuidos por toda la comunidad autónoma.

⁵² El *Servei Català de la Salut* define los hospitales de referencia como aquellos que están destinados a resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud susceptibles de curación y mejora, a

En lo referente a las emergencia extrahospitalarias, hay que señalar la existencia de diversas unidades de soporte vital avanzado e intermedio repartidas por el *Camp de Tarragona* para atender urgencias y emergencias⁵³, con características similares. A este nivel, el trabajo de campo se realizó en una de ellas, que denominaremos *Unidad Beta*.



Ilustración 2: Mapa del Camp de Tarragona y distribución de Unidad Beta y Hospital Alfa

(Fuente: http://www.stsgrup.org/cat/01b_historia.html)

1.2 ¿Qué es una urgencia?

La dificultad de definir exactamente qué es una urgencia y diferenciarla de lo que no lo es, es el primer problema que se plantea entre los profesionales y las personas que demandan atención. Las asociaciones profesionales como la Asociación Médica Americana (AMA), han definido el término, que en este caso ha sido aceptado por el Consejo de Europa y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como, *“urgencia es la aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable*

excepción de aquellas situaciones que requieren recursos tecnológicos de alto nivel o unas prácticas altamente especializadas. Se puede profundizar sobre la clasificación de los hospitales en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/servcat_hospitalaria_tip.htm

⁵³ La evolución y la historia de la asistencia extrahospitalaria urgente en Cataluña puede ser consultada en la siguiente URL: <http://www.sem.es/portal/web/historia>, así como la normativa jurídica que la regula, *CatSalut. Instrucció 03/2006* disponible en: http://www.sem.es/collage/images/potter/tempFiles/potterTmpFile32370/instruccio_03_2006.pdf

que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asuma la responsabilidad”.

En esta línea, Moya (2008) define una urgencia como *“aquella situación que requiere atención médica inmediata”*, planteando así la primera controversia, ¿qué se entiende por inmediata? Con el fin de intentar aclarar algo más el significado de urgencia entre el todo y la nada, diferentes organismos han realizado clasificaciones como es el caso del Servicio Andaluz de Salud que dentro de su Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, define cuatro niveles de prioridad en la atención a las Urgencias Hospitalarias: Nivel 1: Emergencia, Nivel 2: Urgencia no demorable, Nivel 3: Urgencia demorable y Nivel 4: Patología no urgente, de lo que podemos entrever que existirán diferentes criterios para etiquetar una urgencia.

Otra forma de abordaje del término podría ser la que realizan Herrera y col. (1998), considerando que una urgencia es toda aquella alteración que sufre una persona en la salud, tanto a juicio del paciente como de sus allegados por lo que deciden que necesita de atención médica. Compartiendo el análisis con Murillo y col. *“(…) entraña, por tanto, dos hechos característicos: subjetividad de la gravedad valorada desde el punto de vista del paciente o sus familiares, e inmediatez en su resolución. Muchas de estas situaciones se pueden solucionar en el domicilio del paciente (visita domiciliaria), en el consultorio habitual (asistencia continuada) o en los dispositivos periféricos ordinarios de urgencia. No obstante, algunas de ellas, por la incertidumbre diagnóstica, de evolución, terapéuticas necesarias, etc., precisarán un estudio en el hospital, y pueden constituir hasta el 80% de las urgencias hospitalarias. En consonancia con lo anterior, la medicina de urgencia abarca cualquier alteración de la salud, desde leve a muy grave, que en opinión o a criterio del paciente, o alguien responsable del mismo, precise atención médica.”* (Murillo y col 2003; 240).

Autores como Hockberger y col.(2001), Rovira y Fedriani(2005) y Moya (2008) clasifican las urgencias teniendo en cuenta otros aspectos que a continuación comentaremos. Para ellos existen *urgencias subjetivas* que responden a la demanda desde la óptica de la víctima, de los familiares o responsables legales, que ven la

necesidad de la actuación médica inmediata. Esta es la que posteriormente los profesionales la categorizarán de adecuada o inadecuada bajo el prisma de las categorías que se comentan a continuación.

Las *urgencias objetivas*, entendidas por aquellas situaciones que comprometen la salud de la persona pero que son valoradas por los profesionales sanitarios y son estos los que la etiquetan como tal. Por último, encontramos las *urgencias vitales o emergencias*, que responden a aquellas situaciones que conllevan asociado un riesgo vital inminente y que obligan a poner en marcha recursos y medios especiales para resolver la situación.

En España no hay un modelo común de organización de la atención urgente, cada comunidad autónoma ha realizado un desarrollo concreto en base a sus políticas de salud y, a su vez, imitando modelos procedentes de otros países, con lo que el resultado obtenido es de lo más variado. Montoro, al respecto nos dice: *“(...) en nuestro país, en la práctica, la cadena asistencial urgente es un ente abstracto con un amplísimo margen de mejora debido a múltiples factores. Así, tienen por sí mismos y entre ellos diferentes modelos organizativos, diferentes dependencias administrativas, diferentes planes funcionales, diferentes sistemas de información (no entrelazados entre sí frecuentemente) y...” diferentes diferencias” que marcan su heterogeneidad reiteradamente descrita en la literatura.*” (Montoro2008, 5)

También cabe destacar que la atención urgente en cada comunidad es atendida en diferentes tipos de servicios asistenciales. A continuación nos centraremos en el modelo organizativo que acoge a los profesionales estudiados.

1.3 La atención urgente en Cataluña

Cataluña es la primera comunidad autónoma que recibe las transferencias en el ámbito sanitario en 1981. El Institut Català de la Salut (ICS) es la entidad gestora de la Seguridad Social en esta comunidad. La Ley 15/1990, de 9 de julio, *d’ordenació sanitària de Catalunya* (LLOSC)⁵⁴, responde a la necesidad de regular todas las

⁵⁴La legislación sobre la ordenación sanitaria en Cataluña puede ser consultada en la siguiente URL: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/ql23_LOSC.pdf

acciones que permitan hacer efectivos los derechos de protección de la salud cumpliendo así con el precepto de la Ley General de Sanidad dictada al amparo de los artículos 43 y 49 de la Constitución Española, donde se recogen el derecho a la salud y la potestad de los poderes públicos de su promoción y cuidado. A partir de ella se configura el Modelo Sanitario Catalán⁵⁵. En 1990 en Cataluña, Andalucía y Baleares se podrán en marcha los diferentes sistemas de gestión de los procesos sanitarios en situaciones de urgencias y emergencias, así como planes específicos de asistencia y emergencias a diferentes niveles y posteriormente se irán desarrollando en el resto de comunidades.

Los recursos de atención a las urgencias en Cataluña están incluidos dentro de los planes de atención y se ofrece asistencia urgente en diferentes tipos de centros y servicios, en función del horario de los centros, la gravedad de la situación, la localización, o si la gestión de la urgencia la realiza las propias personas o a través del teléfono 061. Dentro de los horarios de funcionamiento de los centros de atención primaria (CAP) se atienden urgencias que se consultan en los mismos o bien en los domicilios de las personas que hacen la demanda. Si la urgencia es fuera de este horario existen los centros de atención continuada (CAC) que suplen esta actividad. Los servicios de urgencias de los hospitales, tanto los que pertenecen a la red hospitalaria de utilización pública (XHUP) como los públicos (ICS), dan respuesta las 24 horas de día durante todos los días del año.

En el ámbito de la atención extrahospitalaria podemos encontrar diferentes recursos que dan respuesta a las situaciones de urgencias y emergencias: las unidades de soporte vital avanzado (SVA)⁵⁶, soporte vital intermedio (SVI)⁵⁷, soporte vital

⁵⁵ Para profundizar tanto en la historia como en las características definitorias, se puede hacer una consulta a la siguiente URL: http://www10.gencat.net/catsalut//esp/coneix_models_his.htm

⁵⁶ Ambulancias dotadas de un equipo asistencial formado por médico, enfermera y técnico de transporte sanitario

⁵⁷ Ambulancias dotadas de un equipo asistencial formado por enfermera y uno o dos técnicos de transporte sanitario

básico (SVB)⁵⁸, helicóptero medicalizado⁵⁹, vehículo de intervención rápida⁶⁰ y unidades de atención continuada domiciliária⁶¹.

En el siguiente esquema podemos ver resumido los dispositivos existentes en la actualidad para dar respuesta a la atención urgente en Cataluña:

Recursos de atención urgente en Cataluña		
Red Publica. ICS	Proveedores Concertados.XHUP	Otros Recursos
Urgencias de Hospitales Centros de Atención Primaria Centro de Atención Continuada Sistema de Emergencias Médicas: Soporte Vital Básico (SVB) Soporte Vital Intermedio (SVI) Soporte Vital Avanzado (propias y concertadas) (SVA) Helicópteros medicalizados (SVA) Vehículos de intervención rápida(VIR) Unidades de atención continuada domiciliaria(UAD)	Urgencias de Hospitales Centros de Atención Primaria Centro de Atención Continuada	Bomberos Guardia Civil Empresas privadas Otros

Tabla 2: Recursos de atención urgente en Cataluña
 (Elaboración Propia)

A continuación se representan, de forma esquemática, los itinerarios que puede realizar una persona así como el despliegue de recursos ante la demanda de atención urgente, tanto si utiliza medios propios como si se gestionan a través de una llamada telefónica al número de emergencias 061.

⁵⁸ Ambulancias dotadas de un equipo asistencial formado dos técnicos de transporte sanitario

⁵⁹ Dotado con el equipamiento de una unidad de SVA y con la dotación asistencial de médico, enfermera y piloto.

⁶⁰ Vehículo dotado de médico y técnico de transporte sanitario, pueden realizar asistencia, no traslados y se suelen utilizar en casos de accidentes de múltiples víctimas o de otras características.

⁶¹ Se utilizan para visitas de atención domiciliaria urgente.

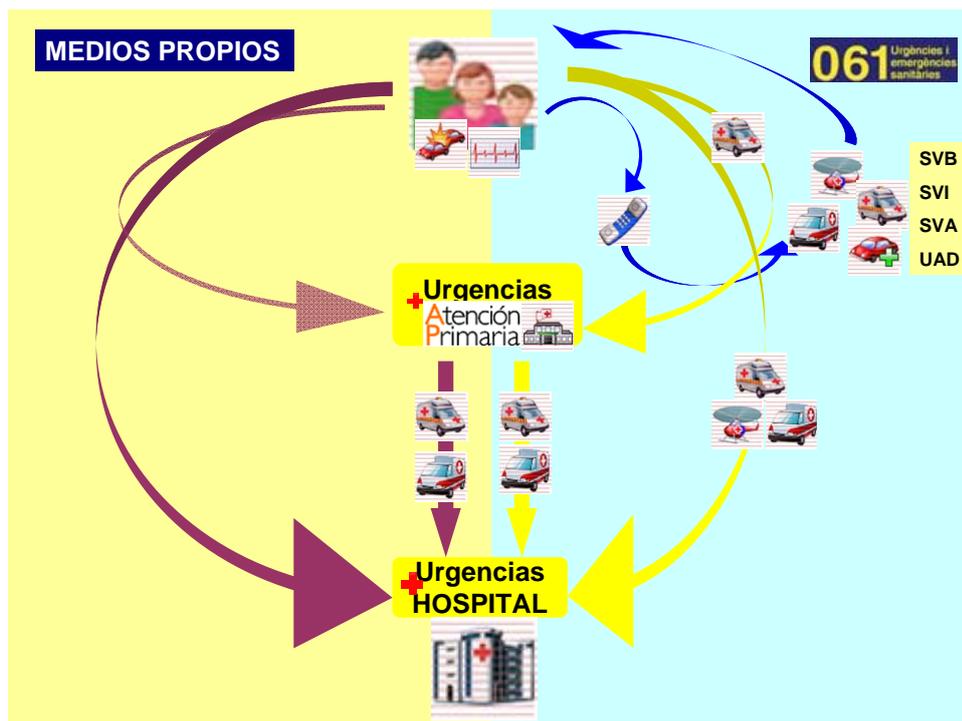


Ilustración 3: Circuitos de atención
(Elaboración propia)

La atención a las personas en situaciones de urgencia y emergencias constituyen un apartado muy importante dentro de la organización sanitaria. El aumento constante de la demanda de estos servicios ha llevado a la publicación de resultados de investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas, aunque las que más abundan son las de carácter cuantitativo y sobre todo aquellas que se centran en la perspectiva de los profesionales, donde estos deciden cuales son los elementos que contribuyen al aumento de la demanda, siendo más escasos los trabajos centrados en la exploración de las motivaciones de los usuarios y/o sus familias. Es el caso de autores como Benayas y col.(1998), Oterino y col.(1999)⁶², Sempere y col. (1999), Sempere⁶³(1999), Peiró y col. (1999), Braun y col.(2002), Torné y col.(2003), Aranaz y col (2004), Sánchez y col. (2005), Ortega y col. (2008) entre un número muy elevado

⁶² En este trabajo encontramos un análisis de las diversas investigaciones llevadas a cabo sobre la adecuación de uso de los servicios de urgencias hospitalarias en España desde 1983 a 1995. Posteriormente, Sempere y col. (1999) ampliaran el análisis abarcando desde 1995 a 1999 con el fin de validar un instrumento que definen como objetivo de identificación de las urgencias hospitalarias inadecuadas, siempre desde la perspectiva del médico.

⁶³ Este autor realizó su tesis doctoral en 1999 centrandolo su trabajo de investigación en el uso inadecuado de los servicios de urgencias. Este trabajo ha sido utilizado posteriormente por muchos autores como referencia básica.

de publicaciones, que apuntan sus estudios hacia la justificación de: “*uso inadecuado*”, “*abuso*”, “*cultura hospitalocéntrica*”, “*envejecimiento de la población*”, “*fácil accesibilidad*”, como factores que reafirman este aumento de la demanda: “(...)la cuarta parte de las visitas al SUH⁶⁴ estudiado fueron inadecuadas, y que el uso inadecuado se asocia a determinadas características de lo pacientes y la enfermedad” (Oterino y col. 1999).

Los estudios citados definen esos conceptos desde una cultura totalmente biomédica, centrándose en un modelo ideal de uso de los servicios que para nada se ajusta a la realidad vivida de los mismos y no aportan elementos críticos que puedan ayudar a introducir cambios para transformar la realidad en aras de reconstruir lo que hay en nuevas formas emergentes de atención en estos servicios. De hecho, la crítica que aportan de forma sutil y en algunos casos no tanto, va dirigida al uso que hacen las personas de los servicios de urgencias, si ésta es adecuada o no. Pocos se plantean la necesidad de reflexionar sobre la gestión institucional que se hace de los mismos y si esta es realmente la mejor, ocurriendo tanto a nivel hospitalario como en el extrahospitalario. Siendo los recursos sanitarios un bien escaso y caro, probablemente se deberían optimizar desde la propia gestión y no apelar constantemente al uso o abuso que hacen las personas del mismo. En base a estas representaciones se han ido diseñando diferentes estrategias que hasta ahora han servido para bien poco, si el objetivo era disminuir la demanda. Estas estrategias se han centrado en mejorar aquellas cuestiones que los autores consideraban motivo fundamental del *mal uso* de los servicios, como por ejemplo, la educación sanitaria a un grupo de personas etiquetadas de *hiperfrecuentadores* de los servicios de urgencias, mejorar el acceso a la atención primaria, interponer barreras para acceder a los niveles hospitalarios de urgencias, promocionar la atención continuada, reorganización de los servicios de urgencias hospitalarios, programas especiales para épocas de mayor demanda, entre otros. Gallardo (2008) describe estas intervenciones en su trabajo, pero pese a que los autores revisados comentan

⁶⁴ SUH son servicios de urgencias hospitalarias

mejoras tras la implementación de tales acciones, la verdad es que el número de asistencias cada año ha ido aumentando por lo que se puede concluir que de poco sirven.

Desde una perspectiva más cualitativa, no por ello siempre centrada en el punto de vista del usuario, podemos encontrar otros autores como Peneff(1992), Allué (1997,1999), Carbonell y col.(2004), Florence (2005), Aranaz y col. (2006), Pasarín (2006), Moreno (2008), siendo los dos primeros los que realmente podemos definir como *etnógrafos de urgencias*, reflejando en sus trabajos una perspectiva realmente cualitativa y desde otra mirada, preguntándose por el motivo que lleva a las personas a acudir a urgencias y acercándose a las necesidades reales de las mismas.

De todos modos consideramos que es un campo que necesita una exploración de significados mucho más profunda, ya que esta visto que las intervenciones derivadas de las investigaciones más biomédicas no son suficientes para introducir cambios de uso y de demanda de asistencia en los servicios de urgencias.

El impacto que este aumento de demanda supone en la organización hospitalaria, nos interesa desde el punto de vista de los profesionales que desarrollan su trabajo en los servicios y como esto puede o no, influir en la atención a las personas.

En los últimos años el aumento es generalizado a nivel de todo el país, tanto en la demanda hospitalaria como en la extrahospitalaria, pero centrándonos en el entorno de nuestro estudio, también vemos que ese crecimiento es constante, como se puede comprobar con los datos estadísticos que se acompañan a continuación.

Años	Nº de urgencias atendidas en la Región Sanitaria Tarragona	Nº de urgencias atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Alfa
1999	205751	64219
2000	210787	65967
2001	218049	69349
2002	224220	72219
2003	222975	76783
2004	224149	78404
2005	291675	84592
2006	308468	95346
2007	316564	100529
2008	X ⁶⁵	58393 ⁶⁶

Tabla 3: Números de Urgencias atendidas

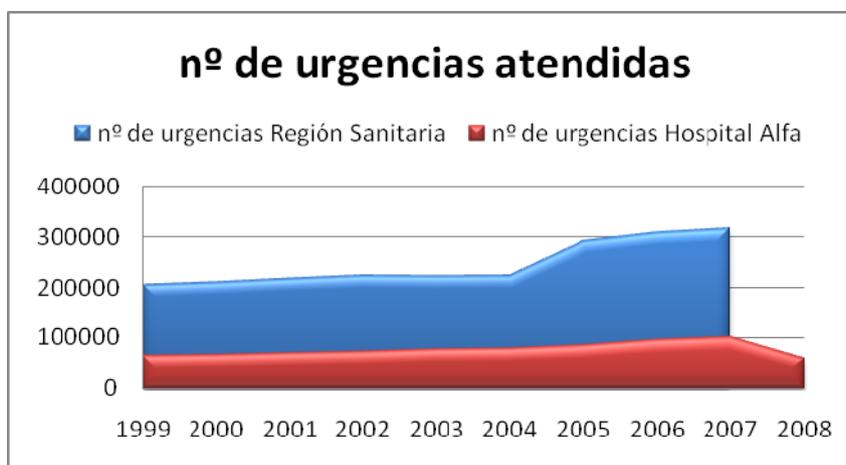


Gráfico 1: Número de urgencias atendidas

Los grupos de atención en los servicios de urgencias los podemos agrupar en dos grandes bloques. Por un lado las urgencias pediátricas y por otro las urgencias de adultos, independientemente de las especialidades por las cuales acuden a los

⁶⁵ Datos todavía no publicados

⁶⁶ Corresponde al periodo del 01/01/2008 al 30/08/2008

servicios. El grupo de urgencias pediátricas recogen todo paciente menor de 15 años y el resto son considerados adultos. Podemos ver en el siguiente cuadro la distribución de estos dos últimos años teniendo en cuenta este agrupamiento y también la categoría de género. La edad media⁶⁷ de los pacientes pediátricos es 4'22 años y la edad media del paciente adulto es para las mujeres de 46'49 y para los hombres de 44'31 años. Las diferencias del número de asistencia en función de los meses del año no presentan grandes fluctuaciones, sólo destacar al respecto que cuando se inicia el aumento corresponde con el periodo de verano y este se mantiene hasta después de pasar el mes enero del siguiente año, por lo que podemos decir que las variaciones se presentan en función del semestre en el que nos encontremos.

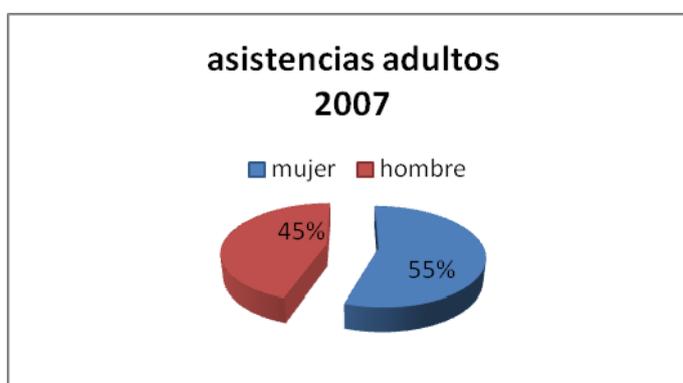


Gráfico 2: Asistencias de adultos en el Hospital Alfa



Gráfico 3: Asistencias de pacientes pediátricos en el Hospital Alfa

⁶⁷ Las edades medias están calculadas con los datos del año 2007 pero no hay casi diferencia en el comportamiento de las mismas cuando las comparamos con los datos obtenidos del 2008.

Años	2007	2008 ⁶⁸	
PEDIATRÍA	mujer	12893	7561
	hombre	16089	9532
ADULTOS	mujer	47572	24148
	hombre	38844	17152

Tabla 4: Distribución de asistencias por género, año y servicio

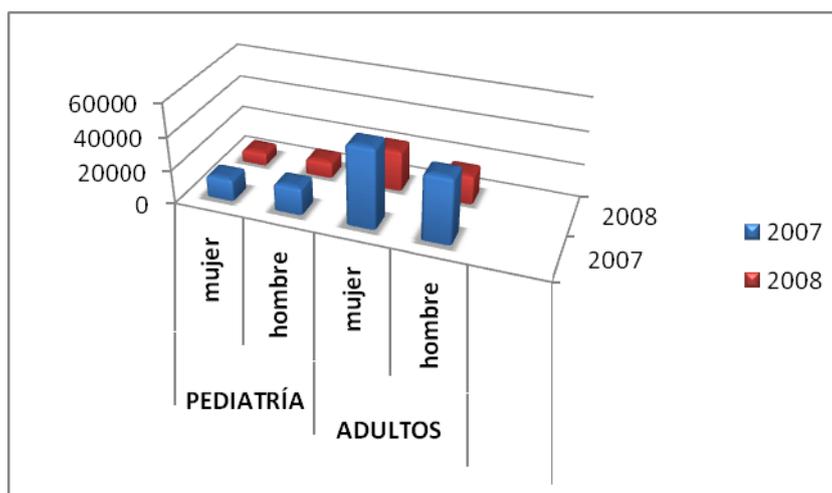


Gráfico 4: Distribución de asistencias por género, año y servicio

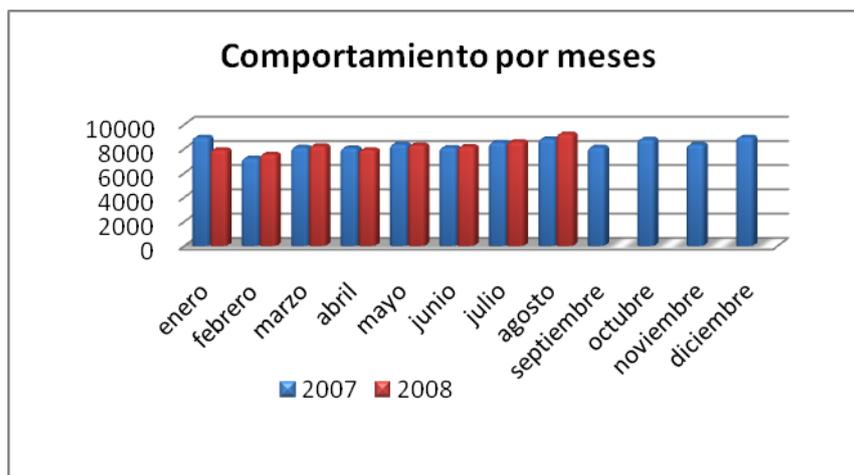


Gráfico 5: Comportamiento por meses en relación al número de asistencias

⁶⁸ Corresponde al periodo del 01/01/2008 al 30/08/2008

En el ámbito de la asistencia extrahospitalaria, en el año 2007⁶⁹, desde el 061 se gestionaron 68.222 incidentes en la región sanitaria de Tarragona, de los cuales se realizaron 66592 intervenciones y 10.381 fueron atendidas por unidades de soporte vital avanzado de esta región sanitaria. Destaco que la *unidad Beta* es la que más intervenciones realiza dentro la misma. El comportamiento estadístico se asemeja al ocurrido en el uso de los servicios de urgencias hospitalarios, ya que va en aumento año tras año. Los datos que se exponen a continuación responden al aumento de la demanda extrahospitalaria.

Años	Intervenciones de Unidades de Soporte Vital Avanzado Región Sanitaria Tarragona	Intervenciones de Unidad SVA Beta
1999	1219	1113
2000	1561	1367
2001	2894	1836
2002	2224	1174
2003	2601	1583
2004	2827	1685
2005	2778	1648
2006 ⁷⁰	4965	2272
2007	5269	* ⁷¹

Tabla 5: Comparación de asistencias entre Unidades de Soporte Vital Avanzado

⁶⁹ Datos obtenidos del Informe anual de *Dades d'activitat SEM 2007* hecho publico por la Consellera de Salut el 28 de Julio de 2008 y que puede consultarse en: <http://www.sem.es/collage/images/potter/tempFiles/potterTmpFile32545/Presentacio%20Conseller a.pdf>

⁷⁰ Destacar que el día 1 de julio de 2006 se inicia el despliegue del nuevo modelo de transporte sanitario urgente en Cataluña incorporando a la Región Sanitaria de Tarragona dos unidades de SVA. Se puede consultar todo lo referente a este modelo en : http://www.sem.es/static/memoria-sem//memoria_2006.pdf

⁷¹ Datos no publicados a fecha de recogida de datos

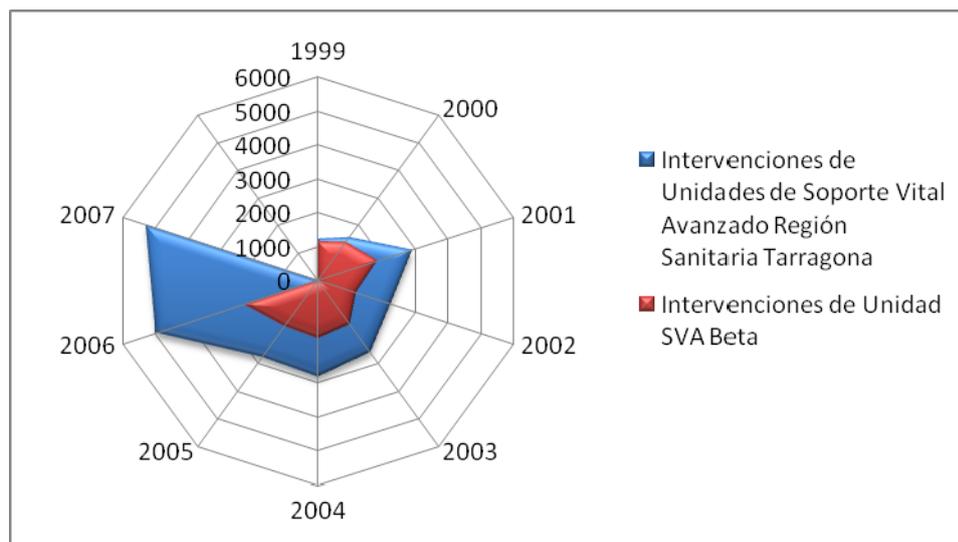


Gráfico 6: Comparación de asistencias entre Unidades de Soporte Vital Avanzado

1.4 Otras consideraciones

Mi motivación personal sobre el tema, como enfermera y como antropóloga, va estrechamente ligada a la triangulación de tres aspectos de mi vida que se han dado una oportunidad de encuentro en este trabajo. Mi ocupación actual como docente del área de conocimiento de ética y legislación profesional en el departamento de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili, mi experiencia en la clínica de más de 15 años en el ámbito de las urgencias y la emergencias en el Camp de Tarragona, así como mi formación en antropología.

El estudio de la ética me ha llevado a plantearme la siguiente cuestión: ¿Qué características debe tener el cuidar, en situaciones de urgencia, desde la perspectiva de la ética?. La antropología, por otro lado, me ha proporcionado las herramientas teóricas y etnográficas necesarias para un análisis más exhaustivo. Según Geertz (1987), el objeto de la etnografía es la descripción de los significados que las personas usan para comprender su mundo y así poder comprender estos significados con el fin de interpretar sus prácticas.

Las enfermeras, en algún momento del desarrollo del trabajo diario, nos preguntamos sobre la finalidad de los actos que realizamos con el objetivo de conocer cada día más, el núcleo de nuestras actividades.

El discurso ético debe realizarse desde nuestra propia profesión, a través del discernimiento sobre la ayuda profesional que podemos y debemos llevar a cabo, materializar nuestra aportación específica en el complejo marco sanitario, instrumentalizar el cuidado como una oferta profesional, sea cual sea el campo de acción y no desde otras disciplinas.

El estudio y la profundización de los aspectos éticos en la práctica asistencial, desde la perspectiva enfermera, nos ayudará a conocer mejor la propia disciplina, contemplando la realidad a través de las interacciones que surgen entre las personas como protagonistas de los hechos observados.

La enfermería, como profesión, siempre ha buscado la forma de desarrollar su trabajo en aras del buen hacer profesional e introducir elementos innovadores con el fin de consolidar la tan ansiada autonomía profesional, cuestión muy debatida, ya que a lo largo de los tiempos autoras como Collière (1993) defendían que la enfermería no era un profesión autónoma, sino que dependía de otras como la medicina. Posteriormente se han defendido posturas en la búsqueda de una identidad propia como es el caso de Watson (1985), Tanner (1990) o López (2000), pero la controversia sigue servida.

Medina (2005) afirma que existe una discordancia en los discursos de la enfermería en torno a la existencia de un rol propio, ya que pone de manifiesto que aunque en la formación académica se defiende un espacio propio, a la hora de la práctica en la “(...) *cotidianidad profesional de un buen número de enfermeras y estudiantes niegan la validez de esas afirmaciones para el estado actual de la profesión enfermera*” (Medina 1999, en Medina 2005; 20). Así, la autonomía entra en disputa constante con la dependencia en las acciones llevadas a cabo en el día a día de los profesionales, constituyéndose de esta manera los diferentes campos de poder y lucha constante.

Estas relaciones de poder conllevan asociadas actitudes de sumisión por parte de la enfermera al poder biomédico. Este saber biomédico “(...) *que sirve no sólo para curar sino también para ocultar una realidad que se asume*

acríticamente y sin problematizar el hecho de que unas personas (mujeres) estén sujetas y dominadas, por el poder de otras (hombres)” (Medina 2005; 21).

Hoy en día, al hablar de ética en nuestra profesión, no intentamos introducir en el discurso enfermero los conceptos de lo bueno y lo malo, más bien se trata de rescatarlos y resituarlos considerando los avances de la ciencia y la técnica al servicio de las personas. Las últimas décadas están caracterizadas por importantísimos cambios de índole tanto tecnológica como social; la vida, la muerte, las relaciones entre personas, con el medio ambiente, la biotecnología, la genética, han cambiado sustancialmente tanto en la demanda de cuidados como en la oferta de los mismos.

A través del estudio y el conocimiento de la ética en las situaciones profesionales, la enfermera encontrará herramientas de uso para la práctica, bajo una forma de razonamiento que viene dada por el propio saber ético concretado en los principios éticos y principios bioéticos y una nuevas aportaciones a través de la ética del cuidar como una nueva forma ética aplicable desde la disciplina.

2. Hipótesis

Aunque la mente del investigador, difícilmente pueda iniciar un trabajo de investigación sin tener presente una o varias hipótesis, en muchas ocasiones éste busca que éstas vayan emergiendo a lo largo del estudio, por lo que la perspectiva al respecto es aperturista y receptiva a cualquier planteamiento que tenga consistencia. Aún así, creemos necesario empezar con la formulación de uno o varios supuestos basados en hechos conocidos por la investigadora que servirán como puntos de referencia para la investigación y a continuación se describen algunos de ellos:

1. Se supone la existencia de un discurso biomédico dominante en lo referente al discurso ético, fundamentado en el modelo médico hegemónico, que refleja y materializa unas representaciones y prácticas concretas en el ámbito profesional de la enfermería, condicionándolas y validándolas según los criterios básicos que dicta la medicina, cuando se trata de comprender las prácticas éticas del cuidado.

2. En el proceso del cuidar, podemos suponer la activación de reelaboraciones y de reinterpretaciones selectivas de los discursos a través de nuevas formas de entender la ética enfermera que surgen de la relación con el enfermo materializándose en nuevas formas de entender la ética del cuidar.
3. La responsabilidad ética de las enfermeras en el proceso de cuidar al enfermo, forma parte del contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad como agentes morales independientes por lo que se mantiene una lucha de poder entre la medicina y la enfermería en la gestión de ese poder.

3. La estrategia metodología y diseño del trabajo de campo

Llega el momento de señalar la perspectiva metodológica desde la cual se partirá para el desarrollo de esta investigación. En esta, no existe demasiada preocupación por establecer generalidades ni significación estadística de los resultados, sino que interesa recoger las percepciones, experiencias e interpretaciones respecto a una realidad concreta en la que se encuentran los sujetos estudiados. Así, se da importancia al dato descriptivo (Taylor y Bodgan, 1994), interesa conocer las propias palabras de los profesionales que viven la experiencia cotidiana de la práctica de los cuidados y los aspectos éticos derivados de la misma. En este sentido, la aproximación metodológica al objeto de estudio tiene un carácter cualitativo, en el que se resalta un enfoque etnográfico que pretende recuperar la voz y el punto de vista del actor en el contexto natural donde se llevan a cabo las representaciones y las prácticas intentando que compatan la misma configuración de estructuras entre el investigador, el actor. La racionalidad de esta complementariedad la encontramos en Harris (1979) en la relación que establece entre *emic* y *etic*, en el sentido de no renunciar al conocimiento socialmente construido y revestirlo con las aportaciones del investigador y del actor.

Este planteamiento etnográfico nos permitirá explicar las experiencias individuales en el contexto de las condiciones estructurales, sociales, materiales,

simbólicas, etc. en las cuales se encuentran inmersas, y en las cuales se generan y se desarrollan los procesos del cuidar comprendiendo así la dimensión subjetiva, refiriéndose a lo más próximo a la experiencia, en palabras de Berger y Luckman: “(...) lo más próximo a mí es la zona de vida cotidiana directamente accesible a mi manipulación corporal. Esta zona contiene el mundo que está a mi alcance, el mundo en el que actúo a fin de modificar su realidad, o el mundo en el que trabajo (...)” (Berger y Luckman, 1984:40)

3.1 El proceso del trabajo de campo

La posibilidad de realizar el trabajo de campo de forma continuada en unos espacios conocidos y sin limitaciones ha permitido que se pueda seguir con detalle las interacciones en los campos concretos de estudio de forma constante pudiendo denotar las diferencias que existen entre las mismas en los diferentes campos lo que da lugar a una amplia y variada información al respecto. Este proceso se ha aproximado a una estructuración en diversas fases, aunque no están delimitadas estrictamente en el tiempo, si se pueden de algún modo agrupar en función de la evolución y desarrollo del mismo. Podríamos decir que se vislumbran cuatro etapas que se pueden ver reflejadas en el siguiente esquema:

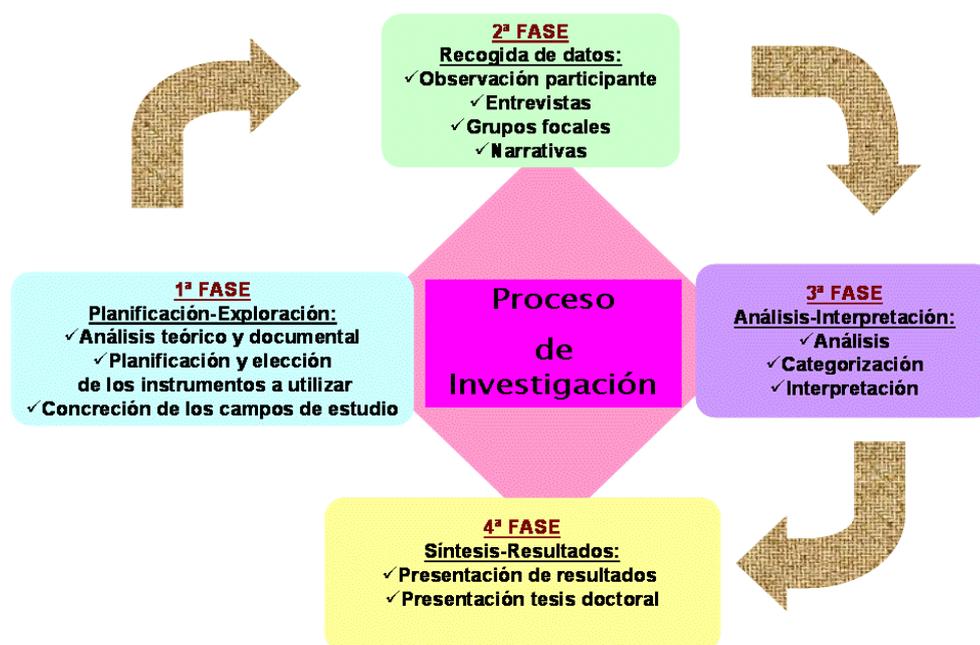


Ilustración 4: Proceso de Investigación
(Elaboración propia)

3.2. Técnicas de investigación

Para aplicar la metodología cualitativa centrada en el punto de vista del actor, en esta investigación se ha pensado utilizar diferentes técnicas básicas para la obtención de datos: La observación participante, las entrevistas en profundidad, el grupo focal, la narrativa, y el diario de campo.

3.2.1. Observación participante

En lo relativo a la observación participante, se considera conveniente su utilización en aquellos escenarios en los cuales interactuemos con los sujetos a estudio, aunque, como afirma Wolcott (1991), esta herramienta no es suficiente. La observación se realizará en el ámbito asistencial y se focalizará en aspectos referidos a las prácticas del cuidado por parte de las enfermeras a los enfermos allí atendidos. Principalmente, se observarán los cuidados que se proporcionan, la forma en que se dispensan y de que modo se establecen, desarrollan e interpretan los patrones relacionales con el enfermo para analizarlo desde una perspectiva ética.

Una observación precisa y rigurosa permitirá detectar la congruencia o discrepancia entre las representaciones y las prácticas, dicho de otro modo, se captará con el objetivo de clarificar entre otros aspectos las diferencias y semejanzas entre aquello que los actores dicen, lo que dicen que hacen y lo que en la realidad hacen. La observación nos puede aportar la comprensión de una realidad donde se produce. (Taylor y Bodgan, 1994).

Para mi fue difícil, en algunas ocasiones, asumir un distanciamiento total por mi doble condición de enfermera y antropóloga y por mi relación constante con los actores ya que durante muchos años hemos compartido el campo de trabajo, pero esta idiosincrasia también me ha ayudado en muchas ocasiones a pasar desapercibida ya que no suponía un elemento extraño por lo que la naturalidad de sus acciones era muy interesante para mi trabajo, podía moverme como “pez en el agua” desde el primer día, de esa forma se reafirma la tesis que plantea Bernad al respecto, ya que él establece que *“lo más importante que puedes hacer para dejar de ser un bicho*

raro es hablar el lenguaje de la gente que estás estudiando -y hablarlo bien” (Bernad 1994: 145) de este modo el rol de la investigadora ha variado, moviéndose en dos líneas unas veces con máxima ocultación de la actividad de observadora consiguiendo así un alto grado de participación y otras con máxima revelación de la actividad y un alto grado de distanciamiento.

No por esto desaparecieron las dificultades, ya que la complejidad de los hechos pueden hacer que pasen desapercibidos, pero no me costó mucho reintegrarme de nuevo, ya que como dice Ogbu (1981) consiste en vivir entre la gente que va a ser estudiada y eso es lo que hice. Mi estancia fue muy agradable, los primeros días era novedoso que estuviera por allí y preguntaban el motivo de mi visita cuando veían que cada día aparecía, pero una vez todos supieron mis intenciones las cosas fueron bien, era “la que estudia la ética”, algunos lo veían tan extraño que ni tan siquiera se inmutaban mientras que otros les parecía curioso que alguien tuviera interés por “esas cosas”.

He sido consciente y por ello no he dado nada por hecho, pero aún así las facilidades obtenidas me han permitido poder ver y descubrir todo aquello que cuando estaba como enfermera no podía ver a mi alrededor, lo que se dice, lo que se hace más allá de lo que me tenía que ocupar en la etapa como enfermera del servicio de urgencias.

En todo este camino, me gustaría destacar la confianza que depositaron en mí todas aquellas personas que me permitieron estar con ellos a lo largo de sus jornadas laborales compartiendo sus sentimientos, sus creencias, sus valores, toda esa parte más íntima de la relación entre el paciente y el médico o la enfermera o los tres, de forma natural y no sobreactuada, aunque hubo algún caso que tuve que abandonar por este motivo, ya que supongo que pensaban que les evaluaba como buen o mal profesional y se transformaban en exquisitos y delicados en el trato con los usuarios, cuando yo estaba por allí.

A continuación quisiera presentarles los campos donde se desarrolla esta frenética actividad, el servicio de urgencias y los de emergencias. El primero se encuentra ubicado en la parte posterior del hospital, desde allí se puede acceder al

resto de dependencias del mismo. Es un lugar de fácil acceso por parte de los “ajenos” sean o no profesionales sanitarios por lo que circular por él no es una gran dificultad y si además consigues un bata blanca la cosa se facilita totalmente. En algunas horas del día se convierte en un paso de gente constante que entra y sale del hospital y que conocen la distribución física del mismo ya que la utilizan para ir a las plantas de hospitalización o a otros servicios, apuntar que uno de los parking dan acceso a la zona de urgencias que se encuentra también ubicado en la parte de atrás del hospital.

Como en muchos centros, a la vez de ser dinámico y cambiante a cada minuto que pasa, los profesionales del servicio aunque suelen ser constantes durante los turnos o guardias reciben visitas de otros profesionales como especialistas, trabajadoras familiares o el cura por citar algunos. Estos vienen a realizar actividades puntuales al mismo y después se marchan.

En el campo de las emergencias, compartí guardias de 24h. con los profesionales y estuve muy bien acogida porque para bien o para mal todos me conocían, lo que me ayudó mucho a poder entrar en las subjetividades de estas personas ya que el acceso es bastante complicado por la complejidad de este tipo de servicio, totalmente cerrado y con una ubicación física dentro de una unidad móvil que corresponde a una ambulancia, equipada y dotada de los medios necesarios para realizar este tipo de atención, donde conviven tres personas de forma permanente los 365 días del año, de distintas procedencias profesionales como son la medicina, la enfermería y los técnicos de transporte sanitario.

En base a la información que se les facilitó se llevó a cabo el proceso de observación y durante la estancia en ambos campos se realizó un diario donde se registraron los datos relevantes que surgían de las representaciones y prácticas registrando conversaciones, opiniones, ideas, incidentes, interacciones de la vida cotidiana de los campos a estudio. Algunas personas de este grupo también formaron parte del grupo focal que posteriormente será detallado.

3.2.2 Entrevistas en profundidad semiestructuradas

Las entrevistas en profundidad serán conjuntamente con el grupo focal las herramientas principales de recogida de información. Esta puede definirse como el establecimiento de una conversación entre dos personas que tiene como fin reconstruir un discurso y en este caso un discurso relacionado con la práctica profesional de unas personas concretas, que hemos venido a denominar informantes.

Estas entrevistas se centrarán prioritariamente en la descripción que hacen los sujetos de estudio, de su experiencia particular respecto a la ética en las prácticas del cuidado, en situaciones de urgencias y emergencias. Mediante el uso de entrevistas etnográficas informales, focalizadas y semiestructuradas se pretende captar aquello que las personas dicen que hacen y por qué lo hacen, aplicadas según convenga en las diferentes situaciones, se consideran un recurso fundamental para llegar a conocer las representaciones y los significados entorno al proceso del cuidado desde una perspectiva ética.

La entrevista persigue el fin de focalizar los aspectos más relevantes de la práctica relacionada con los aspectos éticos derivados de las relaciones que se establecen entre las personas que acuden al servicio de urgencias o son atendidos por el equipo de emergencias. Para ello se elaboró una guía (ver anexo 1) que se concretó una vez terminada la exploración de los servicios y obtenidas las notas de campo tras la observación participante, apuntando algunos interrogantes que se utilizaran para canalizar las mismas. Éstas se complementaran posteriormente con los resultados obtenidos a través del grupo focal.

Las preguntas que se plantean en la guía tienen como objeto el abrir el mundo de sus experiencias y que le ayuden a reconstruirlas y armarlas con una estructura determina que después servirán para poder desarrollar una guía más concreta para poder trabajar en el grupo focal.

El propósito que nos planteamos con las mismas es poder alcanzar significados de las prácticas que llevan a cabo en el día a día de su trabajo y construir así narrativas específicas de situaciones de cuidado en urgencias y emergencias centrándonos

principalmente en los problemas éticos que a ellos se les plantean de forma más habitual.

Como anteriormente apuntamos, los resultados de las mismas nos servirán para emprender un proceso de categorización o clasificación complementada por las observaciones para dar paso a la segunda fase de profundización de las mismas en el grupo focal.

Para desarrollar las entrevistas se buscaron las condiciones físicas, relacionales y ambientales más favorables posibles. Se llevaron a cabo en sesiones de hora a hora y media de duración, fueron dinámicas y flexibles, ya que tenían como objetivo focalizar al grupo de personas que posteriormente serán objeto de estudio a través de otra técnica cualitativa determinada y que posteriormente se desarrolla en este trabajo. Las entrevistas fueron grabadas, siempre previo consentimiento de los informantes.

3.2.3 El grupo focal

Existen muchas definiciones en la literatura alrededor del significado de grupo focal aunque muchas de estas están enfocadas hacia otra técnica cualitativa como es el grupo de discusión. Los grupos focales se remontan a los años 30 del siglo veinte, estos se constituían con el fin de conocer los mundos a través de las personas que los viven, partiendo de esta premisa nos gustaría realizar una breve descripción para ver las diferencias de una y otra y justificar el porque de la elección realizada. Podríamos definir el grupo focal como *“una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de la investigación”*. (Korman en Aigner, 2006; 1). La confusión principal entre el grupo focal con el grupo de discusión es que a pesar de que ambas se sustentan en el dialogo de un grupo de personas, tienen fundamentación teórica. Según Romo y Castillo, mientras que el grupo focal *“(...)tiene su origen en la tradición norteamericana aplicada (...) el grupo de discusión tiene su base teórica en las investigaciones europeas (...)”*(Romo y Castillo 2002;7) utiliza la misma argumentación Canales, M (2006) apuntando que el

grupo focal se sustenta teóricamente en las relaciones del sujeto con el grupo, desde una perspectiva Weberiana y el grupo de discusión lo hace desde una visión Durkheimnina, más cercana al psicoanálisis donde el sujeto se encuentra solo, sin preguntas del otro. Esta es una de las razones fundamentales para realizar la elección, nos interesa explorar las creencias, los valores, las actitudes, las opiniones de un grupo determinado de profesionales sobre unos temas en concreto que posteriormente detallaremos, pero interesa sobre todo la interacción más que la individualidad, para poder conseguir, tras la discusión, la elaboración de un discurso consensuado sobre los temas.

Merton define unos parámetros para el desarrollo de los grupos focales sean eficaces: *“Hay que asegurar que los participantes tengan una experiencia específica u opinión sobre la temática o hecho de investigación; requiere de un guión de funcionamiento que reúna los principales tópicos a desarrollar- hipótesis o caracterizaciones- y que la experiencia subjetiva de los participantes sea explorada con relación a las hipótesis investigativas”* (Aigner 2006; 1)

La elección de las 12 personas que formaron el grupo focal se llevo a cabo tras las entrevistas realizadas, eligiendo aquellas personas que de alguna manera querían profundizar en algunos aspectos concretos de lo explicado en las entrevistas, una vez decididas cuales eran estas personas se les informó y se les invitó un día concreto para llevar a cabo la sesión. Esta se realizó en un entorno totalmente distendido y distinto al asistencial.

Elaboramos un guión (ver anexo 2) para conducir la sesión donde se agrupan diferentes temáticas con algunas preguntas para que la moderadora pudiera efectuar una exploración sistemática aunque no cerrada. La moderadora introdujo la sesión explicando el propósito de la misma e insistiendo de la importancia de que los participantes se expresaran con toda naturalidad sobre su experiencia así como se solicito la conformidad para que esta fuese gravada. El papel de la investigadora se centró en la observación del desarrollo de la misma, sobre todo en la expresión de sentimientos como la impotencia, el enfado, la alegría, el afecto de los participantes, a

la hora de discutir cuestiones de la práctica relacionas con los modos de hacer, pensar y sentir.

Esta técnica nos ha ayudado en la investigación a lograr información sobre conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y sobre todo experiencias que difícilmente podríamos conocer mediante las entrevistas individuales ya que se profundizó en aspectos de interés común por lo que consideramos muy interesante la utilización de esta técnica.

3.2.4 Las narrativas

La otra técnica que se ha utilizado en la investigación son las narrativas. Estas representan un camino hacia el conocimiento en muchas disciplinas (Kleinman; 1988, Riessman; 1993, Hydén 1997). El uso de la narrativa de la investigación del cuidado es relativamente nuevo (Frid, Ohlen y Bergbom; 2000), pero una enfermera ha profundizado sobre su utilidad y uso, ella nos dice que: *“(...) la narrativa es un discurso moral, un ejemplo de aprendizaje del componente ético en la práctica. Hay generosidad y misericordia en el razonamiento, que sobrepasa un déficit en la estimación normativa o en el mero cálculo procedimental que con mucha frecuencia se preocupa en llenar los estándares mínimos de comportamiento por el respeto a los derechos y a la justicia o mirar en que faltas de ética cae nuestra conducta.”*. (Benner en Baird, 2004). Las narrativas y el aprendizaje por medio de las mismas nos permiten examinar el razonamiento moral en la práctica e ir más allá de las abstracciones. Las historias reales nos adentran el mundo del razonamiento y así poder explorar los significados de las experiencias vividas.

La narrativa es la descripción de una serie acontecimientos experimentados por el propio narrador. Las experiencias de cuidado por parte de los pacientes pueden evitar el reduccionismo de los estudios clínicos, replanteando una nueva línea de estudio que puede dar perspectivas que hasta ahora podían quedar obviadas. Las narrativas favorecen el conocimiento consciente, las observaciones personales, las hipótesis, las explicaciones, el desarrollo de tareas, los dilemas éticos que se puedan plantear así como los sentimientos y en este caso se utilizaron para situaciones de

cuidados concretas desde la perspectiva de los profesionales y de una persona que tras sufrir un accidente, fue atendido por el equipo de emergencias *Beta* y trasladado posteriormente al servicio de urgencias del Hospital *Alfa*, así como un narrativa inédita sobre la experiencia vivida en una situación de urgencias titulada “*Vía crucis de urgencias*” Canals(2009).

Llegado este punto me gustaría describir cual será mi papel en el escenario de los informantes; aunque la investigación se fundamenta desde la antropología, me es muy difícil obviar mi condición de enfermera y aún me es más difícil analizar las relaciones del cuidar que se establecen entre la enfermeras y los enfermos sino participo y colaboro con las propias enfermeras en la dispensación de los cuidados ya que normalmente se realizan en espacios concretos y determinados, imposibles de observar desde la distancia. Era consciente de la dificultad que podría suponer, pero mi rol fue puramente colaborador sin intermediar en la toma de decisiones de los profesionales, en ningún momento, aunque pienso que me puede ayudar a facilitar las relaciones con los informantes, como al propio análisis de la realidad desde una perspectiva antropológica.

3.3 Unidades de análisis

Las unidades de análisis de esta investigación, como ya se ha ido apuntando en otras páginas de este trabajo, se contempla a enfermeras y médicos en el ámbito de la práctica clínica, como espacio privilegiado, donde estudiar y observar lo que acontece al proceso relacional entre profesionales y la práctica de los cuidados.

Esta cuestión es de fundamental interés porque el estudio se centra en la relación de cuidados que se desarrolla entre los profesionales y las personas que hacen uso de estos servicios. Los datos que se obtendrán de este trabajo empírico se centrarán en el resultado de dichas relaciones.

En segundo plano, y con base a la propia experiencia práctica, surgirán otros profesionales sanitarios, que no son los antes mencionados, en la relación asistencial pero que se intentarán dejar excluidos en esta investigación.

En esta investigación se renuncia a la representatividad de una realidad social, y la selección y composición de la muestra se guía por parámetros cualitativos.

La aproximación y el acceso a los participantes del estudio se realizó principalmente a través de mis propias redes sociales personales, básicamente de amistad y profesional, podríamos definirlo como no probabilístico y de conveniencia.

En un primer momento, con la finalidad de seleccionar la muestra, se realizó un sondeo exploratorio de aquellas enfermeras y médicos dispuestos a colaborar en la investigación. A partir de este primer filtro de selección se buscó definir las características básicas de tales profesionales. Así pues, para establecer la muestra definitiva no se parte de unos criterios de selección diseñados de antemano, sino que más bien, se piensa en que tales parámetros se podrán establecer a medida que se vaya accediendo y conociendo a los participantes colaboradores.

Una vez establecidas las características de referencia, se construirá una tipología genérica de grupos de enfermeras que permitieran preseleccionar la muestra cualitativa de la investigación.

La selección definitiva se realizó a través de una entrevista con los informantes en la que se valoró nuevamente tanto el perfil del grupo profesional como su disponibilidad de participación en el estudio. En un nivel orientativo, se calculó que a todos los efectos –teóricos, empíricos y logísticos- se trabajaría con un número oscilante aproximado de 22 profesionales sanitarios, de los cuales 16 fueron enfermeras, 6 médicos y una persona que hubiera sido atendida por los servicios de extrahospitalaria y posteriormente por los hospitalarios.

A continuación se presenta una tabla con la información general referente a los informantes tanto los que fueron entrevistados así como los que también formaron parte del grupo focal:

Cuadro Resumen Informantes Entrevistados y Grupo Focal

Nº	Código	Edad	Género	Formación	Años de ejercicio	Ámbito de ejercicio	Participación
1	Enf1	32	Mujer	Enfermería	8	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista
2	Enf2	35	Mujer	Enfermería	14	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista/GF
3	Enf3	41	Mujer	Enfermería	20	Hospitalaria	Entrevista/GF
4	Enf4	47	Mujer	Enfermería	22	Hospitalaria	Entrevista/GF
5	Enf5	36	Mujer	Enfermería	16	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista/GF
6	Enf6	36	Mujer	Enfermería	15	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista/GF
7	Enf7	41	Mujer	Enfermería	22	Hospitalaria	Entrevista/GF
8	Enf8	35	Mujer	Enfermería	16	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista
9	Enf9	42	Mujer	Enfermería	21	Hospitalaria	Entrevista/GF
10	Enf10	35	Mujer	Enfermería	17	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista/GF
11	Enf11	45	Mujer	Enfermería	23	Hospitalaria	Entrevista/GF
12	Enf12	27	Mujer	Enfermería	6	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista
13	Enf13	31	Hombre	Enfermería	12	Hospitalaria	Entrevista
14	Enf14	41	Mujer	Enfermería	19	Hospitalaria	Entrevista/GF
21	Enf15	36	Mujer	Enfermería	15	Extrahospitalaria	GF
22	Enf16	28	Mujer	Enfermería	7	Extrahospitalaria /Hospitalaria	GF
15	Med1	45	Mujer	Medicina	22	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista/GF
16	Med2	40	Hombre	Medicina	14	Extrahospitalaria	Entrevista
17	Med3	33	Hombre	Medicina	10	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista
18	Med4	41	Mujer	Medicina	14	Extrahospitalaria	Entrevista

						/Hospitalaria	
19	Med5	29	Hombre	Medicina	4	Hospitalaria	Entrevista
20	Med6	44	Hombre	Medicina	17	Extrahospitalaria /Hospitalaria	Entrevista/GF
23	CB	39	Hombre	Matemático		Profesor Universidad	Entrevista y diario personal

Tabla 6: Cuadro Resumen Informantes Entrevistados y Grupo Focal

Finalmente, señalo que el diseño de investigación presentado en este trabajo se realizó de acuerdo a las necesidades o problemas que se planteaban durante su puesta en marcha y desarrollo sobre el terreno. La duración total de la investigación contempla un período aproximado de cuatro años, a lo largo de los cuales se ha desarrollado el trabajo de campo, se ha efectuado la sistematización y análisis de los datos etnográficos y se ha elaborado el informe final en formato de tesis doctoral.

4. Ética de la investigación en ciencias sociales

La investigación en ciencias sociales relacionada con la salud “*constituye un gran campo multifacético, de una gama variada de disciplinas. Este campo utiliza una variedad de enfoques metodológicos que incluyen entrevistas, cuestionarios, ensayos clínicos, observación directa, grabaciones, experimentos de laboratorio y de campo, pruebas estandarizadas, análisis económico, modelos estadísticos, etnográficas y evaluaciones.*” (National Institutes of Health en Achío 2005: 6).

En muchas ocasiones se afirma que la investigación biomédica es la que mayor riesgo de daño puede tener presente en sus formas de hacer, pero no por ello debemos obviar las cuestiones éticas cuando de lo que nos ocupamos es de una investigación social y en este caso en el marco sanitario, a pesar de que el riesgo comparado con la investigación biomédica pueda ser mucho más bajo.

Se ha escrito mucho sobre cuales son los requisitos básicos desde una perspectiva ética para llevar a cabo una investigación sobre todo en el campo de la biomedicina. Emanuel y col. (2000) lo resumen en: valor social y científico de la

misma, validez científica utilizando metodologías validadas y aceptadas por la comunidad científica, justa selección de los sujetos, una relación entre riesgo y beneficio que sea positiva y no lesiva, así como evaluaciones independientes, consentimiento por parte de los participantes tras información suficiente y clarificadora del investigador, respeto por la autonomía y bienestar de las personas que forman parte de la misma. Estas premisas son perfectamente aplicables a los estudios en el campo de lo social añadiendo algunos aspectos que compartimos con Agar(2004), como es el respeto por la cultura y sobre todo el reconocimiento de las formas básicas de organización social.

La investigación cualitativa representa un reto entre la ciencia moderna ya que las diferentes formas de concebir la investigación, sobre todo desde la perspectiva de la metodología y de la epistemología, es decir no solo a nivel de los instrumentos que se utilizan sino en los procesos que dictan la producción del conocimiento, se sustentan en principios diferentes. González (2002) apunta que algunos de estos principios son que el conocimiento es una producción constructiva e interpretativa; no es la suma de hechos definidos por constataciones inmediatas del momento empírico, así como que este proceso es interactivo y surge de las relaciones entre el investigador y el investigado. La legitimidad no viene dada por la cantidad de sujetos estudiados, sino por la cualidad de su expresión. Este autor lo sintetiza de la siguiente forma: “(...) *las personas -yo y el otro- son (somos) sujetos tanto desde la postura del investigador como de las personas investigadas. Esto es ver a al persona con su dignidad, comprensión, protagonismo y cultura como el eje de acción investigadora. Ese es el punto que agrega complejidad particular a la investigación cualitativa*” González (2002: 93). Tampoco por clasificar las metodologías como duras o blandas⁷².

La investigación cualitativa debe tener presente el reconocimiento de la individualidad de los sujetos, teniendo en cuenta “(...) *las ideologías, las identidades,*

⁷² Según Agar (2004) existen distancias entre lo social que se estudia mediante metodología cuantitativa y lo que se hace desde metodología cualitativa definiendo la primera como dura, apolínica y masculina y la segunda como blanda, diuolínica y femenina.

los juicios, los propósitos, el problema, el objeto de estudio, los métodos y los instrumentos.”(González, 2002; 94).

Dos ejemplos que han traspasado fronteras y se utilizan para el análisis y la reflexión de las cuestiones éticas de la investigación social son el estudio *de prisión de Zimbardo*⁷³ y el estudio de *obediencia de Milgram*⁷⁴ donde se cuestiona la praxis ética de los investigadores.

4.1. Discusión de los aspectos éticos de la investigación

En este apartado se describen todos aquellos aspectos éticos que consideramos fundamentales y que hemos tenido en cuenta a la hora de llevar a cabo la investigación. El modelo de evaluación utilizado consideramos que es básico para asegurar que los principios de buena práctica se cumplan en lo referente a la investigación social. Los aspectos que contiene esta evaluación se podrían resumir en: valor social y/o científico, selección de los sujetos, riesgos y beneficios de la investigación, consentimiento informado y confidencialidad.

Valor social y/o científico: Para que una investigación sea valorada de forma positiva debe aportar elementos que ayuden a la mejora de las condiciones de vida o al bienestar de la población y en este sentido, la investigación que nos ocupa tiene como fin conocer una realidad asistencial concreta que posteriormente nos ayude a diseñar estrategias de intervención que modifiquen la práctica cotidiana, transformándola en nuevas formas de actuación por parte de los profesionales sanitarios en el campo de la atención en situaciones de urgencias y emergencias que aumentarán la satisfacción tanto de los profesionales como de las personas que hacen usos de estos tipos de servicios sanitarios.

⁷³ Este estudio se centró en el análisis de la respuesta humana cuando éste se encuentra en cautividad. Se desarrolló en la Universidad de Stanford y se recreó la vida carcelaria en situaciones extremas para analizar la desorientación, la despersonalización y la desindividuación provocando situaciones denigrantes en muchas ocasiones.

⁷⁴ El estudio versa sobre la obediencia a la autoridad pero a los informantes se les explicó que era sobre la memoria y el aprendizaje. No se les revelaba la información sobre la verdadera naturaleza del experimento.

Selección de los sujetos: Las personas que participan como informantes en esta investigación han sido escogidas por disponer de las características más idóneas para dar respuesta a los interrogantes científicos planteados. Son personas expertas en la atención a las personas en situaciones de urgencia, tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario y este ha sido el criterio principal que ha dictado la elección de estas personas.

Riesgos-beneficios en la investigación: La investigación, en muchas ocasiones puede implicar considerables riesgos, que en un inicio pueden ser inciertos ya que entonces aparecen como potenciales. Si esto ocurre, deben ser evaluados ya que los beneficios siempre deben primar ante los riesgos. En este caso los riesgos son mínimos porque si las personas que han participado hubieran vivido la experiencia de informar o mi presencia en el campo como un riesgo hubieran puesto medidas al respecto. De todos modos, la preocupación por el daño que produce la investigación social se manifiesta como menor pero no por ello se debe obviar la reflexión sobre riesgos y beneficios, ya que en algunas ocasiones podrían llevar asociado estrés emocional o daño a la imagen del grupo, por citar algunos, por lo tanto consideramos que hay que ser cautelosos con estos aspectos. Los beneficios que se han de obtener se deben presentar en forma de mejoras personales y profesionales, tanto a nivel de grupo como individual y en promover cambios en la práctica asistencial para legitimar las actividades de los profesionales entre otras, de este modo la proporcionalidad entre riesgo-beneficio se decantará de forma positiva.

Consentimiento informado y confidencialidad: La finalidad del consentimiento informado es asegurar que las personas que participan en la investigación propuesta lo hagan por propia voluntad, con el conocimiento suficiente para decidir si quieren o no participar, siempre y cuando la investigación sea compatible con sus valores, sus intereses así como con sus preferencias. Los requisitos éticos frente al consentimiento y la confidencialidad no concluyen con la aceptación de participación en la investigación, sino que la propia participación implica la aceptación de otros aspectos como el abandono de la misma en cualquier momento, la reserva en el manejo de la información y el reconocimiento a la

contribución mediante información de los resultados. En este sentido se les explicó todo lo concerniente a la misma y aceptaron participar tanto a título particular como institucional. En los anexos se acompañan documentos que hacen referencia al contrato firmado para tales supuestos.

TERCERA PARTE

De cuestiones prácticas

Un médico de esclavos nunca da a sus pacientes ninguna explicación sobre su enfermedad (...) el médico da algunas ordenes que parten de su experiencia con un aire de conocimiento infalible, con las formas bruscas de un dictador (...) el médico libre, que generalmente cuida de hombres libres trata sus enfermedades ante todo mediante una concienzuda discusión con el paciente y sus amigos. De esta forma aprende algo de lo que sufren y simultáneamente se instruye. Por lo tanto el médico no prescribe su medicación hasta que haya convencido al paciente; el objetivo del médico es una recuperación completa de la salud mediante el convencimiento del paciente para cumplir su terapia.

Las Leyes
Platón

1. El mundo de urgencias y emergencias

Los servicios de urgencias y en particular el servicio hospitalario de urgencias se constituye como una *“realidad única y difícilmente equiparable a ninguno del resto de servicios asistenciales del hospital.”*(Salmerón y col, 2006; 183). Este servicio tiene unas características definitorias esenciales y específicas que son lo que le distinguen del resto de los servicios del hospital. *“En primer lugar, el servicio asistencial debe prestarse 24 horas al día los 365 días del año, y debe hacerse con idénticas garantías de calidad en cualquier momento(...)*En segundo lugar, *no existe programación posible de la actividad, por cuanto es mayoritariamente el usuario del servicio quien decide libremente cuándo y cómo solicita la atención, y*

*será esta demanda, sea cual fuere, a la que deberá dar respuesta el servicio en cada momento(...)*En tercer lugar, como es lógico, cuando se aplican criterios de eficiencia en la dotación y uso de los recursos, la autosuficiencia resolutive del servicio de urgencias, aunque importante, no es absoluta(...)En cuarto lugar, los servicios de urgencias constituyen generalmente la puerta de entrada más importante de pacientes a los servicios de hospitalización, puesto que la presión de urgencias suele ser superior al 50%(...)En quinto lugar, no basta con atender los problemas de salud del usuario que acude al servicio de urgencias, puesto que con frecuencia creciente existen problemáticas de índole personal, familiar, social e incluso legal que deben tenerse en cuenta si se pretende que la intervención sobre el paciente sea realmente efectiva(...)En sexto lugar, no existe una especialización reglada que establezca cuál debe ser el nivel de capacitación del personal sanitario que presta sus servicios en urgencias(..)”(Salmerón y col, 2006; 183-184). Estas son algunas de las características que definen el campo de estudio. Este campo, que definimos anteriormente como campo de lucha, corresponde a un microcosmos dentro de un macrocosmos donde se dan encuentros entre individuos y grupos que permiten confrontar opiniones, ideas, aspiraciones que dan respuesta a los objetivos y los intereses específicos y donde se toman decisiones sobre situaciones concretas, que deben ser ejecutadas en el marco de la prestación de unos servicios que aparecen a través de la demanda, pero sin obviar que en este campo de lucha se dirimen una serie de conflictos, que los propios profesionales comentan en sus entrevistas. Algunos de estos se enumeran a continuación: el choque entre las expectativas de satisfacción⁷⁵ de los usuarios que hacen uso de los servicios de urgencias y la

⁷⁵ El Servei Català de la Salut realiza, de forma periódica, estudios para explorar la satisfacción de los usuarios de los diferentes servicios sanitarios, entre los cuales también se encuentran los servicios de urgencias hospitalarios. En la siguiente página web están publicados estos datos de los últimos trabajos realizados: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/experiencies_enquesta_urgencies_hospitals.htm. Esta encuesta de satisfacción de los asegurados del Catsby se centra en el análisis de las siguientes dimensiones: la información, el confort, el soporte emocional, el trato y las relaciones, la accesibilidad, la organización, la continuidad asistencial, la competencia profesional y la satisfacción general. Se realizó en un total de 54 hospitales de los cuales 4 correspondían a la Regió Tarragona, por lo que el Hospital Alfa está dentro de los estudiados. Los aspectos que provocan mayor insatisfacción van relacionados con la comodidad, el tiempo de espera, el control del dolor y la información recibida. Este

respuesta obtenida, provocando en algunos casos reclamaciones⁷⁶ y aumento de agresiones⁷⁷ hacia los profesionales; falta de coordinación entre los servicios de urgencias hospitalarios y los extrahospitalarios, así como con los mismo intrahospitalarios, que derivan en muchas ocasiones en malestar tanto de los profesionales como de los usuarios por las dificultades que se plantean en los propios circuitos internos a la hora de ingresar o de poder practicar determinadas pruebas, por falta de fluidez, de organización y en muchos casos de voluntad, así como la imposibilidad de control sobre la demanda⁷⁸ de atención en el servicio por parte de los usuarios junto con la limitación de recursos tanto humanos como técnicos que llevan a dar una imagen de perpetuo caos.

estudio señala que posteriormente se repetiría el estudio en 2008 y 2011, pero no hemos encontrado datos al respecto del que se debería haber llevado a cabo durante el año pasado.

⁷⁶ El termino reclamaciones, no es de uso habitual desde los servicios de atención al usuario o los de gestión de la calidad, que utilizan el término satisfacción. En base a este concepto de carácter mucho más jurídico y eufemístico, hay que destacar la publicación de la tesis doctoral titulada *Reclamaciones derivadas de la asistencia sanitaria pública deficiente en Catalunya. Análisis y evolución en el período 1994-2002* por Rodríguez, JL defendida en 2005 en la Universidad de Barcelona, donde analiza la evolución de las reclamaciones presentadas ante la Generalitat de Catalunya tras una asistencia sanitaria que se presume defectuosa en cualquiera de sus vicisitudes evolutivas por parte del propio paciente, de sus representantes legales ó de sus herederos. Destaco que las conclusiones de la misma son reafirmar el aumento de las reclamaciones y que las especialidades más problemáticas son cirugía ortopédica y traumatología que presentaron 227 reclamaciones frente a 90 que recibieron los servicios de urgencias. Lo que es cierto es que estos últimos son mucho más mediáticos y tienen una visibilidad social diferente. Al respecto me remito de nuevo a la tesis doctoral de Allué (1997) donde ya apuntaba esta realidad.

⁷⁷ El aumento de agresiones a los profesionales sanitarios ha ido en aumento en los últimos años y, pendientes de la publicación de un mapa nacional que refleje esta realidad, se van publicando diferentes trabajos que presentan estadísticas al respecto. También destacar la elaboración del Documento marco para la prevención y la actuación frente a la violencia hacia los facultativos, por parte de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, y apuntar que esta confederación creará un observatorio de la violencia a facultativos. Enfermería también ha trabajado en este sentido y uno de los máximos órganos de representación, como es el International Council of Nurses (ICN), publicó en Ginebra en 2004 las Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Una cuestión importante para la reflexión es si es necesario hacer diferencias entre las agresiones que reciben los “facultativos” del resto de profesionales que trabajan en el ámbito sanitario.

⁷⁸ Es interesante destacar aquí el artículo publicado en El País, el 20 de marzo de 2007, titulado Mil razones para acudir a urgencias, donde se expone la problemática de la saturación de los servicios de urgencias y donde expertos apuntan la necesidad de conocer la realidad desde otro prisma, el de los usuarios de los mismos. Se puede concluir de este artículo que resolver esta situación es complejo, pero que si se hace sólo desde la perspectiva de la administración el problema perdurará en el tiempo, ya que los servicios de urgencias hospitalarios se han convertido en el recurso que ayuda de mejor forma a cubrir las necesidades de los usuarios ante los problemas de salud.

La medicina de urgencias y emergencias, junto con los avances tanto tecnológicos como científicos en esta área, dan respuesta a muchos de los problemas de salud que se nos plantean a las personas en la sociedad actual. Podría ser un ejemplo de ello lo que ocurre en situaciones que hace unas décadas eran imposibles o muy difíciles de resolver y que hoy se resuelven, como podría ser la reanimación cardiaca o la ventilación mecánica, por citar algunas. No por esto hay que obviar que no están exentas de riesgos y complicaciones, poniendo a veces a las personas en situaciones que inducen a la reflexión desde varias disciplinas, como el derecho, la filosofía, la antropología y no sólo desde la medicina o la enfermería.

Los servicios de urgencias y emergencias prestan asistencia las 24 horas del día, los 365 días del año y en muchas ocasiones es la que utilizan las personas como puerta de entrada al sistema sanitario por razones muy diversas, que a menudo entran en contradicción con lo que los profesionales definen como urgencia o emergencia, ya que ellos se sustentan en la patología, cuando se presentan alteraciones en el organismo que como resultado provocan una amenaza objetiva para la vida o la salud de la persona, sin tener en cuenta otros aspectos de naturaleza variada como: la accesibilidad, los recursos económicos, el tiempo, la percepción de riesgo, la satisfacción de necesidades, escogiendo así entre las diferentes alternativas que el sistema sanitario ofrece, las personas construyen sus propios itinerario terapéuticos. Kleinman (1980) los define como una serie de secuencias que incluyen diferentes actividades que las personas realizan buscando solucionar sus problemas de salud. Estos itinerarios constituyen un importante indicador de los recursos sociales, culturales y materiales a su alcance. Así, cuando una persona sufre un problema de salud construye su propio itinerario para resolver tal problema. Según la valoración que cada uno hace de su propia situación y según cuales sean sus experiencias anteriores, utilizarán unos caminos u otros.

Aunque no son un objetivo de este trabajo, sí que consideramos que conocer estos aspectos es crucial para poder dar respuesta a las cuestiones que suscitan los por qué de la construcción del itinerario. Al hilo de esto uno de los informantes apunta:

“-Hay mucha carga asistencial, cada vez más las personas utilizan los servicios de urgencias como un servicio normal más.” Enf11 (9)

Pero también otros profesionales consideran que el acceso a los servicios de urgencias con tanta facilidad es lo que genera la situación actual de sobresaturación o de altos índices de frecuentación:

“-Yo creo que desde que trabajo hay presión asistencial. Se intenta solucionar, se intenta dar salida al problema, se han hecho mejoras estructurales, asistenciales. Pero la demanda es tan alta que esto es lo que quema al profesional. Esta presión crispa a los profesionales porque las personas y sus familias tienen tanta facilidad de acceder que está así, esto crispa”. Enf13(6)

En definitiva las personas van a urgencias porque tienen una serie de necesidades y quieren que estas se resuelvan, independientemente del origen de las mismas o el tiempo que hace que presenta unos síntomas determinados o la perspectiva desde donde se haga la valoración. Porque si preguntamos a los sanitarios, las respuestas son unas pero si preguntamos a los ciudadanos, probablemente las respuestas sean otras y variadas.

La realidad es que los servicios de urgencias del hospital son unos servicios con capacidad de acceder a las pruebas y a la tecnología de la que dispone el mismo, sin obviar que estas pruebas son las portadoras de los diagnósticos confirmados y cuantas más se puedan realizar mayor será la seguridad en los mismos. Y no olvidemos que el acceso a ellas será mucho más rápido que utilizando otros itinerarios⁷⁹. De aquí que surjan la gran mayoría de

⁷⁹ Con relación al tema de los tiempos, decir que aunque se resuelva en un tiempo bastante dilatado cuando se acude a urgencias, nunca se aproximaría si siguiese los pasos previstos por la administración que en vez de horas serían días. Pese a esto existen críticas muy interesantes a las largas estancias de los pacientes en un servicio de urgencias y que deberían ser tomadas en cuenta en futuras investigaciones, como por ejemplo el relato que realizan AMURG (2009), Asociación para la Mejora de la Urgencia del Hospital Puerta de Hierro y que reproducimos a continuación:

“El paciente llegaría a urgencias. Un celador lo recibiría y lo sentaría en una silla de ruedas. Tras acompañarlo al mostrador donde un administrativo tomaría sus datos y le abriría la historia informática, lo llevaría a una sala de espera donde esperaría hasta que le tocara ser triado (aunque si estuviese muy afectado, se priorizaría sobre otros enfermos). Pasaría a la sala de triaje en la que una enfermera hace la primera valoración del enfermo interrogándolo, tomando sus constantes vitales y rellenando un formulario informático. Con la patología descrita y si no tiene una importante alteración de sus constantes vitales, la enfermera determinará que pase al nivel II, y

discursos en torno a la utilización de los mismos, pero no hay que olvidar que el servicio de urgencias es el lugar donde los cuerpos heridos deben ser atendidos.

2. El cuerpo herido

Para Pera (2002), el cuerpo humano presenta unas características determinadas como la posibilidad de caducar o de deterioro y sobre todo la vulnerabilidad del mismo, que incluye la posibilidad de sufrir heridas transformándose entonces en lo que nos ocupa, los cuerpos heridos.

Los cuerpos heridos están abocados a una determinada situación de riesgo que va desde menor a mayor índole según la naturaleza de lo que le provoca el estado. Este autor apunta que las heridas pueden ser el inicio de un breve camino hacia la muerte y en otras ocasiones pueden curar, pero siempre dejan huella, la cicatriz que se traducirá como una experiencia personal y que se traducirá a su vez en una seña de identidad. Nos encontramos en una situación de transición de un estado a otro y

realizará su traslado informático. En paralelo, un celador deberá recoger al enfermo en la puerta de la sala de triaje y trasladarlo, en silla de ruedas al nivel II. En el nivel II el médico de Evaluación precoz lo pasará a su consulta y le interrogará y explorará someramente con objeto de determinar sus necesidades prioritarias. Abrirá su historia informática y solicitará, informáticamente, una analítica completa y una radiografía, y le pautaría un analgésico al enfermo. Hecho esto (informáticamente), imprimirá su anotación con las órdenes de enfermería y las peticiones analíticas, las llevará a la mesa de la consulta de enfermería de primera evaluación, donde se colocan en orden, y llevará al enfermo a la sala de espera.

Cuando le toque el turno, la enfermera saldrá a la sala de espera y empujará al enfermo a su consulta, extraerá las muestras de sangre, las etiquetará y las enviará a los laboratorios, aplicará el analgésico del enfermo y lo acompañará nuevamente ya a su ubicación definitiva, en una de las salas con camillas o sillones del nivel II.

Después, la enfermera anotará el nombre del enfermo en una hoja donde queda registrado para evitar su extravío por errores informáticos, y nombrará responsable del mismo a una de las otras dos enfermeras. Realizará el traslado informático y depositará el volante impreso de la radiografía en un cajetín dispuesto para los celadores, y éstos, al ver un volante allí, buscarán al enfermo y lo llevarán al servicio de radiología, donde se realizará la radiografía, y se volverá traer a la sala asignada. Posteriormente un miembro del equipo de médicos del Nivel II lo atenderá de forma más extensa, haciendo un interrogatorio amplio y una exploración detallada, en uno de los tres cuartos habilitados para ello. Si la espera ha sido larga podrá disponer de los resultados de los análisis, y con ello decidir hacerle una ecografía, lo que solicitará telefónicamente al radiólogo de guardia, hará después la petición informática, la imprimirá y la colocará en el mostrador en la bandeja de los celadores, que, una vez vista, estarán pendientes de recoger al enfermo cuando el radiólogo les avise.... estas han sido las primeras tres horas del enfermo en urgencias."

donde el cuerpo humano pasa en muchas ocasiones de ser sujeto a ser objeto, sobre todo desde la mirada médica.

“Cuando Gregorio Samsa se despertó una mañana después de un sueño intranquilo, se encontró sobre su cama convertido en un monstruoso insecto. Estaba tumbado sobre su espalda dura, y en forma de caparazón y, al levantar un poco la cabeza veía un vientre abombado, parduzco, dividido por partes duras en forma de arco, sobre cuya protuberancia apenas podía mantenerse el cobertor, a punto ya de resbalar al suelo. Sus muchas patas, ridículamente pequeñas en comparación con el resto de su tamaño, le vibraban desamparadas ante los ojos. « ¿Qué me ha ocurrido?», pensó. No era un sueño”. (Kafka, 2004; 4). Tampoco es un sueño el despertar tras sufrir un grave accidente, se puede decir que es el inicio de una situación nueva: estamos ante el cuerpo herido, en una de sus expresiones. ¿Qué ocurre entonces? ¿Cómo responde el sistema y sus profesionales? ¿Qué papel juegan los diferentes autores?

Para Bascuñan (2005), los avances en la tecnología médica, presentan múltiples soluciones a problemas de salud en la sociedad actual, podrían ser un ejemplo de ello la reconstrucción anatómica de estructuras funcionales, la cirugía reconstructiva o los implantes, entre otras. Estos avances incrementan las posibles alternativas de tratamiento, con lo que a su vez se abre un abanico de posibilidades para escoger o aceptar las recomendaciones terapéuticas de los especialistas.

Muchas de la actuaciones de los profesionales en este ámbito van tintadas de la máxima beneficencia para la persona desde el profesional, llegando a producir maleficencia cuando la alternativa que se adopta o se cree que es la mejor, se hace sin contar con ella, anulando todo atisbo de poder ser autónomo y formar parte de su propio proceso.

Iniciaremos este recorrido analizando diferentes aspectos como son las relaciones que se establecen entre los profesionales, las acciones que se llevan a cabo para promover los derechos de los pacientes en situaciones críticas o los conflictos éticos que de ellas se derivan, entre otras.

Estos discursos se articularán mediante la narrativa⁸⁰ de un informante que relata su experiencia tras un grave accidente de tráfico y ser atendido por el equipo de emergencias para trasladarlo e ingresarlo posteriormente en un servicio de urgencias, así como a través de la experiencia de Canals, descrita en *Vía crucis de urgencias* (2009) y las aportaciones de los profesionales que trabajan en urgencias y en emergencias. En definitiva, los sujetos implicados producen las narrativas que nos permitirán el análisis de las acciones e interacciones que se producen en el campo. Al fin y al cabo, según Kleinman (1989), se ha de aceptar que la tarea médica curativa fundamental consiste en la interpretación de las narrativas de enfermedad con las que el paciente expresa su situación.

En base a lo expuesto nos podemos plantear algunas cuestiones que tienen múltiples respuestas, que en muchas ocasiones son unidireccionales y totalitarias. ¿Cuál debería ser el tipo de relación terapéutica que se construya en estas situaciones?, ¿Quién toma las decisiones?, ¿Qué problemas se plantean cuando no se está de acuerdo con lo propuesto por los especialistas?, ¿Qué actitudes tienen los profesionales ante según que situaciones?, ¿Cómo pueden llegar a afectar a la persona cuidada? Además, todo esto ocurre en un momento tan determinante como es una situación de urgencias, que probablemente no es la más propicia para la toma de decisiones, ya que se ve constreñida por factores externos como son la inmediatez, el tiempo y el propio espacio, que influyen de forma negativa en la construcción de una relación terapéutica.

Zea (1998) plantea que las modalidades de la relación médico-paciente, adecuadas o inadecuadas, completas o incompletas, son diferentes si el tipo de relación es meramente humanitaria y de misericordia, como en la medicina que se practicaba en los antiguos hospitales de caridad, o si se trata de una relación en que prime la necesidad de adquirir por parte del médico el conocimiento científico,

⁸⁰ Esa narración es mucho más amplia, abarcando todo el itinerario realizado hasta llegar al actualidad pasando por los más diversos periplos que el define como “*el calvario y la peregrinación*” Aunque su historia es mucho más larga, nos detendremos en una parte del proceso, la que corresponde a la asistencia de emergencias y posteriormente urgencias del hospital.

apoyado muchas veces en excesos de técnica. Para Emanuel y Emanuel (1992, 1999), las relaciones que se construyen entre los agentes sanitarios y las personas han evolucionando históricamente constituyéndose cuatro modelos:

1. Modelo paternalista: Este modelo responde también a lo que se ha venido a denominar paternal o sacerdotal y en enfermería, maternalista, concepto utilizado para designar el mismo tipo de relación pero que presenta diferencias, como apunta Delgado y col. (1996), uno de los pocos trabajos publicados al respecto. Ambas relaciones son de carácter autoritario, pero desde enfermería parece que la búsqueda es la de la satisfacción por parte de la persona pese al autoritarismo impuesto. No deja de ser un matiz que no mejora las perspectivas de este modelo.

2. Modelo informativo: También se ha denominado modelo científico o técnico. Se centra básicamente en proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda decidir la intervención que desee, pero tan sólo se limitan a notificar datos portando la bandera de la autonomía de las personas a decidir en sus extremos más perniciosos.

3. Modelo interpretativo: Se centra en conocer cuales son los valores que tiene el paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento para poder ayudarle a elegir entre las intervenciones médicas disponibles que consideren que pueden ser las más beneficiosas. Realmente esta es una forma de promover el ejercicio de la autonomía desde un punto de vista teórico.

4. Modelo deliberativo: El objetivo es ayudar al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con su salud, indicando no sólo lo que podría hacer o entre qué podría elegir, sino que conociendo al paciente le propone aquello que es más adecuado para él entendiendo que la persona es un agente moral y que le ayuda a su autodesarrollo como tal.

Si analizamos las relaciones desde una perspectiva actual y tenemos en cuenta los debates de las últimas décadas respecto a la relación médico-paciente, vemos que

se centran en un dualismo, por un lado el paternalismo y por otro los discursos sobre la autonomía⁸¹. Persisten, pese al aumento de afirmaciones sobre la horizontalidad de las relaciones asistenciales, relaciones profesionales totalmente asimétricas, entendiéndose por estas aquellas situaciones en la que quien es objeto de la atención profesional carece de libertad para elegir o rechazar, por imposiciones de diferentes naturalezas, entre las que se encuentran, por supuesto, las promovidas por los profesionales sanitarios. Los profesionales sanitarios realzan el valor del saber específico y difícil de transmitir, considerando que los conocimientos que incorporan se han conseguido a través de mucho esfuerzo y sacrificio, lo que les reafirma en una actividad superior de "salvar vidas".

En situaciones de urgencia se hace más patente este fin, por lo que se justifica la imposibilidad de entretenerse con las explicaciones y la autonomía de las personas, tanto es así que un amplio sector de la Bioética acepta el paternalismo como el modelo a utilizar en situaciones de urgencia. Pero aquí se presenta una contradicción: si los profesionales evidencian constantemente que la mayoría de las personas que van a urgencias no presentan patologías urgentes, entonces las relaciones que se establecen tampoco deberían ser de urgencia y tendrían cabida otros planteamientos a parte del ya justificado paternalismo.

Los discursos no se aproximan a la práctica, ya que optar por el distanciamiento aséptico y estéril suele ser lo más fácil, así como decir que es lo que hay que hacer o dejar de hacer, Canals nos lo explica así:

"(...) Dos residentes se han encargado de mover mi camilla. La mirada del que la llevaba por los pies cae sobre mi cara. De repente, pregunta "Oye, ¿tu sabes cuánto cuesta un módem?". Ante la extrañeza de mi expresión, añade bruscamente "no hablaba con usted". Y aún gracias que no me ha aplicado el tuteo indiscriminado que parece estar de moda en el medio hospitalario...A partir de este momento me ignorará absolutamente." (Canals 2009,107)

⁸¹ La concepción de autonomía desde esta perspectiva dualista va asociada al modelo informativo, de este modo el papel del médico o de la enfermera sería meramente técnico distanciándose de su esencia ontológica tanto si hablamos de la medicina como si lo hacemos de la enfermería.

Lo más difícil es alcanzar el otro extremo, una máxima aproximación donde el profesional dice llegar a “sentir como el otro”, cosa difícil a mi modo de ver, porque el que tiene la pierna semiamputada es el otro. Entendemos que puede tener dolor, entendemos sus sentimientos y sus emociones... pero realmente ¿puede el profesional sentirlo?. No podemos nacer, enfermar, sufrir o morir en lugar del otro, ni tan siquiera podemos hacer elecciones de vida que son de su más estricta competencia. De algún modo, es una forma metafórica de aproximarnos al otro y que algunas enfermeras la verbalizan en sus discursos:

“-Yo como enfermera, intento implicarme, intento entender mejor al enfermo, me caiga bien o no me caiga bien. Intento acercarme a ellos como persona y esto me ha ayudado a entenderme mejor con el enfermo”. Enf3(4)

“-(...) me siento más cerca de los pacientes que de otros profesionales, aún siendo introvertida, con ellos me siento bien, cómoda y creo que ellos conmigo también. Creo que están contentos con la manera que nos relacionamos y les cuido”. Enf6(4)

“-(...)Normalmente suelo tener buenas relaciones con el paciente y su familia aunque a veces me implico tanto que me cuesta controlar mis emociones frente a situaciones complejas, emocionalmente hablando, y pienso en esos momentos “que me está pasando” (...)recuerdo una madre que abracé después de que le dieran la mala noticia de que su hijo moriría y no podía dejar de llorar, pero es que yo tampoco, sólo repetía -“como puede ser si hace un rato estábamos comiendo”- “no me digas que se va a morir”-(...)”Enf12(4)

129

Estas situaciones abren todo un mundo muy amplio para la exploración de los significados de la empatía⁸² y la implicación, así como de todas sus representaciones e interpretaciones.

2.1. Decidir ante el cuerpo herido

⁸² Edith Stein, a principios del siglo XX, se dedicó a estudiar aspectos relacionados con la filosofía y la psicología. En su tesis “Problema de la empatía” hablaba de la dificultad del desarrollo de la misma, considerando imposible llegar a un cien por cien de sensibilidad y participación del estado de ánimo del otro. Ella la definiría como *“Es una experiencia sui generis, la experiencia del estado de consciencia de los otros en general... la experiencia que un yo en general tiene de otro yo similar a éste”*. Otros autores como Husserl y Lipps, de la misma corriente, la fenomenología, trabajan este concepto.

El hecho de enfermar de forma súbita promueve una organización determinada en torno a la persona en función de la gravedad, los síntomas que presenta o los riesgos inminentes para la vida. Estas situaciones provocan en los profesionales un estado de incertidumbre por diversos motivos como la rapidez de actuación, la falta de información, los síntomas de difícil manejo o la multiplicidad de patologías que trasladan a pacientes y familias de forma bastante habitual.

Una de las principales formas de visibilización de esta incertidumbre es el mal manejo que se realiza de la información, por lo que se puede decir que en muchas ocasiones, en urgencias se informa poco y mal. Por qué se informa poco y por qué se realiza mal son realidades poco exploradas y que, a nuestro modo de ver, sería muy interesante analizar.

Un informante lo afirma rotundamente;

“(...) en urgencias hay una carencia importante de información, pero es que cada uno hace lo que cree y es así. Yo no me meto...un consejo de treinta euros en urgencias si no quieres tener problemas, informa, informa, informa...a mi me ha pasado, por no informar he tenido problemas. Si informas te evitarás denuncias” Med3(6)

130

Realmente, el motivo más habitual de reclamación, son los largos periodos de espera en los servicios de urgencias, seguidas de aquellas relacionadas con el trato recibido en torno a la información, el respeto o la posibilidad de estar acompañado.

El discurso actual de juristas y bioeticistas, es que la persona debe tomar decisiones sobre su salud y enfermedad, dejando atrás aquellas épocas donde el médico ejercía la autoridad y el paciente se dedicaba a ser obediente y buen paciente.

Pese a que se debería concebir a la persona como un sujeto autónomo, que se posee a sí mismo y que puede disponer de él, derivando de esta concepción una obligación ética por parte de los demás, aceptar esta percepción de la autonomía plantea problemas, sobre todo cuando la persona está en una situación crítica y aboca al conflicto entre respetar la autonomía o el juicio médico sobre la necesidad y la oportunidad de un tratamiento u otro.

Guix y col. (2003, 2006) afirman que la mayoría de pacientes se muestran sumisos a la autoridad del médico, exigen información pero no necesariamente participar de manera activa y decisiva en el proceso asistencial, pero cuando se les pregunta a los médicos al respecto tienen *“(...)una visión más técnica, no dan importancia a los problemas derivados de la dignidad o la intimidad del paciente, considerando que éste no tiene conocimientos ni formación para entender los temas clínicos”* (Guix y col, 2006:470). Las enfermeras tienden a oponerse al poder absoluto del médico como decisor y en gran medida afirman que *“(...) los enfermeros son como los abogados de los pacientes ingresados”* (Guix y col, 2006:471). Abizanda (2002), apunta que cuando nos referimos a las personas en situaciones críticas nos tenemos que remitir a los trabajos de Drane sobre la competencia y en estas situaciones no es difícil asumir que la competencia de la persona puede estar mermada. En este caso no debemos obviar que en nuestro contexto cultural, la familia o allegados, representan al paciente.

El caso que se presenta a continuación refleja este dilema. Carlos es una persona de 45 años que hace unos años sufrió un aparatoso y grave accidente de tráfico cuando regresaba a su casa después del trabajo. Pese a la complejidad del mismo, su mayor afectación se localiza en la pierna derecha, con casi una destrucción total de la estructura de su rodilla así como de parte de su fémur y tibia. Él lo relata de la siguiente forma:

“...ese día terminé de trabajar, cogí la moto para irme a casa, salí del despacho sobre las doce del mediodía y recuerdo que hacía muy buen tiempo, de hecho llevaba unos pantalones bastantes finos y creo que eso hizo que tuviera muchas más heridas. Sé que en esa carretera tiene dos rectas para poder adelantar, iba detrás de un camión y me dispuse a adelantar, después ya no recuerdo nada más hasta que estaba dentro de una ambulancia, recuerdo el techo, recuerdo una férula de color naranja que estaba en mi pierna. Después no recuerdo nada hasta estar en una camilla del hospital, en urgencias. Levanté la sábana para ver mi pierna, y que los demás vieran que la tenía, sólo recuerdo decir ‘no me cortéis la pierna, no me cortéis la pierna’ yo creo que oí campanas de que la pierna está muy mal y que tendrían que cortarla, desde ese momento mi obsesión era que todos vieran que tenía la pierna y que los dedos se movían”.

Realmente la capacidad, la competencia de una persona en una situación crítica puede estar mermada o abolida, pero no por esto se debe generalizar y asociar situación crítica a incapacidad, para utilizarlo como una forma de justificación constante de sustitución, ya que respondería entonces a un totalitarismo que desvirtúa el derecho a decidir de la persona autónoma. Carlos expresa de forma clara su voluntad pese a no conocer las indicaciones terapéuticas, ni tener la información clara y precisa de la situación.

La imposibilidad de elegir sin elementos de juicio es obvia, pero la información es un derecho fundamental recogido en diferentes textos normativos tanto jurídicos como éticos, como son las *leyes 21/2000, de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica*⁸³ y la *41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*⁸⁴ o el *Convenio de Oviedo, para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*⁸⁵ son algunos de ellos.

⁸³ En el Capítulo 2, Del derecho a la información se formula el alcance de este derecho de la siguiente forma: 1. En cualquier intervención asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud. No obstante, se deberá respetar la voluntad de una persona de no ser informada. 2. La información ha de formar parte de todas las actuaciones asistenciales, ha de ser verídica y se ha de dar de forma comprensible y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente para ayudarle a tomar decisiones de manera autónoma. 3. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También han de asumir la responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le apliquen una técnica o un procedimiento concretos.

⁸⁴ En el Capítulo II, El derecho de información sanitaria, se formula en el artículo 4: El Derecho a la información asistencial: 1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. 2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

⁸⁵ En el artículo 5, del Convenio de Oviedo: Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

Carlos continúa con su relato;

“(...) En ese momento llegó mi mujer (...) y la Dra. le explica como estoy -la pierna está grave y probablemente haya que cortarla- y le preguntó si tenía otras lesiones, ella le dijo que ‘está bastante espabilado y que lo principal es la pierna’ Preguntó si podía verme y la dejaron entrar (lo oía porque estaban detrás de la cortina hablando)(...)”

Se confirma el papel de la familia en los procesos de información y toma de decisiones, pero como podemos comprobar al implicado no le explican lo que ocurre, ni cuales son las posibilidades de tratamiento. Los profesionales sanitarios dan por supuesta la incapacidad para tomar decisiones de Carlos pero él no comparte esta postura. Probablemente estuviera aturdido, poco claro, pero siempre afirma que no perdía de vista el objetivo, hacer lo que fuese para *“no perder la pierna”*.

Este planteamiento responde al modelo paternalista, donde el médico solo aporta información que considera oportuna y que ha seleccionado previamente con el fin de obtener la autorización, no el consentimiento, cuestiones de naturaleza totalmente diferente. Se reafirma la necesidad de tener delante a un buen paciente, que sea obediente y no cuestione. Pero cuando el paciente opina, pregunta y quiere decidir, se encuentra con el misterioso mundo de la desinformación o de la información manipulada por el lenguaje médico o el lenguaje institucional, configurándose lo que Canals (2009) define como *“instrumentos de dominio”*.

En el marco de la entrevista, su mujer también presente y participante activa del relato, comenta:

“...él esta rodeado de 4 o 5 doctores que le evalúan, está consciente y tumbado, inmovilizado y me dice -Inma que no me corten nada, por favor no dejes que me corten nada, tengo sensibilidad en los dedos del pie-. Insisto en que me tengan informada antes de tomar ninguna decisión y fue una lucha titánica porque no hablan contigo, tienes la sensación de que suplicas por algo que no es tuyo, la pierna de mi marido era el objetivo, todos hablaban de la pierna y sobre la pierna, mirando directamente a la pierna. Y a mi marido nadie le dice nada, todo lo oye como de fondo, como si con él no fuera, antes me lo

decían a mí que a él. Le suben a quirófano porque sangraba mucho”. [Inma insiste en que la informen si hay que cortar]

La sustitución del derecho de elección es la práctica más común en nuestro contexto cultural y en este caso la mujer se convierte en la representante de su voluntad, defendiendo la postura del paciente y en contra de las indicaciones terapéuticas. Pochard y col (2001) afirman que éstos no deberían tomar ninguna decisión por el paciente, ya que presentan un estado psicológico desaconsejable, por lo que apuntan que solo los profesionales están capacitados para ello. Podemos corroborar esta afirmación con la aportación de uno de los miembros del grupo focal, que nos decía:

“(…) la familia, muchas veces, no capta la información que se le da y no entienden nada de lo que está ocurriendo, les puedes explicar muchas cosas y te das cuenta que no se han enterado de nada, a lo mejor esta intubado y sedado y se lo dices y te comentan -pero está tranquilo, verdad!-, entonces te das cuenta de que no se enteran de nada. Es difícil.” GF:R10(24)

Pese a estas afirmaciones, no todas las situaciones evocan esta realidad, pues generalizar esto sería una barbaridad, ya que asumiríamos que todos somos incapaces para gestionar los procesos. Eso no quiere decir que no existan dificultades, ya que en muchas ocasiones, el impacto de según qué información, puede llegar a bloquear al más capaz de los capaces.

La competencia o la capacidad⁸⁶ de los pacientes y en sustitución de los familiares o representantes, se determinará tras una valoración explícita, y nunca tras presuponer que el hecho de vivir una situación crítica, siempre y para todo el mundo, es incapacitante por naturaleza.

Es una realidad que se presenta tanto en urgencias como en emergencias. Se presupone la incapacidad de las personas y se busca la justificación en base a la

⁸⁶ Competencia y capacidad son términos que llevan a la confusión y el motivo es la traducción directa de la literatura americana. En nuestro país, sería más adecuado hablar de capacidad, distinguiendo la capacidad de hecho, de la de derecho. Simón (2008), profundiza en estos aspectos, afirmando que es una tarea pendiente a desarrollar en nuestro ámbito sanitario. Destacar la revisión que realiza el autor en el trabajo *“La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”*.

posibilidad de intervención por parte de los profesionales sanitarios, avalándose en el artículo que exime de la necesidad de solicitar consentimiento cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él⁸⁷.

No se debería olvidar, más allá de los motivos por los cuales las personas acuden a urgencias, que la mayoría de las actuaciones que se llevan a cabo tanto en urgencias y en emergencias, permiten la puesta en marcha de procesos de consentimiento informado, dando cabida a la participación plena de la persona, y no englobar toda la práctica de urgencias como situaciones de riesgo vital, cuando esto no responde a la realidad y sólo hay que darse una vuelta por un servicio para poderlo corroborar.

Tolja y Speciani analizan esas situaciones y afirman que *“(...) según este modelo, muy común en las relaciones terapéuticas, el médico es el único que tiene un rol activo -porque posee el conocimiento- mientras que el paciente es pasivo e ignorante, y no es casualidad que sea llamado paciente⁸⁸”*. (Tolja y Speciani, 2005; 230).

Cuando no existe coincidencia entre las indicaciones terapéuticas y la voluntad de la persona, se construye alrededor de todo el suceso una relación asistencial distante e incómoda, donde los silencios y la incertidumbre rodean a los pacientes y sus familias, y la información con cuentagotas es la tónica que precede a todo lo que

⁸⁷ Clastre, abogado, realizaba la siguiente afirmación: *“(...)No obstante, las peculiaridades de este tipo de recursos asistenciales hacen que “no se condene a ningún médico por haber vulnerado los derechos de información del paciente en situación de riesgo vital. Cuando el paciente no está en condiciones de elegir aparece un conflicto de intereses y el médico debe asumir que hay que intervenir sin CI ni información sobre opciones terapéuticas; lo más razonable es dar por sentado que el paciente no quiere morir”*. Disponible en Diario Médico:

http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/normativa/es/desarrollo/732390.html

⁸⁸ Los autores se refieren a la raíz etimológica del término ligada al sufrimiento y a la característica que le dota de paciencia, por lo que evoca una relación totalmente desigual y de poder entre los dos actores principales. Para que funcione, según ellos, uno de los dos debe poner en juego toda su importancia, su capacidad y su ciencia para reclamar del otro la sumisión o, al revés, si uno remarca su impotencia puede evocar las actitudes de superioridad.

ocurre, aún más si esto es dentro de espacios cerrados donde la familia no puede acceder, cosa fácil en las instituciones hospitalarias, provocando inseguridad, recelo, miedo. Así lo cuenta la mujer del relato que veníamos siguiendo:

(...)El celador me indica que suba a quirófano y que espere allí. Subí a una salita antes de entrar en quirófano y lo vuelvo a ver, pero un doctor me hace salir y me dice que espere. Pasada una hora, llamo por el interfono a quirófano para que no le corten nada y me dicen que esté tranquila, pasada otra hora vuelvo a llamar y les recuerdo que no corten nada. A las 6 horas sale un celador de quirófano y le pregunto si le han cortado la pierna y me responde que le han hecho una obra de ingeniería y no han cortado nada. Por fin respiro. Una enfermera nos informa que ya ha salido de quirófano y está bien porque le ha dicho hola con la mano.

De Pedro y Sales (2007) afirman tras el análisis de los estudios realizados sobre el derecho a la autonomía de McKinstry (2000), Roupie y col (2001) y Edwards y col. (2001), que ejercer el derecho a ser autónomo no es una necesidad percibida por los pacientes y parece ser que estos, en un alto porcentaje, prefieren que sean los médicos los que ejerzan la capacidad de decisión por ellos, aunque con algunos matices. Las mujeres y los jóvenes que presentan un mayor nivel de preparación quieren con mayor frecuencia ejercer sus derechos de participación en la toma de decisiones. Los profesionales continúan no llevando bien que ese sector quiera ejercerlos:

(...)La Dra. muy seria, nos informa -aún hay pierna, riesgo sanguíneo, vena principal bien, pero como hay riesgo de infección tendrá que ir a Barcelona porque hay que hacer injertos-. Yo le pregunté que como estaba él y me dice que adormecido, se va y no la vemos más. Creo que estaba enfadada por nuestra actitud. Pasado un rato nos dejan entrar a verlo (a mí y a su familia) (...)

Como hemos comentado, la práctica de la información es un mundo por explorar, pero hay que destacar que existen trabajos teóricos al respecto. Álvarez (2006), distingue a cuatro tipos de profesionales en función de la puesta en práctica de los procesos informativos, que coinciden en muchos aspectos con los planteados por Emanuel y Emanuel (1992, 1999), en páginas anteriores.

Un primer modelo responde a aquellos profesionales que perpetúan las formas paternalistas, manteniendo la posición de superioridad que les otorga estar en posesión de la información y del conocimiento, respondiendo al ejemplo anterior expuesto en el relato de Carlos. El segundo modelo se justifica en base a la posibilidad de manipulación de la información sin perder el control, parece que el paciente toma parte, sin tomarla. El profesional sigue decidiendo lo que más le conviene. En el tercer modelo, fingen respetar la autonomía y la posibilidad de elegir, ofreciendo sólo aquellas posibilidades que son del agrado del profesional. Y por último, el grupo más pequeño, formado por aquellos profesionales concienciados en el respeto de la voluntad, aceptando, sin reprimendas hacia al paciente, la decisión de éste, tras ofrecer todas las posibilidades, incluidas aquellas que los profesionales no aceptarían. El citado autor se queja de que este último grupo es una excepción en buena parte de la sanidad española.

Sólo cuando la capacidad de las personas para identificar sus necesidades se ve alterada a causa de una situación inesperada, que pone a la persona en situación de riesgo, y siempre que las condiciones no le permitan expresar sus intenciones, los profesionales sanitarios deberán participar en función del grado de limitación que presenta el paciente para sustituirlo, apoyarlo o acompañarlo en el proceso de toma de decisiones, tanto a él como a la familia.

(...)Las personas son mucho más vulnerables en el servicio de urgencias que en otros sitios por lo tanto esto dificulta mucho este tema (autonomía) aunque creo que sí, bastante gente toma decisiones por si misma. También hay miedo, la gente esta asustada y se deja hacer todo lo que quieras, sin preguntar, pero claro esto puede que haga que los profesionales nos extralitemos más que en otros servicios (...) Enf11(10)

La expresión de la autonomía debe incluir la posibilidad de equivocarse en la construcción de un itinerario terapéutico concreto. Algunos médicos así lo sienten:

(...)Yo intento siempre implicar tanto a pacientes como a familias. Yo creo que la enfermedad es suya, las decisiones son suyas, la gente debe formar parte de su enfermedad y de su terapéutica. Yo no entiendo que a las personas que tienen una enfermedad, la familia no quiere que se les diga nada. Intento convencer a las familias,

porque es mejor para todo, facilita los tratamientos, la participación del paciente. Yo intento explicar todo, el porque se hace y qué se va hacer y la familia también debe formar parte de todo. No hay que engañar(...) Med3(6)

El postoperatorio de Carlos ha sido tórpido, largo y complicado, desde el accidente en 2004 le han realizado más de una docena de intervenciones quirúrgicas, con implantes, colocación de dispositivos, injertos... y ha estado ingresado en diferentes hospitales, sin obviar todas las dificultades tanto burocráticas como económicas que esto les ha supuesto. Hoy por hoy conserva su pierna y poco a poco está alcanzando su objetivo y, lo más importante, dice que volvería a tomar la misma decisión.

Los profesionales no tienen con el paciente más derechos que los que él les quiera otorgar y tomarse otros es ejercer el poder sobre el paciente por mejor intencionado que se quiera ser. Desde una perspectiva foucaultiana, una de las interpretaciones que se pueden hacer ante el poder ejercido, destacaría el peso del conocimiento sobre el cuerpo que los primeros explotan de manera visible.

Bajo el discurso de las buenas intenciones, para mejorar los parámetros biológicos ejerciendo un control tal sobre el paciente que instrumentaliza su vida, sin tener en cuenta sus propios valores e intenciones y con el fin último del éxito terapéutico, *“lo mejor es cortar la pierna, porque esto es un desastre y no tiene arreglo”*. Una solución terapéutica exitosa, que según los médicos, el afectado hubiera llevado bien en no mucho tiempo, ya que con una prótesis andaría en menos de un año. Además, hubiera sido un paciente obediente frente al poder y control de la evidencia científica.

La expresión máxima de la autonomía se puede conseguir a través de los procesos de consentimiento informado, pese a que éstos no son una práctica muy habitual en los servicios de urgencias y menos en emergencias, salvo honrosas ocasiones y con la excepción de aquellas técnicas invasivas o intervenciones que

suponen una serie de riesgos considerados como importantes para la persona⁸⁹, convirtiéndose en un precepto legal más que ético, mediante la firma de un documento que el paciente o la familia asumirán y que pasará a formar parte, como una hoja más, de la historia clínica.

El consentimiento informado se define como la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables.

El nacimiento del consentimiento informado, podemos decir que se remonta a 1914, cuando salta a la luz pública el caso *Schloendorff* contra la *Society of New York Hospitals*, donde el juez Benjamín Cardoso daría un giro al concepto de autonomía. El caso trataba de una paciente que había consentido una laparotomía exploradora con anestesia general, habiendo hecho constar específicamente que no se extrajera ningún órgano o tejido. El cirujano extirpó un tumor por creer que era lo mejor para la paciente. Ella aduce que esto fue hecho sin su consentimiento y como consecuencia de la operación se desarrolló una gangrena en el brazo izquierdo; algunos de sus dedos debieron serle amputados y sus sufrimientos fueron intensos. La paciente demandó al hospital. En la sentencia, el juez Cardoso manifestó: *“todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene un derecho a determinar qué debe hacerse con su propio cuerpo; y el cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente, comete un asalto a consecuencia del cual es responsable por daños. Esto es verdad, excepto en casos de emergencia, cuando el paciente está inconsciente y cuando es necesario operar antes de que pueda ser obtenido el consentimiento”*. (Ravinovich, 2004)

Después de casi cien años de historia, resulta que no hemos adelantado mucho en este tema. Simón (2006), uno de los autores españoles que más han publicado sobre este tema, plantea la siguiente hipótesis diagnóstica en torno a la situación de la

⁸⁹ La fibrinólisis en extrahospitalaria, es un ejemplo de situación donde se solicita por escrito el consentimiento en el ámbito de las emergencias. Se puede leer al respecto las reflexiones que hace Ortega (2005), en <http://remi.uninet.edu/2005/10/200510C1i.html>

teoría del consentimiento informado: *“Todo ha cambiado respecto al consentimiento informado en España, pero, en el fondo, poco ha cambiado”*, corroborando lo que Faden y Beauchamp apuntaban hace veinte años, *“todo ha cambiado y nada ha cambiado”*.

Podríamos apuntar una serie de vicios que se conforman en las relaciones y que de algún modo construyen significados distintos en torno al consentimiento informado, en función si lo realizan los profesionales, los pacientes, los juristas o los bioeticistas. Sería necesaria una crítica mucho más profunda al respecto tras investigar estas realidades, ya que los resultados son lo que son y es uno de los temas donde discursos y prácticas no se encontrarán en mucho tiempo.

Este tema no es un problema de papeles sino que es un problema de no entender un nuevo modelo de relación clínica, que involucra al paciente como persona en un proceso dialógico y de consenso a través de la autonomía, pese a que ésta está bastante restringida, tanto para unos como para otros.⁹⁰

Tanto en el marco jurídico estatal como en el autonómico y en los códigos deontológicos vigentes, la teoría del consentimiento informado está plenamente desarrollada⁹¹, pero esto no es suficiente.

Deconstruir realidades para volver a reconstruirlas parece ser un camino válido y posible para que las ciencias sociales y especialmente la antropología de la medicina, puedan ayudar a la reformulación de estos procesos.

Siguiendo algunos de los mitos que apunta Simón (2006), destacaremos los que creemos que se presentan con más asiduidad en las prácticas de la atención sanitaria urgente. Por ejemplo, seguir actuando desde el convencimiento de que el consentimiento informado es un documento y no un proceso lleva a los profesionales a no realizarlo, ya que en situaciones de urgencias existe la excepción jurídica al mismo. Por lo tanto no hay responsabilidad punible para el profesional. Ven

⁹⁰ Las ideas del siglo XIX, defendidas por Stuart Mill, enfocan esta nueva mentalidad.

⁹¹ Destacar el trabajo realizado por Simón y Júdez (2001), donde esquematizan de forma muy completa todas las normas tanto jurídicas, como deontológicas y administrativas que conforman el marco regulador del Consentimiento Informado en nuestro país y en las diferentes comunidades autónomas.

en él una descarga legal y de responsabilidad, no necesaria por determinarse las situaciones como “estado de necesidad” por el riesgo vital. O bien, pensar que promover el consentimiento es una obligación sólo de aquellos profesionales que realizan técnicas agresivas o intervenciones quirúrgicas al paciente, cuando en realidad, todos los profesionales que participan en la asistencia a un paciente tienen la obligación de asegurarse que ha recibido la información adecuada. Sirva para la reflexión, la aportación de Enf7(17);

“(...) ayer una familia estuvo doce horas sin saber nada de su familiar, que había sufrido un accidente, lo operaron, lo ingresaron en la UCI y la familia ni se enteró, nadie les llamó, claro porque nadie se preocupó en hacerlo, esto es muy fuerte. Claro, el objetivo ahora es buscar un cabeza de turco para darle “clatallada”, pero resulta que un poco de aquí, un poco de allí y nadie es responsable. Pero como encuentren un cabeza de turco, se la cortarán y problema resuelto, todos felices. Mañana, volverá a pasar otra vez y pasa cada día pero no nos enteramos”

La relación no es una cuestión sólo profesional, sino que también es una cuestión humana y de ella forma parte la dignidad de cada uno. Los profesionales sanitarios deben ver en la relación una autoexigencia ética sin la cual no se configura la relación y esto tampoco se alcanza a través de un conjunto de normas, es un aprendizaje mutuo y compartido. No hacerlo desde esta perspectiva lleva al profesional al estancamiento, al retroceso y a la anulación, aunque tenga un nivel altísimo de conocimientos técnicos, así como de la aplicación de los mismos. Como dice Marguerite Yourcenar en los primeros párrafos de las Memorias de Adriano: “*Es difícil seguir siendo emperador en presencia de un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre (...)*”

2.2. La cosificación del cuerpo

El extremo estéril y aséptico, carente de emociones y sentimientos, lleva al profesional al trato cosificado del ser humano y muchas veces al “*caso desmembrado*”, transformándose a partir de ese momento en una pierna, un brazo,

un ojo o un corazón en el mejor de los casos, aspectos que se repiten constantemente, ya que las personas son *“el tráfico del uno (box)”, “el coma del tres” o “el tubo del cinco”*... Comelles también apunta al respecto que en las unidades de cuidados intensivos también son etiquetados; *“El paciente, sólo en la UCI, casi no es humano. “Eulalia es una cosa” decía alguien. Eulalia en la UCI, como Vicente “son tubos”. Un “tubo” es un paciente intubado que “espera que le lleven al Corte Inglés”, el quirófano, “un día de estos”*. (Comelles, 2000: 317).

La medicina científica occidental, en su modo de comprender y actuar cosifica el cuerpo, lo transforma en objeto, reduciéndolo a variables que pueden ser cuantificadas. La cosificación es, por tanto, un proceso donde se reduce al ser humano y a su propia identidad a un rasgo superficial, confundiendo así al paciente con un signo o un síntoma, obviando sus sentimientos y valores e identificándole con determinadas patologías o ubicaciones.

De esta forma, el cuerpo pasa a ser sólo un espacio en el que se desarrollan los procesos de salud y enfermedad (Foucault, 1995). De esta forma se concreta en una normalidad estadística aislada e individualizada. Al objetivar el cuerpo, se convierte en un caso y *“(…) en consecuencia, la salud no se explica por la relación de la persona con el medio ambiente (natural y social), sino que se individualiza en el cuerpo aislado”*. (Cerillo 2008: 117). Este autor nos confirma que la medicina traslada a los médicos la capacidad de intervenir sobre el cuerpo y utilizar las tecnologías que le sean necesarias para poder restaurarlo y de este modo *“(…) El sujeto queda así despojado de la capacidad de controlar su propia salud, en la medida que su cuerpo es un objeto manipulable sólo por profesionales sanitarios.”* (Cerillo 2008; 117)

En la práctica, se generan situaciones donde el tema central del debate es la cosificación o la deshumanización en las relaciones, erigiéndose como uno de los problemas centrales de la insatisfacción de las personas en su relación con la sanidad y los sanitarios. Este es un concepto que está poco delimitado, ya que dependerá en parte de percepciones personales para configurar una definición concreta. Podemos destacar como eje central que se presenta en la definición, la pérdida de atributos

humanos, entre ellos la propia dignidad. Gironés comenta al respecto que este término también se podría intercambiar con el de despersonalización, pero que ambos presentan matices distintos; “(...) *la personalización o despersonalización se relaciona con el número relativo de aquellos que prestan asistencia sanitaria, mientras que la humanización o deshumanización se refiere al grado de humanismo practicado por los que se relacionan con el enfermo. Porque los servicios sanitarios pueden ser relativamente despersonalizados (ya que son muchas las personas que tratan al enfermo), pero, al mismo tiempo, humanizados (porque existe un fuerte énfasis en la cercanía al paciente) y, por el contrario, pueden darse asistencias médicas relativamente personalizadas, pero poco humanizadas*”. (Gironés 2008: 4).

Las causas que han llevado a la deshumanización de la medicina son múltiples y de hecho se habla de esta deshumanización desde el inicio de la modernidad. El aspecto esencial de la medicina, más allá de las propias enfermedades, eran la relaciones entre médicos y pacientes. Hoy por hoy, estas relaciones son de otro tipo y por lo tanto generan compromisos diferentes, provocando en ocasiones sentimientos disconformes.

Las causas de la deshumanización, despersonalización o cosificación del ser humano en el marco de la asistencia sanitaria, suelen estar provocadas por diversos factores como los que apuntan Hospital y Guallart (2004); estructurales, cultura institucional o socio-culturales, etc. entre otros. Nosotros, en función de los resultados obtenidos en el trabajo de campo, los reagrupamos y destacamos algunos de ellos.

En primer lugar, los aspectos estructurales y de organización que condicionan el trabajo de los profesionales a distintos niveles. Las instituciones están diseñadas como un todo y como tal pretenden funcionar, sin tener presente que las realidades son particulares. En términos goffmanianos, estaríamos ante una “*institución total*”, “(...) *Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes...*” (Goffman, 1987:17), definiendo así un lugar de trabajo donde un gran

número de personas comparten una rutina y a su vez está administrado formalmente.

Es el ente estructural y totalitario el que determinará las secuencias de los actos o de los procedimientos que deberán seguirse.

“(...) en urgencias hay muchas normas, pero son necesarias. La forma de distribuir los boxes, las camillas...hay mucho enfermo y poco espacio. Esto, a veces es un caos. Sin normas, los familiares te pueden agobiar aunque a veces también te ayudan, cuando están por aquí pueden preguntar y entonces los médicos se ven obligados a tener que informar (...)” Enf9(4)

El funcionamiento interno del servicio de urgencias es determinante para abocar a las personas a los sentimientos de despersonalización, ya que los servicios están colapsados⁹², las estancias son largas, incómodas tanto para los pacientes como para sus acompañantes, las relaciones que se establecen, en muchas ocasiones son distantes y frías.

Las relaciones entre las normas del servicio y las prácticas llevadas a cabo reflejan la definición que Pierre Bourdieu hace de un *campo*, como espacio estructural y estructurante de las relaciones que se dan en él. En el campo de urgencias y emergencias se disputan capitales específicos, generando series de tensiones que se visualizan constantemente. Son frecuentemente formas de utilizar las normas con el fin de adaptarse o rebelarse.⁹³ Las disputas son constantes, el malestar que estas tensiones generan se traduce en muchas ocasiones en violencia.

“(...) sin duda, estamos en las trincheras de la sanidad y tanta presión que recibimos, creo que influye negativamente en la atención final del enfermo...La presión asistencial se traduce en muchas ocasiones en un aumento de las personas que están en la cola para entrar o en un aumento de las personas que están esperando para ingresar. Esto provoca crispación en los enfermos, en los acompañantes y se multiplica poco a poco, porque no hay un circuito saneado para ingresar y dar altas en las plantas. Todo se rige por normas de los servicios, no se dan altas hasta el mediodía,

⁹² En el artículo publicado en *El país.com*, Vázquez analiza algunas de las razones de la sobresaturación de los servicios de urgencias en la actualidad, se puede consultar en: http://www.elpais.com/articulo/salud/colapsan/urgencias/elpepusal/20090113elpepisa_4/Tes

⁹³ El concepto de adaptación secundaria, planteado por Goffman, encaja bien con esas situaciones.

no se limpian las habitaciones, no están disponibles porque la enfermera esta repartiendo medicación, no pueden subir porque los celadores están merendando...se bloquea todo y repercute en el servicio, empiezan las agresiones verbales, los insultos y las malas contestaciones que recibimos...” Enf13(6)

Pero la visión desde el otro lado de la barrera también da pie a la reflexión ¿quiénes son las víctimas en todo este escenario? En esta línea, Canals apunta que *“(...) como paciente estibado en el pasillo, alguien que se irá a su casa al terminar la jornada laboral, no puede pretender ser reconocido como víctima en igualdad de condiciones. Esta defensa sólo puede pretender atenuar la agresividad directa que reciben. Cada vez que yo recibo tales excusas, acabo diciendo: “culpa mía tampoco, yo pago rigurosamente mis impuestos”. A esto responden con la fuga inmediata. Ahora ya sé como quitármelos de encima cuando pretenden excusarse*“(Canals 2009: 77-78). Ambos se sienten víctimas de una misma circunstancia, compartir un campo de fuerzas donde la lucha es constante y donde dirimir quién gana y quién pierde es difícil. Si tuviéramos que decantarnos, esta claro que lo haríamos hacia el doliente, ya que en este momento es realmente mucho más vulnerable.

La dinámica viene predeterminada por una demanda que está por encima de las posibilidades de los propios profesionales para dar respuesta y esto conlleva discomfort, tanto para unos, como para otros. Canals (2009), como usuario, lo experimentó de la siguiente forma: *“Al final sucede lo que más temía después de haber visto el mencionado reportaje televisivo: el “aparcamiento” en el pasillo de urgencias, totalmente abarrotado de pacientes tumbados en sus camillas. La situación real es bastante peor que la reflejada en el reportaje”*. (Canals 2009: 70).

La masificación y sobresaturación de los servicios de urgencias⁹⁴, así como la exagerada burocratización, pueden ser causas que impidan, aunque no justifican, el

⁹⁴ Se han publicado gran cantidad de artículos en prensa al respecto, así como realizado documentales televisivos o se han colgado videos caseros en Internet para corroborar esta realidad. Un ejemplo de video donde se ven los pasillos de un hospital y la sobresaturación de enfermos a la espera, lo podemos consultar en:

desarrollo de esta actividad de forma inadecuada, porque es cierto que aunque no haya tiempo para las relaciones, hay unos mínimos éticos que deberían cumplirse; la falta de tiempo es vista como una causa que provoca lo que a continuación nos expresan;

“(...) el trabajo se entiende en números finales y esto deja a los profesionales muy poco espacio en el tiempo, porque la humanización solo requiere tiempo y no grandes tecnologías. Hoy en día, -el tiempo- es el bien más preciado para ofrecer a las personas, pero resulta que no tenemos y ellos es lo que más demandan. Por lo menos dejarles expresarse tranquilamente “...-hace un mes que me duele...-¡un mes no!, ¿Qué le duele hoy?, ¿Qué le pasa?, ¿Por qué ha venido?...” esto es deshumanización (...) Enf11(6)

También podemos extraer de la cita anterior el desinterés por el sufrimiento y la negación del mismo cuando está presente, tanto en pacientes como en profesionales. El sufrimiento es inevitable, es inherente al ser humano e intentar negarlo o convertirlo en tabú, no deja de ser una mentira más. Está ahí y todos lo padecen, negarlo es negar la propia dignidad como personas abocando a cualquier relación a la más estéril cosificación.

146

La tecnología se asocia constantemente a la deshumanización, pero habría que reflexionar al respecto, ya que si bien es cierto que existen corrientes de pensamiento que secundan esta idea, en biomedicina la tecnología ha ayudado en la mejora de muchas situaciones críticas. El planteamiento que desde la biomedicina se debería hacer es asumir los riesgos que pueda conllevar el uso de esta tecnología con el fin de evitarlos, porque la tecnología per se no deshumaniza, lo hace el uso de la misma. Los riesgos pueden ser evitados no cayendo en reduccionismos que eclipsan a la persona o en la tecnolatría que nos lleva, sin más, a una nueva dictadura tecnológica.

<http://www.20minutos.es/noticia/331305/0/urgencias/doce/octubre/>, o el reportaje titulado “*Diario de... víctimas de una sanidad enferma*” disponible en:
<http://mitele.telecinco.es/programas/diario/69637.shtml?p=1>. También existen trabajos en la línea de intentar dar soluciones al problema de este aumento de demanda. Un ejemplo es la iniciativa de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, que publicó un trabajo donde realiza una serie de propuestas de mejora. Se puede consultar en:
<http://salamanca.fadsp.org/descargas/urgencias.pdf>

La súperespecialización de profesionales, servicios, plantas... invitan constantemente a la fragmentación del ser humano enfermo. La cultura de los especialistas, en palabras de Ortega y Gasset,⁹⁵ crea la forma específica de ignorancia más grande, “*el idiota especializado*”.

3. Del corpus dolens al homo dolens

El dolor es un misterio. Hay que acercarse a él de puntillas y sabiendo que, después de muchas palabras, el misterio seguirá estando ahí hasta que el mundo acabe. Tenemos que acercarnos con delicadeza, como un cirujano ante una herida. Y con realismo, sin que bellas consideraciones poéticas nos impidan ver su tremenda realidad.

José Luis Martín

El dolor, pero no necesariamente su diagnóstico y su tratamiento, son parte de la condición humana. Tanto en urgencias como en emergencias, un alto porcentaje de las manifestaciones por las cuales las personas demandan asistencia giran alrededor de este síntoma concreto. Por esta razón, aquí es conveniente hacer una incursión en la problemática del dolor, aunque ello conlleve alejarse en algún punto del eje central de esta tesis. Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal, intransferible y compleja de abordar. El dolor tiene múltiples causas, diversas características anatómicas y fisiopatológicas, y variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales. Esto hace que su definición sea difícil y que la terminología usada en relación al dolor sea fuente permanente de

⁹⁵ Es muy interesante el trabajo realizado por el profesor De Haro, de la Universidad Castilla-La Mancha titulado Ciencia, técnica y rebelión de las masas donde explora el mundo de las ideas de Ortega y Gasset. Ofrece las claves para comprender las objeciones de Ortega, tanto al tecnicismo de la modernidad como al especialismo científico-tecnológico. Se puede consultar en la siguiente URL: http://www.uibcongres.org/imgdb//archivo_dpo1819.doc

confusiones. Su carácter nos invita constantemente a huir de él, a minimizarlo y en algunas ocasiones a negarlo.

Aún siendo un tema mal resuelto, ha sido una cuestión de interés a lo largo de todos los tiempos. De hecho, los estudios sobre el dolor en etapas antiguas de la civilización vienen de la mano de la antropología biológica y la arqueología, donde se analizan pinturas, herramientas o instrumentos médicos con el fin de interpretar el uso y las formas de aplacar el dolor y los más actuales vienen de la mano de la investigación en el campo de la ingeniería informática biomédica, presentando un software de reconocimiento facial que mediante la traducción de gestos ayuda a los profesionales sanitarios a determinar la presencia o ausencia de dolor⁹⁶ en niños ingresados en las unidades de cuidados intensivos.

Pero realmente, pese a todas las iniciativas que se llevan a cabo, el dolor sigue siendo una experiencia única, personal e intransferible. La percepción del dolor es inherente al ser vivo, sin olvidar las influencias que pueden ejercer las experiencias de la propia vida. El dolor no es un simple síntoma, es un fenómeno complejo en todas sus vertientes tanto biofisiológicas y bioquímicas como psicosociales, culturales y morales. Pese a los avances en el conocimiento de los mecanismos neurofisiológicos del dolor, en la síntesis de nuevas moléculas y los desarrollos de nuevas técnicas para mitigar el dolor, muchos pacientes no reciben el tratamiento adecuado.

En situaciones de urgencias el tratamiento del dolor no debería ser un gran problema ya que se dispone de los medios, los conocimientos y los fármacos adecuados para su tratamiento correcto. Pero ¿qué ocurre en la realidad? ¿se ayuda a las personas de forma efectiva en el tratamiento del dolor en los servicios de urgencias? ¿qué piensan los profesionales al respecto? ¿qué información nos aportan las experiencias de los informantes?. A continuación intentaremos dar respuestas a estas cuestiones.

⁹⁶La revista Technology Review del Massachusetts Institute of Technology hizo publica esta información así como la publicación del Centro Nacional francés de Recursos de Lucha contra el Dolor de un trabajo que revela que los recién nacidos padecen una media de 70 gestos dolorosos durante las actuaciones médicas, de las que sólo un 60% se llevan a cabo con la ayuda de sedantes. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2006/10/22/ciencia/1161531698.html>

3.1 ¿Como podemos definir el dolor?

Si preguntásemos a diferentes personas por el significado que ellas darían al término “dolor” probablemente nos encontraríamos con un abanico de posibilidades en función de múltiples factores, uno de ellos y fundamental son las propias experiencias vividas en torno al dolor. Esto hace que definir este concepto no sea fácil, una de las definiciones más aceptadas es la publicada en 1979 por la Asociación Mundial para el estudio del Dolor (IASP): *“es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística, real o potencial, o descrita en términos de la misma”*. Ibarra (2006) profundiza en esta definición proponiendo una ampliación, ya que considera que sólo tiene en cuenta principios sintomatológicos y piensa que se debe incluir una nueva perspectiva: el dolor como enfermedad. Él lo define como *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por si misma”*.

Otras asociaciones como The British Pain Society (EFIC)⁹⁷ y la Sociedad Española del Dolor (SED)⁹⁸ también apuntan las suyas, pero sin distar mucho de la anteriormente citada. La realidad es que coinciden con algunas presuposiciones introducidas hasta ahora como la dificultad de una única definición y la multidimensionalidad del término. Esto lleva a que el abordaje del dolor sea complejo de entrada y, como veremos posteriormente, en la práctica, muy poco satisfactorio para muchos de salida.

En función de las dimensiones que se le otorgan al término entraran en juego diferentes profesionales, por lo que parece que *“el emergente proceso de disciplinarización de la medicina del dolor muestra el esfuerzo por conferir entidad propia al dolor como enfermedad. Este esfuerzo va acompañado de la voluntad de construir una parcela específica, un espacio especializado en el dolor”* (Gil y col,

⁹⁷ Se puede consultar la página web de esta sociedad en <http://www.britishpainsociety.org>

⁹⁸ Se puede consultar la página web de esta sociedad en <http://www.sedolor.es>

2005:25). Si se considera un problema estrictamente biomédico entonces la medicina tiene mucho que decir, pero realmente no creemos que sea solo un tema de carácter biomédico y de hecho, si esto es así, las soluciones que se están ofertando no son suficientes y a veces inadecuadas.

Schneider y Karoly (1983) apuntan que el dolor se ha concebido de diferentes formas a lo largo de la historia⁹⁹ en función de las creencias y actitudes científicas de cada época. *“Melzack y Cassey, lo definen como una experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (evaluativa)”* (López 1996: 49). La definición más pragmática de todas es la que aporta Sternbach (1978), definiéndolo como *“todo aquello que dice el paciente que lo es”*.

3.2. Clasificando el dolor

Clasificar el dolor no es tarea sencilla, porque la primera pregunta que uno se puede hacer es ¿en base a qué lo podemos clasificar? La clasificación que se propone a continuación es en función de los cuadros nosológicos que las personas presentan y de este modo se pueden incluir las diferentes manifestaciones clínicas del dolor. Apuntamos a continuación las elaboradas por el grupo de profesionales que dirigen el Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamiento del Dolor¹⁰⁰, distinguiendo cinco grupos generales teniendo en cuenta que son los observados con más frecuencia en la práctica clínica diaria: dolor agudo versus dolor crónico, dolor periférico vs dolor central, dolor de proyección y dolor referido, dolor físico vs dolor psicógeno y, por último, el dolor nociceptivo vs dolor neuropático. Aunque el estudio del mismo se centre en los aspectos más moleculares no se debe obviar la

⁹⁹ Cabral, A(1993) recoge de forma muy interesante el desarrollo del concepto del dolor en un artículo donde repasa la evolución del mismo desde la antigüedad a la actualidad.

¹⁰⁰ Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamiento del Dolor auspiciado por la Sociedad Española del Dolor y con el apoyo del Ministerio de Sanidad tienen como fin facilitar información básica, instrumentos y técnicas específicas para aquellas personas que proporcionan cuidados de salud, disponen de una página web destinada a la formación en el conocimiento del abordaje del dolor. Disponible en <http://www.plandolor.grupoaran.com>

importancia del componente cultural del mismo, como afirman Gutiérrez y Cadena (2001).

Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor agudo se caracteriza porque remite a medida que lo hace la causa que lo ha producido y es de breve duración, menos de seis meses. Éste es el más abordado por la medicina en el ámbito de la urgencia. Así lo apunta Camba, secretario de la Sociedad Española del Dolor, *“(...) el 64 % de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia de los centros hospitalarios españoles lo hacen por dolor y, el 90 % sufre dolor agudo o una agudización de su dolor crónico. Tras su paso por urgencias, los pacientes que sufren dolor pueden pasar hasta seis meses en lista de espera para ser atendidos por el especialista o en las Unidades de Dolor”*¹⁰¹. El dolor crónico se define como aquel que tiene una duración mayor a seis meses y se convierte per se en una enfermedad.

3.3. Los lenguajes teóricos del dolor

Para dar respuesta a todas las preguntas que suscita el fenómeno del dolor se han ido construyendo a lo largo de la historia múltiples teorías que intentan fundamentar esta experiencia humana. Han surgido teorías de naturalezas diferentes desde la antropología, la psicología, la enfermería, la fisiología o la física, entre otras que combinan las anteriormente apuntadas. Los fundamentos de cada una de ellas responden a los conocimientos de cada época. En todo caso, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor afirma que hasta el momento no existe una teoría unificada del dolor pese a que puede describirse, por parte de muchas disciplinas, el fenómeno doloroso.

Cuando se realizan estudios sobre el dolor, las posibilidades de poder hacerlo desde una perspectiva u otra son muchas, ya que se podrían distinguir un número importante de posibilidades distintas de abordaje, no sólo para comprender el fenómeno sino también para profundizar sobre él. A estas formas de acercamiento

¹⁰¹ Se puede consultar en <http://www.consumer.es/web/es/salud/2001/01/26/42839.php>

hacia el dolor Cabral las ha definido como *Los lenguajes del dolor*. Este autor plantea que pese a que diferentes grupos profundizan en este campo, los términos y los contextos que utilizan son diferentes entre sí. Apunta que desde la lingüística, autores como Wittgenstein y Degenaar se planteaban esta dificultad: “(...) hablar del dolor es uno de los fenómenos mas difíciles de la actividad lingüística. Los neurólogos lo hacen en términos de impulsos nerviosos, los psicólogos hablan de emociones, los filósofos de significado y funciones y los teólogos de culpa y castigo. Estos profesionales, aunque se refieren a realidades diferentes, aplican la palabra “dolor” para tratar conceptos igualmente subjetivos” (Wittgenstein y Degenaar en Cabral 1993: 24). Lo interesante de estas miradas es que aunque puedan estar distantes, por provenir de disciplinas tan diferentes, demuestran que tener en cuenta una aproximación multidisciplinar al dolor puede ofrecer luces a nuevas alternativas de abordaje.

Cabral distingue tres tipos de lenguajes del dolor, en primer lugar apunta *el lenguaje neurológico o médico*, donde confluyen todos aquellos científicos que van tras la búsqueda de una teoría que lo justifique, así como de instrumentos que lo midan para quitarle, en medida de lo posible, una parte de su carga de subjetividad. *El lenguaje psicológico* es el siguiente y se centra en la influencia que producen la mente y los patrones culturales en la propia experiencia del dolor a través de diferentes formas de expresión como pueden ser el sufrimiento, la ansiedad, la indiferencia, el ostracismo...entre otras, y en la construcción simbólica del mismo, alrededor de la experiencia vivida. Este lenguaje es defendido por los autores correspondientes de forma que sólo se puede conocer el dolor a través de uno mismo, experimentándolo en el propio cuerpo. Otro modelo de acercamiento sería *el lenguaje filosófico* pasando al plano de la búsqueda del significado de las funciones biológica, psicológica y moral del dolor. En este contexto se trabaja en aras de conocer, para encontrar nuevas formas de ayudar a las personas con dolor, a través de las reacciones que este provoca como la negación, el rechazo, la indiferencia, la culpa, la angustia... desde una perspectiva externa, no como ocurre en el lenguaje psicológico en que la búsqueda se realiza en el interior de la propia persona.

Los profesionales sanitarios hablan del dolor de diferentes modos, utilizando los distintos lenguajes y dan respuestas al mismo en función del lenguaje utilizado, como veremos posteriormente. En el trabajo de campo se comprueba claramente que esto ocurre.

3.4. El lenguaje del dolor desde la antropología

Para Le Breton, *“(...) el dolor es junto con la muerte la experiencia humana mejor compartida: ningún privilegiado reivindica su ignorancia o se vanagloria de conocerla mejor que cualquiera (...)”* (Le Breton,1999: 23). Desde la antropología el interés fundamental es describir y analizar las experiencias del dolor como construcciones sociales, en unas ocasiones de carácter personal y en otras de forma colectiva, en la cual se involucran una serie de actores, desde los sufrientes a los que les rodean, que unas veces son las familias y allegados y en otras ocasiones son los profesionales. El autor citado distingue básicamente dos formas de dolor, el agudo y el crónico, pero este último considera que se puede tornar dolor total, el peor de todos, el más destructivo e invalidante para el ser humano.

Aunque el dolor agudo suele ser pasajero no deja de convertirse en una experiencia que se adueña de la persona y que va más allá, porque en muchas ocasiones impide la relación con el propio entorno pasando a ser el sufriente un ser vulnerable y dependiente. Este dolor que podemos llamar dolor físico, en muchas ocasiones, va más allá del propio cuerpo y puede acompañar situaciones extremas. Es cierto que el dolor provoca una señal de alarma para que dirijamos la atención hacia nuestro cuerpo y que es una experiencia indeseada y de la que quisiéramos librarnos, o al menos hacerla llevadera para convivir con ella y uno de los modos de paliarlo, de hacerlo soportable, es atribuirle un sentido, venciendo el miedo que inspira. De hecho *“(...) no hay nada que atemorice tanto a los enfermos como el dolor y su falta de explicación; ello no significa que el paciente tenga que, o incluso quiera, conocer toda la verdad respecto a la causa, más bien lo que busca es una explicación suficiente que sea el asidero al que agarrarse para afrontar la situación”*

(Gutiérrez, 2008: 1).¹⁰² Pero en muchas ocasiones la medicina no da la respuesta adecuada o esperada a estas situaciones. En urgencias y emergencias, un porcentaje muy alto de las demandas de asistencia van rodeadas de dolor, unas veces agudo y otras no, pero está presente de una forma u otra y los profesionales toman contacto directo con la persona que lo padece, “... *sufrir es sentir la precariedad de la propia condición personal, en estado puro sin poder movilizar otras defensas que las técnicas o las morales*” (Le Breton 1999; 176).

¿Cómo afrontamos el dolor? La respuesta no es fácil porque dependerá en muchas ocasiones de aspectos relacionados con la propia visión del mundo o los valores personales contruidos en base a creencias y experiencias, por lo que el afrontamiento del dolor, en la línea de los planteamientos de Choza (1977), requiere poder explorar el significado de diferentes métodos pero que se podrían reducir en tres fundamentalmente: el análisis experimental fisiológico, el fenomenológico y el ontológico. El autor analiza en su trabajo las tres perspectivas planteadas llegando a la conclusión de que el dolor no se puede abordar exclusivamente desde una de ellas, sino que es un fenómeno tan complejo que el abordaje desde una perspectiva única provoca insuficiencias y limitaciones.

La construcción social se ha ido configurando en cada grupo humano de acuerdo con sus propios códigos culturales, pero hay que destacar un aspecto esencial ya apuntado anteriormente y es que el dolor agudo tiene una finalidad clara como puede ser el sentido de alerta y defensa frente a una situación de riesgo, mientras que el dolor crónico no se ajusta a esta lógica ya que invita a la pérdida de la independencia, de la autonomía y en muchos casos de la propia dignidad. La antropología se ha centrado mayoritariamente en la búsqueda de un significado cultural del dolor crónico y algunas de las respuestas encontradas al respecto están relacionadas con el castigo, la expiación de culpa, el abandono, la dominación, el poder, entre otras. Autores como Martí, Comellas y Arnau (1993), Allué(1996, 2004), Morris(1998), Otegui (2000), Kleinman y col. (1994) y Kleinman y Benson(2004), han

¹⁰² La eficacia de la tortura se basa precisamente en el terror de la experiencia dolorosa.

explorado las experiencias del dolor desde distintas perspectivas teniendo en cuenta la influencia de los significados otorgados desde los diferentes modelos.

Callahan afirma que *“Ni ahora ni nunca la medicina clínica podrá eliminar por completo el dolor y el sufrimiento, pero puede ayudar a las personas a afrontarlos y, si esta tarea se cumple de manera apropiada, habrá hecho todo que razonablemente puede pedírsele”* (Callahan 2004: 16), pero parece que los profesionales no se ponen de acuerdo ya que la sensibilidad ante el dolor es distinta para unos y para otros, lo que hace que la decisión de elegir un tratamiento u otro sea muy subjetiva.

3.5. El dolor en el cuerpo

El dolor agudo abordado principalmente desde el modelo biomédico se considera como transitorio y se enfrenta un batallón de fármacos para paliarlo, constituyéndolo en el medio imprescindible para que aquel se reduzca y desaparezca. Este dolor suele despertar la solidaridad, la compasión y la protección de los demás, reforzando el valor de persona, sólo hay que ver la actuación de los profesionales cuando una persona sufre un grave accidente y se fractura una pierna o le sobreviene un infarto agudo de miocardio donde se torna prioritario el cese del dolor.

La vulnerabilidad del ser humano se hace presente así como la fragilidad del mismo, en cambio cuando el dolor es silente para el profesional, ponerle límite parece no ser una cuestión tan prioritaria y se le toma en relativa cuenta:

“...pues para mí el dolor físico no es un problema, porque tienes nolotil, tienes adolonta, tienes el enántyum...tienes esto y tienes lo otro, y además puede que los médicos se sensibilicen con la persona y no tengas que pedir mucho que le pauten la medicación... pero el otro ¿que haces? porque por desgracia a lo mejor no puedes ni acercarte y el sufrimiento no tiene nolotil para ponerle, lo encuentro horrible...”GF(R3:7)

Aún así genera disconformidad entre las enfermeras, ya que refuerza lo que Otegui (2000) apunta sobre la ontologización del dolor, llevando a la generalización de las terapias sin tener en cuenta otros aspectos, siguiendo así el modelo predominante

que excluye la percepción subjetiva del dolor ya que esta es difícil de objetivar y así lo expresan:

*“(...) por eso que me hace enfadar más. Porque a pesar de tener muchas herramientas todavía tenemos que andar pidiendo que le pongan o no le pongan un calmante. Esto te rebela mucho, el decir “este hombre está sufriendo mucho”, por ejemplo los enfermos de vascular están pasando mucho dolor durante muchas hora, y te repatea pensar “jolín, con lo fácil que es poner según qué”(...)”
GF:R4(7)*

Cuando se piensa en el dolor como un asunto solamente médico y técnico, y es lo que predomina en el ámbito estudiado, podríamos decir que nos encontramos con una escala de gradación entre lo que ocurre en emergencias y lo que ocurre en urgencias. En las situaciones más graves, el tratamiento del dolor es percibido como un aspecto central y, por lo tanto, tiene prioridad frente a otros problemas que se puedan plantear en esos momentos, pero cuando la gravedad de la situación se va controlando y la percepción de riesgo vital para la persona va desapareciendo, también desaparece o se difumina la necesidad del abordaje central del dolor. De hecho, los fármacos utilizados mayoritariamente en emergencias son mucho más potentes que los que posteriormente se utilizarán en los servicios de urgencias, aunque no por ello se utilizan, según Swanson y col. (2004), de la forma más adecuada pese a que se vislumbran cambios en las actitudes de los profesionales (Fosnocht y col.: 2005). Ante este razonamiento los profesionales planean diferentes argumentaciones:

“(...) aunque el dolor en emergencias es el mismo que en urgencias, el abordaje es distinto, no sé. Yo creo que ver a la persona en el contexto real que ha provocado la situación nos sensibiliza más al dolor y por lo tanto el manejo de los fármacos es distinto(...), aunque estos son los mismos en el hospital como fuera, el problema es que depende de tí que los quieras aplicar o no, que sepas hacerlo o no, creo personalmente que el miedo y el desconocimiento hacen que ocurra esto y se recurra a tópicos como “aguante un poquito”, “no es para tanto”, “es un momentito”(...)” Med2(4)

“(...) mi experiencia me dice que el dolor hay que tratarlo siempre, pero es verdad que hay profesionales que por desconocimiento, por

*miedo o por no darle la importancia que tiene el tratamiento del dolor no lo abordan de forma adecuada(...)*Med3(4)

“(...) en emergencias esto no genera mucho problema porque todo el mundo tiene claro que hay que poner analgesia, pero resulta que cuando llegas al hospital las pautas se minimizan o desaparecen. No lo entiendo (...)” GF:R2(7)

La percepción general es que el dolor agudo no está bien tratado ni controlado, por lo que hablar de otros tipos de dolor y su tratamiento en urgencias, no solo es una asignatura pendiente sino que es un asignatura por desarrollar. Pese a situaciones concretas donde la experiencia del sufriente puede ser buena, autores de nuestro país como Allué (1996), Canals(2008) y Otegui (2000) han realizado etnografías al respecto y demuestran las carencias existentes.

Otro aspecto que quisiéramos resaltar es que dolor y sufrimiento van en muchas ocasiones aparejadas, sin una línea de separación entre ambas. Tal separación está incorporada al lenguaje biomédico pero no tanto en el humanista, ya que en algunos discursos podemos encontrar la diferenciación entre ambas categorías percibiendo de modo distinto el tratar el dolor y el sufrimiento.

Los discursos biomédicos categorizan el cuerpo y la mente por separado. Esto nos lleva a la despersonalización del fenómeno del sufrimiento, quedando sólo el dolor como objeto de tratamiento y control, abandonando el cuidado de la persona en su contexto de sufrimiento. Algunos de los informantes lo apuntan así;

“(...) el sufrimiento es el padecimiento interno que pueden ocasionar mil cosas, por ejemplo el dolor físico mal controlado también te puede llevar al sufrimiento interior porque no se controle o no ceda, o porque te han dado un diagnostico de no se qué. De todos modos tenemos poco tiempo para poder hacer alguna cosa por el sufrimiento de las personas, y este no se trata con un suero (...)”
GF:R3(9)

En lo concerniente al dolor, la biomedicina no ha sido capaz de darle una respuesta totalmente satisfactoria y parte del problema surge con la separación de la persona de su propio dolor, así como del contexto cultural donde se ha creado una dimensión donde, en palabras de Le Bretón, la fantasía de la supresión total del dolor

por parte de la técnica es un sueño moderno que no tendría otras consecuencias sino fuera por el halo de indiferencia que rodea a la persona desde esta perspectiva.

Good (2003), afirma que los padecimientos graves desafían la epistemología de la biomedicina y el dolor provoca una ruptura en la vida de la persona, en su cotidianidad reconstruyendo el mundo que le rodea y contruyendo uno nuevo, el mundo de la enfermedad. Aquí se plantea un problema para los profesionales ya que la enfermedad y el dolor le sucede al cuerpo pero para la persona le sucede a su propia subjetividad y a sus vivencias. El cuerpo se convierte en experiencia y esta a su vez, en situaciones graves, en incertidumbre por lo que los discursos de unos y otros suelen no encontrarse y de ahí uno de los grandes problemas no resueltos.

3.6 Reflexiones éticas sobre el dolor

Desde una perspectiva bioética sobre el dolor, nos podemos preguntar por el fin de los actos profesionales. Autores como Kennedy-Schwarz (2000) lo han hecho, concluyendo que el uso de los fármacos para mitigar el dolor es inadecuado y afirmando que el tratamiento del dolor sufre del efecto “triple-whammy”: Los médicos prescriben por debajo de lo necesario, las enfermeras administran menos de lo prescrito y los pacientes no comunican todo su dolor:

“...hay compañeras y compañeros que ante el dolor no insisten (en que se prescriban analgésicos) y lo vemos cada día, creo que no debería de ser pero si tienes la mala suerte que te toca, padecerás dolor...”·GF:R5(8)

Sobre los por qué de sus actuaciones, Soler y Montaner (2003), afirman que tanto el desconocimiento de la farmacología, la ausencia de criterios sobre los nuevos tratamientos, la utilización incorrecta de los mismos, el empleo de prescripciones a demanda, la sobreestimación del riesgo asociado al uso de opioides y la confusión entre tolerancia y dependencia, son deficiencias que ayudan al fracaso constante en el abordaje del dolor. En esta línea argumentativa encontramos las aportaciones realizadas por Allué (2004), donde la autora plantea la cuestión de cómo es posible que haya médicos con reparos éticos a la hora de administrar fármacos para aliviar el dolor. Ella también realiza un análisis de motivos y concluye con que hay una

deficiente formación no tanto en el conocimiento teórico sino en la puesta en práctica del mismo mediante el sentido común. Las siguientes intervenciones reflejan claramente estos planteamientos:¹⁰³

“R3: pues para mí el dolor físico no es un problema, porque tienes el nolotil, tienes la adolonta, tienes el enantyum... tienes esto y tienes lo otro, y además puede ser que el médicos se haya sensibilizado con una persona y no tengas que pedir mucho que le pauten la medicación y a más a más, tú solo se lo has puesto y más o menos resuelve. Pero el otro -dolor no físico-, qué haces, porque por desgracia a lo mejor no puedes ni acercarte y el sufrimiento no tiene nolotil para ponerle, lo encuentro horrible. Esto me hace sufrir más que un dolor de cólico, puede ser porque para el dolor de cólico tenemos solución.

R4: por eso, me enfado más. Porque a pesar de tener muchas herramientas todavía tenemos que andan pidiendo que le pongan o no le pongan un calmante. Esto te revela mucho, el decir “hombre, esta persona esta sufriendo”, por ejemplo los enfermos de vascular están pasado dolor muchas horas, y te repatea pensar “jolin, con lo fácil que es poner según qué”.

R6: Yo creo que enfermería esta muy sensibilizada con lo que le ocurre a las personas, mucho más que otros estamentos.

R8: Está en contacto más directo.

R2: Creo que es porque nos fijamos más. En emergencias esto no genera mucho problema porque todo el mundo tiene claro que hay que poner analgesia pero resulta que cuando llegas al hospital las pautas se minimizan o desaparecen. No lo entiendo”. GF(7)

Pero, en realidad, el abordaje del tema del dolor desde la bioética ha sido bastante silencioso, probablemente por varios factores como pueden ser que los profesionales sanitarios no han sabido paliarlo correctamente y que la bioética se ha dedicado a temas estrella como han sido el aborto o la eutanasia, olvidando los aspectos prácticos más cotidianos aplicados a los agentes morales que, en definitiva, son los receptores de las prácticas. Edwards (1984) intuye que la desmotivación por estos estudios viene dada porque el dolor es un síntoma a pie de cama, no un diagnóstico y los médicos, que tradicionalmente han configurado el conocimiento bioético médico, se han desinteresado parcialmente.

¹⁰³ Extraídas del grupo focal.

El problema del dolor debería ser reconocido por la bioética como un desafío, ya que se ha visto que no son tan importantes las grandes reflexiones teóricas como lo son el diseño de nuevas estrategias de abordaje de aquel, sobre todo si lo que queremos es preservar un principio ético por excelencia, como es la protección de la dignidad humana.

Rich (1997) se pregunta que si el estado de la técnica y los avances científicos aseguran que el dolor se puede gestionar con éxito, cómo es posible que la mitad de los pacientes sigan sufriendo. Sobre esta cuestión dice que las respuestas dadas por los profesionales a este fracaso presentan graves cuestionamientos éticos, como la opiofobia y el dualismo que se construye entre la administración de un fármaco y el consumo de una droga provocando dependencia de la misma, el riesgo de muerte por su uso o la desritualización religiosa del sacrificio¹⁰⁴.

Los bioeticistas, ahora, plantean la necesidad de introducir cambios en las culturas institucionales con el fin de garantizar una serie de medidas que minimicen al máximo el dolor experimentado por las personas. De hecho, ya hay sentencias condenatorias a profesionales sanitarios por no pautar el tratamiento adecuado para minimizar el dolor¹⁰⁵.

No es ético que una persona padezca dolores insufribles cuando existen mecanismos, tanto químicos como físicos, que pueden ser eficaces para el control del mismo. Ni tampoco lo es cuando reflexionamos sobre los fines de la medicina y su relación con el bienestar y el confort de las personas.

Kleimnan (1988) realiza en este sentido fuertes críticas a la biomedicina¹⁰⁶, ya que afirma que ésta descontextualiza el dolor y el sufrimiento de la personas y de su

¹⁰⁴ Sobre drogadicciones y dependencias ver Romaní (2001).

¹⁰⁵ Destacar las sentencias comentadas por Rich (1997) donde se penan estas conductas como mala praxis en algunos estados de Estados Unidos.

¹⁰⁶ Apuntar la influencia, que este sentido, recibe Le Breton de Lévi-Strauss y su artículo titulado *"la eficacia simbólica"*, escrito en 1949, donde se refleja el papel que ejerce el contexto psicológico de la enfermedad en la propia curación, dentro del marco cultural. Él reconoce el carácter simbólico del cuerpo integrado y no admite y critica duramente el modelo dualista de la biomedicina que disocia los aspectos biológicos de los espirituales.

enfermedad, colocándolas en diferentes planos y restando importancia a unos u otros. En este sentido un informante nos dice;

“...la persona no puede separarse de su sufrimiento y de su dolor, no puede separarlo del resto de su cuerpo. Ante una situación de gravedad, te haces tan pequeño, tan pequeño...” GF:R1(9)

Una de las tendencias que actualmente se secundan es la iniciativa de la *American Pain Society*, de constituir el dolor como un nuevo signo vital, el quinto, de manera que se tenga que valorar siempre, como se realiza con la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura y, en segundo lugar, considerarlo como base de un derecho humano fundamental. Con este propósito la OMS insta a los gobiernos a que se garantice el acceso a los opioides contra el dolor¹⁰⁷.

Para concluir este apartado podemos decir que duelen los cuerpos pero sufren las personas, por lo que el abordaje debe ir dirigido a éstas y no desde una perspectiva de tratamiento farmacológico exclusivamente, sino también de cuidado. Para el primero podríamos estar hablando del *corpus dolens* y para la segunda de *homo dolens*.

Desde la perspectiva del dolor de cuerpo, se le despoja de todo lo que le rodea y el dolor no deja de ser más que un síntoma, en muchas ocasiones sin sentido, y sin embargo, si se plantea desde una perspectiva del sujeto, entonces puede cambiar la percepción del mismo.

El dolor agudo, aunque los profesionales consideran que no esta bien tratado en los servicios de urgencias, por lo menos es más escuchado que otro tipo de dolor que no suele resolverse y que, en muchas ocasiones, los profesionales minimizan con el fin de que no sea visible. No siempre el dolor es causa de sufrimiento, pero lo que si denotamos es que los límites entre ambos conceptos son imprecisos, por lo que deben ser analizados más profundamente para conocer bien sus significados, sobre todo desde la perspectiva del sufriente.

¹⁰⁷ Ver artículo relacionado disponible en: <http://www.sedolor.es/noticia.php?id=1315>

En la línea de David Le Breton, podríamos decir que el dolor es un hecho personal, encerrado en el concreto e irreplicable interior del hombre y que el sufrimiento es una experiencia humana intransferible. Para comprobar la intensidad del dolor de otro sería necesario convertirse en ese otro. Por ello necesitamos, al menos, conocer esas vivencias.

4. Ars moris en situaciones de urgencia

*La muerte es algo que no
debemos temer porque, mientras
somos, la muerte no es, y cuando la
muerte es, nosotros no somos.*

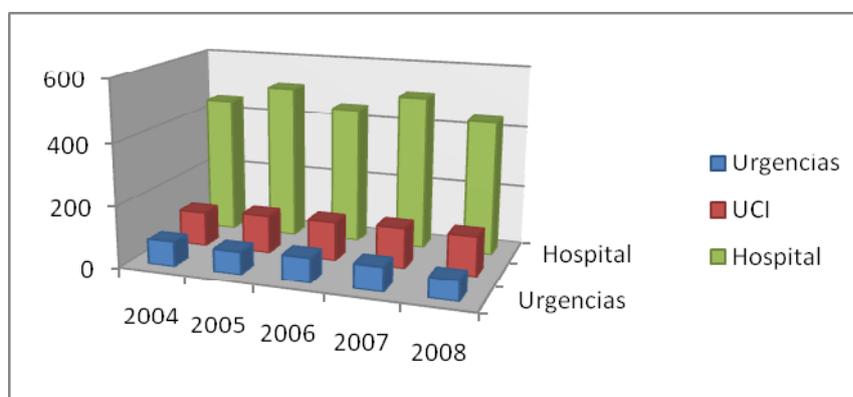
Antonio Machado

Según Iglesias¹⁰⁸, *"debemos concienciar a los médicos de que las urgencias no son el sitio adecuado para fallecer"*. Ella apunta que un estudio realizado por el Servicio de Urgencias del Hospital del Mar, donde se describe el número de pacientes muertos en urgencias durante el año 2004 y del que se desprende que el motivo de la estancia de más del 37% de los enfermos que ingresan en urgencias es estar pendientes de fallecer. Según Iglesias, este porcentaje debería disminuir por varias razones, puesto que *"(...) Los SU (servicios de urgencias) no son el entorno adecuado para atender a los pacientes en el fin de sus vidas. Un SU se caracteriza por un flujo de pacientes simultáneos, un rápido ritmo de trabajo, una gran carga emocional, un tiempo limitado para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, una restricción del espacio arquitectónico, una plantilla con un constante recambio de gente joven y un estado permanente de saturación en los meses de invierno."*(Iglesias y col 2007; 2002-2003). Pero actualmente, lejos de disminuir, el

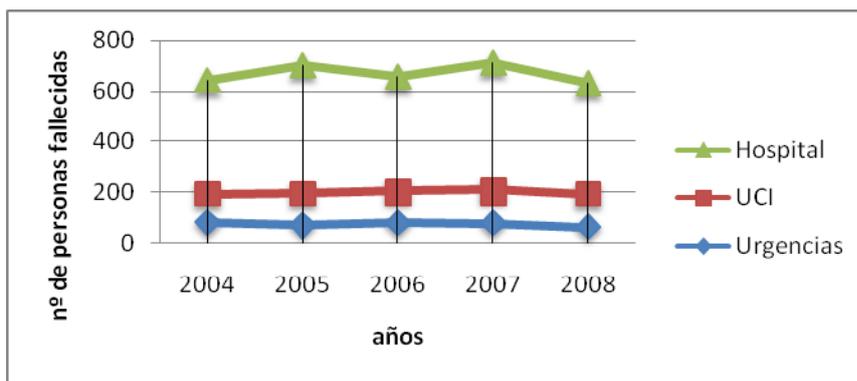
¹⁰⁸Estas afirmaciones las realizó en el marco de las jornadas que se celebraron en Barcelona, bajo el lema "Morir en Urgencias", organizadas por la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i l'Associació Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències. En las cuales se debatió sobre el tema y donde se hizo mucho hincapié en el incremento de la mortalidad en los servicios de urgencias, pese a que éste no llega al 1% del total de la mortalidad hospitalaria.

porcentaje de muertes en urgencias aumenta paulatinamente año tras año como afirman Miró y col. (1999), Mínguez y col. (2008) y González (2008), por lo que parece existir una tendencia a que los enfermos acudan a fallecer al hospital. Esta tendencia no se cumple en el *Hospital Alfa*, ya que desde el año 2004 el número de personas que murieron en el servicio de urgencias no ha variado sustancialmente¹⁰⁹, pero no por eso son menos importantes. Podemos decir que urgencias es el segundo lugar donde mueren más pacientes en el hospital y que son un porcentaje sumamente importante. En la siguiente tabla y gráfica quedan reflejados estos datos;

Años	2004	2005	2006	2007	2008
Servicios					'01-01-08 a 15-11-08'
URGENCIAS	80	72	79	78	64
UCI	114	125	128	132	130
HOSPITAL	450	505	449	502	439



¹⁰⁹ Podemos afirmar que desde el año 2004 se ha reestructurado de forma importante la red asistencial hospitalaria en las comarcas de Tarragona, creando nuevos servicios sanitarios que pueden haber ayudado en la obtención de estos resultados.



No sólo los SU no son el espacio más adecuado para morir, muchas personas lo hacen en los traslados de las ambulancias al hospital o de retorno a sus domicilios, por lo que el espacio para el óbito todavía es más frío y desangelado. Valga a modo de ilustración el siguiente relato:

"Una llamada nos pidió que nos desplazáramos al Hospital Comarcal con nuestra ambulancia para hacer un traslado. Me pareció curioso que en lugar de llevar a un paciente o a un herido hasta el hospital, tuviéramos que hacerlo al revés. Y más me sorprendió cuando al llegar a Urgencias nos dijeron que teníamos que esperar un poco porque el enfermo estaba en la UCI.

"¿Por qué lo tenemos que llevar a su casa si está en Intensivos?", le pregunté a mi compañero, conductor y más veterano que yo. "Es que se está muriendo y la familia quiere que lo haga en su casa", me soltó sin darle importancia.

Era un anciano. Tenía la piel muy amarilla y la mirada perdida. Llevaba una mascarilla de oxígeno que conectamos a la bombona de la ambulancia. No decía nada. Yo creo que ni nos miraba. Le hablé, pero no parecía que oyera.

Adiós en silencio, a mí me tocó sentarme detrás, a su lado. Cuando iniciamos la marcha hacia un pueblo próximo, sin luces ni sirenas, él cerró los ojos. Oía el rumor del oxígeno, pero no así su respiración. No se movía. Al poco rato noté un olor desagradable. Se lo había hecho encima. Se lo dije a mi compañero, que me contestó: "Eso es porque ya se ha muerto". Dilatación de esfínteres, dicen los entendidos.

Se fue sin que nos enteráramos, como un soplo imperceptible. Cuando llegamos a la casa, su familia nos esperaba ya en la calle. El médico del pueblo también. Comprobó que había fallecido. La familia había preparado su dormitorio. Y lo llevamos hasta allí. Lo dejamos en la cama. Parecía dormido. (Luciernago, 2007)

Hablar de muerte es hablar de vida, pero aún siendo uno de los hechos más naturales a los que nos enfrentamos no nos acabamos de habituar a ella, de hecho intentamos engañarla, enmascararla, difuminarla o esconderla. La medicalización de la vida ha ayudado a introducir la medicina y su lenguaje en casi todos los aspectos cotidianos de las personas, no solo en aquellos relacionados con la salud. Esta evolución y transformación que han sufrido los aspectos de la vida, como es la muerte, ha provocado que ésta se considere como un mero hecho biológico sin más, perdiendo de vista todos las actitudes personales y representaciones sociales que se llevaban a cabo, marcando una diferencia muy importante entre la muerte técnica y la muerte humana.

Durante distintas épocas, en los diferentes grupos sociales, las personas han muerto envueltas de una serie de ritos, creencias y costumbres que en las últimas épocas se han visto reemplazadas por unos nuevos modos tecnocráticos de morir, hasta el extremo que el espacio escénico para morir es el hospital en cualquiera de sus versiones de internamiento como puede ser urgencias, UCI, o las plantas de hospitalización y los espectadores del momento dejan de ser la familia para serlo los profesionales sanitarios, que en ocasiones restan el papel principal al moribundo para intervenir en esos momentos finales desposeyéndole del papel principal en su propia muerte.

Hace ya casi 50 años que el sociólogo inglés Geoffrey Gorer en Tripodoro (2008), señaló cómo la muerte se ha convertido en un acto comparable con la pornografía, ya que ésta ha reemplazado al sexo como símbolo de censura. Antiguamente se les decía a los niños que les traían las cigüeñas, pero asistían a la escena del adiós a la cabecera de un familiar moribundo. En la actualidad, los niños son iniciados desde pequeños en la fisiología del sexo y la anticoncepción, pero jamás podrán ver cómo su abuelo deja este mundo.

Ariès (2000), reseña la transición de la muerte natural de tiempos pasados a la actual muerte intervenida, siendo esta una modificación radical de la muerte natural, entendiéndolo que *“(...) la expansión de la medicina a hechos que hasta ahora no habían sido considerados del ámbito sanitario y a fenómenos para los que no*

disponemos de soluciones efectivas” (Zapater y Vila, 2008: 672), nos han llevado a este proceso de transformación a través de la medicalización.

Desde la Antropología Social, con el fin de adentrarse en la complejidad de los enfoques culturales, sobre todo desde el ritualismo de las prácticas, cabe destacar algunos de los trabajos realizados por Allué (1982,1983, 1985, 1988, 1993, 1998, 2004) en torno a la muerte. Esta autora ha estudiado rituales y prácticas funerarias, el proceso y la gestión del proceso de morir, los derechos de los pacientes en estas situaciones, entre otros temas derivados del mismo hecho.

Otros estudios de carácter antropológico, sociológico o desde disciplinas como la enfermería o la bioética, que exploran los contextos culturales de la muerte, el proceso de la misma o los cuidados al final de la vida son los realizados por Brown (1991), Koenig (1988, 1993), Muller y Koenig (1988), Muller (1994), George (2002), Marshall,P y Koenig,B (1996), Kaufman, S y Morgan, L. (2005), Wolf y col. (2007) o Kwak y col. (2008), entre otros. En la actualidad, universidades como la de Washington tienen en marcha programas de investigación sobre la muerte y el final de la vida¹¹⁰.

En palabras de Allué(1998), *“Autores clásicos como Frazer([1919] 1981), Tylor (1987), Malinowski([1922] 1973)), Hert (1970), Van Gennep([1981] 1986), Durkheim (1992), e incluso Levi-Strauss (1958), desarrollaron algunas interpretaciones teóricas en relación con las dimensiones sociales de la muerte y construyeron parte de los fundamentos metodológicos que ayudarían posteriormente a abordar su significado y función en las diferentes culturas, opciones que siguen sirviendo de referencia teórica en muchos trabajos actuales”*. (Allué 1998, 68)

¹¹⁰ Se puede consultar la página de este grupo de investigación en la URL: <http://depts.washington.edu/eolcare/> que tiene como objetivos principales medir y mejorar la calidad de la comunicación paciente-médico en la etapa final de la vida , identificando las barreras de comunicación que puedan aparecer y desarrollando intervenciones para mejorarla en diferentes niveles asistenciales tanto crónicos como agudos.

Allué (1993) apunta que este interés surge tras la recuperación de las ideas de la Escuela Sociológica Francesa, en la que destaca Robert Hertz, pero que la gran implicación y la dificultad que supone el estudio de esta realidad para el investigador, hace que los trabajos etnográficos al respecto sean escasos. No podemos, sin embargo, obviar la existencia de una gran cantidad de bibliografía¹¹¹, en torno a la muerte como proceso, las actitudes que genera en los diferentes grupos que viven esta experiencia: profesionales, cuidadores, pacientes, estudiantes, etc. procedente de diferentes áreas de conocimiento como el derecho, la psicología, la enfermería, la teología, la bioética.

4.1. La muerte en urgencias y emergencias

A finales de 1996, el Hastings Center publicó el resultado de un estudio titulado *Los objetivos de la medicina*, donde se determina que cuatro son las metas de la medicina y se resumen en:

- * La prevención de la enfermedad y de las lesiones, y la promoción y mantenimiento de la salud.
- * El alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.
- * La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- * Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Será el cuarto objetivo el que nos ocupará, ¿cómo evitan la muerte los profesionales sanitarios? Y en caso de que ésta sobrevenga ¿qué hacen por velar por una muerte en paz?

A lo largo de la historia este concepto se ha ido transformando, incorporando diferentes elementos y demostrando lo que autores como Gracia ya han apuntado en

¹¹¹Destaco la revisión bibliográfica realizada al respecto por García (2008) en su tesis doctoral leída en la Universidad de Granada, titulada *Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia*. Así como la realizada por Gálvez y col. (2007) para la elaboración del proyecto de investigación titulado *Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI*.

sus trabajos: “(...) *la muerte no es un hecho natural sino construcciones culturales, convenciones racionales mediatizadas por la cultura y que es un tema siempre abierto*” (Gracia 1995,19).

Podríamos decir que la muerte sobreviene cuando se produce un cese de las funciones corporales, pero hay otro proceso que es social, ya que una persona cuando muere también lo hace en el seno de una sociedad concreta, que se ve afectada desde diferentes perspectivas.

Una persona se considera que muere cuando el corazón deja de latir por un tiempo significativo o se detiene la actividad eléctrica de su cerebro, aunque pueda ser ésta una definición imprecisa y probablemente para muchos científicos inadecuada, es la que podríamos decir que responde a una muerte clínica, porque responde a una serie de criterios diagnósticos y que, en definitiva, es la que preocupará a los profesionales sanitarios, ya que ésta es la que dicta si se ha de intervenir médicamente hablando o no. Es lo que se ha venido a definir como el punto álgido de esta acción, que no se centra en la simple declaración de muerte, sino en “(...) *la determinación del llamado punto de no retorno que marca el momento en que cesa irreversiblemente toda posibilidad de recuperación, el límite más allá del cual se desecha toda esperanza de retorno a la vida*” (Machado y col, 1994: 8).

Hoy por hoy, los criterios de muerte^{112, 113} se encuentran descritos e implican la demostración del cese irreversible, ya sea de las funciones cardiorrespiratorias o neurológicas. Por las implicaciones que ha tenido, nos interesa decir algo sobre el cese de las funciones neurológicas, es decir, cuando estamos hablando del cese irreversible de las funciones de los hemisferios cerebrales y tronco encefálico. Esta

¹¹²También existen discusiones al respecto, ya que hay científicos que defienden diferentes definiciones dentro de esta concepción biológica, ya que lo plantean en función de si debe ser un órgano o varios órganos los que no deben de funcionar para dictaminar la muerte, generando un sinfín de desacuerdos al respecto. Sobre todo cuando a los criterios neurológicos nos referimos, de aquí toda la literatura sobre muerte encefálica y las situaciones que se puedan derivar de ella. Tanto si consideramos el encéfalo como un todo o si se le considera por partes, derivando de esto nuevas formulaciones de muerte con todos los pros y contras, tanto científicos, jurídicos, religiosos, filosóficos, bioéticos o culturales, por nombrar algunos, que no se ponen de acuerdo para establecer consensos al respecto.

¹¹³El profesor Gómez Rubí analiza el diagnóstico de muerte teniendo en cuenta toda la evolución que este concepto ha sufrido a lo largo de la historia médica, así como las luces y las sombras de la utilización de técnicas de reanimación cardiopulmonar.

lesión determina la pérdida de las funciones del encéfalo, que provocará el paro respiratorio, función que puede ser suplida durante un período de tiempo por medios artificiales, permitiendo que el corazón siga latiendo sostenido por drogas vasoactivas. Es sobre este punto que aparece en los años cincuenta un nuevo concepto, *el soporte vital* que, mediante técnicas de reanimación o de resucitación¹¹⁴ cardiopulmonar (RCP), podría hacer reversible la muerte, desdoblándola así en dos estadios, la muerte clínica y la muerte biológica. Entre ellas hay un periodo de tiempo de unos diez minutos que son la franja de intervención para iniciar la maniobras de RCP y que, de ser efectivas se puede revertir la muerte clínica y, si no lo son, entonces la medicina lo categoriza como *exitus*, vocablo en ocasiones poco afortunado para el resto de la población que, pese a que su significado es partir, en ocasiones puede ser mal interpretado.

En las décadas siguientes irán apareciendo situaciones clínicas que se encuentran entre la muerte clínica y la muerte biológica, como pueden ser los estados vegetativos y nuevas situaciones clínicas complejas, donde la posibilidad de recuperación está en el aire y que desde el punto de vista tanto ético como jurídico, plantean la necesidad de establecer unos límites a la continuidad del soporte vital.

Desde que en 1968 se definiera la muerte encefálica y se aceptara posteriormente retirar las medidas de soporte vital a estas personas por considerarlas muertas, han ido surgiendo situaciones donde las personas se encuentran en punto muerto, sin posibilidad de evolucionar de forma positiva pero sin poderlas considerar como personas muertas. Esto hace que se planteen algunos límites en la asistencia

¹¹⁴Desde el punto de vista de la antropología sería muy interesante profundizar en el uso del lenguaje médico, ya que si nos detenemos en estos dos términos podemos ver una cuestión bastante curiosa que Díaz y col (2003), ya apuntaron en su trabajo y es la utilización de los términos reanimación y resucitación, ya que reanimar supone estimular o reactivar una serie de funciones orgánicas que pueden estar anuladas y resucitar sería devolver a la vida, como si de un milagro se tratara. Los autores llegan a la conclusión que lo adecuado es hablar de reanimación, porque lo que se intenta es, tras un estímulo externo, restablecer una serie de funciones, algo que se realiza en el marco de esa situación de impasse de muerte clínica a muerte biológica.

médica, pese a que no todo el mundo esta de acuerdo tal y como apunta Gherardi¹¹⁵(2006).

La medicina ha conseguido, entre otras cosas, transformar los modos de morir y el papel de los profesionales sanitarios en este proceso, provocando una serie de estatus en que uno no sabe bien si el paciente está muerto o vivo. La intervención y prolongación de la vida en situaciones de incertidumbre han borrado de la esfera cotidiana el cuadro clínico tradicional de la muerte y el instante clásico hipocrático del traspaso, fragmentando la muerte en diferentes muertes, pasando de lo estrictamente biológico a lo humano y social, donde entran en juego otras percepciones del hombre y su entorno y dándole a la medicina la capacidad de apropiarse de la vida y dar permiso a la muerte, en algunas ocasiones.

En nuestro país, el Código Civil en el artículo 32 propone que *“La personalidad civil se extingue por la muerte de las personas”*, por lo que determinar la misma se escapa al Derecho, ya que será necesaria una certificación médica de la existencia de señales inequívocas de muerte.

Según Méndez, *“(...) los Estados han legislado durante el siglo XX, por ejemplo, sobre la determinación del momento de la muerte. Aunque morir sea en sí mismo un proceso, toda sociedad necesita fijar un momento en ese proceso que permita establecer la muerte de un individuo como un hecho dado en el tiempo(...) tradicionalmente se ha considerado este momento el de la parada cardiorrespiratoria estable(...)”* (Méndez 2002, 36-37). El Parlamento español decidió introducir cambios al respecto en 1979, con la incorporación como criterio de muerte del daño cerebral irreversible, punto de inflexión que provocaría una serie de

¹¹⁵El autor realiza un repaso del concepto de muerte intervenida en la que comprende todas aquellas situaciones clínicas en que la aplicación de la suspensión o no aplicación de algún método de soporte vital se constituye en un límite en el tratamiento. La presencia de una tecnología médica en todos los casos permite la consideración comprensiva de todo su conjunto. La muerte encefálica como resultado de los trabajos realizados por un grupo de médicos que dictaron el Informe Harvard, luego los estados vegetativos y finalmente los estados irreversibles e irrecuperables integran este complejo clínico en que la irreversibilidad y la necesidad de un límite en el tratamiento constituyen el eje de reflexión en torno al uso de la tecnología médica.

normativa jurídica relacionada sobre todo con la extracción y trasplantes de órganos.

En definitiva, después de todo esto, quien define los criterios no deja de ser el hombre ya que la historia así nos lo confirma, a través de los cambios que se han ido incluyendo dentro de los mismos en función de los avances científico-técnicos que están al alcance en cada momento.¹¹⁶ Encontrar los límites a partir de los cuales ya no hay retorno a la vida ha sido uno de los objetivos que ha perseguido la medicina desde tiempos muy antiguos¹¹⁷.

Además de todas las consideraciones biológicas y culturales no hay que olvidar que también existen consideraciones éticas al respecto y que pueden llegar a ser de una importancia trascendental, afectando al futuro de la persona y a sus relaciones familiares y sociales.

4.2. La muerte Intervenido: teoría o realidad

La definición que apuntan desde el Hastings Center (1987), para dotar de contenido el soporte vital consiste en que es *“toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o proceso biológico causal”*. Esta definición ampliamente aceptada incluye *“(…) procedimientos como: ventilación mecánica, técnicas de circulación asistida, diálisis, marcapasos, oxigenación extracorpórea, tratamiento farmacológico con fármacos vasoactivos, antibióticos, diuréticos, citostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral y parenteral e hidratación”* (Cabré LI y col 2001: 281). Muchas de las técnicas e intervenciones realizadas en situaciones de urgencia o emergencia

¹¹⁶ Hay quienes se oponen a esa aseveración de la muerte como proceso y prefieren considerarla un evento.

¹¹⁷ Para profundizar en el desarrollo de este concepto en las diferentes etapas de la historia es interesante la aproximación que realizan Machado y col (1996) en su trabajo, ya que estos lo repasan desde la prehistoria al siglo XX, deteniéndose en las diferentes épocas con el objetivo de proponer una nueva definición de la muerte humana basada en la pérdida irreversible de una función, que provea los atributos esenciales del ser humano, que integre el funcionamiento del organismo como un todo, y cuyas bases neurales puedan establecerse.

responden a estas premisas, por lo que podríamos afirmar que es una práctica del todo habitual en este medio de trabajo. Lo que ocurre es que la indicación de su uso, su mantenimiento o su retirada, es lo que puede plantear conflictos y de hecho es lo que realmente los provoca.

Cuando la muerte se rodea de toda este despliegue de medios estamos ante lo que Méndez ha definido como modo tecnológico de morir: “(...) *el que muere ya no suele estar en su casa, como en el modo tradicional*¹¹⁸, *sino que está junto a la técnica médica, en el hospital (...)*”, “(...) *los que en primer lugar rodean al que muere son los que saben manejar la tecnología médica*”. (Méndez 2002: 28). Por lo tanto, ¿quién mejor que los profesionales de urgencias y los de emergencias para ser los actores principales de esta escena?

Los tratamientos al final de la vida , según el Grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (2008), no son adecuados por diversos motivos, entre los que apuntan que la sociedad actual niega u oculta la muerte así como la dificultad que tiene actualmente la ciencia para predecirla. En muchas ocasiones también cuesta distinguirla y aceptarla por los profesionales, por lo que decidir si iniciar o no maniobras de soporte vital comporta conflictos de valores entre profesionales, con la sociedad, con las familias y/o representantes y con la propia persona que intenta morirse.

Cuando una persona sufre una parada cardiorrespiratoria y se encuentra en cualquier calle de cualquier ciudad, se activan una serie de mecanismos y en pocos minutos se encontrará rodeada de unos profesionales que intervendrán en este proceso. Habíamos comentado anteriormente que el primer conflicto que se derivaba de estas situaciones es la indicación de uso del soporte vital. El planteamiento sería ¿*siempre* está indicado iniciar maniobras de reanimación?, la respuesta correcta sería que no, que hay que tener en cuenta algunos aspectos tanto médicos como éticos, pero ¿que ocurre en la realidad? Al respecto encontramos las siguientes reflexiones:

¹¹⁸ Equivale al término *muerte de domada*, introducido y desarrollado por Ariès(2000)

“(...) a veces vivimos situaciones muy complejas y que se tienen que resolver de forma muy rápida, por ejemplo, un día fuimos a una urgencia a un domicilio de un niño con una trastorno degenerativo y neurológico en estado muy avanzado y deteriorado, con respirador permanente en domicilio y cuando llegamos el niño estaba en parada cardiorespiratoria y el médico insistió en realizar todas las maniobras, después de mucho hacer el niño fue trasladado al hospital donde murió de nuevo, entrando por la puerta (...)” Enf6(8)

Otro informante apunta:

“(...) cuando te dicen que lleva mucho tiempo en paro, que lo sospechan pero nadie lo ha visto, pues dudas entre si esta bien hacer maniobras o no, porque claro ¿cómo pueden quedar? Y de hecho ¿cómo quedan? Pero tú lo sabes a posteriori, todo es tan rápido que no sabes si la decisión correcta es hacer o no hacer. Un día fuimos a un accidente laboral de un señor que se le cayó un toro encima y cuando llegamos estaba parado, iniciamos maniobras y remontó. Yo me he enterado que está en estado vegetativo en una cama totalmente dependiente y la enfermera que va al domicilio me dijo ‘no deberíais hacer esto, esto es muy fuerte’, entonces te quedas sin palabras... ¿Qué estamos haciendo?, la verdad es que para los médicos esto no es un problema tan grande, ellos tienen claro que hay que hacer, yo no lo tengo tan claro (...)” Enf12(8-9)

173

Los profesionales, cuando entran en escena, tienen el poder de decidir si hacer o dejar de hacer, en definitiva deciden si estás muerto o todavía no, si es el momento para dejar este mundo o te debes quedar, a veces por breve tiempo, y otras por no tan breve como se puede comprobar en cualquier UCI de cualquier hospital. A colación a este tema, otro informante explica:

“(...)Hace dos días nos activaron para una urgencia, señora de 90 años con Alzheimer y metástasis ósea de algún tipo de cáncer, por estar en parada cardiorrespiratoria, cuando llegamos, los técnicos de la ambulancia le habían colocado un DEA (desfibrilador semiautomático) y estaban haciendo masaje cardiaco y ventilando, pesaba 20 kilos, fue impresionante pero desde la central obligaron a los técnicos a iniciar las maniobras hasta que llegara el médico. El médico dijo ‘¿qué estáis haciendo?, parar’ pero podría haber dicho ‘continuar’, ellos deciden, es así”. GF:R11(19)

Una vez iniciadas las maniobras, la siguiente reflexión viene de la mano de buscar respuesta a esta cuestión ¿hasta cuando se mantendrán las maniobras? Mucho se ha escrito buscando la respuesta a esta pregunta, es lo que los autores han venido a

titular como limitación del esfuerzo terapéutico (LET)¹¹⁹ o limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV). En nuestro país hay que destacar los trabajos dirigidos y realizados en el campo de la bioética clínica por Lluís Cabré, Pablo Hernando, Pablo Simón, Inés María Barrio, Javier Barbero, Azucena Couceiro entre otros que configuran una larga lista. Lo que realmente denota es que es un tema de gran interés, sobre todo en el campo de las unidades de cuidados intensivos, tanto de adultos como pediátricas y no tanto en el campo de los servicios de urgencias y mucho menos en emergencias.

Entienden por LET o por LTSV la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medida cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios del tratamiento, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica, también definida como encarnizamiento terapéutico, entendido como la sobreatención médica desligada totalmente de una práctica humanizada.

Hernando y col. (2007) plantean la posibilidad de cambiar el nombre a la LET, por el trasfondo peyorativo del mismo y creen más adecuado utilizar el término *ajuste*. Apuntan que hablar de la limitación es una invención europea poco acertada, ya que lo que se deriva de los textos anglosajones son las traducciones de los términos *withhold* o *withdrawn* como no iniciar o retirar el tratamiento.

Los motivos que pueden promover estas situaciones, según Empire y col. (2002) son:

1. *Dificultades para establecer un pronóstico certero*: el desarrollo de las medidas de soporte vital ha sobrepasado, en gran medida, nuestra capacidad de pronosticar la evolución de muchos pacientes en estado crítico. No se cuenta, en los actuales momentos, con métodos diagnósticos lo suficientemente exactos para lograr establecer, en muchos de estos casos, un pronóstico certero.

2. *Formación médica tecnificada*: las nuevas generaciones de médicos se han venido formando dentro de un ambiente eminentemente técnico, dotado de una inmensa variedad de recursos diagnósticos y terapéuticos. Por lo general, el

¹¹⁹ El concepto de LET es amplio y abarca muchas situaciones de tratamiento médico y no exclusivamente la realización de maniobras de soporte vital avanzado.

estudiante de medicina de hoy y los médicos jóvenes que realizan su formación en los servicios de urgencias, no reciben una formación que los haga meditar sobre los valores y derechos de los enfermos. Lo que para muchos es un trato cruel e insensible por parte del médico, para este último es el cumplimiento de lo que se le enseñó como obligación.

3. *Diversificación de las especialidades médicas*: la multiplicación de especialidades en el campo de la medicina retarda la toma de las decisiones. Con frecuencia el paciente es visto por varios especialistas, pero en muchos casos el enfermo no cuenta con un médico que asuma enteramente la responsabilidad de discutir con él, o con sus familiares, las diferentes alternativas de tratamiento y por ende le permita ejercer su derecho a escoger.

4. *Medicina defensiva*: existe, por parte del médico, el temor a verse involucrado en un proceso judicial por no haber utilizado los recursos disponibles para la atención del paciente. Tal aproximación legalista favorece la tendencia a la distancia.

5. *Poco tiempo*: en un alto porcentaje de los pacientes críticos se cuenta con escasos minutos para tomar la decisión de actuar o no actuar.

En muchas ocasiones el encarnizamiento o la obstinación son el resultado de una serie de acciones que no se perciben si no se hace el esfuerzo de mirar desde la totalidad del ser humano concreto que está sufriendo la situación y, por eso, en muchas ocasiones la visión de algunos médicos se centra en un órgano o conjunto de órganos. Desde la enfermería, encontramos más enfermeras que miran desde el conjunto, teniendo en cuenta otros aspectos que también forman parte de la vida de esa persona. Así nos lo transmitían las siguientes informantes en el marco del grupo focal:

“(...) por mi experiencia, se alarga la vida de las personas hasta que el médico quiere que se alargue y a lo mejor tiene apuntado que en caso de parada cardiorrespiratoria no hacer nada. No entiendo nada, me dices que no hay que hacer nada y los llenamos de tubos, sueros, sondas, drogas... si no tiene posibilidades por qué estas alargando una agonía innecesaria, que

a lo mejor el enfermo no se entera de nada, pero ¿y las familias? Es para ver como sufren, como lloran... se te cae el corazón al suelo. Aunque tu le digas al médico, ¿pero que estáis haciendo?. si el médico considera que se sigue, se sigue... Al final, se morirá pero adornado como un árbol de navidad, no como un ser humano. Ayer se me murió una mujer muy mayor que desde hace una semana solo oía "no hay nada que hacer", pero no le ha faltado de nada, noradrenalina, tubos, sondas, sueros... Llega un momento que te agotas de decir y que no te escuchan". GF:R10(19)

"El otro día a una señora con una enfermedad terminal, que estaba muriéndose, me hicieron ponerle dos bolsas de sangre, a las dos horas se murió y piensas, donde está el límite. Creo que hemos perdido la perspectiva de dejar morir a la gente con tranquilidad, incluso en el socio-sanitario (lugar donde trabaja la informante además del servicio de urgencias), muchas veces prefieres que el médico te deje pautada alguna medicación condicional antes que llamar para que suban los de urgencias, porque se va a ganar un tubo, unas analíticas, unos sueros, unas radiografías, si los llamas en los minutos finales de su vida tendrá que aguantar veinticuatro horas más" GF:R6(19)

"(...) es verdad, nosotras transfundimos a personas muy mayores... resucitamos a los muertos, este es un problema de ahora. GF:R4(19)

El encarnizamiento terapéutico se puede considerar como un modo de violencia, ya que responde a la dominación ejercida de unos sobre otros, los que tienen poder sobre los que no lo tienen. En el caso de las personas en situación de necesitar soporte vital, esta puede beneficiarse en muchas ocasiones y ese sería el fin correcto, pero cuando el resultado esperado de la utilización del soporte vital no da los resultados óptimos, entonces hay que plantearse la necesidad de cambiar la estrategia y, por lo tanto, entra dentro de los planes suspender las medidas extraordinarias. Si no se realiza esta reflexión-acción se ejerce sobre el otro un acto de dominación que en la medicina está presente en muchas ocasiones y de la que no se es lo bastante conciente.

Esta dimensión del ejercicio de poder, donde se ejercen fuerzas asimétricas entre autonomía y dependencia, crea una serie de fuerzas que establecen unos tipos determinados de relaciones entre las personas. Para intentar explicar este

planteamiento partiremos de las proposiciones de Bourdieu comentadas de forma más amplia al inicio de este trabajo.

La violencia simbólica que provoca este tipo de sumisión podríamos calificarla de sumisión afectiva, que en unas ocasiones será de amor y en otras de odio. Este tipo de relación transformará la realidad en función de los resultados obtenidos. Si tras la intervención tecnológica el resultado es positivo, el poder será transformado en carisma, creando una relación donde aparece el sentimiento de deuda, que se expresa en muchas ocasiones como “*doctor, le debo la vida*”. Esto creará para siempre una deuda permanente en el dominado. Este carisma y este poder será transformado en reconocimiento y provoca la complicidad por ambas partes, unos lo quieren recibir y los otros sienten que lo deben dar.

Cuando esto no es así y el resultado no es satisfactorio para el dominado, sus familias o allegados, estos se revelan contra el poder y contra el que está en posición de ejercerlo, estableciendo a veces batallas larguísimas. Sólo tenemos que recordar casos tan conocidos como el de Cruzan, Quinlan, Wanglie, Schiavo o Echevarria de los cuales se han obtenido muchas reflexiones al respecto, y otros tantos anónimos que ocurren con demasiada asiduidad:

“(...) He visto enfermos que no tienen ninguna salida, y aún así, ellos siguen. Alguna vez he dicho ¿qué estáis haciendo?, dejarle morir ¿qué no veis que esto es una agonía? ¡Que sufran sus familias y la propia persona!, pero ellos se empeñan en seguir y seguir, esto me indigna. Ellos siguen y te dicen que es que ahora se ha complicado y pienso ¡ahora!. Tuve una señora en estadio terminal con respiración asistida por traqueotomía, no se le podía desconectar el respirador, cuando se le desconectaba un rato, su saturación descendía e incluso hizo dos preparos cardíacos, pero se la remontó, no tenía fuerza ni para comer ni para beber y continuamente decían que no saldría, pero ahí estábamos, poniéndole de todo y para todo. Al final consiguió morirse, pero anda que no le costó. Yo creo que lo que hacen a veces es rizar el rizo; lo reaniman, recae, lo reaniman, recae y hasta el día que recae y no pueden reanimarlo, no porque no lo intenten sino porque no lo consiguen.” Enf10(8-9)

Es verdad que esta limitación del esfuerzo terapéutico y las decisiones clínicas sobre el mantenimiento del soporte vital suelen ser decisiones muy complejas, ya que

siempre van a estar ligadas al momento del final de la vida. Las personas mueren mal a menudo, tanto debido a los excesos en el uso de la tecnología médica como por abandono terapéutico y falta de una atención ajustada a las necesidades ante presunciones como “*no hay nada que hacer*”. Es difícil decidir dejar de hacer, frente a lo fácil que es decidir hacer, aunque en realidad no consiste en dejar de hacer sino que lo que se lleva a cabo es un cambio en el modo de hacer.

Son muchas las personas que mueren con el suero puesto y trasladados por unidades medicalizadas, intubados y con las baterías más avanzadas de fármacos administrados, teniendo a sus espaldas todo el proceso de una enfermedad que les ha llevado a un estado de terminalidad, no aportándoles ningún beneficio, sino que además pueden añadirse cargas importantes de sufrimiento y así se comentaba este aspecto en el grupo focal;

“(...) Si tu te llevas al enfermo a casa ¿que apoyos tienes en casa?, piensa que las empresas te dan dos días por tener a un enfermo en el hospital, por tenerlo en casa no te dan nada, ni dos horas para que se pueda morir, te lo digo porque yo me he llevado a mis dos abuelas a morir en casa y no me han dado ni un minuto, si hubieran estado en el hospital me hubieran dado dos días. Piensa que estuve quince días durmiendo a pie de mi abuela hasta que se murió y no me dieron ni un “putu” día porque no la había traído al hospital. La respuesta: “no te toca”. Se esta muriendo, “pues lo siento, no te toca”. Cuando a veces la gente trae a las personas a urgencias porque se están muriendo, te están diciendo “no me juzgues, ayúdame” y entonces ¿tú qué haces? cuatro pinchadas y un suerito y aquí, de esa manera resuelven o mal resuelven la situación” GF:R3(23)

En algunos casos, la obstinación de los profesionales lleva al encarnizamiento, tema que en muchas ocasiones se resolvería preguntado r ¿Cuál es su deseo frente a esta situación? Esto provoca en los profesionales y sobre todo en las enfermeras sentimientos contradictorios, provocando situaciones que generan lo que autoras como Lützen y col. (2003) han definido como estrés ético o moral.¹²⁰

¹²⁰ El estudio de los conflictos éticos y lo que de ellos se deriva, como es el caso del estrés moral, han sido estudiados ampliamente por enfermeras que se dedican a la investigación en ética y bioética sobre todo en Canadá.

El estrés moral es el resultado de las experiencias vividas por parte de los profesionales, provocadas por diversos factores personales, interpersonales o ambientales. Las relaciones interpersonales entre médicos y enfermeras ante situaciones de conflicto moral provocan sentimientos de angustia, sufrimiento, rabia e impotencia, por la imposibilidad de actuar como un agente moral más en esas situaciones, ya que muchas veces se consideran los aspectos morales que atañen a los pacientes como un aspecto terapéutico o diagnóstico más, donde las competencias son exclusivas de los médicos y así lo defienden.

Estos sentimientos surgen de la proximidad con la persona enferma y la imposibilidad de dar respuesta a sus propios compromisos éticos, puesto que se crean unas relaciones mucho más estrechas que la que puedan vivir los médicos, tanto con los enfermos como con sus familias.

Autoras como Jamenton (1984, 1993), Webster y Baylis (2000), Storch y col. (2002) y Lützén y col. (2003) sentaron las bases para el estudio etnográfico de estas realidades, apuntando en términos generales que el relato de esos sentimientos podría ayudar a las enfermeras en su desarrollo personal y profesional.

Algunas de las informantes de nuestro trabajo hacen clara referencia a estas situaciones y como las gestionan, obteniendo resultados diferentes, como podemos ver reflejado en los siguientes párrafos:

“(...) la enfermera actúa a veces como vector ante ciertas injusticias que se están llevando a cabo, a veces es un vector indirecto porque deja caer las cosas que cree, lo utilizamos como una estrategia. Como silbatillo, aquí pasa alguna cosa, intentemos que no ocurra aunque a veces te pueden escuchar o no, pero esto depende mucho del rol que tú tengas dentro del servicio. Yo creo que hay profesionales que somos más escuchados que otros, el tiempo que llevas en el servicio influye mucho... es una lástima que esto sea así...” Enf13(9)

Otros informantes no lo ven así:

“(...) nuestra opinión no cuenta para nada, si contara más de una vez las cosas hubieran ido de otra manera, por lo menos por mi propia experiencia. Ya puedes decir misa, ya puedes discutirte, ya puedes intercambiar opiniones, que no sirve para nada. Donde

*manda patrón no manda marinero. Muchas veces dicen 'se va a morir', pero eso sí, con la sangre depurada... Esto se vive fatal, te cabreas, lo comentas con tus compañeras... de vez en cuando. Cuando ves estas barbaridades dices 'a mi, esto no me lo hagáis'. Lo más impresionante es cuando entra la familia y ves esa agonía, es una agonía que te rompe el alma y piensas 'que acabe ya'." Enf10(9)
"(...) hostia, de rabia y de impotencia porque además no estás apoyado por la institución." Enf1(3)*

Las decisiones de hacer y dejar de hacer deben basarse en los derechos de las personas y en su voluntad, y desmitificar que el limitar el esfuerzo terapéutico pueda ser ningún tipo delictivo relacionado con el morir, al contrario, es una buena práctica cuando la ocasión así lo precisa.

4.3. Decidir ante la muerte

El ejercicio del derecho a la autonomía está regulado jurídicamente en nuestro país desde 2002, aunque comunidades autónomas como la nuestra lo realizaron en el año 2000. En los últimos años, los debates sobre las decisiones terapéuticas al final de la vida son una constante por varias razones, entre las que destacan las que nos ocupan en estas líneas, la dificultad de dirigir tu propia voluntad en esa etapa final y los espacios donde las personas van a morir actualmente. Molina y Ortega (2006) lo corroboran mediante el análisis de diversos estudios de los cuales se puede extraer la siguiente conclusión; *"(...) en los países industrializados el 80% de las muertes ocurren en los hospitales y al menos el 70% después de un periodo más o menos largo de incapacidad mental para la toma de decisiones por uno mismo"* (Ciurana, 2006 en Molina y Ortega, 2006).

Como ya hemos comentado anteriormente, los médicos mediante el uso de nuevas herramientas tecnológicas y avances químicos pueden alargar la vida de las personas. También se han sucedido avances jurídicos que recogen el derecho a la participación de las personas en los procesos de toma de decisiones, en cuanto a salud y enfermedad se refiere. Si conjugamos estos factores, hoy por hoy, la persona tiene capacidad para poder decidir y ejercer este derecho que queda recogido en el artículo 11.1 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del

paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, donde queda definido un instrumento que debería poder ayudar a gestionar, entre otros, el proceso de morir. Este artículo dice lo siguiente: “(...) *una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo*”.

Se desprende de este artículo la posibilidad de “*manifestar anticipadamente la voluntad*”. Este precepto tiene su origen en los años 60 en Estados Unidos, como consecuencia básicamente a varios procesos judiciales separados entre ellos unos 30 años que han hecho historia, el caso *SALGO*¹²¹ versus *Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*, el caso *Cruzan*¹²² y el caso *Quinlan*¹²³ que darían paso a la promulgación de leyes como la denominada Natural Death Acts en 1976 y la Ley de Autodeterminación del Paciente en 1990.

El punto de partida es la obligación de indemnizar a las personas cuando se traspasan los límites del consentimiento otorgado por el paciente, o bien, si se diera el caso de ocultación de la verdad. De esta sentencia se puede concluir que por encima de todo, el principio de autonomía de las personas debe ser el punto de partida de cualquier toma de decisiones; cuestión no exenta de polémica por parte de muchos autores y sobre todo en el contexto europeo, donde el concepto de autonomía difiere del que se puede tener en el contexto americano. En nuestro país se mantienen estas disyuntivas en torno al ejercicio real de la autonomía, que nada tiene que ver con la

¹²¹ En la resolución de este caso se introduce por primera vez el término *Consentimiento Informado* en la jurisprudencia norteamericana.

¹²² Se puede leer un resumen del caso *Cruzan* en la siguiente URL:

<http://bioetica.udesarrollo.cl/html/documentos/documentos/casonancycruzan.pdf>

¹²³ Julia y Joseph Quinlan, padres de Anne Karen, publicaron un libro en 1977 titulado *Karen Ann: The Quinlans Tell Their Story*. New York: Bantam Books, sobre la experiencia vivida con su hija y como crearon una fundación para proteger los derechos de las personas ante estas situaciones y ayudarles ante las necesidades que surjan en situaciones de enfermedad terminal y en los procesos de pérdida. Se puede consultar en: <http://www.karenannquinlanhospice.org>

expresión teórica del mismo, salvo algunas excepciones entre las que destaca el posicionamiento al respecto por parte del Observatori de Bioètica i Dret¹²⁴.

Poner nombre al instrumento que debería ayudar a planificar los deseos de las personas en el contexto sanitario, es de lo más variado en nuestro país y, por lo tanto, ha promovido análisis pormenorizados al respecto, con el fin concreto de encontrar la denominación más apropiada.

Serrano y col. (2005) presentaron una comunicación en el marco del XII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, donde debaten el uso más adecuado de los términos que designan este documento, siendo los más utilizados el de voluntades anticipadas e instrucciones previas, de forma indistinta aunque presenten matices que les diferencian como podemos leer en su trabajo.

Partiendo de su origen, manifestar anticipadamente la voluntad acerca de la asistencia sanitaria que uno quisiera recibir, así como de los tratamientos o cuidado que se pueden o no desear le sean prestados, es lo que los americanos denominaron *Living Will*. Este concepto de carácter global se materializó en dos distintos: por un lado, el *durable power of attorney*, que recogería la voluntad de ser representado por una persona designada por el interesado y, por otro, las *advance directive*, que apuntan cualquier instrucción, representante o expresión de valores realizadas por la persona de forma anticipada.

De estos dos conceptos, en España hemos realizado diferentes adaptaciones como voluntades anticipadas, testamento vital, testamento biológico o instrucciones previas, entre otras. Como veremos a continuación, denominarlo de una manera u otra dependerá de los textos normativos autonómicos que lo regulan.

¹²⁴ Véase el *Documentos sobre las voluntades anticipadas*, elaborado por el *Grupo de Opinión del Observatorio de Bioètica i Dret*, del Parc Científic de Barcelona en junio de 2001 donde se considera que "(...) la libertad de la persona y, por tanto, la autonomía individual, adquieren una especial relevancia cuando se trata de las relaciones asistenciales. En este ámbito, uno de los aspectos más remarcables es la posibilidad de que la persona pueda establecer previsiones, por si en el futuro se convierte en paciente y no se encuentra en condiciones de decidir sobre la acción terapéutica a recibir." El documento se encuentra disponible en:
http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Voluntades_Anticipadas.pdf

Como apunta Sánchez-González (1997), el primer documento que se realiza se le atribuye a Kutner (1969), que colaboraría posteriormente con la Sociedad Americana para la Eutanasia en formular un modelo concreto. Pese a este desarrollo no hay que olvidar que desde los años 80, asociaciones como la Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD¹²⁵), habían formulado¹²⁶ documentos a este fin. A posteriori, otras han realizados los suyos propios en función de sus propias creencias como sería el caso de la Iglesia Católica. Este avance ha sido tildado por algunos grupos sociales como la antesala de la muerte provocada, por denominarlo de forma delicada, aunque nada tiene que ver con ello por mucho que insistan en verlo de esta forma. No existe en nuestro ordenamiento ninguna norma que regule una práctica de muerte medicalizada asistida, que también distaría bastante de la concepción clásica de eutanasia, tema que daría mucho a discutir¹²⁷.

En Cataluña fue donde se legisló de forma pionera en relación a la autonomía del paciente. La ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, en el artículo 8.1, se recoge que: *“(...)El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar un representante, que es el interlocutor válido y necesario*

¹²⁵ Se puede ver la cronología del trabajo realizado por parte de la asociación DMD y de la de la legislación sobre Voluntades Anticipadas en Cataluña en:

<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j44.pdf>

¹²⁶ Se pueden consultar diversos modelos de DVA en la siguiente dirección:

http://www.njbosch.com/version_1.0/articulos/historico/17testamento.htm

¹²⁷ Royes (2007), secretario del Centro de Investigación Observatori de Bioètica i Dret del Parc Científic, ha profundizado en el significado del suicidio médicamente asistido y destaca en su trabajo el análisis que realiza sobre las diferentes interpretaciones y las falacias que se construyen socialmente alrededor de ellas, para defender un cambio en la interpretación tradicional que se ha hecho sobre el precepto constitucional en torno al derecho a la vida, donde se incluye el derecho a continuar en vida en cualquier circunstancia, cuestión que evoca a la reflexión del autor ya que está considerado por encima del derecho a la libertad.

con el médico o el equipo sanitario, para que la substituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma”.

Pese a ser la primera comunidad autónoma que legisló al respecto, no será ésta la primera normativa que se refiere a ejercer el derecho a la autonomía en el ámbito de la salud. Debemos remontarnos a 1997, al texto del 4 de abril de 1997 del Consejo de Europa titulado *Convenio de Asturias de Bioética. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*, conocido como el Convenio de Oviedo e incluida en las normas con rango de Ley, donde se recoge en su artículo 9 la obligatoriedad de tener en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

A lo largo de todos estos años, las diferentes comunidades han ido legislando el derecho a la autonomía de las personas en relación a la salud-enfermedad, modificando la forma de designación. En el siguiente esquema se pueden observar la evolución legislativa en nuestro país, dejando apuntadas también las diferentes denominaciones.

Ley	Comunidad Autónoma	Denominación del Documento
21/2000	Cataluña	Voluntades anticipadas
3/2001	Galicia	Voluntades anticipadas
10/2001	Extremadura	Expresión anticipada de voluntades
12/2001	Madrid	Instrucciones Previas
6/2002	Aragón	Voluntades anticipadas
2/2002	La Rioja	Declaración de voluntad anticipada
11/2002	Navarra	Voluntades anticipadas
7/2002	País Vasco	Voluntades anticipadas
41/2002 (Ley de carácter estatal)	Ley Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica	Instrucciones previas
7/2002	Cantabria	Voluntades
1/2003	Valencia	Voluntades anticipadas

5/2003	I. Baleares	Voluntades anticipadas
8/2003	Castilla y León	Instrucciones previas
5/2003	Andalucía	Declaración de voluntad vital anticipada
3/2005	Galicia (modifica la 3/2001)	Instrucciones previas
9/2005	La Rioja (modifica la 2/2002)	Instrucciones previas
3/2005	Madrid (mantiene 12/2001)	Instrucciones previas
80/2005	Murcia	Instrucciones previas
3/2005	Extremadura (mantiene 10/2001)	Expresión anticipada de voluntades
6/2005	Castilla-La Mancha	Voluntades anticipadas

Tabla 7: Normativas que regulan a nivel nacional y comunidades autónomas

Serrano y col. (2005) plantean que esta diversidad de denominaciones puede deberse a motivos varios, pero entre líneas destacan la influencia política, especialmente por parte de un grupo determinado, que provocaría el vuelco de la denominación de instrucciones previas en vez de voluntades anticipadas, ya reconocido en algunas autonomías, en el dictado final de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que debería haber marcado un antes y un después, pero la realidad es que pese a que no se puede contradecir una Ley General, las comunidades han seguido haciendo lo que les parecía más oportuno, como queda reflejado en el esquema anterior.

Los citados autores consideran que es mucho más adecuado utilizar la denominación de voluntades anticipadas, ya que: *“(...)debe tenerse en cuenta que establecer el destino post mortem del propio cuerpo, de sus órganos y tejidos, así como la inclusión del nombramiento de representantes que actúen como interlocutores con el equipo médico y que colaboren a la correcta interpretación de la voluntad o deseos del paciente, son, en sentido técnico-jurídico, declaraciones de voluntad a las que el Derecho reconoce la producción de efectos jurídicos”* (Serrano y col. 2006: 14), de modo que la participación de la persona en todo aquello que a salud se refiere es el núcleo de este precepto.

Posteriormente se han ido modificando algunas de estas leyes incorporando elementos nuevos, como la creación de los registros de documentos de voluntades

anticipadas (DVA) autonómicos. Y pendiente está la creación de un registro general, que no se sabe cuando verá la luz.

Uno de los objetivos de estos registros debería ser, sobre todo, facilitar el conocimiento a los profesionales sanitarios de los DVA, para facilitar la toma de decisiones en situaciones en las que la persona no puede expresarse y ejercer su derecho a la autonomía.

En Andalucía se da el primer paso hacia el reconocimiento de los derechos de las personas ante el proceso de muerte con la promulgación de la *Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas en el Proceso de la Muerte*¹²⁸. Esta norma regula el ejercicio de los derechos del paciente durante la última etapa de la vida para asegurar su autonomía y el respeto a su voluntad y dignidad, así como los deberes de los profesionales encargados de la atención y las funciones de las instituciones y centros sanitarios.

Pese a toda esta amalgama de normativas y documentos, así como de campañas informativas¹²⁹ sobre los DVA, existen grandes lagunas informativas, tanto a nivel de los usuarios como de los profesionales. Los médicos son los únicos profesionales que pueden acceder al registro de voluntades anticipadas, cuestión que nos plantea algunas preguntas al respecto. Si sólo los médicos pueden acceder¹³⁰ a conocer la voluntad de las personas ¿cómo podrá respetar este derecho el profesional de enfermería que se encuentre en la situación de atender a una persona donde no haya médico? ¿Realmente ésta es una competencia médica exclusivamente? ¿Es que el desarrollo moral y las convicciones personales son cuestiones médicas o lo son

¹²⁸ Se puede consultar el texto integro en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/muertedigna/texto_proyecto_ley_muerte_digna_08.06.09.pdf

¹²⁹ La Generalitat de Catalunya, desde el Departament de Salut, en 2006, realizó una campaña de acercamiento a la población general, profesionales sanitarios y centros de salud sobre los DVA que tituló *Fes-ho constar*.

Se puede ver resumen en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1824/index.html>, uno de los documentos que elaboró a tal fin es el titulado: *Consideracions sobre el document de voluntats anticipades*, que se puede consultar en:

<http://www.gencat.cat/salut/portal/cat/voluntats1.pdf>

¹³⁰El acceso al registro de voluntades anticipadas se puede realizar a través de: <http://www.metgescat.org/rva/home.asp>, utilizando la certificación digital y el número de acceso a la Web del colegio de médicos.

humanas? ¿Qué profesionales pueden trabajar para conocen los valores personales? o ¿será una cuestión más del control que ejerce el poder médico? También es cierto que no todos los profesionales de a pie lo ven así y muchos entienden que si queremos cambiar cosas, debemos cambiar formas de pensar y actuar, pero esta es, hoy por hoy, la realidad.

Barrio y col., ya se planteaban esta cuestión y ratificaban la necesidad de cambios: *“(...)una cuestión importante que es preciso aclarar es el perfil del profesional que debe liderar la puesta en marcha de la Planificación Anticipada. Obviamente todo profesional sanitario está llamado, por su propia identidad ética como tal, a asumir esa responsabilidad. Los médicos deberían desempeñar un papel esencial, pero intuitivamente parece que, por ahora, su contacto en profundidad con el paciente y su interés por estas materias es más limitado que el de otros profesionales. Los psicólogos clínicos, por su cualificación, están llamados también a desempeñar un papel clave, pero por desgracia la baja cantidad de sus efectivos profesionales dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud los relega, por ahora, a un papel de apoyo –aunque fundamental– si lo que se busca es una implantación amplia de la Planificación Anticipada en nuestro medio. Por eso es la enfermería la que está llamada a asumir un papel protagonista en este campo (...)”* (Barrio y col 2005; 5)

Es cierto que en los últimos años el panorama nacional va mejorando, pero aún así no es un instrumento que se tenga muy presente en la práctica asistencial. Según Fernández (2009), más de 23.000 catalanes, 60.000 personas en toda España¹³¹, disponen de un testamento de voluntades anticipadas registrado en el Departamento de Salud de la Generalitat o en los registros equivalentes en otras comunidades, pero eso no les garantiza que puedan ser utilizados en la clínica, ya que

¹³¹“Más de 60.000 españoles han registrado el modo en que desean morir mediante el denominado “testamento vital”, un documento donde predominan la petición de cuidados paliativos, el rechazo del encarnizamiento terapéutico y la donación de órganos. Así se desprende de los archivos abiertos con este fin en las distintas comunidades autónomas, integrados a su vez en un registro nacional que quedó definido en 2002 con la Ley de Autonomía del Paciente”. Disponible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/normativa/es/desarrollo/1199677.html

por diversos motivos su uso no está totalmente normalizado. Algunos de estos motivos apuntan que los DVA son demasiado genéricos y no ayudan nada en los procesos de toma de decisiones, que existe un alto grado de desconocimiento por parte de los profesionales sobre estos temas o el poco interés que suscitan,¹³² y han ayudado a que, desde la administración¹³³, se estén planteando introducir mejoras para implementar su uso en la práctica clínica.

La inadecuada utilización de los DVA puede convertirlos en una trampa que invite a la descarga de responsabilidad por parte de familiares y sobre todo de profesionales, máxime cuando las voluntades de unos y otros sean dispares, provocando en algunos casos el abandono del paciente en un momento muy importante de su vida.

4.4. Los Documentos de Voluntades Anticipadas en situaciones de urgencias

El avance en este campo está presente, pero el enfoque todavía no ha llegado a todas las áreas de atención, y precisamente una en las que no hay un desarrollo amplio de estos documentos es la que nos ocupa a nosotros: las urgencias y emergencias.

Pese a que la mirada a estos servicios suele ser como lugares de atención rápida, donde el paciente tiene una estancia limitada en el tiempo y la relaciones entre profesionales y pacientes son efímeras, son tan importantes como podría ser un área de hospitalización, ya que en muchas ocasiones la persona que demanda asistencia se encuentra en esas situaciones donde expresar su voluntad y participar de la toma de decisiones se dificulta. Es verdad que estos servicios se caracterizan por la atención vital urgente, pero no solo dan este tipo de servicio. Como hemos ido viendo hasta

¹³² Resalto el interés de los últimos años por este tema y la existencia de la defensa de varias tesis doctorales que exploran el mundo de las voluntades anticipadas como son los trabajos de Siurana (2001) y Zabala (2007).

¹³³ A través de las *Unitats d' Atenció al Usuari* y las *Unitats de Qualitat*, se están llevando a cabo campañas institucionales con el fin de mejorar estos aspectos y promocionando la realización de los mismos. En el caso del Hospital Alfa se está introduciendo una copia de DVA, si es que el paciente la aporta, dentro de la historia clínica.

ahora, muchas veces es en urgencias o a través del transporte medicalizado, como se toma contacto con el hospital, siendo en estos momentos su puerta de entrada.

Hemos podido comprobar como uno de los problemas éticos que se les plantean a los profesionales en estas áreas, consiste en decidir sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar y el soporte vital. Si se conocieran estas prioridades, probablemente se podrían evitar situaciones de incertidumbre, tanto para los profesionales, como para los pacientes y sus familias.

Es cierto que los protocolos de reanimación vigentes en nuestro país no suelen contemplar ninguna directriz sobre qué hacer si el paciente tuviera un DVA. Baskett y col. (2005), en las recomendaciones europeas de resucitación, recomiendan tener en cuenta una serie de aspectos éticos, pero que exceptuando aquellas situaciones donde la muerte tiene un motivo muy claro, cuestionan la validez de la voluntad anticipada de las personas, como en el caso de la parada cardiorespiratoria, por la ambigüedad de los documentos y la variabilidad de situaciones que pueden llevar a una persona a sufrir una parada cardiorespiratoria. Afirman que los DVA están dirigidos a especificar limitaciones acerca del cuidado terminal, incluyendo la negación de la reanimación cardiopulmonar, y que tanto familiares como profesionales tienden a malinterpretar los deseos de los pacientes, unos por exceso y otros por defecto.

“(...) En una repentina parada cardíaca que tiene lugar fuera del ámbito hospitalario, los acompañantes no suelen conocer la situación del paciente y sus deseos y una directriz avanzada a menudo no está disponible. En estas circunstancias, la resucitación debe empezar inmediatamente y las preguntas han de hacerse después”. (Baskett y col. 2005: 360)

Los DVA, en nuestro país, son prácticamente ignorados cuando nos referimos a situaciones de urgencias y emergencias, pese a los discursos de reducción del paternalismo que sostienen los profesionales y prácticamente no se hacen visibles en la práctica. Hoy por hoy, es posible con suma facilidad, tan solo necesitaríamos una conexión a Internet, poder acceder al registro y comprobar la existencia o no de un

DVA, pero esto no se hace y ni tan siquiera saben que se puede hacer o cómo hacerlo.

Valga como ejemplo la siguiente afirmación:

“(...)Si que sé que existe un lugar donde tienen todos estos documentos pero, aquí en urgencias, ni los residentes ni los adjuntos sabemos como consultarlo. Yo no sé cómo hacerlo y nunca lo he hecho, si no es que está en la historia clínica no sabemos (...)”
Med4(7)

Tras esta afirmación preguntamos a diferentes profesionales de urgencias y emergencias si conocían la existencia del registro de voluntades anticipadas y como acceder a él. Todos conocían el registro pero no sabían como acceder, ni tampoco habían realizado ningún trámite al respecto.

La capacidad de decidir en algunas ocasiones puede estar comprometida, pero la percepción que tienen los profesionales en torno a la toma de decisiones marcará la forma de abordar la situación:

“(...) en situaciones de emergencias las personas difícilmente puede decidir, la relación médico paciente es muy rápida y la mayoría de veces es una relación donde tienes en tu manos la vida del paciente. En ese momento no hay nadie que se quiera morir, en extrahospitalaria, lo que entendemos por emergencia (...) Cuando las personas empiezan a poner pegas “a mi no me pinches”, “a mi no pongas esto o lo otro” generalmente no tienen patologías que les haga peligrar la vida (...)Las personas no quieren sufrir, no quieren tener dolor, ni quieren morirse cuando les sobreviene una situación no esperada, posteriormente pueden que las cosas cambien, pero minutos después de sucederle, la persona no es capaz de ver con claridad lo que le ha sucedido y hasta donde está el alcance de lo que le pasa(...)” Med2(3-4)

Entre los pocos trabajos que están publicados en España sobre DVA y urgencias/emergencias, hay uno de Mateos y col. (2007), donde plantean varias preguntas, entre la cuales hay una que nos parece muy interesante: *¿Ha preguntado alguna vez, antes de iniciar maniobras de RCP, sobre las preferencias del paciente en este sentido (si alguien las conocía)?* A la que de 22 personas, 17 contestan que sí. Este resultado se aleja de la realidad observada en nuestro trabajo, ya que prácticamente ninguno de nuestros informantes, tanto del hospital, como de asistencia extrahospitalaria, le pregunta a sus pacientes sobre la existencia de

directrices o DVA que apunten una voluntad determinada para poderla contemplar en los procesos de tomas de decisiones, por lo que nos deberíamos plantear si realmente son útiles o son simplemente la respuesta a una norma legal.

Los criterios utilizados son estrictamente médicos y las enfermeras, pese a que discuten con ellos en situaciones en las que no están de acuerdo con la instauración de medidas de soporte vital, no suelen conseguir sus objetivos, pese a que lo argumentan desde la perspectiva de la protección de la dignidad de la persona y no como defensa de unos derechos individuales o de la aceptación de la voluntad de las personas ni del ejercicio de la autonomía a través de los DVA,

“(...) cuando ves a una persona que no tiene ninguna posibilidad y se están haciendo cosas y cosas que no se deberían y en un momento determinado deciden dejar de hacer cosas, entonces tienes una sensación de liberación y piensas ‘dejadla en paz, que ya esta bien’, a partir de ese momento puedes volver a respirar porque estás como contenida, a veces pienso que cómo somos capaces de participar en estas situaciones” Enf1(4)

191

Pese a que en ocasiones son conscientes de que morir en la carretera dista mucho de entrar dentro de lo que podemos entender como morir con dignidad:

“(...) no sé, pero la muerte es difícil, no todo el mundo muere con dignidad, pero por lo menos las que nosotros vivimos deberían morir con dignidad o por lo menos ayudarles para que lo hicieran de la mejor forma posible aunque a veces es difícil, -¿cómo puede uno morir con dignidad en el marco de un accidente de tráfico, en una cuneta o tirado en el asfalto de la carretera?-, es una situación muy difícil para todos. No todo el mundo muere con dignidad”. Med2(7)

Los DVA saltan a la palestra médica cuando el propio individuo solicita firmemente que se cumpla una voluntad determinada y da la sensación entonces que el profesional encuentra en él un respaldo a posibles consecuencias jurídicas y no tanto a una forma de acercamiento a la voluntad de las personas:

“(...) una chica ingresó por una hemorragia espontánea y esta chica era Testigo de Jehová, ella tenía una carta donde ponía explícitamente que en el caso de que le ocurriera alguna cosa, de

que perdiera la conciencia, no la transfundieran. Esto planteo muchas controversias en el servicio, los profesionales discutimos entre nosotros y muchos no estaban de acuerdo con cumplir su voluntad. La enfermera no puede tomar parte de estas discusiones, solo los médicos son los que toman las decisiones y en este caso no hizo falta transfundirla, pero si hubiera entrado en coma probablemente la hubieran transfundido en el último momento, a pesar de que la familia aceptaba la voluntad de la chica(...) Enf2(6)

En este sentido, sería necesario que tanto los servicios de urgencias como los de emergencias pudieran implementar un modelo nuevo y diferente, que probablemente no pase por un DVA convencional, para poder conocer esta información, así como incorporar estos aspectos en los protocolos de actuación. Algunos autores como Mohr, M y Kettler, D (1997) y Gerth, MA y col (2005), apuestan por un DVA especial para situaciones de emergencias, sobre todo cuando del medio extrahospitalario se trata.

Creemos que un modo de mejorar el uso de los DVA sería iniciar procesos de *planificación anticipada de las decisiones* (PAD), conocida como *Advance Care Planning*. Barrio y col. (2005) y Martínez (2007), la definen como el proceso por el cual un paciente, tras deliberar con su médico, seres queridos, etc., toma decisiones sobre la atención sanitaria que desearía para su futuro, así como una forma ágil de consulta en el registro de las mismas. El origen lo encontramos en Norteamérica, como resultado del trabajo de un grupo de bioeticistas del *Hasting Center*, en torno al tema de las voluntades anticipadas. Los resultados fueron publicados por Teno y O'Connor (1994), donde la idea central es que se debería introducir un cambio en las estrategias de implantación de los DVA, ya que lo realizado hasta ahora no había alcanzado los objetivos previstos, por lo que invitan a los profesionales al uso de esta nueva forma de planificación.

Singer y col. (1998) y Martin y col. (1999), apuntaban esta necesidad de cambio y reforzaban la necesidad de introducir una mirada mucho más contextual, utilizando metodologías cualitativas y explorando los contextos culturales, sociales y morales de las personas y no tanto desde una perspectiva biológica y mecanicista, cuando sobrevengan las posibles disfunciones del organismo.

Incorporar la historia de valores dentro de la historia clínica e iniciar procesos de planificación anticipada de decisiones en torno a la salud, requiere educación y formación tanto para profesionales sanitarios como para los ciudadanos. Gracia apuntaba en su momento que *“(...) instaurar las directrices previas en nuestros hospitales, exige un cambio de mentalidad, que no será posible sin un proceso educativo, tanto de los profesionales sanitarios como de la propia sociedad.”* (Gracia 1996; 136).

Ruiz y col. (2005) publicaron un proyecto para explorar la posibilidad de implantar la historia de valores y creencias en salud, siendo el primer trabajo que se realiza en nuestro país y cuyos resultados finales todavía no han visto la luz. Tal y como explican los autores, el nacimiento de esta nueva idea se debe a Lambert y col (1990) y a Doukas y McCullough (1991), que desde dos áreas de conocimiento distintas, como el derecho y la medicina, conjugaron ideas para avanzar en la consecución de la autonomía de la persona.

Podríamos concluir con las palabras de Martínez: *“Una razón importante del fracaso inicial de la puesta en marcha de los DVA reside en que no se ha dado la importancia que merece a la comunicación con los pacientes, porque su propósito fundamental es el de ayudar a los pacientes a prepararse para la incapacidad y también para la muerte y no otros”.* (Martínez 2007; 96). Por tanto, progresar hacia el entendimiento de que las voluntades anticipadas no son un estricto documento sino que son el resultado de un proceso de planificación de las mismas, sería lo más adecuado y satisfactorio para todos.

4.5. La emergencia de morir bien atendido

La reflexión sobre la muerte intervenida como un fenómeno emergente de nuestra cultura, resulta imprescindible para que la sociedad se involucre y participe en un tema que le incumbe en forma absoluta.

La muerte es un hecho básico de la vida y resulta curioso hablar de derechos cuando nos referimos a vivir, mientras ¿qué ocurre cuando nos referimos al morir? La muerte tiene muchas formas de presentación y en emergencias tanto

encontramos aquellas que acaecen de repente, como aquellas que provienen de procesos largos a consecuencia de múltiples enfermedades. No requieren de un trato idéntico, no requieren de una mirada similar.

Una de las informantes vivió la siguiente experiencia al respecto:

“(...) Esto no es nada fácil, muchas veces se alarga la vida de una persona indiscriminadamente sólo por el hecho de que la medicina tiene como fin el curar la persona, y yo creo que muchas veces tendríamos que plantearnos que es lo que quiere la persona y cómo quieres que sea su cuidado en esta etapa final de la vida. Mira hubo una vez un señor que estaba en una fase terminal (...) lo primero que le quitó el médico fue la perfusión de los calmantes. En este caso le daba miedo que el señor hiciera un paro respiratorio, yo en esa situación estuve muy disgustada, porque ese señor tenía mucho dolor, con la morfina ese señor estaba tranquilo y estaba bien, y cuando le quitamos la morfina aquello no tiene nombre no se puede explicar, aquel hombre perdió toda la capacidad de razonamiento, se desquició y con el médico estuve hablando y después de expresarle mi disgusto y mi disconformidad con lo que se estaba haciendo porque aquello era inhumano y tampoco no era lo que se había pactado con la familia, ni con el enfermo, y segundo que si es una persona en estado terminal, con esa medicación puede acabar sus días de la manera más placentera posible, a ver por qué se le puede negar esa posibilidad más y habiendo estado instaurada, otra cosa es que no estuviera instaurada y yo no soy la persona que tiene que tomar la decisión. Pero esa decisión me disgustó mucho porque no se llevó como se tenía que llevar. Ese señor después de pasar toda la noche sufriendo como un animal, le volvieron restaurar la morfina y al cabo de dos días se murió.” Enf5(6)

La muerte se ha transformado, ya casi no existe una muerte natural, siempre tiene que haber un motivo, una excusa, una razón porque sino no pierde el sentido actual. Valga como ejemplo la siguiente reflexión realizada por Javier Marías, filósofo y escritor, en su blog personal;

“Me cuenta mi amigo médico José Manuel Vidal que el pasado 30 de julio, en la Residencia de Ancianos de las Hermanitas de los Pobres de Madrid (institución altruista y ejemplar donde las haya, me asegura), murió doña Joaquina Álvarez a los ciento cinco años de edad. “Apagadita y consumidita como una pasa”, me dice, “pero bien cuidada, y limpia y reluciente después de ocho años encamada”. El médico de la Residencia, hombre al parecer riguroso

y competente, puso en el Certificado de Defunción: “Murió a consecuencia de Muerte Natural”, lo cual no sólo se aparece como plausible, sino como bastante lógico y además es buen castellano. Sin embargo, el juez correspondiente no aceptó que se pudiera morir por semejante e “inconcreta” causa, y obligó al doctor a rehacer el certificado. Ignoro con qué se sintió satisfecho ese juez, es decir, qué inventó o improvisó el buen médico para complacerlo y que así no le rechazaran por segunda vez su diagnóstico, pero en todo caso el ejemplo es sintomático de la generalizada soberbia de nuestro tiempo”. (Marías 2005)

Es verdad que los profesionales sienten que están presionados constantemente para que se utilicen todos los medios de que se dispone, e incluso se considera que es un imperativo ético y un imperativo legal, en muchas ocasiones, porque sienten que planea la sombra de las posibles demandas de responsabilidad, lo que les lleva a utilizar todo lo que técnicamente es posible. Esto es lo que denominó Hans Jonas *“imperativo tecnológico”* como superación y alternativa al *“imperativo ético”*¹³⁴ que se pregunta si todo lo que es posible hacer, se puede y se debe hacer. González (2004) intenta buscar el equilibrio entre ambos, aunque no es tarea fácil.

El uso de la tecnología debe llevar aparejado tener presente la responsabilidad ética que de ella se deriva, asumiendo que ésta ha pasado a ser diferente en la sociedad tecnológica actual. La responsabilidad se entiende cómo la aceptación de la obligación moral que resulta para alguien de la participación en un acto, pero en una sociedad tecnológica este concepto ha cambiado y se redefine cómo que, no solo ha de sentirse responsable de su comportamiento y de las consecuencias directas del mismo, sino de mucho más, de todo lo que supone su actuación y los posibles efectos y consecuencias indirectas y lejanas y los efectos no deseados que pueden superar las propias intenciones. Honas (1995,1997) la define como la *responsabilidad indefinida*¹³⁵.

¹³⁴González (2004) presenta un trabajo muy interesante donde analiza las relaciones entre ambos conceptos comparándolos y mostrando los puntos de convergencia entre ellos, así como las posibilidades que abren los avances técnicos y la necesidad de unos referentes éticos para mantener el sentido humano de sus logros.

¹³⁵ Para ampliar estos términos sería necesario profundizar en los textos del filósofo Hans Jonas, que dedica a la relación que se establece entre ética y tecnología, como son *El principio de*

El avance de la tecnología médica y su posible aplicación en urgencias y emergencias no debe ir desligada de la reflexión ética en ninguna situación, pero menos en la que nos ocupa, la parte final de vida, el morir.

Gherardi(2008) marca el punto de inflexión en la tecnificación de la muerte con la aparición, hace ya cuarenta años, del informe Harvard creado por un comité ad hoc, que sentó las bases para reconocer la muerte encefálica. Según este autor, el nacimiento del soporte vital cambió la relación de la medicina con la muerte, creando un imaginario de inmortalidad, pero dando paso a la perpetuación de seres humanos frágiles y en muchos casos vulnerables.

Cuando se inicia, se retira o se decide no iniciar maniobras de soporte vital, se está actuando y en ninguna de ellas podemos entender que exista posibilidad de abandono o denegación de ayuda. Todas son acciones dirigidas a conseguir el mejor fin para la persona. Los profesionales deben entender estas premisas porque defender la vida a ultranza, en muchas ocasiones, lleva a perpetuar la idea de que las personas no pueden morir y se les niega el derecho a hacerlo con dignidad.

Consideramos, que hoy por hoy, continúan existiendo muchas situaciones en las que las emergencias a atender incluyen defender la posibilidad de morir, ya que prolongar la vida se convierte en una forma de violencia que el ser humano no se merece.

Una ética del cuidado presente en la medicina para acompañar a las personas en esta etapa final, llegue ésta a través del camino que sea, por accidente, por vejez, por enfermedad, nos ayudaría a afrontar con dignidad la muerte, por lo que una formación específica¹³⁶, tanto técnica como ética, debería de ser una prioridad en este campo. En este sentido, Bonete (2002) reclama la creación de una nueva

responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Herder. Barcelona, 1995 y *Técnica, medicina y ética: La práctica del principio de responsabilidad.* Paidós. Barcelona, 1997.

¹³⁶Destacar el interesante trabajo realizado sobre este aspecto de Enrique Bonete (2002), titulado: *Ética de la muerte: de la bioética a la tanatoética*, donde sienta las bases para esta nueva disciplina desde el punto de vista teórico y práctico, desligándola de la bioética, que considera, debería delimitarse en torno a las reflexiones y dilemas en el origen de la vida. A lo largo de su trabajo desarrolla los contenidos principales para esta nueva disciplina. Se puede consultar en la siguiente URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=646465>

disciplina, la *Tanatoética*, que tenga como fin establecer los principios éticos para orientar en las decisiones que se han de tomar en torno a la muerte, tanto por parte de los profesionales sanitarios, como por la familia y, por supuesto, por la propia persona.

No se debería continuar dejando al azar la posibilidad de encontrar profesionales sensibles en esta fase de la vida, tal y como apunta la siguiente cita:

“(...) Se muere mal, muy mal. La sensibilidad del profesional es fundamental. En la asistencia sanitaria, es triste, pero es así, depende del azar para que encuentres a un profesional sensible a un tema y entonces se preocupe de hacer las cosas de una forma u otra. No hay protocolos que determinen unos mínimos adecuados, eso no ocurre y por lo tanto se deja a la improvisación, a las ganas de hacer de unos y otros. Eso genera un caos impresionante, en un medio que per se ya lo és. El paciente paliativo, agónico... porque estos también vienen urgencias a morir y el servicio no esta preparado... Med3(8)

5. El cuerpo como práctica del cuidado

197

“Mediante el uso del cuerpo se pueden prestar cuidados a otra persona. Esto nos puede llevar a preguntarnos por la utilización del cuerpo para cuidar y por el uso de los sentidos para diferenciar y prestar cuidados”

Collière 1993

5.1. Cuidar, el gigante dormido

El cuidar es un fenómeno complejo, amplio, multifacético y de difícil definición pese al la multitud de ellas que aparecen en la literatura, pero a su vez también es un fenómeno individual y contextual que varía en función de las necesidades del ser humano, presentándose con multiplicidad de formas; unas

tangibles y otras que no lo son.¹³⁷ Ante este fenómeno de naturaleza tan variable, que contempla tanto aspectos universales como particulares, que es tan objetiva como subjetiva y que nos aporta percepciones del cuidado distintas, nos podemos hacer algunas preguntas al respecto: ¿Cómo podemos definirlo? ¿Qué significado tiene? ¿Cómo es percibido por los profesionales?, entre otras.

Por lo tanto, nos encontramos ante el verdadero problema que acompaña a la enfermería desde hace tiempo: definir el objeto central de estudio de la disciplina enfermera.

No debemos olvidar que la enfermería comparte espacios con otras disciplinas que por tradición son estrictamente positivistas, como ocurre con la medicina, que todo lo mide y todo lo pesa, donde las certezas y las probabilidades son lo que realmente da valor a las prácticas convirtiéndolas en razón y verdad. Ante este panorama ¿dónde está el valor y la razón del cuidado?

Aceptamos que no existe una definición universal de cuidado porque precisamente, el cuidado, puede ser todo aquello que las enfermeras creen que es cuidar. Este es un fenómeno que se construye desde la teoría y en la práctica, dotándolo de significados para unos y otros, no coincidentes en muchas ocasiones.

Kitson (1993), ya se planteaba esta discusión y afirmaba que no es necesario tener que definir qué es cuidar, sino que cada uno lo dote del significado que lo convierta en operativo y se pueda aplicar en la realidad. Esta autora hace una comparación muy interesante analizando las similitudes de una partícula atómica con el cuidado: ver los componentes de una partícula atómica es tan difícil como ver los

137 Existe en la gran mayoría de teorías y modelos de enfermería un concepto común que describe de diferentes formas que vienen a determinar las necesidades del ser humano, siendo estas las actividades requeridas por una persona para su propia supervivencia. Domingo y Gómez (2003) exploran el concepto de necesidad humana dentro del marco de los cuidados, apuntando dos formas básicas de entenderlo. En primer lugar los autores que consideran que estas son universales y por otro lado aquellos que consideran que van ligadas a los contextos culturales. En el marco de nuestro trabajo nos centraremos en la mirada de las necesidades humanas en el marco cultural y contextual donde lo hemos desarrollado.

componentes del cuidado, es algo que existe pero que no se toca y que cada uno, a su manera, contextualiza.

A través de la experiencia podemos encontrar y concretar la existencia de factores comunes que ayudan a la comprensión del fenómeno y que serán también una ayuda en la búsqueda de una definición. El centro del cuidado es el ser humano y éste lo podemos entender como un conjunto de significados que pueden ser estudiados utilizando diferentes caminos, así como distintos marcos teóricos.

En este trabajo hemos apuntado la mirada del cuidado desde dos marcos, que nos servirán de apoyo para las posteriores reflexiones. La antropología cultural, fuente de inspiración para la teoría de los Cuidados Culturales de la Diversidad y de la Universalidad de Madeleine Leininger y la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, de corte humanístico-existencial. Hay que destacar que estas autoras iniciarían este camino exploratorio en los años 70, con los primeros trabajos que publicó Leininger.

Ambas autoras pertenecen a la corriente denominada Escuela del Caring, junto a Gaut (1981), Benner y Wrubel (1989), Collière (1982), Roach (1984) y Parse (1981), entre otras, que se fundamenta en filósofos como Heidegger (1927) y Marcel (1961); en teólogos como Buber (1959) y en psicólogos como May (1971), Mayeroff (1971), Gilligan (1982) y Noddings (1984).

Resumiendo, sus postulados entienden el caring como *“la base de la existencia humana, la preocupación por los otros, la ayuda a la persona a realizarse y a actualizarse, una manera de ser y de estar en relación con otros humanos, una manera de estar en el mundo, un elemento esencial para toda adaptación, una relación de co-presencia y de reciprocidad”*. (Guillaument y col. 2005: 29).

Leininger propone que el cuidar es un fenómeno que varía en función del contexto cultural donde se produce, por lo que las raíces de ésta teoría las encontraremos en la práctica clínica a través de la exploración de la misma. Ella introduce un nuevo concepto ligado al cuidado y que es la *atención*, entendiendo esta como los sentimientos que genera el cuidar de las personas, por ejemplo la compasión, el interés o la preocupación por las mismas (Leininger 1970, Morse y col.

1990, Reynolds 1995, McCance y col.1997 en Juntunen 2001: 21). Podremos ver como esta dimensión de los cuidados se refleja en la práctica a través de nuestro trabajo de campo y de los relatos que hacen al respecto las informantes.

Watson (1988) señala como eje central de la práctica lo que ha venido a denominar como *caring*, que define como las actitudes que mantiene el profesional frente a la persona yendo más allá del sinfín de tareas técnicas que marcan la práctica habitual de la enfermera a lo largo de los tiempos y sobre todo en las épocas de mayor tecnificación. Traduce esta forma de actuar como factores de cuidados que lista en diez, apuntado en un apartado anterior y que retomaremos para el análisis de la práctica.

5.2. Un intento de acercamiento

El cuidar y la noción de cuidado ocupan el eje central de los discursos enfermeros en la actualidad ya que es lo que han venido a definir como la esencia de la enfermería. Pese a la dificultad de su definición, autoras como Rodgers (2000), ven en explorar este concepto una necesidad básica para el desarrollo de una teoría enfermera, así como concretar un lenguaje enfermero donde el significado de cuidado pudiera ser algo común para los profesionales.

Repasando definiciones de cuidado y de cuidar podemos ver que en función de las influencias recibidas por parte de los autores encontramos diferentes tendencias. Unas con aires psicologistas, otras filosóficas o con influencias humanísticas o existencialistas, por nombrar algunas.

Muchas de estas autoras están de acuerdo en que la acción de cuidar no es sólo instrumental sino que, además, supone un encuentro entre personas que llevan a cabo una transacción intersubjetiva entre ellas y que se produce en un momento y en un espacio concreto, que los filósofos denominan *kairos*¹³⁸ y con una finalidad

¹³⁸ Sería muy interesante explorar este concepto en la práctica asistencial, ya que se refiere al *momento idóneo* de los cuidados. Teniendo en cuenta que para enfermería las relaciones interpersonales son el eje de su práctica, conocer el significado de esos momentos sería muy interesante para dar cuerpo al fenómeno del cuidado. Gadamer, en clave de antropología fenomenológica, lo denominaba tiempo idóneo que posibilitara el llevar a cabo una experiencia única.

determinada. Podríamos decir que esta definición responde a lo que las autoras Paterson y Zderad, Lea y col. (1988) entienden por cuidado en el marco de la una enfermería humanística¹³⁹.

Según Medina, existen dos planteamientos divergentes para definir el cuidado, uno de corte explicativo y otro de corte interpretativo y lo explica de la siguiente forma; “(...)frente al postulado positivista de que la realidad social del cuidado es únicamente objetivable por referencia a los hechos empíricamente establecidos, el enfoque interpretativo defiende que toda acción, todo acto cuidativo, esta determinado en última instancia por los significados del actor; las acciones humanas sólo pueden ser interpretadas (comprendidas) por referencia los motivos del actor.” (Medina 1998; 39).

5.2.1. De la teoría a la práctica

Quisiéramos iniciar este recorrido partiendo de la articulación de la teoría en la práctica cuando se intenta describir la definición de cuidar.

Pese a que las definiciones teóricas no se ponen de acuerdo y éstas han ido cambiado a lo largo de los tiempos y en función de las influencias que han recibido los diferentes autores, cuando les preguntamos a las enfermeras por el significado de cuidar, ellas nos dicen cosas como que cuidar es;

“(...) lo típico, administrar un tratamiento, estar pendiente de si hay cambios en cualquier aspecto. Ver cómo va su evolución, si el tratamiento le ayuda a mejorar, si evoluciona, si no evoluciona. Normalmente los enfermos se dirigen a tí para resolver cualquier problema que tienen o que se les plantea durante el tiempo que están aquí. La enfermera es un poco él todo(...) Enf3(1)

Si nos detenemos en esta afirmación, tenemos que apuntar que la dicotomía entre el tratamiento técnico (*cure*) y los cuidados (*care*) que plantea Saillant¹⁴⁰(2009),

¹³⁹ Paterson y Zderad, defienden la teoría humanística para la enfermería como constructo teórico que determina la práctica de las enfermeras. Se puede consultar su teoría y sus fundamentos en la URL: <http://www.humanisticnursingtheory.com/>, donde la desarrollan al completo partiendo de los planteamientos filosóficos de Buber y utilizando como instrumentos, los derivados de la filosofía hermenéutica.

se encuentra presente en los propios discursos enfermeros, generando una contradicción de partida. Los vocablos *cure* y *care*, denotan actividades distintas, intentan sintetizar la labor de las enfermeras y de los médicos. Aunque en la literatura se asigna el término *cure*, a la medicina y *care* a la enfermería, hemos comprobado que dentro de un mismo campo también se pueden distinguir entre *cure* y *care*.

La diferente valoración de ambos es conocida, mientras que *cure* ostenta un lugar privilegiado, *care* se encuentra en inferioridad de condiciones. ¿Qué predomina en la atención a las personas en estas situaciones, *cure* o *care*? A primera vista tiene mucho de *cure* y, ¿será ésta una de las razones por las que las enfermeras de urgencias y de emergencias gozan de buena prensa entre el resto de profesionales? Si realmente predomina el *cure* en las situaciones de urgencias, servicios donde parece vislumbrarse predominio de la técnica por encima de las relaciones, ¿será ésta una de la causa de la deshumanización de la asistencia?

La dicotomía entre el curar y cuidar se remonta históricamente al momento en el que los médicos decidieron sólo curar las enfermedades y descuidaron la atención de la personas, delegándose en las enfermeras esta actividad.

Fernando Savater lo refleja de la siguiente forma: “(...) *El médico interviene para curar, aparece y desaparece con algo de superioridad dramática sobre el paciente: pero la enfermera sigue a mano hora tras hora, lidiando las quejas, aliviando con una sábana limpia o una almohada fresca el lento arrastrarse de la duración del dolor, lo que más nos escandaliza de él. El acierto del médico nos puede salvar la vida, pero el humanismo de la enfermera nos conserva lo dignamente humano de nuestra vida durante los padecimientos: nos ayuda a ser compatibles con nuestro dolor. Ambas cosas son vitalmente importantes*”. (Savater, 1995).

¹⁴⁰ Destacar el capítulo del libro *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*, donde Marijo Valderrama traduce y revisa un trabajo de Francine Saillant titulado *Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de caring*, donde se explora este concepto desde diversas perspectivas como el objeto, las definiciones, los tipos, los medios, las significaciones y las finalidades del caring.

Analizando ambos conceptos en el campo de la enfermería de urgencias y emergencias, si decimos que el *care* responde a la sabiduría técnica y el *care* a aquellas actividades de acompañamiento, vemos que la enfermera en la práctica de urgencias tiene un porcentaje de técnicas muy elevado en su actividad diaria, lo que la constituiría, a priori, en una enfermera muy instrumental y, de hecho, la informante con la que iniciamos este recorrido así no los comenta. Pero qué ocurre cuando la enfermera que también desarrolla su actividad en un servicio de urgencias, piensa y dice lo siguiente:

“(...)La actividad de cuidar es poder desarrollar, entre dos personas, una relación en que la otra personas se sienta cuidada por ti, tenga confianza, se sienta bien y a la vez, si tiene algún problema físico, se pueda solucionar sin que se perjudique en nada así como acompañarle a nivel psíquico...” Enf4(2)

Aparece la otra dimensión que comentábamos al inicio, la dimensión actitudinal. Esta dimensión es a la que daría respuesta el *care* y que, a nuestro modo de ver, es lo que Watson denomina *caring*. Saillant lo define de la siguiente forma *“(...) el concepto de caring representa para el care lo que la cultura para el hecho social: parafraseando a Bateson, digamos que el caring sería la ecología de la esencia del care. Si el care es una práctica, el caring será la esencia en la que la practica del care se concreta (...)”* (Saillant 2009; 191).

Según esta autora, el abordaje del *caring* se ha realizado desde los años setenta y desde tres modelos interpretativos diferentes: *“el modelo culturalista/evolucionista (Leininger. El caring como practica cultural ligada a la supervivencia); el modelo humanista/existencialista/fenomenológico (Benner, Gaut, Watson: el caring como modelo de ser) y el modelo feminista (Finch, Noddings, Tronto: el caring como problemática de género y producto de las relaciones sociales entre los sexos)”* (Saillant 2009: 206).

En el marco de nuestro trabajo aparecen elementos de los tres modelos como podremos comprobar, aunque el tercero es el que menos aflora y se encuentra invisibilizado por la propia práctica, pese a que siguen siendo mayoritariamente mujeres, las enfermeras no incluyen en sus discursos lo que la feministas defienden

en cuento a la explotación, aunque sí aparecen quejas sobre la invisibilidad de las mismas, así como sobre su alienación bajo otras profesiones.

5.3. Modelos interpretativos del cuidar

5.3.1. El modelo humanista/existencialista/fenomenológico

Desde la perspectiva de Watson, se puede definir como aquellas actitudes que tiene el profesional cuando se encuentre frente a la persona enferma, yendo mucho más allá de una lista de tareas que la enfermera puede realizar. Pone énfasis en la importancia de las técnicas de comunicación, en el uso de las mismas para acompañar, reconfortar, ayudar a expresar los sentimientos, así como a buscar significados de las experiencias como elementos claves para el cuidado.

Las intervenciones que realiza una enfermera es lo que Watson (1985) denomina *Carative Factors*, que se ha traducido de múltiples formas pero que nosotros adoptaremos la de Factores de Cuidado. Estos últimos los apuntábamos en un capítulo anterior. En el año 2000, la autora presentó una serie de concreciones para ayudar a la implementación de los mismos en la práctica y de este modo acercar la teoría a la praxis.¹⁴¹ Los denominó *Clinical Caritas Processes* y aunque siguen siendo los anteriores los que proporcionan el marco de referencia teórico, podríamos decir que los segundos dan respuesta a como se podrían llevar a cabo. En la siguiente tabla se encuentran ambos relacionados entre sí.

Carative Factor	Clinical Caritas Processes
1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.	1. Práctica afectuosa, amable y ecuánime dentro del contexto del cuidado consciente.

¹⁴¹ Se puede consultar la información referente a esta evolución, en la página web de la Dra. Watson, donde presenta todo el material útil para adentrarse en sus planteamientos. La URL es: http://www.nursing.ucdenver.edu/faculty/jw_evolution.htm

2. Tener en cuenta y sostener el sistema de creencias y fomentar la esperanza.	2. Presencia auténtica que permita y contemple el sistema profundo de creencias y el mundo subjetivo del cuidador y de la persona cuidada.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.	3. Cultivo de las prácticas espirituales y transpersonales yendo más allá de uno mismo.
4. Desarrollar una relación de cuidados humanos, de ayuda y confianza.	4. Desarrollo y mantenimiento de una relación de ayuda y confianza, estableciendo una relación auténtica de cuidado.
5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.	5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Usar procesos creativos para la solución de problemas.	6. Uso sistemático de un proceso creativo de caring que fomente la sanación humanitaria.
7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.	7. Adquirir experiencia en el proceso enseñanza-aprendizaje en la relación con las personas.
8. Crear un entorno de apoyo, protección mental, físico, social y espiritual corrector y/o de apoyo.	8. Proveer de un entorno de soporte y protección a nivel mental, físico, social y espiritual, potenciando el confort, la dignidad y la paz.
9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.	9. Administrar cuidados fundamentales contemplando el cuerpo, la mente y el espíritu.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales.	10. Permitir verbalizar la dimensión existencialista de la propia vida y muerte, ofreciendo cuidados espirituales (alma).

Tabla 8: Carative factors y Clinical Caritas Processes

Shön (1992) ha realizado gran parte de sus trabajos con el fin de conceptualizar la naturaleza del saber enfermero desde la práctica, lo que se ha venido a denominar práctica reflexiva o la ciencia práctica. El principio básico que orienta la acción es la capacidad que tienen los profesionales de comprender las situaciones en toda su globalidad, sustentándose en el conocimiento práctico, lo que lleva a las enfermeras a obviar en muchas ocasiones el conocimiento epistemológico acerca del saber enfermero y en otras, a realizar una mezcla tanto de unos como de otros.

Medina y Castillo (2006), nos dicen que el conocimiento profesional que hasta ahora ha dominado y domina en enfermería se inspira en la doctrina racionalista, sin embargo en la actualidad se empieza a aceptar un pluralismo epistemológico acerca del saber enfermero. Los trabajos antropológicos de Leininger y el uso que de la fenomenología existencial ha hecho Watson, los trabajos de Benner sobre el

conocimiento práctico o las aportaciones de Carper entre otras, ayudan a construir nuevas formas de conocimiento, que son necesarias para la enfermería, de modo que puedan englobar todas aquellas cuestiones que dan sentido a la actividad de cuidar. A continuación, una informante nos representa ese modo de ver la gran variabilidad de aspectos a tener en cuenta;

“(...) la actividad de cuidar tiene un cúmulo de actividades, por ejemplo la técnica y las actitudes a la hora de trabajar. Se tiene que tener en cuenta muchas cosas, no debemos olvidar que estamos tratando con personas, que no son objetos. Hay que tener en cuenta muchos aspectos, la edad del enfermo, la patología que padece, la familia, su condición social, sus circunstancias... un montón de cosas que creo que son el cuidar. Hay que tener en cuentas todas esas cosas, en vista a que el enfermo tenga una mejor calidad en los cuidados(...)” Enf5(2)

En la misma línea argumentativa, encontramos que otra informante dota de contenido el término y nos define que cuidar es:

“(...)dar apoyo a las personas que necesitan cuando vienen aquí, y puede ser de muchos tipos. Pasa por un consejo o realizar técnicas que tú ya conoces (refiriéndose a la entrevistadora). Para mi cuidar a una persona es intentar que sea lo más independiente posible, demostrarle y que vea que puede hacer las cosas por si misma y lo que no “pues ya estamos nosotros”(...) Enf11(1)

206

Contextualizando el cuidar en la práctica de urgencias y emergencias, algunos profesionales consideran que está modificada por la inmediatez o por la falta de tiempo, así como por el tipo de intervenciones que se realizan, mucho más cercanas a una corriente positivista intervenida por la tecnología. Nos lo relatan de la siguiente forma:

“(...) la actividad de cuidar en el ámbito de las urgencias y de las emergencias se ha transformado en una actividad muy corta, en esos momentos sólo te ocupas de necesidades vitales, entonces no sé si eso es cuidar, porque el cuidado parece una cosa más larga, prolongada en el tiempo (...)” Enf6(1)

5.3.2. El modelo culturalista/evolucionista

Madeleine Leininger es pionera en el uso del concepto de cuidado transcultural, donde destaca que los cuidados deben ser culturalmente congruentes, sensibles y competentes para las personas de las diferentes culturas, tomando el concepto de cultura de la antropología que define como: *“los valores, las creencias, las normas y los modos de vivir compartidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, las decisiones y las acciones de un grupo de manera específica”* (Leininger 1991:47), e implementándolo en la definición de cuidado. Así construye un nuevo concepto, el de cuidado cultural, que emerge en cada grupo y por el que entiende identificar las creencias, significados, valores, símbolos y prácticas culturales del cuidado para individuos o grupos, dentro de una perspectiva holística que incluye factores como cosmovisión, experiencias vitales, contexto ambiental, etnohistoria, así como la estructura social, con el fin de elaborar un mapa donde queden reflejadas las necesidades reales de cuidado.

Leininger apunta tres modos de actuación para poner en la práctica el cuidado cultural mediante la preservación o sostén, la acomodación o la negociación y, por último, la reorientación o la reestructuración.

Los cuidados de preservación o de sostén son los que responden a aquellas acciones y decisiones que llevan a cabo los profesionales para ayudar a conservar y/o consolidar valores de cuidados que influyen en el bienestar y la recuperación de las personas en un contexto cultural concreto.

En esta línea, las enfermeras deben considerar que el punto de partida es el respeto por las creencias y valores en los diferentes marcos culturales en los cuales las personas se desarrollan. Para este fin, autoras como Bacote-Campinha (1999) han desarrollado instrumentos que facilitan esta labor, así como un modelo conceptual basado en intervenciones eficientes y culturalmente competentes. *“Este modelo define como competencia cultural el proceso por el cual el proveedor de salud, continuamente, lucha por alcanzar la habilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de un cliente, una familia o una comunidad. Este proceso, según Campinha-Bacote, requiere que los proveedores de salud se perciban como*

llegando a ser culturalmente competentes, más que ser culturalmente competentes” (Ibarra y González, 2006).

Los cuidados de acomodación o de negociación responden a aquellas acciones y decisiones que ayudan a las personas, en una determinada cultura, a adaptarse o negociar aquellos valores y prácticas que pueden ser beneficiosos para mejorar su estado de salud en cualquiera de sus dimensiones o a enfrentarse a la muerte y, por último, reorientar los valores, creencias y prácticas o reestructurarlos para que puedan ser útiles en el proceso salud-enfermedad.

La siguiente aportación hace hincapié en la importancia de construir las relaciones de cuidados en base al respeto de las creencias y valores:

“(...) para mí es fundamental el respeto por el enfermo, respetar su forma de ser y estar, sus decisiones y sus determinaciones, aunque luego puedas ayudarle a cambiar de opinión o a ver las cosas desde otro punto de vista. Para mi, es fundamental el respeto en todas sus dimensiones, de forma que pueda potenciar la autonomía, porque cuanto más implicado se sienta en su proceso más podrá decidir y más argumentos tendrá para resolver los problemas y si necesita ayuda, que sepa donde pedirla. Los enfermos los convertimos en muy dependientes y su capacidad de autonomía se ve disminuida, por lo que tenemos que ayudarles reforzando en lo que ellos creen. Yo pienso que es fundamental”
Enf5(2)

208

Posteriormente, otros autores han contribuido al desarrollo de un corpus cada vez más amplio para el desarrollo de un enfermería transcultural y partiendo en muchas ocasiones de las tesis de Leininger, han desarrollado diferentes modelos y teorías de cuidado de corte transcultural, como es el caso de los de Trypp-Reimer y col.(1984), Spector(1996), Purnell y Paulanca (1998), Campinha-Bacote(1999), Ginger y Davidhizard (1999) o Pacquiao(2003).

La definición de cuidado desde esta perspectiva responde a un fenómeno que alberga dos dimensiones, una genérica¹⁴² y otra profesional. Leininger explica que en la dimensión del cuidado profesional la cultura influye de forma que los elementos

¹⁴² En apartados anteriores ya comentamos esta dimensión del cuidado, refiriéndose al cuidado aprendido culturalmente a lo largo de la historia. Denominado por otras autoras como cuidado natural que dista del profesional en aspectos epistemológicos e instrumentales.

como “(...) *saberes y acciones de reconocida eficacia -son- utilizados en la asistencia a individuos o comunidades.*” (Medina 1998:42). Cuando la enfermera proporciona estos cuidados, lo hace de forma intencionada basándose en un conjunto de saberes que a priori son considerados como formales, pero que son de difícil objetivación. La dimensión genérica, por su parte, responde a las representaciones de asistencia y soporte a los otros para el desarrollo de sus vidas, sin incluir unas destrezas distintivas y ni complejidad en las mismas. En este sentido, el término precisa de concreción, a fin de buscar y describir cual es la contribución que hacen las enfermeras a través del cuidado. Y para ello elaboró el modelo conocido mundialmente por el modelo del sol naciente¹⁴³, que representa a la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad, que esquematiza en el siguiente diagrama:

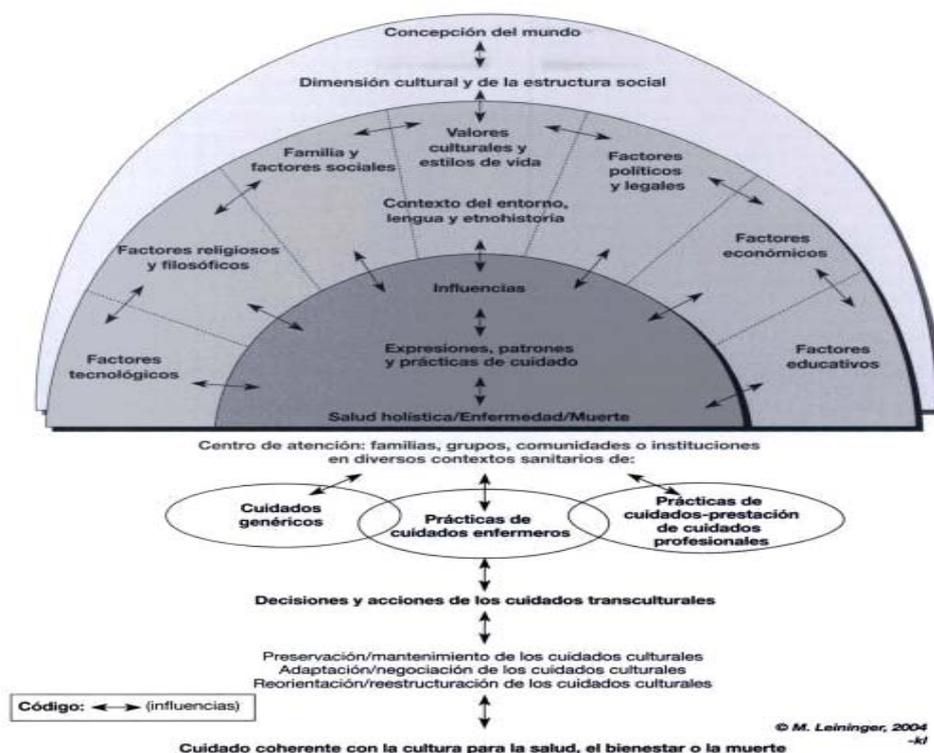


Ilustración 5: modelo del sol naciente

(Fuente: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5200/1/CC_04_07.pdf)

¹⁴³ La autora Cecilia Rohrbach-Viadas, realiza una interpretación del modelo en su artículo Cuidar es antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad de la humanidad, que creemos es de las más clarificadoras, ya que muchos autores lo han realizado pero, a nuestro modo de ver, sin tanto éxito.

Es cierto que en los último años hemos podido comprobar que han aumentado los trabajos de investigación en esta línea, pero podemos concretar que en la realidad práctica los resultados son mucho menores y, pese a que las enfermeras demuestran interés por estos aspectos y lo verbalizan, el hospital no está en esta sintonía y las iniciativas que se llevan a cabo suelen ser tan concretas, y esporádicas, que pueden partir de actitudes particulares y en la gran mayoría de ocasiones están relacionas con temas como la religión, como nos explican a continuación:

“Recuerdo hace un año una chica ingresada por una hemorragia digestiva espontánea (ella tenia una enfermedad hematológica de base), ella era testigo de Jehová. Tenia una carta donde ponía explícitamente que en el caso de que le ocurriera alguna cosa, no se le transfundiera. Este caso planteó muchas conversaciones en el servicio, de que hasta qué punto era legal el que pudiera llegar el momento de necesitar la transfusión y no administrársela. Los padres apoyaban a la chica, pero eran los profesionales los que planteaban el desacuerdo a esta postura“. Enf2(6)

En el desarrollo de la entrevista nos informan de que no hizo falta transfundirla, por lo que el discurso de los profesionales es que se respetaron sus creencias y sus valores personales, pero nos preguntamos ¿qué hubiera sido de esta situación si los médicos hubieran valorado que era necesaria la transfusión?, ¿la actuación hubiera sido la misma?

Otros temas que apuntan suelen estar relacionados con la permisividad de dejarles algunos elementos que les reconfortan espiritualmente como pueden ser medallas, imágenes, amuletos... Habitualmente los profesionales suelen acceder a estas peticiones, pero cuando la persona no puede realizarlas por si misma, bien porque entra en el servicio de urgencias con un nivel de conciencia alterado o porque el profesional no es sensible a estos aspectos, suelen retirar todos los objetos que les acompañan en su vida cotidiana. En consecuencia, se puede concluir que, si bien es cierto que teóricamente se asume la importancia de estos aspectos, no siempre se llevan a cabo intervenciones dirigidas a promover y proteger estas necesidades. Tampoco hay que desvalorizar la sensibilidad demostrada por algunos profesionales, como hemos podido comprobar durante el trabajo de campo.

5.3.3. El modelo feminista

Este modelo¹⁴⁴ suele ser asociado a la ética del cuidado, pero este es un grave error cometido por innumerables autores, ya que no todas las éticas feministas se sustentan en la ética del cuidado. Incluso autoras como Sichel(1991), se cuestionan que esta sea feminista y quizás sea sólo una ética femenina, pero Tong(1997), no comparte esta interpretación, diciendo que pese a que sea femenina no descuida aspectos relacionados con las desigualdades que sufren las mujeres.

Como comentamos anteriormente, Noddings y Gilligan iniciarían este camino dando cabida a nuevas perspectivas interpretativas de las relaciones entre las personas y de las respuestas frente a los aspectos morales que de ellas se derivan.

Según Ferrer y Álvarez, “(...) *Rosemary Tong sostiene que las éticas feministas pueden clasificarse en dos grandes grupos: las éticas centradas en el cuidado y las éticas centradas en el poder. Las éticas centradas en el cuidado, como la de Noddings, se interesan por rehabilitar y recuperar los valores tradicionalmente asociados con lo femenino, como la simpatía, la compasión o la nutrición. Mientras tanto, las éticas centradas en el poder se imponen como primer objetivo la modificación de los sistemas y estructuras que contribuyen a la opresión de las mujeres en la sociedad*” (Ferrer y Álvarez 2003, 286)

Parece ser que no hay unanimidad en estos modelos feministas, habiendo tantos como autoras escriben y reflexionan en torno a la bioética. El común denominador podríamos encontrarlo en que analizan la problemática que se plantea desde una perspectiva de género y, sobre todo, desde el papel subordinado que tiene

¹⁴⁴ Señalo el trabajo realizado por un grupo importante de investigadoras en este campo, donde destacan autoras como Sharwin (1991, 1998), Holmes y col. (1992), Wolf (1996) Donchin y Purdy (1998), Tong(2000), entre otras. En las siguiente URL: <http://www.fabnet.org> se reúnen a nivel internacional todas aquellas autoras feministas que trabajan en el ámbito de la bioética y donde se destaca la publicación que llevan a cabo titulada *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. López de la Vieja, Velayos, Marsico, Luna o Salles, son algunas de las autoras de lengua castellana que trabajan desde esta perspectiva de la bioética feminista, independientemente de si lo hacen desde la éticas del cuidado o desde éticas del poder.

la mujer en las diferentes sociedades, pero no existe un marco de referencia filosófico que compartan desde todos los prismas feministas y que aborden los diferentes problemas de la clínica. Los autores anteriormente citados plantean que este armazón filosófico debería cumplir las siguientes características¹⁴⁵: que sea *ecléctico, autokoinómico, posicional y relacional*.

Veamos qué ocurre al respecto en el mundo de la práctica. Podremos ver diferentes situaciones y analizar si éstas responden al modelo de la ética del cuidado, no tanto del género en sí, aunque no podemos olvidar que la gran mayoría de informantes son mujeres.

“(...) me acuerdo de un señor que se estaba muriendo y estuve con él y con su mujer, todavía estaba la médico X, estuvimos los cuatro y el señor se murió con nosotros allí, al lado de él y de su mujer. Lo recuerdo como una de la sensaciones más_satisfactorias que he tenido. Me impactó tanto que desde entonces siempre que me ocurre, estoy al lado de las personas que se están muriendo. He dejado de hacer cosas a otras personas ante realidades como esta (...)” Enf4(6)

Aquí podemos destacar la importancia de la dimensión relacional por encima de otras, resaltando uno de los elementos positivos que se le han reconocido a la ética del cuidado: la sensibilidad ante las necesidades y la vulnerabilidad del otro, teniendo en cuenta su singularidad, e incorporando los sentimientos como el afecto o la compasión en la relación.

Esta es una de las razones por la que se encuentra una afinidad extrema de esta ética con la práctica de la enfermería, aunque como podemos vislumbrar no es específica de la misma y parece ser que, para autores como Kushe (1997) o Ferrer y

¹⁴⁵ Ferrer y Álvarez (2003) explican el significado de la siguiente forma:

1. Ecléctico: tendría que poder abarcar diferentes visiones políticas feministas simultáneamente
2. Autokoinomía: Se opone a la autonomía tal y como se ha entendido en bioética desde la perspectiva masculina construyendo un concepto donde el ser humano es autónomo a la vez que es relacional.
3. Posicional: se refiere a que el conocimiento de la verdad siempre es situacional y parcial.
4. Relacional: Se centran en las relaciones, indistintamente si se centran en el poder o lo realizan en el cuidado.

Álvarez (2003), podría llegar a ser peligrosa para los pacientes, debido al alto grado de arbitrariedad que las rodea. No sabemos si esto es realmente así. Si partimos de la premisa de que cada relación es única y que la ayuda que pueda realizar un médico o una enfermera a una persona en una situación concreta es irrepetible, ¿que necesidad tenemos de que esta sea universalizable?

“(...) hace unos años, tuve una niña de siete años, que su tío, sin querer, le pegó un tiro, estaba cazando y la niña parece que estaba detrás de un seto....durante la noche le conté cuentos y le hice sonreír. Después, cuando le dieron el alta del hospital, vino a verme, cuando venía a rehabilitación pasaba a verme, y seguía buscándome....me decía que le gustaba mucho, como siempre hago el payaso....” Enf10(8)

Ferrer y Alvaréz afirman que *“(...) en el gran hospital terciario la relación entre profesionales y pacientes se inscribe inevitablemente en el marco del encuentro entre extraños, al menos en la generalidad de los casos. En los encuentros entre extraños, es imprescindible recurrir a los valores del “imparcialismo”. Casos iguales deben recibir un trato igual (...).* (Ferrer y Alvaréz 2003, 284). A lo que nos preguntamos, ¿se puede repetir exactamente el caso anterior? ¿Cómo se puede actuar, siempre, de forma imparcial? ¿A todas las niñas que reciben un disparo, les gustará que le cuenten un cuento? O, ¿es que no hay que contar cuentos para tratar a todos de forma igualitaria?

Desde la clínica encontramos respuestas para todos los gustos, pero una mayoría importante de profesionales optan por estos modelos más relacionales, de hecho así se refleja en sus aportaciones. No por ello están exentos de críticas, y en especial aquellas autoras que han defendido un modelo de ética enfermera basada en la ética del cuidado. Una de las autoras más destacadas es Helga Kuhse, que no comparte algunas de las ideas que defiende en especial Noddings, ya que considera que estas responden a un modelo ético de “andar por casa” y que no puede ser aplicado a las globalidades en las que nos encontramos en la actualidad. Las éticas del cuidado resaltan la importancia de las relaciones y los sentimientos por encima de las normas imparciales, negando así, tal y como apuntan Ferrer y Álvarez, toda posibilidad de alcanzar una ética de mínimos que nos permita vivir y colaborar

pacíficamente en la comunidad de los extraños morales en la que nos ha tocado vivir en la postmodernidad.

Cortina (2007), distingue en el ámbito moral entre una ética de máximos y una ética de mínimos que da respuesta a unos mínimos normativos universalizables, que son posibles por la dimensión autónoma del sujeto y de los que se ocupan las éticas deontológicas de la justicia, mientras que los máximos se refieren a los proyectos biográficos de autorrealización. Tales máximos tienen por objeto las éticas de la felicidad, siempre que la felicidad no se entienda sólo como placer, sino en el amplio sentido humano de autorrealización. Así, pues, ambos niveles no tienen por qué ser excluyentes sino que se pueden sumar.

Desde la perspectiva clínica deberíamos avanzar en esta línea, ya que las éticas del cuidado podrían responder a la ética de máximos, que están en búsqueda de la felicidad entendida ésta como autorrealización. En los procesos asistenciales esta es una de la metas que se plantean los profesionales y las formas para poder conseguirlo serán a través de la relaciones que se establecen, aunque realmente las personas sean extraños morales, cuestión que comentaremos posteriormente ya que Noddings tiene una visión muy particular del extraño moral.

La siguiente aportación nos indica el grado de autorrealización que siente la informante, conseguida a través de una serie de acciones que podemos enmarcar en la ética del cuidado:

“(...) hace unos quince días, tenía en el box una enferma psiquiátrica, no requería ningún tratamiento médico, ni vías, ni medicación...era una señora que presentaba un síndrome psicótico y que había ingresado en urgencias la noche anterior, había pasado toda la noche allí. Tenía tres hijos, estaba pendiente de que la visitase el psiquiatra, estaba gritando, descompensada pérdida y no quería tomar la medicación que tomaba de base y los hijos estaban totalmente agobiados. Te puedo asegurar que estuve más de una hora con ella y con lo hijos. Los hijos estaban enfadados porque todavía, después de 12 horas no había pasado el psiquiatra. La señora estaba sentada en la camilla con el abrigo puesto, la señora solo quería que la desnudaran. Muchas veces, sólo por el hecho de etiquetarte de “loca” no escuchas, no haces caso y a lo mejor te explican de forma mucho más clara lo que necesitan y porque están allí, a veces más claro que los cuerdos. Estuve hablando con

ella, estuve hablando con los enfermos de alrededor, conseguí que se tranquilizara, conseguí que se tomara la medicación, conseguí que los hijos también se tranquilizaran, ocupe bastantes horas pero me sentí como nunca me había sentido antes (...)" Enf9(6)

Retomando el concepto de extraño moral, visto desde la bioética principalista y dominante, podríamos decir que no tiene cabida ya que pensar distinto al pensar dominante significa estar equivocado, por lo que sólo tiene viabilidad el monólogo bioético. Desde la antropología y más concretamente desde el abordaje de la diversidad cultural, también existe este predominio, pues pese a que siempre se habla de dialogo entre las partes, el fin del mismo acostumbra a ser convertir al otro al pensamiento dominante, en esta caso de forma pacífica, pero convertirlo.

Nos gustaría pensar que el pluralismo ético y la diversidad tienen un espacio en las nuevas éticas clínicas, sean de medicina o de enfermería o ¿por qué no?, comunes a ambas. En este sentido, Ainslie (2002) defiende esta nueva concepción de una bioética mucho más aperturista y globalizada pero a la vez comprensiva y cotidiana. Considera que la bioética actual, tanto si es principalista como utilitarista, ignora los desacuerdos de los agentes morales con estas directrices, obviando las formas propias de corporeidad y relación con el entorno, que no tienen porque contestar a los cánones preestablecidos y no por eso son peores o fatales. Por lo tanto, el pluralismo ético no es sinónimo de relativismo ético, pese a que pueda parecer que el relativismo ético es mucho más tolerante y abierto consideramos que puede ser mucho menos constructivo, puesto que no requiere del dialogo y del consenso para avanzar y romper con posturas obsoletas y, en cambio, el pluralismo ético necesita del dialogo para resolver los conflictos que surjan de la práctica clínica y, sobre todo, que el extraño moral forme parte de ese proceso, siendo así reconocido. Este planteamiento difícilmente se puede sostener sólo desde una ética de la justicia, por lo que la ética del cuidado resulta imprescindible.

Lo resume de forma clara la siguiente afirmación: *"Antropologicamente hablando, la imposición de una bioética, llámese norteamericana, anglosajona o europea, llámese confucionista o budista o indígena mesoamericana, significa*

colonialismo y una falta crasa de respeto a la humanidad del otro, sin querer decir esto que los valores, principios o elementos de dicha moralidad no puedan ser correctos ni dejen de ser benéficos. A lo que obliga a la consideración de la otredad y el reconocimiento de que existen diferentes “racionalidades” que ofrecen elementos de reflexión ética dignos de ser tomados en cuenta. Esta pluralidad de vías debe ser, a mi parecer, un elemento esencial de la bioética”. (Viesca 2007: 25)

5.4. Otros modelos

5.4.1. Del cuidado tecnocrático al cuidado bioético

Palacios considera que la tecnología irrumpe en el mundo de la salud con diferentes representaciones, como saberes específicos, procedimientos técnicos, instrumentos y equipamientos utilizados en prácticas de salud. Hay que diferenciar tecnología de técnica, Banard y Sandelowski hacen una distinción entre ambas: “(...) *el concepto de técnica contiene al de tecnología, al asociar a esta última solamente como equipamiento, la máquina, el objeto. Mientras que la técnica se refiere a la formación de un sistema que comprende lo humano, las estructuras organizativas, políticas y económicas, las cuales se dirigen hacia la eficacia absoluta de métodos y medios en cada campo del esfuerzo humano (...)*” (Banard y Sandelowski en Palacios 2008; 4) Si aquella irrupción no se realiza en equilibrio con las relaciones nos puede permitir actuar sin tener que hablar prácticamente con las personas y volcarnos en un manejo de la tecnología impecable.

La tecnología se utiliza en muchas ocasiones como atrincheramiento para protegerse y defenderse del mundo de los pacientes y reafirmar el poder sobre el contrario, ya que cuidar, sólo cuidar, parece no ser lo suficientemente potente para mantener esta percepción de control. En este sentido, una de las informante nos relata el siguiente suceso que, pese a su extensión, creemos necesario transcribir casi íntegramente, puesto que hace visible lo que a los ojos de las personas externas a estas situaciones en muchas ocasiones es invisible porque se disfrazan de múltiples

formas, retratando algo que, como mínimo, ocurrió en esta ocasión. Este relato biográfico, responde a algunos aspectos de las últimas 48 horas de vida de Clara:

“Paciente de 33 años, que fue diagnosticada hace cinco años de tumoración frontotemporal izquierda con afectación del lóbulo de la ínsula polo temporal anterior, uncoamígdalas y parcialmente de núcleo lenticular y caudado, condicionando por el efecto masa, obliteración parcial del ventrículo lateral y la línea media así como compresión mesencefálica. La denominación del tumor es de oligodendroglioma.

Tras entrevista con la madre, nos explica que en la tarde anterior a la consulta al servicio de urgencias, la paciente presenta nauseas y vómitos que no se solventan en el domicilio por lo que consideran oportuno ir al servicio de urgencia.

A su llegada al servicio de urgencias, persisten las nauseas pero la chica se encuentra tranquila y contesta al interrogatorio médico aunque algo aturdida. Sus constantes vitales en ese momento se consideran dentro de un patrón de normalidad. La madre informa al médico que se presenta como responsable de la paciente, de que conocen el pronóstico de su hija y que la voluntad expresa de la misma es que no quiere que se realicen medidas extremas llegado el punto de no poder resolver la situación de forma más o menos normalizada. La madre les explica que hace cinco años que ella decidió que no quería someterse a ningún tipo de tratamiento, ni quirúrgico, ni farmacológico agresivo, por lo que no se ha realizado en ninguna ocasión quimioterapia, ni radioterapia, ni ninguna intervención quirúrgica, ya que les dijeron que el pronóstico era malo y la supervivencia no podría asegurar el aumento de la misma. Ella llega, sobre el medio día, al servicio y tras la sintomatología que presenta, le prescriben la realización de un TAC, donde se confirma el diagnóstico apuntado por la madre, con el agravante de que el

desplazamiento de la línea media es mayor, así como el edema cerebral que presenta y el tamaño tan grande del tumor. Cuando vuelve del TAC la chica inicia un descenso del estado de conciencia, así como rigidez en las extremidades y algunos movimientos espasmódicos que podrían ser clasificados como convulsivos.

Llegado este momento, aparece en escena otro médico, que decide sedar y relajar a la paciente para posteriormente intubarla y conectarla al un respirador e iniciar así ventilación mecánica asistida. También se coloca sondaje vesical, así como dos vías periféricas por las cuales se le está administrando drogas relajantes y sedantes. Tras la imposibilidad por parte del centro para asumir un paciente con ventilación mecánica, solicitan un traslado a una UCI mediante transporte medicalizado.

Cuando llega el equipo asistencial de emergencias para el traslado, habla con el médico responsable y al preguntarle por la intubación nos explica que ha sido otro facultativo el que ha decidido realizarla. Aparece en escena y tras preguntarle por esta decisión de intubación, la justifica por la edad tan joven de la paciente y porque si tratan el edema a lo mejor podría vivir seis meses más. El médico de emergencias apunta la voluntad de la chica de no hacer nada llegado este momento, y la médico le dice que para otra vez que lo deje por escrito y que si no le parece bien pues que se lo quite, que ella está allí para salvar vidas y con palabras textuales apunta “quien soy yo para quitarle el tubo ahora y por qué ha venido si no quería nada”

Cuando entramos en el box donde se encuentra la chica, la imagen es la de una madre y un padre, uno a cada lado de la camilla, acariciándole las manos. Nos reciben con mucha amabilidad, el padre no habla, la madre se dirige a nosotros y nos pregunta por el riesgo del traslado. Le comentamos que las posibilidades existen porque la

chica está en un situación crítica. Le explicamos por qué estamos allí y qué vamos a hacer. Ella nos insiste en que no hagamos nada más allá de lo que su hija no querría, nos explica la historia y entendemos la situación. Se acuerda con la familia el traslado y tras insistir en que la cuidemos mucho en el camino le tranquilizamos y se lo aseguramos. Se les informa de que el estado es muy crítico y que el traslado puede ser un desencadenante para el final y nos dicen que lo entienden, que lo que desean en todo caso es que les avisemos. Deciden venir detrás de nosotros con su vehículo y en el caso de que el desenlace ocurriese, les informaríamos.

Durante el traslado no suceda nada que pueda ser destacado y a la llegada al hospital receptor, encontramos a la madre que nos espera. De nuevo coge la mano de su hija y sube con nosotros en el ascensor y pregunta ¿con este tubo que le han puesto le van alargar la vida? No sabemos qué responderle y en ese momento la mujer toma conciencia de que donde va es una UCI, donde las máquinas, las alarmas, los sonidos... destacan en el silencio de la noche. Nos dice que por qué le han puesto el tubo sin que nadie les pregunte, eso no lo querría su hija. La doctora de la UCI y las enfermeras reciben a la madre con cordialidad y tras acomodarla en el box, le permiten estar con ella... nos despedimos de la madre y nos dice que lo único que quiere es permitir que su hija se marche con toda la dignidad que le ha caracterizado durante toda la enfermedad y confía en los médicos para que eso sea así.

Tras vivir esta situación, te da mucho para pensar, ¿no crees?. Med2

Es cierto que situaciones como estas dan mucho para pensar y reflexionar sobre lo que se hace en la clínica. Las cuestiones que surgen son muchas, pero una de las principales es cómo se puede llegar a ser realmente tan inhumanos y violentos bajo un antifaz de calidez y humanidad, como ha ocurrido en este caso. En esta situación, los padres confían plenamente en el buen hacer o dicho de otra forma, en la

buena praxis de los profesionales, así como en la capacidad humana de los mismos, haciéndolo tanto de forma explícita como implícita ¿Y qué se les ofrece? La respuesta, en este caso, es engaño y manipulación encubierta, cuando lo único que piden es cuidado.

En este caso, donde la familia facilita todo, es colaboradora, acepta las normas y lo único que solicita es continuar con un modo de tratamiento que han acordado reiteradamente con los diferentes equipos asistenciales, como neurólogos, oncólogos, médicos y enfermeras de atención primaria... y resulta que cuando llega a urgencias ¿qué ocurre? ¿Es más fácil intubar que cuidar? ¿Por qué se actúa de esta forma? ¿Cómo se puede engañar de forma tan sutil a las personas? ¿Cómo puede ser que cuando existe la posibilidad de poder ofrecer una atención humanizada, lo que se ofrece es violencia disfrazada de cordialidad y posibilidades de vida? ¿Dónde queda el derecho a elegir y a la autonomía? ¿Cómo un médico puede destruir la historia de vida de una persona por mantener su ego? Pero esto no es todo, ¿qué hizo el resto de profesionales ante esta situación? Tras preguntárselo al informante nos contesto:

“(...) callan y despistan como pueden. El enfermero, tras preguntarle contesto- Yo no me meto, no puede hacer nada -y el otro médico -, la ha intubado, que voy hacer. Otros que están por allí miran pero no se pronuncian (...).” Med2

220

La tecnificación enmascara en muchas ocasiones las deficiencias relacionales de los profesionales, se es muy bueno técnicamente, se dominan los protocolos, las intervenciones terapéuticas más agresivas, resaltando así la valía del profesional, pero no se es capaz de evitar que la atención en esta situación tenga que ser dualista, o intervenimos intensamente o pasamos al abandono. Claro está que el abandono terapéutico no es ético, pero ¿lo es el otro extremo?

La violencia que está presente en situaciones como estas es la que Bourdieu denomina violencia simbólica y como ya se apuntó anteriormente, ésta se transforma en deuda, por lo que la moneda de cambio es el agradecimiento, un sentimiento que tiene en este caso la familia respecto del considerado acto generoso de ofrecer seis meses de vida. Esta mezcla de simbolismo, refinamiento, extrañeza y complejidad

produce un gran beneficio a quien lleva a cabo el acto eufemístico, reforzando aún más la idea de que en su persona se encuentran unas capacidades casi sobrehumanas.

“La violencia simbólica es esa coerción que se instituye por mediación de una adhesión, que el dominado no puede evitar otorgar al dominante (y, por lo tanto, a la dominación) cuándo sólo dispone para pensarlo y pensarse o, mejor aun, para pensar su relación con él, de instrumentos de conocimiento que comparte con él y que, al no ser más que la forma incorporada de la estructura de la relación de dominación, hacen que ésta se presente como natural(...)”
(Bourdieu, 1999:224-5)

La violencia simbólica es una violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento. Es por ello que es aceptada socialmente, debido a que se asienta en creencias y que se perpetúa y reproduce en instancias de muy diversa naturaleza.

La tecnificación de los cuidados es cuestionada constantemente por algunas enfermeras y de hecho afirman que ésta ha modificado la actividad de cuidar. Se considera que la tecnología deshumaniza la asistencia. Pero nos podemos cuestionar esta afirmación: ¿realmente lo que deshumaniza la asistencia es la tecnología? O por el contrario, ¿será el uso de la misma? O la influencia de modelos conceptuales biólogos y tecnocráticos en las prácticas, lo que lo permite unas representaciones y unas prácticas concretas, que a la luz del humanismo están deshumanizadas.

“(...) en momentos de caos puede ser que sí, pero lo que yo creo es que hay situaciones que no son humanas, que es una cosa diferente. No podría venir a trabajar sabiendo que es un servicio deshumanizado. Una ventaja de este servicio al respecto es que donde acabo yo, empieza otro profesional y lo que estropeo yo, otro lo puede arreglar y al revés, con lo que la deshumanización, si se quiere, es difícil que ocurra, pero si que hay hechos puntuales que son criticables. Por ejemplo, ayer, una familia estuvo doce horas sin saber nada de su familiar que había sufrido un accidente, le operaron, lo ingresaron en la UCI y la familia ni se enteró, nadie les llamó, nadie les dijo nada, esto es muy fuerte (...) si esto ha pasado quiere decir que otras veces también pasa, como el hecho de tener que dar de comer a una persona en la boca porque solo no puede y

como todo el mundo esta ocupado, se queda sin comer. Estos son actos inhumanos que pasan pero cuando te das cuenta que han pasado te sientes mal y te da pena, e intentas que no vuelva a pasar pero es difícil (...)" Enf7(16-17)

La tecnología hospitalaria, por si misma, no es ni positiva ni negativa, en todo caso obtiene forma moral cuando es utilizada por unas personas en otras personas. Diferentes autores han profundizado en el análisis del significado del cuidado humanizado "*(...) según J. Howard los rasgos de un cuidado humanizado son: el reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo ser humano, la identificación de cada persona como un ser único, el reconocimiento de sus diversas dimensiones, es decir su dimensión holística, lo que implica el abandono de posturas reduccionistas(...)"* (Escuredo 2003; 167). Cuestiones que se hacen realmente difíciles para nuestras informantes, ya que ellas refieren constantemente que la masificación de los servicios, como la sobrecarga de trabajo que tienen, les lleva a situaciones donde lo que prevalece es una percepción determinada del significado de cuidado humanizado.

222

El término humano invita a la reflexión sobre el valor intrínseco que tiene una persona como individuo, independientemente de todos los roles que éste pueda desempeñar, es una unidad integral que se incorpora, en un momento de su vida en una estructura totalizadora como es el servicio de urgencias de un hospital.

Los hospitales están diseñados para que funcionen como un todo y no incorporan en sus mecanismos la posibilidad de la construcción de relaciones individualizadas, en función de las necesidades que presente la persona en ese momento. Dependerá de la voluntad de los profesionales para que la relación que se establezca entre ambos abarque alguna cuestión más que las estrictamente biológicas.

Hospital y Guallart (2004), definen unos factores determinados que consideran, influyen directamente en la deshumanización de la atención. Estos son: aspectos estructurales y de organización, procesos burocráticos de ingreso hospitalario, la cultura del trabajo, los profesionales, los valores técnico-científicos predominantes, la escasez de recursos y los aspectos socio-culturales.

Algunos de estos aspectos quedan claramente apuntados en las intervenciones siguientes:

“(...) Yo no diría que los servicios de urgencias están deshumanizados, yo diría que como se tiende a la masificación esto provoca en ocasiones que se den situaciones deshumanizadas, pero no siempre esto es así, o por lo menos así lo creo. Este trabajo entendido en números finales deja a los profesionales muy poco espacio en el tiempo, porque la humanización solo requiere tiempo y no grandes tecnologías. Hoy en día, es el bien máspreciado para ofrecer a la gente, pero resulta que no tenemos y ellos es lo que más demandan. Por lo menos darles la oportunidad de expresarse -”Hace un mes que me duele..”, -”Un mes no, que le duele ahora, por qué ha venido...” esto es deshumanización (...)” Enf11(6)

“(...) creo que depende de la demanda y de la presión asistencial tan grande que hay en los servicios de urgencias. Esto provoca que las relaciones que se puedan crear entre el paciente y el profesional se transforma en un hecho burocrático y la deshumanización es un resultado más, que se deriva del trato individual con los pacientes.” Enf13(7)

La tecnocracia predomina por encima de todas las formas de control, de hecho los usuarios son técnico-dependientes, ya que en muchas ocasiones buscan en la misma la solución a todos sus problemas de salud. Ellos buscan la forma de acceder a la alta tecnología, o la tecnología más avanzada para resolver sus problemas y sustentan la fe en ella. *“El dominio de la naturaleza al generalizarse se convierte, en el propio sentido del término, en dominio técnico del sujeto. La estructura de la acción del progreso (y en este caso en biomedicina) por su normalidad, causa un transformación silenciosa de las condiciones de vida sociales”* (Beck 1998; 261-2), creando una dependencia de la técnica que forma parte de la vida de las personas.

Muchas personas tienen la creencia de que a través de la técnica se pueden resolver todos los problemas que surgen en la salud y piensan que urgencias es el lugar donde encontrarán la solución a sus problemas. De hecho, idealizan los servicios

altamente tecnificados porque creen ver que en ellos se encuentra la panacea de la medicina.¹⁴⁶

El servicio de urgencias se convierte en la puerta de entrada al templo de la medicina y poder traspasarlo es su objetivo.

“(...) muchos enfermos tienen la percepción de que el servicio de urgencias es una traba que tienen que pasar, es una criba y cada uno se las apaña como puede. Ellos vienen aquí con una demanda, resulta que lo trían y lo dejan esperando, “malamente”, ya no vamos bien. Cuando lo que buscan es estar dentro, que lo ingresen y que en una semana les resuelvan todos los problemas que arrastra y que no ha podido resolver por otras vías. Hay gente que sabe como funciona el sistema y articulan formas para saltarse todas las normas” Enf11(6)

Las nociones¹⁴⁷ de enfermedad, de urgencia o de emergencia en la resolución de los problemas de salud, pueden ser muy distintas, ya que cada actor lo construye de forma distinta, donde pacientes y profesionales, cada uno por su parte lo dotan de contenidos diferentes. Ellos elaboran de forma independiente los planes para resolver los problemas donde el diseño, como el uso de recursos, es en muchas ocasiones diametralmente opuesto.

Como ya se dijo en su momento, los servicios de urgencias prestan asistencia 24 horas al día durante todos los días del año, dando respuesta a las situaciones que se les plantean a los pacientes y que quieren resolver de forma rápida, bien porque no han podido resolverlas utilizando otras vías o bien porque esta es la forma de acceder al mundo de las soluciones médicas. La búsqueda de un camino para encontrar

¹⁴⁶ Eduardo Menéndez sostiene que la medicina genera eficacia simbólica, en el sentido que la definió Lévi-Strauss, a través de las expectativas que levanta la esperanza en un progreso indefinido (de su lección magistral en el acto de investidura como Doctor Honoris Causa por la Universitat Rovira i Virgili (21 de mayo de 2009)

¹⁴⁷ El explorar estas nociones sería el punto de partida para hablar el mismo lenguaje y de este modo poder diseñar nuevos modelos asistenciales para implementar en la práctica y dejar de lado posiciones tan rígidas como las actuales. Desde la Organización Mundial de la Salud se considera urgencia a toda situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiere una atención médica inmediata. En la actualidad, y desde la biomedicina, se ha criticado esta definición por la carga de subjetividad que puede llevar implícita, por lo que prefieren hablar de urgencia objetiva, como aquella situación donde el personal médico identifica una situación de riesgo para la salud o la vida de la persona.

soluciones a los problemas de salud, por razones diversas pasa a menudo por las urgencias hospitalarias¹⁴⁸. Los siguientes informantes nos comentan que los motivos que provocan tanta demanda pueden ser muy variados pero, en términos generales, destacan la inmediatez “relativa” para resolver sus problemas y el fracaso de otras vías:

“Son personas que piden ayudan, en muchos casos justificada porque es donde podemos darle soluciones. También hay personas que buscan soluciones a sus problemas que nadie ha resuelto y les queda como último recurso venir aquí. También porque si vienen aquí saben que se lo resolverán todo con mayor rapidez y sin tener que esperar y sin tener que ir y venir de aquí para allá continuamente. Hay de todo, muchas veces la asistencia primaria no da la respuesta que la gente espera y por lo tanto aumenta la demanda en el servicio, por fallo de otros circuitos...” Enf13(3)

Otro informante lo siente de la siguiente forma:

“...la gente percibe el hospital como un sitio más seguro, donde hay muchos medios, tienen radiografías, analíticas (...) aunque ven más follón sienten mayor seguridad(...) pese a que los servicios de urgencias han sido despreciados por los gestores y los propios profesionales, ya que siempre han sido la puerta de atrás, donde los médicos que trabajan son los que no tienen status dentro del hospital y tienen que hacer puertas. Yo creo que es la cara del hospital y no el culo y deberían cuidarlo un poco más...” Med3(2)

Las urgencias siguen siendo una atracción estrella para resolver los problemas de salud por razones como la facilidad de acceso a cualquier hora y cualquier día, el acceso a las pruebas, la relativa rapidez, la especialización, la tecnología, el tiempo...

“Los datos del Ministerio de Sanidad sobre la lista de espera en 2007 parecen darle la razón. La media nacional para ver a un médico especialista por una primera consulta era de 53 días, plazo que aún era superior para la gran mayoría de pruebas diagnósticas. La espera media para ser operado alcanzó el

¹⁴⁸ sería muy interesante explorar los motivos que llevan a las personas a construir un itinerario donde se incluye la demanda a este tipo de servicios, desde una perspectiva de la persona que la realiza y no desde la perspectiva biomédica, centrada en el tipo de patología que presentan y del que existen muchas publicaciones al respecto.

año pasado los 70 días. "Es evidente que las urgencias de los hospitales son incómodas y que hay que esperar muchas horas. Pasas un día complicado, pero ¿qué es eso al lado de esos plazos de espera?" (Guell, 2008). Frente a esta realidad podríamos plantearnos algunas cuestiones tan diversas como el funcionamiento del sistema o la influencia que puede ejercer la cultura de la inmediatez en la búsqueda de salud en la sociedad actual.

Tal como afirman Kleinman (1980), Littlewood (1991) o Lock (2001), los itinerarios terapéuticos adquieren significación, cuando se relacionan con las prácticas médicas en contextos culturales concretos, dotándolos entonces de ese significado que los convierte en formas de expresión.

Los itinerarios terapéuticos son construidos por las personas a través de diferentes prácticas, considerando que éstas son las más adecuadas y no otras, para resolver sus problemas de salud, entre el abanico de distintas posibilidades. Tal y como concluye Kleinman(1980), un itinerario terapéutico puede ser definido como una secuencia de actividades entre las que las personas escogen aquellas que les ayuden a solucionar sus problemas, constituyéndose así un panorama de los recursos sociales, culturales y materiales que están a disposición de la sociedad.

5.5. La fragmentación del cuerpo

Damasio plantea de la siguiente forma uno de los errores más importantes cometido por Descartes: "*(...)la separación abismal entre el cuerpo y la mente, entre el material del que está hecho el cuerpo, medible, dimensionable, operado mecánicamente, infinitamente divisible, por un lado, y la esencia de la mente, que no se puede medir, no tiene dimensiones, es asimétrica, no divisible; la sugerencia de que el razonamiento, y el juicio moral, y el sufrimiento que proviene del dolor físico o de la conmoción emocional pueden existir separados del cuerpo. Más específicamente, que las operaciones refinadas de la mente están separadas de la estructura y funcionamiento de un organismo biológico*". (Damasio, 1994:230). Esto nos lleva a una realidad concreta, la fragmentación del cuerpo.

El mirar al sujeto como un aparato estropeado, que está compuesto por diferentes piezas y que cada técnico de la pieza determinada aparecerá en el escenario cuando sea requerido, es la sensación que da a vista de pájaro un paciente, que atendido en un servicio de urgencias, se convierte en sí mismo en lo que Bourdieu apuntaba como un campo de batalla dentro de otro campo de batalla, donde se libran encuentros para ver quien mantiene el poder, en función de las partes lesionadas.

Este campo de batalla convoca a todos aquellos que tengan algo que decir sobre la parte que le corresponda sin llegar a escuchar a la persona que acoge a todas las partes. La persona se puede llegar a convertir en una máquina, que autores como Haraway (1995) han denominado cyborgs, donde la mecanización del cuerpo libera a los profesionales de cualquier sentimiento hacia la persona que habita ese cuerpo, convirtiéndose en el cólico nefrítico, la pierna catastrófica del 5 o la disnea del pasillo.

Históricamente, este modelo deriva del “(...) *modelo mecanicista de la realidad que fue heredado de la revolución científica en Europa. Como Caroline Merchant demuestra en su libro The death of nature (1983), durante el siglo XVII, cuando la sociedad occidental experimentaba una rápida expansión comercial, la máquina reemplazaba al organismo como una subyacente metáfora para la organización del universo humano (...)*” Davis Floyd y St.John 2004:27).

En el ámbito de las emergencias esto no ocurre de forma tan clara, ya que la soledad de los médicos, de las enfermeras y de los técnicos sanitarios frente al que ha sufrido el accidente de tráfico o el que se ha precipitado desde una gran altura, no permite esa tensión de la batalla entre pares. Ya sea porque cada uno desempeña su rol, sin posibilidad de competir con los demás por una parte del organismo maltrecho, por la necesidad de sentirse apoyados, por el estado de extrema vulnerabilidad en el que se encuentra el herido o bien porque los profesionales se protegen entre ellos, ya que se sienten mucho más vulnerables que entre las paredes de una institución, donde las normas de acceso son un mecanismo de control y de protección de los propios profesionales, nos transmiten una percepción del hombre herido de una forma mucho más global.

Las enfermeras sienten que deben mediar entre la institución y los médicos. Piensan que parte de sus funciones es poner en marcha mecanismos reguladores para que la práctica asistencial sea más humanizada, *“la propia esencia de la profesión enfermera lleva consigo unidos en el mismo plano los conocimientos basados en la ciencia con la acción humanística, ya que concibe al enfermo como ente totalizador, en sus aspectos físicos, psíquicos, sociales culturales y religiosos”*. (Hospital y Gallart 2004: 53).

“(...) la enfermera está en el medio y a veces otros profesionales dicen alguna cosa que es la menos indicada en ese momento y te toca hacer de mediador, porque resulta que las cosas se están poniendo la mar de calientes... el papel de la enfermera es mediar entre el enfermo, la familia, otros profesionales y la propia institución (...)” Enf11(12)

Ray(1998), tras su trabajo de campo, concluiría que la definición de cuidado se sustenta especialmente en el contexto estudiado, variando las dimensiones dominantes en función de las áreas de práctica y cambiando por tanto el significado del mismo. Esta autora desarrollaría una teoría de enfermería poco difundida en nuestro país como es la Teoría de la Atención Burocrática, donde la combinación del humanismo y la tecnología está en constante evolución. Ella plantea que pese a que estas unidades son altamente tecnológicas, las enfermeras pueden ser especialmente sensibles.

Una informante también plantea la necesidad de equilibrar las fuerzas entre la técnica y el cuidado:

“(...) estar con el enfermo, estar atenta de sus preocupaciones, un poco la interrelación con la familia. Me da la impresión de que podría decir que es como un lazo entre la parte médica y el mundo de esa persona. No digo que la técnica no sea importante pero tengo la impresión de que el cuidar es como proteger, estar por él, de estar por sus necesidades (...)” Enf7(1)

Influida por las tesis planteadas por Madeleine Leininger y su formación en antropología, la llevaría a comparar las diferentes áreas asistenciales como distintas culturas. De ello se derivaría que dependiendo de la cultura de las diferentes áreas, se

construyan diferentes definiciones de cuidados. Esta tesis se encuentra reflejada en la práctica de la siguiente forma:

“(...) lo que todos dicen es que tengan sus necesidades cubiertas, bueno pero quiero matizar, para mi es intentar, saber valorar que tipo de dependencia tiene esa persona, saber evaluar y observar ese tipo de dependencia y saber como actuar e intentar ayudarle para que esté lo más adaptada posible a la vida cotidiana y a su entorno, sea cual sea(...)” Enf13(1)

Desde una perspectiva bioética se ha considerado que cuidar es un acto moral. Pellegrino (1985) lo define como la base moral sobre la cual tienen que reformarse nuestras obligaciones profesionales y nuestra ética. Desde este punto de vista, cuidar se constituye como un fundamento moral a partir del cual debe regirse la praxis profesional.

El cuidar requiere tiempo y espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría, conocimiento teórico y praxis y, todo ello, requiere un marco institucional idóneo, un marco donde sea posible cuidar a un ser humano, es decir, donde las condiciones estructurales sean favorables para el ejercicio de dicho cuidado.

229

La gran mayoría de teorías de enfermería dedican un apartado a las consideraciones éticas en la relación de la enfermera con los pacientes en el entorno del cuidado. Pero existen autores que todo su modelo se fundamenta específicamente en la disciplina de la Bioética.. Husted y Husted (1995), sientan las bases de una teoría enfermera sustentada en ésta, definiéndola como *“(...) un sistema de ética interpersonal basado en el supuesto de la voluntad de acuerdo entre las partes”* (Marriner y Rayle, 2007: 588), con la finalidad, apuntada en todas sus investigaciones, de preservar la calidad de vida de las personas.

La innovación tecnológica, así como los cambios que se fueron sucediendo en el campo de la asistencia sanitaria, llevó a dichos autores a profundizar en la elaboración de una teoría que pudiera dar respuesta a los profesionales en la práctica clínica y que denominan *Teoría Bioética Sinfonológica*. La crítica que podemos hacer a la misma es que no aporta nada nuevo, ya que no deja de ser una teoría principialista sustentada en los clásicos principios de bioética, pero también es cierto que incorpora

otros nuevos, así como la importancia de tener en cuenta el contexto en el que se plantea la situación de cuidados. Los principios de bioética, comentados anteriormente en otros apartados, como son la justicia, la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia son utilizados como lentes para analizar y comprender la realidad de la persona. A estos principios hay que añadir los de fidelidad y objetividad.

Sinfonía es un palabra griega que significa acuerdo y como tal, eje central de esta teoría. Las enfermeras, vistas por estos autores, deben actuar como agentes facilitadores de los procesos de salud-enfermedad, promoviendo la autonomía de los mismos en los contextos donde se llevan a cabo.

Hospers (1972), ha hecho siempre hincapié en la importancia de considerar que el contexto de las situaciones debe ser tenido en cuenta para tomar decisiones, así como la capacidad de las personas para participar de la misma.

El siguiente esquema refleja el marco para la toma de decisiones desde esta perspectiva teórica:

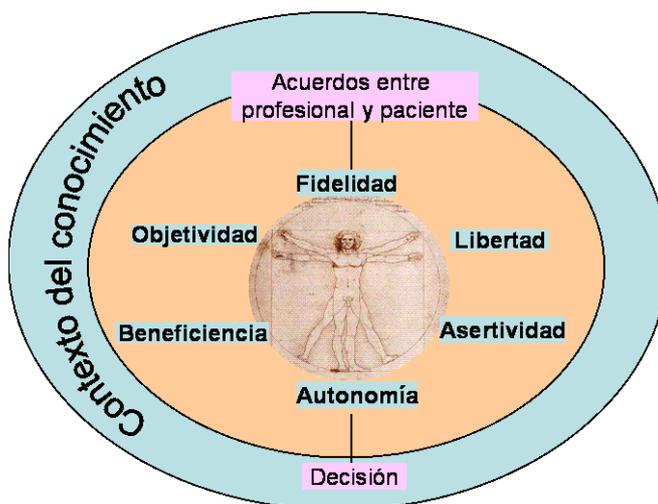


Ilustración 6: Modelo Sinfonológico
(Elaboración propia)

Más allá, o más acá, de todos esos planteamientos, las enfermeras se sienten limitadas por muchas cuestiones, una de ellas poder ayudar en la toma de decisiones a las personas que cuidan, ya que se sienten en medio del control que ejerce la medicina y los médicos y el derecho de la persona a saber y conocer para poder decidir.

5.5.1. Las relaciones interprofesionales alrededor de los cuerpos

La relación profesional del médico y la enfermera se delimita por unas transacciones interpersonales específicas derivadas del trabajo, con el fin de resolver ciertos problemas que presentan las personas que demandan asistencia en situaciones de urgencia o emergencias. Los servicios de urgencias responden a un campo social en el que coexisten diferentes roles, status y relaciones, donde rigen una serie de normas de funcionamiento, así como mecanismos que se utilizan como sistema de regulación perfectamente estructurado pese a la imagen aparente de caos.

La importancia de la colaboración y comunicación entre médicos y enfermeras, como elementos clave para la calidad asistencial, aparecen repetidamente en la literatura pero no están claramente descritas. Zwarenstein M, Bryant W (2008), Romeo (2004), presentaron revisiones sistemáticas de trabajos realizados al respecto, llegando a conclusiones en las que destacan que esas investigaciones no reúnen las características adecuadas para considerarlas convenientes para su aplicación, por lo que recomiendan otras metodologías exploratorias, como la cualitativa, para conocer mejor y poder explorar el mundo de las relaciones.

Aquí no hemos intentado realizar un estudio exclusivo de las relaciones entre los distintos profesionales que participan en las situaciones de urgencias y emergencias, pero sí hemos podido observar que existen tensiones que debemos reflejar, así como algunas influencias que pueden ejercer la propia gestión de la organización donde se encuentran inmersos los actores.

La práctica profesional conlleva la construcción de unos determinados modelos de práctica enfermera¹⁴⁹ (MPE). Pese a que consideremos que son actos únicos, las enfermeras responden a diferentes formas y estilos, como hemos podido comprobar. Si es bien cierto que, en función del MPE seguido, tendrán mayor o menor dificultad en el desarrollo de su actividad en el campo y no entrará en luchas de poder con los médicos.

¹⁴⁹ Los modelos de práctica enfermera serían de algún modo comparables con los modelos explicativos profesionales que plantea Kleinman, por los que podrían ser estudiados de la misma forma que plantean las investigaciones de la antropología médica al respecto.

Hay que destacar que el interés inicial en el estudio de los MPE ha sido la gestión de la calidad y la gestión de unos recursos escasos. Anthony y col.(2004) identificaron una serie de once indicadores que los conceptualizan, entre los que destacan la participación en la toma de decisiones, la colaboración entre miembros del equipo asistencial, las relaciones con los gestores y el ambiente, entre otros.

5.5.1.1. Poder versus sumisión: tomando decisiones éticas

La toma de decisiones en aspectos éticos derivados de la clínica es uno de los temas explorados y las enfermeras, pese a que algunos discursos teóricos defienden un modelo de relación interdisciplinar para estas acciones, mantienen una práctica asociada al rol tradicional de la enfermera en el que sus juicios e intervenciones tiene poco peso específico, por no decir ninguno en ocasiones, por lo que difícilmente podrán dar respuesta a las necesidades de la persona que demanda servicios.

Un estudio publicado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Pennsylvania concluye que el 25 % de las enfermeras y trabajadores sociales sufren *distrés* moral y que el 41 % de los encuestados no volverían a escoger estas profesiones de tenerlo que hacer de nuevo. Este fue definido por Jamenton(1984, 1993), apuntando que es el resultado que se obtiene cuando se sabe qué es lo correcto a aplicar, pero por diferentes razones el profesional se encuentra imposibilitado y no puede actuar de acuerdo con lo que cree que sería correcto en base a sus valores personales y profesionales. Es la respuesta emocional a una situación concreta, que no equivale al dilema moral¹⁵⁰, ni a la incertidumbre moral¹⁵¹ y se caracteriza por ser una respuesta personal que se sustenta en sentimientos contradictorios, provocando en los profesionales sensación de impotencia, frustración, rabia, resignación o culpabilidad, pudiéndose agravar y provocar en el profesional estados depresivos.

¹⁵⁰ Se entiende por dilema moral a aquella situación donde hay dos cursos de acción que serían correctos y no se sabe cual escoger, cuando hay más cursos de acción, nos encontramos ante un dilema ético.

¹⁵¹ Responde a aquellas situaciones en que las personas no conocen los cursos de acción posible por lo que no pueden decidir.

Posteriormente a Jamenton, el distress moral ha sido estudiado por muchos autores¹⁵² como Corley(1995), Kalvemmark y col. (2004), Elpern y col. (2005), Gutiérrez (2005), Hamric y col.(2006), entre otros, coincidiendo en que la fuentes que más lo provocan son los tratamiento excesivamente agresivos, el uso inadecuado de los recursos, la falta de comunicación entre profesionales y pacientes, los objetivos de tratamiento mal definidos y poco conocidos por todos los miembros del equipo asistencial, así como la falta de respeto ante la voluntad de los pacientes y la pérdida de continuidad en los cuidados, por falta de colaboración y consenso, pudiéndose caer en los extremos anteriormente comentados de intervencionismo extremo o abandono terapéutico de las personas.

Las enfermeras apuntan que también existen restricciones externas que provocan estas situaciones, como son la propia estructura institucional con toda su burocratización limitando la fluidez dentro de la misma, así como la estricta jerarquización que todavía existe en los hospitales y entre los profesionales que allí desempeñan su trabajo. Esto provoca abusos de poder derivados del acaparamiento de aquellas áreas donde las perspectivas de otros profesionales deberían tener su espacio y no lo tienen, con el consiguiente desencadenamiento de luchas de poder simbólicas, más o menos abiertas o soterradas.

La organización del trabajo en el hospital se constituye en el campo de una constante lucha, en termino bourdianos, en tanto en cuanto entran en juego los diferentes actores involucrados, emanando de ahí las posibilidades de sufrimiento.

El poder es *"(...) una concepción relacional, cuya existencia depende de una multiplicidad de puntos de resistencia. Es necesario destacar que una relación de poder requiere ser entendida como una acción, no sobre los otros, sino una acción sobre la acción de los otros, sean estas reales o posibles. Así, una relación de poder no pretende destruir al otro ni anularlo, ya que se cerrarían todas las*

¹⁵² Los estudios realizados sobre distrés moral se circunscriben prácticamente a las unidades de cuidados intensivos, pero creemos que pueden ser aplicados perfectamente a las unidades de urgencias y emergencias, ya que los motivos que lo provocan también se encuentran presentes en éstos. Sería muy interesante poder investigar en estos campos al respecto para poder comparar si existen diferencias entre unos y otros.

posibilidades relacionales, sin embargo, la sobrevivencia del otro como un sujeto de acción es fundamental para que la relación de poder se sustente y se mantenga, permitiendo respuestas, reacciones y construcciones”. (Lerch y col. 2007:2)

Profundizar en los significados que pueden rodear el termino poder nos lleva a destacar algunas características, que de algún modo, pueden ayudar a entender la realidad vivida por los informantes. El poder, según Méndez de la Brena (2006), puede ser entendido como un atributo en las relaciones humanas, como una posesión, como puede ser una propiedad y por último como una fuerza que fluye a través de las estructuras psicológicas y biológicas. Foucault define el poder como una relación de fuerzas que se encuentra en todas partes, pero que funciona en términos de relaciones entre los diferentes actores, entre campos o instituciones.

En el ámbito de la enfermería, Lunardi y col (2006) repasan bastantes de los trabajos publicados sobre el poder de las enfermeras y la gestión del mismo. Dentro de estos trabajos, quisiéramos destacar uno de los aspectos que será objeto de la reflexión en las siguientes líneas y que responde al espacio que ocupan las enfermeras en la toma de decisiones éticas. A tal fin, Erlen y Frost (1991), ya afirmaban que entre médicos y enfermeras, estas últimas se sentían excluidas del proceso de toma de decisiones éticas relacionadas con los cuidados y Holmes y Gastaldo (2002) también corroboran que se sienten excluidas, pese a ser ellas las que han contribuido especialmente al desarrollo y al mantenimiento de las instituciones.

Gastaldo (2003) y Lunardi y col (2006) consideran, desde una perspectiva crítica, que el principal problema en torno a estas situaciones es la anorexia que sufren las enfermeras acerca del poder, aunque existan motivos que potencian esta anorexia, como puede ser el poder ejercido por los médicos dentro de la institución, la falta de apoyos por parte de la misma o la escasez de recursos, por citar algunas, pero no por ello se las puede eximir de la responsabilidad de fomentar el rol independiente y proteger sus propias capacidades, como la de participar en la toma de decisiones de las personas a las cuales cuidan.

¿Por qué esto es así? Volvemos a retomar una de las ideas claves de Bourdieu, como son las luchas simbólicas. La actividad en el servicio de urgencias y emergencias se lleva a cabo de acuerdo a unas reglas determinadas, funcionando como un mercado en el que los actores compiten por los beneficios específicos del mismo. Esta competencia define las relaciones objetivas entre los participantes, que están determinadas por el volumen de capital que éstos aportan y, en este caso, los médicos y enfermeras biólogos y tecnocráticos aportan mucho más en el marco del hospital que aquellos profesionales que defienden una atención humanística, que básicamente son algún grupo de enfermeras.

La capacidad que tienen los profesionales para hacer uso efectivo de los recursos con los que cuentan es una función de la adaptación de su habitus al campo en cuestión, entendiendo por habitus el sistema subjetivo de expectativas y predisposiciones adquirido a través de las experiencias previas del sujeto y que sólo podrá cambiar si éste considera importante hacerlo.

Si nos centramos en la toma de decisiones y retrocedemos en el tiempo, no mucho, encontramos algunas joyas como “(...) *la enfermera no debe fiarse de su propio parecer y mucho menos anteponer su opinión a la de personas competentes. Menos aún a la del médico, superior suyo (...)*” (Rey, 1970:65), de donde podemos extraer el mensaje de que ser sumisa, obediente, discreta e insegura debe ser la base de la actitud a fomentar dentro del grupo. Pese a que esto parece estar algo anticuado y obsoleto, nos encontramos en la realidad a una serie de profesionales que se plantean las cuestiones éticas desde esta perspectiva. Como el enfermero que le preguntaron donde estaba en el momento que intubaron a Clara y contestó: ‘*Yo no me meto, no puede hacer nada*’, dando fundamento a los planteamientos de Rey y ayudando a perpetuar esas ideas entre los médicos que consideran que sólo ellos son los que pueden tomar decisiones éticas en torno al cuidado de los pacientes, convirtiéndolas siempre en decisiones clínicas y auto-otorgándose el título de expertos bioéticos en la clínica. En casos como el del enfermero aludido, parecen no darse cuenta de que no sólo niegan a las personas que cuidan, sino que se niegan a sí mismos potenciando aún más la autoridad que ejercen

los médicos y colaborando con ella. La ostentación de poder provoca que en diferentes situaciones de conflicto las propias enfermeras se sientan fuera de juego y así nos lo apuntan:

“(...) nunca te preguntan, pero me meto en muchas ocasiones. Tengo la desgracia de hablar demasiado, pero no me preguntan (...)” Enf7(16)

“(...) no, no cuentas para nada. Si contara, más de una vez las cosas hubieran ido de otra manera, por lo menos por mi propia experiencia. Ya puedes decir misa, ya puedes discutirte, ya puedes intercambiar opiniones, no sirve para nada. Según ellos, donde manda patrón no manda marinero. Muchas veces sabes que se va a morir, pero eso sí con la sangre depurada, sin una bacteria en el organismo pululando y con las medidas terapéuticas más avanzadas y caras, ¿tu sabes cuánto vale un hemofiltro?, ¿sabes cuánto gasto se genera de forma innecesaria? ¿Sabes lo que llegamos a “putear” al personal? Esto se vive fatal, te cabreas, lo comentas con tus compañeras, nos encabronamos, tomamos café, las que fuman se fuman un cigarro y a correr... no puedes hacer nada. De vez en cuando, cuando ves estas barbaridades les dices: ‘no se os ocurra hacerme esto a mí’. Lo más impresionante es cuando entra la familia y ves esa agonía, es una agonía que rompe el alma y piensas que formas parte de todo esto...” Enf10(9)

236

En algunas ocasiones lo que buscan es reafirmar su posicionamiento pero sin compartir, porque compartir es ceder terreno al otro:

“(...) no, no te preguntan. Muy pocas veces te preguntan, y si lo hacen es buscando que reafirmes su opinión y les digas que lo que hacen lo están haciendo bien” Enf3(8)

Jamenton (1993) ya planteaba esta problemática pero también apuntaba soluciones que en la realidad ya llevan a cabo las enfermeras y que van mucho más allá de la resignación y pesimismo. No siendo conscientes, según Lunardi y col(2006), estas estrategias son otra forma de ejercer el poder. La siguiente informante nos explica sus vivencias al respecto:

“(...) no, no, no tomamos parte. Todo esta bajo su control, todo esta medicalizado. Hasta que no llegue el día en que las enfermeras estén a un mismo nivel que los médicos y estos valoren el trabajo

de igual a igual, será muy difícil que la enfermera tome parte en el proceso de tomar decisiones cuando hay problemas éticos. Ahora la enfermera entra en las sesiones clínicas pero su opinión no es tomada en cuenta, pero poco a poco esto tiene que cambiar, la enfermera conoce al paciente y lo defiende ante las agresiones que pueda sufrir, incluso por parte de los propios profesionales sanitarios. No suelen tomar en serio la información que nosotras podemos aportar, en fin, los médicos en un cien por cien de las situaciones toman decisiones bajo criterios subjetivos, sus criterios que parecen son los únicos válidos (...)" Enf6(8)

"(...)como no me escuchan, yo insisto, insisto e insisto hasta que lo consigo y después, cuando lo has conseguido muchos te dicen 'a lo mejor tendríamos que hacer' como si lo hubieran pensado ellos! pero lo he conseguido, aunque es agotador(...)" Enf8(9)

Otros son más optimistas y sí creen que la enfermera ejerce poder.

"(...) Yo creo que sí, la enfermera a veces actúa como un vector ante ciertas injusticias que se están llevando a cabo, es como un vector indirecto porque lo deja caer, lo utilizamos como una estrategia. Como silbatillo, aquí pasa alguna cosa, intentamos que no ocurra, aunque a veces te pueden escuchar o no, pero esto depende mucho del rol que tu tengas dentro del servicio. Yo creo que hay profesionales que somos más escuchados que otros, el tiempo que llevas en el servicio influye mucho. Y lo que has podido demostrar a lo largo de tu trabajo. Es una lástima que esto sea así, porque una enfermera cuando llega nueva debería tener la misma capacidad de hacer y poder decir que otros con más tiempo en el servicio. Cuando un médico llega al servicio, el primer día después de acabar la carrera puede recetar y decidir todo aquello que se le pone por delante y a nadie le sorprende, debería ser igual para enfermería, en cambio necesitas tiempo, para coger peso y libertad para hacer observaciones que uno nuevo no lo tiene, debería de cambiar(...)" Enf13(9)

Oberle y Hughes (2001) afirman que fomentar la colaboración entre las enfermeras y los médicos puede disminuir los sentimientos de angustia moral que experimentan cuando las primeras se encuentran excluidas de un proceso del cual forman parte y, de hecho, cuando tienen la oportunidad, los resultados son muy

positivos y beneficiosos para la persona y la familia que recibe los cuidados. Valga el siguiente ejemplo como muestra:

“(...) Cuando ves cosas que no te parecen bien, yo lo digo, y unas veces te oyen y otras te escuchan. El otro día me pasó con el suegro de...(político muy conocido) y el jefe de servicio de intensivos, que bajó a urgencias. Le comenté que este señor estaba en una situación irreversible y que me parecía que se estaban extremando las medidas terapéuticas y él me dijo que tenía razón y desde ese momento se iniciaron medidas de confort, y fue muy bien para el señor y para la familia, pero no sé si fue porque era quien era, porque en otras ocasiones las cosas no funcionan tan bien, esto no es lo habitual...” Enf4(7)

En el ámbito extrahospitalario la sensación generalmente no es la misma, y la toma de decisiones suele ser algo más consensuada, principalmente porque sólo son tres personas las que se encuentran en el escenario, por lo que es más común que compartan la situación. Aunque en algunas ocasiones, bajo el paraguas de no poder decidir por no tener información, o por la inmediatez o por cualquier otro motivo, se llevan a cabo actuaciones que, a posteriori, deberían ser reevaluadas, pero es que hacer suele ser fácil, mucho más fácil que deshacer. Así, lo viven:

“(...) en este aspecto, nuestros medios son precarios, porque muchas veces no tenemos mucha información, ni tiempo para tomar decisiones por lo que te lleva a proteger a las personas al máximo. Hacemos lo posible para que la persona llegue al hospital, con la mayor calidad, para que allí, más tarde puedan decidir lo que hay que hacer. Dudas no he tenido nunca, ni tampoco me lo han cuestionado los demás. Creo que el sentido común es el que rige estas situaciones, hacer lo máximo para salvar la vida de una persona (...)” Med2(2)

Las enfermeras participan de esta toma de decisiones y se sienten bien pese a las dificultades que se presentan en este marco de actuación;

“(...) aunque en emergencias las cosas son más rápidas y muchas veces no tenemos tiempo para podernos parar a pensar, me siento que formo parte de la situación, estoy dentro (...)” Enf8(8)

A partir de estas atenciones deberían surgir cuestionamientos sobre la supresión de tratamiento o la retirada de medidas terapéuticas, aspectos que serían muy interesantes de explorar. De hecho, cada vez más la figura de la enfermera está presente en discusiones de expertos como comités de ética, de investigación, de organización, en política... para el desarrollo de políticas y directrices que tengan como objetivo aportar una perspectiva ética desde el cuidado. Esto pese a las críticas que puedan surgir desde otras tendencias de pensamiento, ya que el marco moral del cuidado da calidez y calidad humana a todo aquello que envuelve.

Meltzer y Huckabay (2004), ya sugerían esta necesidad de participación por parte de las enfermeras en esos equipos interdisciplinarios, pero en la clínica, sobre todo la hospitalaria, esto queda muy lejos de alcanzar unos mínimos adecuados y las relaciones interprofesionales que se desarrollan en los discursos teóricos poco tiene que ver con lo que ocurre en la práctica.

5.5.1.2. La colaboración entre miembros del equipo asistencial

A lo largo de la historia la profesión médica ha conseguido un status que otras no han podido alcanzar, y es que se puede considerar una de las profesiones autónomas por antonomasia en cuanto a control de su objeto de trabajo. La enfermería, en sus inicios, se legitimó en base a una relación de subordinación y dependencia, muy marcada por el factor género, y hoy por hoy continua luchando para alcanzar su propia independencia.

Las tradicionales relaciones de poder entre médicos y enfermeras dificultan el trabajo de estas últimas, puesto que la relación de subordinación limita su capacidad de acción al encontrarse bajo control y fiscalización constante.

Es cierto que cada vez más las enfermeras se sienten capaces de desafiar a los médicos en cuanto al cuidado de las personas se refiere. Pero no podemos obviar las dificultades que se plantean en la práctica cuando los médicos no aceptan este reparto del campo de trabajo, ni aceptan la autonomía referente al cuidado por diferentes motivos, entre los que se encuentra el sentimiento de tener la responsabilidad de todo lo que sucede en torno a una persona que acude a urgencias:

“(...) entre médicos y enfermeras siempre se generan problemas en relación al poder de unos y otros en el hospital. Pero te sorprende el poder de otros colectivos como por ejemplo el de los celadores, que es importantísimo, si ellos no se mueven, el hospital se para, ellos marcan el ritmo del hospital. Si hay que comer, se paraliza todo. Yo creo que la responsabilidad última es del médico y es el que lleva el tema de las parcelas de poder de los demás porque de alguna forma, si no funcionan interrumpen nuestro trabajo y la estructura para hacer las cosas. ‘Es que el que tiene que dar la cara delante del paciente y tiene la responsabilidad legal soy yo’. En el caso de enfermería está limitado, en este sentido el médico lo controla (...)”
Med3(4)

La otra parte percibe con toda claridad el ejercicio de separar los roles manteniendo la subordinación o protegiendo los espacios:

“(...) hay un diferencia marcada entre enfermeras y médicos, el médico esta por encima de todos, aunque desde fuera puedas pensar que hay muy buen rollo, pero ellos son ellos. Hay una barrera, nosotras estamos bien, hay buen ambiente pero a la hora de la verdad existe una gran diferencia. (...) en el hospital, las diferencias están muy marcadas, puede haber buen ambiente pero eso no quiere decir que se trabaje en equipo, ellos son ellos, Ellos se tapan sus cosas, hacen entre ellos y marcan diferencias. No se mezclan con el populacho (risas) (...)” Enf10(4)

“(...) bueno yo estoy aquí y ellos están ahí, aunque nos llevamos relativamente bien, cada uno en su sitio, no son nuestros colegas pero la relación es cordial. Tampoco quiero que sean colegas míos, ellos no tienen que hacer nada de las cosas de enfermería, como nosotras no tenemos nada que hacer de sus reuniones y rollos que se llevan, no me interesa. Tocan temas que nosotras no tocamos8...” Enf7(9)

También debemos destacar la diferencia que existe entre las relaciones personales y las profesionales, ya que las primeras parecen mantenerse y fomentarse bastante, pero las segundas intentan perpetuar las distancias, propiciando algunas tensiones que otras:

“(...) Las relaciones son buenas aunque la experiencia es un grado y sobre todo se nota cuando algunas de mis compañeras son capaces de enfrentarse a los médicos y yo no. El bagaje que tienen les hace sentirse más seguras y rebaten decisiones médicas que yo puedo

pensar pero que no me atrevo a decir, ellas con los años no se callan nada. Con los médicos tengo muy buena relación aunque no tomo parte de la toma de decisiones de nada relacionado con el paciente, no nos preguntan nada y sobre todo te sientes mal cuando crees que ya no hay que hacer nada y se insiste e insiste en hacer cosas(...)"
Enf12(5)

La relación médico-enfermera lleva consigo, de forma implícita, una asignación de roles de género que en los últimos años han ido cambiando, y surgiendo otras nuevas como son la relación médica-enfermero. De todas maneras, la subordinación que perciben las informantes no es tanto en su condición de género como en su rol profesional y la actividad que desempeñan.

La enfermería, por el hecho de que mayoritariamente está constituida por mujeres, puede potenciar la naturalización de la desigualdad y que esto se interprete como algo "normal". De esta forma se constituye una construcción social que las mismas enfermeras consideran normal y no la perciben como una desigualdad. En todo caso consideran que es la sociedad la que las perpetua en ese rol de sumisión y no tienen presente su propia participación en esta perpetuación:¹⁵³

"(...) yo intento llevarme bien con todo el mundo, pero sí que es verdad que antes te decía que ahora no se trabaja en equipo porque hemos vuelto otra vez a estar muy jerarquizados, encuentro que si hubo un tiempo que parecía que esto estaba desapareciendo pero ahora ha vuelto la distancia (...)

-¿el motivo?

No lo sé, me gustaría equivocarme, pero la sociedad actual creo que está potenciando otra vez esta jerarquización. Muchas veces consideran a la enfermería como una carrera inferior, no como una carrera diferente. Yo no digo que (los médicos) no sepan de muchas cosas, pero lo que sí que es verdad es que no saben de todas y de lo que no saben nada es de cuidados. Me gustaría comprobar si el servicio de urgencias puede funcionar sin enfermeras, en caso de huelga, lo dudo. Lo dudo mucho, pero al revés probablemente se tiraría para adelante" Enf3(5)

¹⁵³ Hablo, evidentemente, de una manera general, porque las excepciones existen y cada vez más.

También hay que distinguir el medio donde se lleva a cabo la asistencia. No relatan lo mismo los profesionales de la práctica hospitalaria que los de las emergencias, donde sólo están tres personas y deben resolver las situaciones que se les presentan:

“(...) las relaciones suelen ser buenas, el vivir situaciones de crisis te hace unir lazos. En mi experiencia, bien, siempre te llevas mejor con unas personas que con otras, pero simplemente es por caracteres (...)” Enf1(13)

“(...) en emergencias no hay esta gran diferencia, el hecho de ser sólo tres hace que no haya una gran diferencia marcada. Siempre puedes encontrar algún médico que quiera marcar un poco la distancia, pero por regla general no ocurre porque se queda solo (...)” Enf10(4)

Incluso los médicos ven que no es replicable lo que ocurre en la atención extrahospitalaria en la institución hospitalaria y concretamente en el servicio de urgencias:

“(...) las relaciones en el ámbito extrahospitalario son muy distintas, en absoluto se parecen a las hospitalarias, son mucho más estrechas. La relación es mucho más intensa, estamos tres y no hay más. Los límites están poco definidos, pero es verdad que también vienen compañeros míos a trabajar en extrahospitalaria y quieren reproducir el modelo hospitalario, y esto es imposible, por lo que es una fuente de conflictos continuos y como no quieren ceder, se marchan. Esto es otra cosa, la relación es más intensa y tiene que ser así, pero a todo el mundo no les gusta (...)” Med3(4)

La clave, apuntan algunos, se encuentra en el trabajo en equipo, entendiendo éste como un componente determinante en la calidad de los servicios sanitarios, pero en realidad es una idea difícil de dotarla de significado, ya que depende del contexto en el cual se utiliza y sobre todo si beneficia o no a alguno de los actores:

“(...) las relaciones deben ser en equipo, porque si no hay equipo con todas las letras, la cosa no funciona. Es diferente en el hospital, no tiene nada que ver, aquí si el equipo no habla, no dialoga, no se compenetra...esto no funciona y en el hospital ni se habla, ni se dialoga...sino que cada uno asume su parte y va como va (...)” Med2(2)

La perspectiva desde el hospital es diferente y como hemos podido traducir de las aportaciones de los informantes, estos no consideran que exista trabajo en equipo, tan siquiera consideran que existan equipos. Lo que hay son modelos de gestión concretos, respondiendo a uno de los modelos más clásicos, descrito por Fayol, basado en la centralización, la jerarquía, la burocratización y la clara división del trabajo.

Pese a que las organizaciones intentan introducir cambios en las relaciones profesionales, uno de los principales problemas es que lo quieren realizar en base a lo existente, sin cambiar viejos patrones de relación, ni relaciones de poder y mucho menos cambios en las estructuras jerárquicas. Por lo tanto, hablar de equipo sería inapropiado, ya que es algo más que la suma de un número determinado de personas.

“(...) se debería potenciar el trabajo en equipo con políticas y filosofías que lo potencien, si la misma institución trabajase en conjunto y hubiera unos objetivos conjuntos que armonizaran todo esto, pues se potenciaría este trabajo en equipo y no lo que tenemos, jerarquizado y absolutista. Cada uno vamos a nuestro aire, cada uno hacemos lo que podemos pero las personas que deberían potenciar todo esto, como pueden ser los cargos de gestión, la supervisora, cap de urgencias...para que la gente se sienta cómplice de una tareas conjuntas y no de realizar cuatro cosas puntuales; no se está haciendo y es evidente(...)” Enf13(8)

Destaquemos la importancia de la expertez profesional¹⁵⁴ para decidir la participación en estas luchas utilizando estrategias determinadas.

“(...)entre nosotras(se refiere al personal de enfermería) hay complicidad, con las nuevas no tanto, ellas van más inseguras, no se pasan nada de la raya...un ejemplo, el otro día un señor estaba

¹⁵⁴ Una de las autoras que ha profundizado sobre los temas relacionados con la participación en los procesos de toma de decisiones y el grado de expertez es Patricia Benner. Su bibliografía es muy amplia y recomendable para adentrarse en estos aspectos. Una de sus obras más conocidas es *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*, donde plantea, en función del *Modelo de Dreyfus y Dreyfus*, cinco escalones que representan los diferentes niveles de preparación: principiante, principiante avanzado, competente, aventajado y experto. Se pasa de uno a otros mediante el desarrollo profesional en distintos aspectos como por ejemplo el paso de confiar en los principios y las normas abstractas a utilizar la experiencia, la transformación de la confianza en el pensamiento analítico basado en normas por la intuición, la capacidad de discernir entre una información u otra en base a la importancia para la situación y pasar de la observación a la implicación en las mismas.

sedado y llevaba horas con el collarín puesto, le digo: 'ábrele un poco el collarín, que pueda liberarse un poco, yo le aguanto la cabeza' y me dice no, no no, le insisto 'ábrele el collarín', pues no hubo manera, si el enfermo hubiera sido mío se lo abro un poquito, que les vas hacer, ya aprenderá(...)" Enf10(6)

o la que nos plantea a continuación:

"(...) mira yo, lo que me gusta mucho y cada vez intento hacer de forma habitual, gracias a Dios he conseguido después de matarme, es decirle al médico que le toca conmigo, 'hacer una reunión (...)' con el paso del tiempo ya saben que al que le toca conmigo lo voy a perseguir y ya ceden, hacemos una reunión pre y una post. En la pre hablo yo; le digo el señor del uno es un ahogo, creo que no lo podrás enviar a casa porque esta hecho una mierda, el del dos (...), lo hago de esta manera, de estar por casa, para que nunca piensen que yo les digo lo que tienen o no tienen que hacer. Pero quiero que me escuchen y en la post hablan ellos; a este le pediré una ecografía, a este le daré el alta... yo quiero saber para poderme organizar y cuando no quieren, juego un poco y les digo 'jefe, quiero una reunión' y a veces me dicen 'para qué coño quieres una reunión', 'porque te quiero y quiero hablar contigo', yo no tengo bastante con saber que el uno es un cólico o una disnea, empecé con bromas, pero había un trasfondo egoísta para conseguir mi objetivo(...)" Enf7(10)

La identidad de los distintos profesionales que aparecen, tanto a nivel grupal como individual, necesitan de reconocimiento social para reafirmar su propia existencia, *"(...) por tanto es necesaria una doble dimensión, la identificación (capacidad del actor de afirmar la propia continuidad y permanencia y hacerlas reconocer por otros) y de la afirmación de la diferencia (capacidad de distinguirse de otros y de lograr el reconocimiento de esta diferencia)"* .(Giménez 1997: 3).

Bourdieu (1988), concibe la identidad como un constructo que depende del concepto de habitus. La identidad no la considera como un atributo de las personas, ni tan siquiera una propiedad, sino que es de carácter intersubjetivo y relacional, dependiente del reconocimiento y la aprobación de los demás actores sociales. Ésta se reafirma mediante la sanción que realicen los demás y no uno mismo, a través de las interacciones en un campo determinado.

Podemos afirmar que la identidad es social y que su sentido se encuentra cuando las representaciones de los actores, tanto a nivel individual como grupal, son reconocidas por los demás, derivándose este reconocimiento de las luchas simbólicas comentadas anteriormente.

"(...)La presencia o ausencia de un grupo en el enclavamiento oficial depende de su aptitud para hacerse reconocer, para hacerse percibir y para hacerse admitir y por consiguiente para obtener, lo más a menudo a viva fuerza, un lugar en el orden social(...)" (Bourdieu 1998: 491).

En este sentido, surgen pequeñas variaciones cuando observamos a los diferentes actores de nuestro trabajo. Por ejemplo, la imagen que tienen las enfermeras de emergencias:

"(...) yo pienso que tenemos una visión, por parte de otras enfermeras, de prestigio, es muy curioso, muchas enfermeras te dicen 'no sé si sería capaz de trabajar en emergencias, de hacer lo que tu haces' y yo pienso que soy persona, humana y que también me afectan las cosas. En ese momento, lo que haces es actuar por tu trabajo, te olvidas en ese momento de la pena, pero en el fondo no es que la olvides sino que la pospones para más tarde. Pienso que entre los profesionales de enfermería tenemos más prestigio y así nos lo reconocen las otras enfermeras (...)" Enf8(6)

245

Bourdieu realiza otra distinción a este respecto, entre identidad nominal e identidad real, correspondiéndole a la primera aquella identidad pretendida por un individuo o grupo, que busca sea reconocida y es, por tanto, de carácter subjetivo. Quedaría reflejado en la siguiente aportación:

"(...) nos tienen en un altar, como si fuéramos algo por encima de lo normal, pero esto no es normal, es incongruente, La gente no quiere venir a urgencias, ni yo quería venir cuando me enviaron, porque las veía diferentes y no es así. Mira si no es así que nunca están las mismas enfermeras y envían a todas las nuevas aquí. Yo valoro más el trabajo de otras enfermeras como las que están en plantas o en la UCI, donde tienen que hacer el seguimiento del paciente, que el que hacemos aquí (...)" Enf3(9)

Mientras, la identidad real, de carácter objetivo, responde a la valoración que hacen del individuo o del grupo, los demás:

“La verdad, es que creo que nos ven con un poco de admiración, ya que hay mucha gente que quiere trabajar en esto y que no puede”
Enf1(4)

La percepción de la identidad para los médicos es totalmente distinta y así nos lo explican:

“(...) porque muchas veces en el hospital oyes comentarios como: ‘Yo no he estado estudiando no sé cuantos años para estar tirado en la calles aguantando...en una ambulancia’. Bueno, como si eso tuviera algo de malo, cualquiera diría que estamos haciendo no se sabe qué. No quieren venir a trabajar a la ambulancia y lo desvaloran un poquito, esto no ocurre en enfermería. Yo creo que desconocen esta realidad y se sienten que están en la calle. No sirve todo el mundo, hay que tener muchos conocimientos y no se si es por miedo a no poder o es que se sienten sin el poder del hospital. En el fondo se sienten más doctores en el hospital, aunque siempre hay el que es honesto y te dice que se siente incapaz. En urgencias pasa un poco igual, aquello es el culo del mundo lleno de residentes de todas la especialidades, donde empiezan todos y donde los especialistas “bajan” porque los de “abajo” les consultan” Enf12(8)

Podríamos decir que ocurre algo como invertido, al revés. La identidad de los médicos de urgencias y emergencias retrocede pese a su dilatada historia de identidad. A este fenómeno Bourdieu lo denominó *histéresis del habitus*¹⁵⁵ o “efecto Don Quijote”, proyectándose categorías de percepción y apreciación distintas que no corresponden con lo que en otros campos sucede, y es que ser médico tiene prestigio, pero ser médico de urgencias entre médicos ¿lo tiene?:

“(...) entre los médicos, trabajar en urgencias o emergencias no tiene ningún prestigio. Ellos buscan otras cosas como la estabilidad, la protección...que aquí no la hay, aquí estas siempre con el culo al aire, nadie les protege. Este es uno de los problemas por los que los médicos no quieren trabajar en la extrahospitalaria. Sería muy bueno

¹⁵⁵ Vázquez, lo explica de la siguiente forma:“(...)es decir, el desfase que se da entre las disposiciones adquiridas, que corresponden a un estado anterior del universo social, y el entorno actual de la acción cuya novedad produce esas situaciones de habitus anacrónicos – el síndrome de Don Quijote-” (Vázquez,2002 ,80)

que hubiera cirujanos, traumatólogos...que quisieran venir...pero no los hay (...)" Enf8(6)

5.5.1.3. Las relaciones con los gestores

Como hemos comentado anteriormente, las diferentes formas de gestión que se pueden llevar a cabo en las instituciones sanitarias influyen directamente en los profesionales que están inmersos en ellas, de manera que las personas que orientan, dirigen y deciden en los grupos son un elemento importante para el desarrollo de los mismos y, de hecho, los informantes consideran que son un factor básico para que las cosas puedan ir de una forma u otra.

El término supervisión proviene de dos términos latinos como son "super" y "video" que equivaldrían a "sobre" y "ver", de modo que podríamos asimilarlo como inspeccionar. En muchas ocasiones se limita a esta función, pero es cierto que la funciones de supervisión en un servicio de urgencias conllevan aparejadas diferentes dimensiones que deberían ser dirigidas al estímulo hacia el desarrollo del liderazgo y la gestión del cambio, pero la realidad es que a menudo se reducen a tareas estrictamente administrativas, convirtiéndose, como apuntan algunos informantes, en una barrera entre la dirección y el personal.

Manrique plantea una interesante investigación fenomenológica para explorar el mundo de la supervisión y dotarlo de significados, partiendo de que la enfermera supervisora *"(...)tiene la gran responsabilidad de generar un entorno laboral satisfactorio donde prevalezcan las relaciones interpersonales positivas, donde se estimulen las cualidades del personal en un ambiente laboral marcado por el déficit de insumos y recursos necesarios para la oportuna atención de las personas en proceso de salud o de enfermedad."* (Manrique, 2009: 3)

Los informantes sienten la necesidad de que se les facilite el terreno para la participación en los procesos de toma de decisión y el trabajo en equipo y también verbalizan que esta es una de las funciones que debería llevar a cabo la supervisora/or del servicio y no dedicarse a los temas puramente administrativos:

"(...)tuve una compañera que hicieron supervisora, al principio las cosas fueron bien, se preocupaba por el paciente y por nosotras pero con el paso del tiempo se ha vuelto totalmente empresa y está mucho por el gasto de farmacia, no gastéis esto, no uséis lo otro...cuando antes se preocupaba por lo pacientes y yo me pregunto ¿como puede ser? Se ve mucho que la filosofía de la economía es lo más importante, te dice 'yo intento, yo intento pero...' Ella viene de donde viene, pero ahora está en otro sitio..."
Enf12(6)

Sienten la necesidad de que les aporten alguna cosa más, tal como apuntan Aguilar y col. (2004), en el contexto organizacional, los líderes tienen un papel clave en la creación y transmisión de valores. En este sentido, influyen directamente en la organización porque son ellos quienes deben traducir los valores reales de la organización, su filosofía, sus políticas y sus objetivos a través de la toma de decisiones que realizan día a día y de los criterios seguidos para adoptarlas:

"(...) aparte de hacer lo que está haciendo en un cien por cien que es repostar y controlar los aparatos técnicos y logísticos del servicio, yo creo que debería impregnar una filosofía de cuidados y debería mediar entre lo que se deriva de los despachos y las enfermeras que están al lado del enfermo. Tampoco debe estar demasiado implicada, pero lo que me dice la palabra supervisión es una visión más de helicóptero que se diera cuenta de los cuidados que se dan en urgencias y lo que se está haciendo. Debería conocer a las personas que trabajan en el servicio y ser un poco la guía. Yo, es un tema que considero que está totalmente pendiente, es un tema que me entristece porque repercute en la forma de ver a la enfermería de urgencia, es una cosa que tengo clara y en este momento no capto."
Enf13(4)

Por tónica general, las enfermeras consideran y en esto coinciden con las conclusiones de Manrique, *"(...)la supervisora, debe integrarse en el equipo de trabajo y verificar directamente lo que hace el personal, ser más comunicativa, accesible, receptiva, mediadora y generar consenso cuando la situación lo necesite"* (Manrique 2009; 24);

"(...)la supervisora está poco y no se implica. A veces pasa a ver si las cosas están ordenadas en los boxes, pero estas cosas de las que estamos hablando (se refiere a promover la toma de decisiones,

gestión del cuidado..)no se mete. Mientras no les des problemas...”
Enf11(4)

En este sentido, es importante resaltar que de todos modos entienden las limitaciones con las que se encuentran los cargos intermedios,¹⁵⁶ pero no por eso consideran que no puedan hacer nada al respecto:

“(...) otra dificultad que veo es que son cargos de confianza, lo tienen difícil. Nosotros no podemos hacer nada más, están por encima de nosotros y podrían hacer muchas cosas por enfermería aún teniendo en cuenta que deben tener limitaciones, no lo dudo, pero algo más sí. Podrían contar con la gente que trabajamos...” Enf 3(8)

5.5.1.4. El ambiente

Cada organización, cada servicio, cada grupo, construye un clima determinado de trabajo que afecta a las personas que forman parte de ese grupo y que puede ser percibido de diferentes formas. Cuando nos referimos a la atmósfera, queremos apuntar hacia esa experiencia que los informantes transmiten del clima en el cual se encuentran inmersos.

El clima del grupo de trabajo generalmente esta influenciado por una serie de factores de origen externo y de origen interno. La mayoría de circunstancias trascienden al control del grupo, ya que no pueden ser controladas. Algunos ejemplos podrían ser: la afluencia constante de personas al servicio, la historia de la organización y cultura, las prácticas y las actitudes de los gestores, entre otras. A lo largo de sus narraciones los informantes han comentado aspectos relacionados con el espacio, las cargas de trabajo, la gestión... pero la pregunta es ¿cómo afecta todo esto al ambiente?, ¿cómo lo viven?

“(...) a nivel general hay buen ambiente, pero hay mucho trabajo y eso carga. Hay demasiada presión, todo hay que hacerlo deprisa. Tenemos que rebajar los tiempos de espera y yo creo que esto no

¹⁵⁶ El trabajo realizado por Cascón (2006) explora las percepciones de los mandos intermedios, sobre su rol como gestores, realiza un estudio exploratorio en dos hospitales de la zona geográfica en que nos encontramos y uno de ellos se intuye que coincide con el estudiado en este trabajo.

debería ser así, pero esto es lo que hay y el paciente recibe mucha menos atención de la que debería, la gente estaba cansada de no llegar” Enf1(3)

Algunas de las informantes refieren que se sienten olvidadas por formar parte de un servicio que no brilla por si mismo, puesto que no hace grandes intervenciones quirúrgicas ni realizan nuevas aportaciones científicas. Se sienten recriminados constantemente por la prensa escrita o por la televisión, por la propia dirección del centro cuando salen en la prensa, reciben constantes quejas de las personas que utilizan el servicio por motivos varios como las horas que pasan pendientes de ingreso o el trato indigno que reciben, o el caos permanente que late en los servicios, por citar algunas de un largo etcétera. Pero alguien se ha parado a preguntar, ¿por qué no ingresan los enfermos? ¿Por qué tienen que estar tantas horas en un servicio de urgencias? ¿Dónde está la llave que permitiría que los ingresos se realizarán con mayor fluidez?, y no sirve la respuesta fácil de que no hay camas. Esta forma de olvido la viven con malestar y se sienten en muchas ocasiones abandonados:

“(...) yo pienso que el gran problema es que somos el gran olvidado del hospital, pienso que estamos olvidados por parte de la dirección, no tenemos los suficientes recursos. Muchas veces que he estado agobiada es por la sensación de no llegar y si a eso se le suma que parece que todo el mundo ha de pasar por aquí para aprender y cuando las personas están formadas se la llevan y ya no las vuelves a ver nunca más, esto te da mucha inseguridad, ya que somos pocos los que estamos siempre aquí. No es lo mismo trabajar en el turno de mañana que siempre somos las mismas, que en los otros turnos que nunca sabes con quién estarás, esto propicia que cada vez se trabaje menos en grupo. Como enfermeras, teníamos hace un año más posibilidades de organizar el trabajo del servicio y ahora no. La enfermera ha perdido funciones que tenía en la gestión de los cuidados y una de las razones es porque hay demasiada gente nueva, que están aquí un día y después se van, por lo que es imposible, por lo tanto nos lo han quitado por la falta de experiencia. Si el médico te dice haz esto, esto y esto, yo como enfermera sé hasta donde he de hacer, tengo claro cuales son mis funciones y como gestionarlas, pero claro, alguien que no les conoce, que no conocen el servicio, difícilmente podrá decir nada, esto comporta la perdida de cosas que ya estaban consolidadas y que costó mucho conseguir” Enf3(6)

El planteamiento es distinto en el ámbito de emergencias. Sí es verdad que transmiten mucha más unidad de grupo y satisfacción en torno a las relaciones interpersonales, pero no se sienten apoyado por los gestores y cuando tienen problemas en la calle se sienten muy solos.

“(...) mira es muy diferente en los servicios de urgencias que en los de emergencias; en un servicio de emergencias piensa que trabajamos tres personas, que trabajamos muy estrechamente los tres, porque los tres necesitamos mucho de todos, estos lazos se traducen en una relación profesional y personal a la vez, es una relación mucho más íntima que no se parece en nada a la del hospital, donde todo es mucho más despersonalizado (...)” Enf5(5)

El hecho de no tener un espacio físico concreto donde ejercer la actividad conlleva la construcción de una serie de planteamientos distintos como nos dice el siguiente informante:

“estamos bien, pero este trabajo es un poco especial porque no es como en el hospital, no tienes boxes, no tienes cortinas y las familias están ahí, no las puedes enviar a la sala de espera, con todas esas barreras se supone que estás más seguro y aquí a veces te sientes muy vulnerable. Desde la central no te ayudan mucho que digamos, a veces les pides alguna cosa y te dejan colgado a la espera de no se sabe qué...por lo que no te resuelven el problema, sí que te has de espabilar tú(...) entre nosotros bien porque tenemos que protegernos, somos los que somos, no hay más. Dependemos unos de otros para poder realizar el trabajo que hacemos (...)” Med1(12)

6. Cuidar en situaciones de urgencias y emergencias

6.1. La percepción actual del cuidado

El concepto percepción de cuidado, en los términos de Watson, puede ser definido como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado, lo cual está relacionado con el cuidado tal y como lo entiende la citada autora, permitiendo tanto al paciente como a la enfermera percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior. Esto dicho así puede ser bastante abstracto y en la línea de aclararlo, autores como Morse (1990) o McCance y col.

(1997) han realizado diversas investigaciones, donde el objeto de estudio es cómo perciben los pacientes el cuidado y cómo lo perciben las enfermeras.

De los trabajos de Morse, tras analizar las prácticas en base a cinco unidades ontológicas como son: a) Cuidar como característica humana, b) Cuidar como imperativo moral o ideal, c) Cuidar como afecto, d) Cuidar como relación interpersonal, y e) Cuidar como acción terapéutica de enfermería, concluye, que la percepción del cuidado esta limitado por su imprecisión y requiere de mayor concreción.

McCance y col. llevaron a cabo un análisis de contenidos sobre el cuidar e identificaron cuatro atributos fundamentales: a) atención formal, b) preocupación, c) proporcionar y por último, d) llegar a conocer al paciente.

Daza y Stella (2006) apuntan en su investigación que otras autoras como Forrest (1989), Ford (1990) y Chapman (1991) ya habían iniciado investigaciones al respecto, incluyendo la visión de los pacientes como receptores del cuidado para implementar estas abstracciones y estudiar los significados que tienen para ellos las relaciones terapéuticas, la cooperación o la participación en el proceso de cuidar.

252

Las informantes entrevistadas aportan algunos elementos al respecto aunque corroboran la dificultad que las teóricas ya apuntaban, para poder objetivizarlas y lo expresan más en forma de sensaciones y percepciones, como es el caso siguiente:

“(...) bueno, normalmente tengo una buena sensación que me transmiten las personas que cuido. Tengo una buena percepción, a veces te lo dicen y otras veces lo percibes en los ojos de las personas, porque se han tranquilizado, porque está a gusto, no sé, así es como yo lo veo. Se que va bien, porque me siento bien (...)” Enf1(2)

El proceso de cuidar se centra en la relación entre el profesional y la persona que presenta un problema de salud, esta es una relación única e irrepetible por lo que en muchas ocasiones la preocupación por los demás es otra de las formas de expresión de cómo las profesionales perciben el cuidado:

“(...) cada enfermo es diferente, aunque tengan patologías similares, cada persona es diferente. Son personas dentro de sus enfermedades, y suelen necesitar defensa por parte de los profesionales por encontrarse en situaciones muy críticas, lo que

*trato habitualmente son enfermos que no pueden defenderse y siento que tengo que protegerles, me preocupo por ellos ya que están en manos de los profesionales que están a su alrededor y esto puede ser, a veces, que “no les permita participar (...) Enf2(5)
“(...) intentar que todo marche correctamente, que la persona no empeore, dar seguridad a las personas en estas situaciones, protegerlas (...) Enf10(2)*

Otras profesionales lo perciben como terapéutico porque solo con la presencia de los profesionales ayudan a las personas a restablecerse, ya que el hecho de estar tranquilos y estar en el servicio de urgencias les da seguridad pese a que puedan estar viviendo situaciones de riesgo, ya que creen que en ellas encuentran un puente entre su problema y los médicos, a los que continúan viendo distantes. La siguiente aportación así no lo relata:

“(...) en situaciones de urgencias, hay muchas cosas que no se valoran en ese momento preciso, porque si una persona se ahoga y le coges la mano mientras le pasa la medicación para resolver el problema, no está pendiente de eso está pendiente de que se ahoga y le falta aire para respirar, será después cuando toma conciencia y cuando te dice que le ha ido bien que estuvieras con él o ella. Pero resulta que lo normal, es que no puedas volver a estar con ella por lo que no sabes y solo es en ocasiones excepcionales cuando deberíamos hacerlo siempre. El cuidado se va dando en función de cómo van surgiendo las necesidades de las personas y esto te hace alterar el ritmo en muchas ocasiones aunque a veces soy consciente de que no lo he hecho aún sabiendo que esa persona lo necesitaba, pero la presión es tan grande que no hago cosas que se que debería hacer en determinados momentos”.
Enf 9(2-3)

También se identifica una dimensión actitudinal para promover la interacción y la participación de la persona, mediante el acercamiento para lo que utiliza diferentes estrategias. En este sentido, Daza y col. indican que Kash (1986) considera que la enfermería es un proceso de interacción social, mediante la cual se induce a una mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico; *“la enfermera es una estrategia de la comunicación que controla el comportamiento interpersonal para aumentar la probabilidad de alcanzar objetivos e intenta satisfacer las necesidades de comunicación de un paciente*

realizando diversas funciones” (Daza y col. 2005: 49), donde la interacción se puede entender como el intercambio de sentimientos, pensamientos, acciones y experiencias entre la enfermera y el paciente:

“(...) me fijo sobre todo en si me buscan, me llaman... les explico todo aquello que está en mi mano. Acostumbro a entrar muchas veces a verlos y se cuando están bien conmigo y se sienten cuidados, así como cuando, por la razón que sea, no lo están. Acostumbro a hablar mucho con las personas, aunque sea para decir alguna tontería. A veces con la excusa de revisar una vía, bueno aprovecho y les digo “como vamos” y de esa manera se si la cosa va mejor o no (...)” Enf7(5)

Domínguez (1990), en su trabajo se pregunta ¿Cómo cuidar en una sociedad que rechaza valorar los cuidados?. En una conferencia impartida por Rosa M^a Alberdi, en el marco de la celebración del Día Internacional de Enfermería, se reflexionaba al respecto y se cuestionaba por qué era tan poco valorado el cuidado, incluso por parte del propio colectivo de enfermería. Sobre cuáles podían ser las razones que sumieran a la profesión en esta situación, ella afirma que parte del problema subyace dentro de la propia profesión. Intentando explicar un poco más esto, diríamos que las propias enfermeras no defienden los espacios de cuidado frente otras actividades y mientras que no se defiendan estos espacios, el cuidado queda en segundo plano, *“Una de las principales dificultades que las enfermeras han tenido y aún deben afrontar para conseguir la plena profesionalización, ha sido el derivado de la naturaleza de su objetivo profesional: el cuidado. Ello es así, por la naturaleza indeterminada e intangible del mismo y porque muchas enfermeras han debido recuperarlo como objetivo profesional”* (Alberdi, 1993).

Para Comas, *“(...) el cuidado es una tarea invisible socialmente, más invisible aún que las faenas rutinarias, aunque posee una gran importancia social, un valor económico considerable y relevantes implicaciones políticas(...)”* (Cano-Caballero 2004, 34), así como *“(...)una responsabilidad social absolutamente generizada, pero es una actividad que, sin embargo, no está bien visibilizada y reconocida socialmente, debido fundamentalmente a que la familia sigue siendo la principal institución donde se llevan a cabo, quedando asociadas estas funciones al ámbito*

de “lo privado”; a su difícil catalogación como trabajo, por el componente afectivo y elevado contenido moral; y a la fuerte naturalización que sufren, de forma que no se ve como consecuencia directa de una división sexual concreta del trabajo dentro de un determinado sistema de género.” (Esteban 2007, 257)

Partiendo de esta premisa, nos planteamos la siguiente cuestión ¿Cuáles son los valores que aporta el cuidado a las personas? Ya que si se reconocen éstos, podríamos saber que aporta de esencial una profesión como la enfermería a la sociedad y a las propias enfermeras. Frente a esta cuestión hemos encontrados diferentes planteamientos que exponemos a continuación:

“(...) yo pienso que los valores específicos del cuidado están infravalorados por nosotras mismas. La verdad es que es difícil de definir porque siempre hemos estado a la sombra de otros profesionales, los médicos, y eso hace que sea muy difícil que se nos vea a nosotras...” Enf6(5)

Esta primera aportación, nos invita a reflexionar sobre ¿Por qué las prácticas de cuidado son menos visibles que las prácticas de curación? Unas de las razones básicas es que mientras una práctica médica es, en bastantes ocasiones, una experiencia técnica meramente objetiva una práctica enfermera es una experiencia humana subjetiva, que solo los actores de la misma son los que saben de ella, en contra de la actividad médica. Un ejemplo es el caso de Connie Culp¹⁵⁷, que salta a la prensa con noticias como: *“Una operación maratónica de un equipo del Hospital de Cleveland (Ohio) había logrado reconstruir el 80 por ciento de su rostro, permitiendo a Connie recuperar gestos tan naturales para la mayoría de los mortales como beber un vaso de agua u oler una flor”¹⁵⁸*. Todos nos

¹⁵⁷ La prensa se hizo eco de la noticia y se difundió por muchos medios de comunicación, este es un ejemplo del multitud de ellos que hay. Noticia publicada en el país digital que se puede consultar en la URL:

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Connie/Culp/desvela/nuevo/rostro/elpepusoc/20090506elpepusoc_1/Tes

¹⁵⁸ Se puede consultar el texto completo en:

<http://www.elguijarroblanco.es/2009/05/10/connie-culp-mas-alla-de-un-nuevo-rostro/>

impresionamos por el avance de la ciencia, como se ha podido trasplantar una cara completa, pero una de las pregunta que planteamos es ¿alguien se pregunta como ha sido cuidada? ¿que le ha aportado el cuidado durante todos estos meses?. La operación duró 22 horas, el cuidado durante su ingreso fue de unas 5000 horas y requerirá cuidados durante mucho tiempo más.

En esta línea de reflexión, nos ayudará a entender la siguiente reflexión: *“En relación a lo anterior, en un estudio realizado por Wolf (1989) y citado por Susan Kérouac (1996) se comparó la práctica de enfermería con la práctica médica con el propósito de delimitar la identidad profesional de cada una. Los resultados de dicho estudio muestran que el médico brinda cierta forma de cuidado cuando realiza una operación quirúrgica y tratamientos medicamentosos, la enfermera, por su parte, crea una serie de intervenciones que marcan una diferencia en la vida de las personas, mostrando así el cuidado, es decir, permite a las personas dar sentido a sus experiencias de salud y a su vida. A veces es menos visible contribuir a la salud de una persona mediante una intervención centrada en los recursos interiores de las personas (cuidado integral), que una intervención que utiliza los recursos exteriores (la etiología, la enfermedad y el tratamiento)”*. (Zárate, 2004; 43).

Otros profesionales hacen hincapié en la importancia de la comunicación como herramienta que facilita que el cuidado sea auténtico, singular y personalizado, a continuación nos lo explican:

“Yo creo que enfermería, una de las cosas más importante, es que tiene unos valores muy enfocados al humanismo y que están ligados a los personal de cada individuo. Nosotros somos una profesión ligada al acompañamiento de las personas y fundamentamos la razón de ser en la relación comunicativa con las personas y aquí esta la diferencia (...) con otros profesionales, si nosotros no tuviéramos estos valores nos distanciaríamos del enfermo y no podríamos dinamizar la conjunción de tantas profesiones, ni el proceso del propio enfermo. Estamos en medio de todo y el objetivo debe ser potenciar esta figura (...)” Enf13(5)

En este mismo sentido nos comentan:

“(...) lo más importante es la comunicación y la presencia. La enfermera debe estar cerca del enfermo, esta presencia es la que la diferencia de otros profesionales(...) Enf12(6)

Cuando desde el lenguaje cotidiano se utiliza la palabra sensibilidad queremos designar aquella capacidad de captar las emociones, las necesidades y los sentimientos del otro. Desde el cuidado y utilizando el marco del cuidado ético, ésta sería un elemento del mismo, como apuntábamos en capítulos anteriores. Los informantes ven la necesidad de ser sensibles en cuidado, en situaciones de urgencia y emergencias y no solo eso, sino que consideran que es un valor añadido, ya que la persona, en muchas ocasiones, se encuentra en situación de vulnerabilidad extrema. Dicha perspectiva de cuidado lleva consigo una vinculación emocional entre ambos que se dan dentro de un marco moral determinado y que algunos autores definen como empatía, curiosamente los informantes no hacen referencia a ella cuando es un término que aparece constantemente en la bibliografía. El siguiente fragmento nos apunta algunos de estos aspectos:

“(...) saber percibir lo que el enfermo necesita, la confianza, la destreza es muy importante...cuando ven que te maneja que tienes facilidad para hacerles las cosas, ellos se sienten mejor y les da mucha seguridad. La preparación que tengas es importante pero en definitiva, ser sensible con la gente, es lo fundamental. Pienso que lo principal, es saber que es lo realmente importante para la persona, tú tienes que ver en ese momento que es lo importante y a lo mejor es una cosa sencilla pero que le resuelve ese problema que tanto le angustia. La sensibilidad está ahí, en detectar la demanda(...)”
Enf11(8)

Esta característica se enmarca dentro de un contexto determinado de la ética y es en aquellos modelos de ética donde los sentimientos y la emoción tienen cabida, no es el caso de la ética basada en el principio de justicia sino en aquella que hemos denominado, éticas del cuidado. Pese a que a lo largo de la historia y en diferentes culturas, los sentimientos y las emociones han sido relegadas a segundos planos, en el caso concreto del cuidado, los sentimientos siempre han estado presentes, de ahí que la ética del cuidado parezca realizada a medida para la práctica del cuidar de las personas.

6.2. De sentimientos y de prácticas

Desde la ética clásica, el interés por el estudio de las emociones y los sentimientos ha estado presente, autores como Platón y Sócrates apuntaron la necesidad de negar los sentimientos como cultivo de la virtud y marcaron el punto de inflexión para dar paso a un amplio abanico de postulados al respecto, desde la negación de la mismas hasta armonizarlas con la vida de la persona. Otras disciplinas, a parte de la filosofía, como ocurre con la psicología, se han ocupado del estudio de las diferentes teorías sobre las emociones pero no nos centraremos en ellas, independientemente del por qué se producen, si son o no adecuados, si responden a patrones cognitivos determinados u otras razones, lo que queremos es realizar un acercamiento a los sentimientos de los profesionales en la práctica del cuidado, que surgen de la interacción entre los actores del cuidado.

Esta interacción se entiende como un intercambio de sentimientos, de pensamientos, de acciones y experiencias entre ambos. Ésta se puede considerar como una dimensión básica en el cuidado de enfermería, porque al centrarse en el contacto entre personas, se constituye en el móvil indispensable para llevarlo a cabo, por lo que obviar los sentimientos es una cuestión imposible. Torralba (1998), lo describe como un encuentro entre dos universos personales, entre dos mundos libres, entre dos conciencias, entre dos destinos singulares en la historia.

Pese a esto no debemos caer en la fácil presunción de que la ética es todo sentimentalismo¹⁵⁹ porque si esto fuese así, solo el racionalismo podría dar respuestas a los problemas éticos de la practica clínica y en la realidad esto no ocurre, pues cuando se hace de la perspectiva estrictamente racionalista perdemos muchas dimensiones importantes como podrían ser el caso del contexto cultural o la ideología religiosa por citar algunos ejemplos.

¹⁵⁹ Existe una corriente filosófica denominada *emotivismo moral* que considera que las acciones se deben llevar a cabo a través de los sentimientos que provocan en nuestro interior, dando respuesta a una primera fase individual para posteriormente poder pasar a al segunda fase, previa a la toma de decisiones, que sería la fase colectiva o grupal, a través de la cual, el grupo puede establecer una norma moral. Se considera a Hume como el primero que sistematizó esta teoría moral.

Nosotros nos detuvimos en esos sentimientos y como estos se visibilizan en situaciones de la práctica, no reflejándose a otros niveles. El cuidado es en parte emocional, ya que lo hemos podido comprobar a través de lo que nos expresan los informantes.

La expresión del cuidado surge de una demanda por parte de una persona que espera algo concreto, es una situación única y puntual, que no se repite y que para comprender esa relación no podemos generalizar sino contextualizar. En este caso, Noddings lo plantearía de la siguiente forma: En vez de preocuparse de los principios que guían la acción, el que cuida se preocupa por la persona a la que cuida y esto le genera una serie de sentimientos que dan sentido a la práctica cotidiana de los profesionales entrevistados, encontrando a partir de los discursos distintos planteamientos que realizan los agentes:

“(...) el hecho de ayudar a las personas me hace sentirme realizada ya que estás al lado de ellas en situaciones muy graves y muy críticas, tras el cuidado que necesitan en esos momentos tan difíciles. Les ayudas en sus problemas, ayudas a esas personas que están accidentados a que pueden seguir viviendo, también te encuentras muchas veces, impotente porque en otras ocasiones no podemos hacer nada por ellas...son las dos caras de la misma moneda(...)”
Enf2(7)

259

Como ya hemos comentado anteriormente, el acto de cuidar de un ser humano se produce en el encuentro entre dos universos personales, totalmente diferentes, que suponen una vivencia única y por tanto no se pueden replicar en otras situaciones. Se sienten parte de esta construcción aceptando que también, en ocasiones pueden sentirse mal, ya que esto forma parte de la propia vida. Así nos lo transmiten:

“(...) cuando las puedo cuidar, me siento bien y estoy muy a gusto pero también hay situaciones que no puedo y me provoca malestar. Con el tiempo he aprendido a crear situaciones en las que nos sentimos bien (refiriéndose al las personas cuidadas)(...)” Enf4(8)

Esta informante nos introduce un elemento que nos parece muy interesante para la construcción del cuidado ético actual, dejando atrás las viejas concepciones relacionas con el sacrificio y es la cooperación con el otro.

Para Fry, la cooperación es “(...) una actitud que incluye la participación activa con otras, a fin de obtener una atención de calidad para los pacientes, la colaboración en la planificación de enfoques hacia cuidados de enfermería y la reciprocidad con aquellos con los que se identifican profesionalmente los enfermeros. La cooperación promueve redes de apoyo mutuo y estrecha relaciones de trabajo. El concepto de cooperación preconiza actividades de enfermería tales como la colaboración con los demás para alcanzar los objetivos comunes, el cumplimiento de pro-mesas, la prioridad de los intereses mútuos y el sacrificio de los intereses personales al mantenimiento de la relación profesional” (Fry, 1994: 53-54), de este modo se da paso a una nueva forma de entender estas relaciones y debemos plantear acercamientos teóricos para su abordaje como pueden ser la hermenéutica¹⁶⁰ y la fenomenología. De hecho existen gran número de trabajos que utilizan estos marcos teóricos para el análisis de la realidad sobre todo desde la antropología¹⁶¹ y desde la enfermería¹⁶². Una forma de expresión al respecto sería la que a continuación relatamos:

260

“(...) Por lo general me siento bien, pero de vez en cuando me he sentido mal. Te puedo decir, ya hace aproximadamente un año, teníamos una abuela en el box 3 y la mañana era horrorosa. No quiero que pienses que estoy justificándome por haber hecho esto, porque lo hice. La señora se murió y en el mismo momento en que se estaba muriendo esta persona, se pusieron mal dos personas más, aquello que tú ya sabes del caos de urgencias. Cuando la abuela se murió, estaban allí los familiares, y a mí me apetecía estar un poco

¹⁶⁰Para el acercamiento a la bioética hermenéutica consideramos imprescindible la aproximación que realiza el profesor Domingo (2007) en *Bioética y hermenéutica*. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética, ya que en su trabajo clarifica la situación actual desde esta perspectiva teórica, así como el estado de la cuestión en nuestro país.

¹⁶¹Destacar la reflexión que realiza al respecto Martínez (2008) en, *El modelo hermenéutico a debate*, donde resalta la evolución sufrida por diferentes autores y la incorporación de otros marcos teóricos para poder entender la práctica desde la reconstrucción, de los que denominan, modelos explicativos.

¹⁶²Desde la enfermería, muchas son las concepciones de cuidado y muchos los diferentes modelos filosóficos que las sustentan, en intentos de huir de la fragmentación del cuerpo para poder, así, otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos de la vida con el fin de determinar la importancia de los cuidados en las diferentes situaciones, favoreciendo a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos un análisis crítico y reflexivo sobre nosotros mismos, la profesión, las vivencias de las personas cuidadas... por lo que la hermenéutica y la fenomenología son bien acogidas para captar el significado de la experiencia.

con ellos, estar con ellos, mimarlos, escucharlos...y me tuve que ir porque tenía más urgencias y cuando volví, la supervisora había decidido bajar a la mujer abajo (al mortuario). Me sentí fatal, porque pensé, ostras, si es uno de los momentos donde más cosas puedes hacer, no estás, ¿que sentido tiene?. Recuerdo haberle dicho al familiar, cuando vea el monitor a cero llame al timbre y me fui como una loca ha seguir haciendo cosas. Esto se me ha quedado y no puedo olvidarlo. Yo me pregunto ¿hasta que punto podemos llegar? Que yo tuviera otra urgencia en ese momento no justifica el no hacer cosas, en definitiva eran unos minutos para estar con esas personas. Si no de qué estamos hablando ¿qué cosas nos tiene que diferencias a nosotros de otros? Realmente creo, que esto es lo que nos diferencia de los médicos, y si esto no lo hacemos, tú me dirás. Este sentimiento no es un sentimiento de tristeza, es un sentimiento de impotencia y de rabia por no estar de acuerdo con lo que hice.”
Enf9(3)

En emergencias, las reflexiones sobre los sentimientos que pueden evocar las diferentes situaciones vividas suelen ser a posteriori, tal como lo relata la siguiente informante pero que se repite en otros:

“(...) en ocasiones las situaciones son muy impactantes pero intentas que no te afecten, de hecho podemos ir de un extremo al otro, desde la máxima satisfacción a la impotencia más absoluta. Pienso que no podemos fallar, tengo que estar a tope, debo ayudar a las personas porque no tenemos tiempo y hay que actuar. Eso exige un esfuerzo extra, porque el tiempo va en contra y quizás vamos a resolver situaciones básicas y que ponen en peligro a la persona. Todo depende de la emergencia, aunque lo que yo hago es rebobinar la situación para analizarla y ver si puedo hacer alguna cosa en otra situación similar o dejar de hacer alguna cosa que he hecho. En segundo lugar me gusta mucho hacer seguimiento del paciente en las horas siguientes al accidente y de hecho si podemos volvemos a verlos al hospital cuando se puede sobre todo en los pacientes graves” Enf8(4-5)

En este sentido, el deber moral de los profesionales sanitarios no sólo radica en el buen ejercicio de su profesión, sino en la reivindicación de unas condiciones adecuadas desde el punto de vista institucional para el buen ejercicio del cuidar y del curar.

La praxis adecuada precisa de unas determinadas condiciones, no sólo desde el punto de vista técnico; sino ético y estético. En determinados contextos, la presión exterior y los intereses instrumentales y utilitarios dificultan extraordinariamente el ejercicio de los cuidados. La masificación de los centros asistenciales, la burocratización del sistema sanitario, la estructura piramidal del poder, los intereses particulares de algunos grupos de poder, son factores que obstaculizan gravemente la tarea de cuidar y dificultan el óptimo ejercicio de la praxis profesional. Par todo ello, es necesario desarrollar de modo crítico y racional un análisis pluridimensional del cuidar, tanto en sus aspectos técnicos, como en sus aspectos antropológicos y éticos, pues el despliegue óptimo de los cuidados depende de un amplio conjunto de factores, por lo que exige, según Torralba(2005); un escrupuloso respeto de la autonomía del otro, el conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado, el análisis de sus necesidades, la capacidad de anticipación, el respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado, el auto-cuidado como garantía de un cuidado correcto y por último la vinculación empática con la vulnerabilidad del otro.

CUARTA PARTE

“(...) el imperativo moral frente a la fragilidad, ya no es tanto construir como socorrer. La confrontación con la debilidad de las cosas y los seres eleva la responsabilidad por la salvaguarda al primer plano de los valores. En este contexto, las exigencias fundamentales no se expresan en al palabra “liberación” sino como “responsabilidad”.

Daniel Innerarity

1. A modo de conclusiones

En esta parte final se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, que nos ha permitido adentrarnos en el mundo asistencial de servicios tan especiales como son los de urgencias y emergencias. A través de los diferentes discursos sus protagonistas hemos podido reconstruir las representaciones y prácticas que configuran estas realidades así como realizar el análisis de las mismas.

Pese a que la asistencia sanitaria actual responde al modelo médico hegemónico, existen voces que dentro del sistema amplían las posibilidades de entender y practicar una medicina y una enfermería desde otras perspectivas.

“(...)el desglosamiento de las representaciones con que se construyen los discursos y el análisis en la observación de las prácticas nos permite asegurar que, aunque enconrsetadas en el modelo biomédico, se dan variaciones significativas que construyen diferentes formas de pensarlo y practicarlo(...) (Montes 2007: 339).

Iniciaremos esta reflexión contrastando los resultados que hemos obtenido con las hipótesis que planteábamos en un inicio, después expondremos las propuestas

de cambio y mejora que consideramos pueden aportar sugerencias de utilidad para los colectivos estudiados y, por último, sugeriremos nuevos campos de estudio que han surgido en el desarrollo de esta investigación.

1.1. De los resultados obtenidos

En la primera hipótesis apuntábamos la existencia de un discurso biomédico dominante que se reflejaría y materializaría en unas representaciones y prácticas concretas en el ámbito de la enfermería, también cuando se trata de comprender las prácticas éticas del cuidado. En el caso que nos ocupa, esto ocurre en el espacio concreto de los servicios de urgencias, que pese a la imagen que puedan dar de ellos los medios de comunicación, siguen siendo los servicios más utilizados para acceder de forma más o menos rápida a la tecnología y a las pruebas objetivas cuando sobreviene algún problema de salud.

En este contexto, el control que ejerce la medicina en torno a la autodeterminación de las personas y en la toma de decisiones en situaciones graves, es un handicap importante para la reelaboración de nuevos modelos de relación terapéutica, ya que muchos profesionales consideran que por el hecho de vivir una situación grave, los pacientes no pueden tomar decisiones con lo cual el concepto de autonomía queda desvalido y en muchas ocasiones, cuando la persona podría hacer uso plenamente de este derecho y autogestionar su propia vida, no se le permite, perpetuándose el modelo paternalista del cual todos huyen pero que en definitiva la gran mayoría adopta. El paternalismo médico está permitido legalmente bajo el lema de la necesidad terapéutica de ocultación de información que decide el médico para actuar sin la necesidad de informar al paciente, ni obtener su consentimiento utilizando otros interlocutores o no. Este tipo de paternalismo lo han venido a denominar paternalismo justificado y se da de forma constante en la práctica clínica, escudándose en que existe en él una forma de respeto al principio de autonomía, pero pensamos que esta utilización del término es poco adecuada ya que se usa siempre y cuando no se contradigan los planteamientos propuestos por los médicos y, si estos se contradicen, entonces nos encontramos con que se puede convertir el

paternalismo justificado en abandono terapeutico, aspecto que desde el punto de vista ético es inaceptable.

Existen fuertes contradicciones entre el uso de los servicios de urgencias y las relaciones que se establecen en ellos, puesto que si fuera cierto lo que muchos profesionales afirman y es que existe un mal uso del servicio, hipotéticamente esas personas no presentarían patologia urgente que incapacite la posibilidad de ser informado y de consentir, pero resulta que cuando una persona está en el servicio se la desposee de su derecho de autodeterminación ante su proceso de salud y enfermedad, sustituyéndola casi automaticamente en su derecho de elección.

Los discursos sobre la deshumanización de la asistencia se mezclan en muchas ocasiones con la despersonalización, ya que la falta de personal, la sobrecarga asistencial o la superespecialización, llevan a esta despersonalización. La persona se fragmenta y clasifica en diferentes especialidades médicas, llevando a invisibilizarla y visibilizar sólo al órgano problema. Sin embargo, el tema de la humanización es una cuestión inherente al ser relacional y depende exclusivamente de los actores que intervengan en un momento concreto, independientemente de que el servicio esté sobresaturado o que le visiten un gran variedad de especialistas. De hecho, algunos profesionales lo expresan claramente y procuran establecer relaciones con las personas en este sentido, siendo algo más frecuente entre las enfermeras.

En segundo lugar planteábamos la activación de reelaboraciones y de reinterpretaciones selectivas de los discursos a través de nuevas formas de entender la ética enfermera que surgen de la relación con las personas que hacen uso de estos servicios, materializándose otras formas de entender la ética en la práctica clínica y la resolución de los problemas que de ella se derivan. Podemos afirmar que, en términos generales, los temas que más relevancia tienen en estos ámbitos asistenciales son las discrepancias que surgen en torno a las representaciones y prácticas relacionadas con la gestión del dolor y de la muerte y las diferencias que existen entre uno y otro.

Le Bretón(1999) citaba en su obra a René Leriche con la siguiente aportación: *“Solo hay un dolor fácil de soportar, y es el dolor de los demás”*. Esto se replica

constantemente en la práctica, los profesionales sanitarios suelen enfocar el tema del dolor como el resultado de una alteración física de un órgano concreto y que se refleja con unos síntomas determinados, pero el problema aparece en la subjetividad de la valoración de los mismos. A ningún profesional se le plantean dudas si se objetiva en un electrocardiograma la elevación del segmento ST que indica que la arteria de una zona del miocardio está obstruida y el músculo cardíaco está sufriendo o si el diagnóstico por el laboratorio se establece en base a los cambios en las concentraciones de las enzimas presentes en el músculo cardíaco, que pueden llegar a niveles muy elevados en casos de isquemia o necrosis tisular; nadie se plantea dudas de que nos encontramos ante un probable infarto de miocardio, pero el dolor que pueda provocar no se puede objetivar con la misma claridad y entonces dependerá de los profesionales con los que se encuentre para que sea tomado en cuenta de una forma u otra. La subjetividad del tratamiento del dolor se encuentra presente actualmente en las prácticas asistenciales cotidianas, pese a que existen discursos que apuntan a un cambio de pensamiento, pero la realidad muestra que las enfermeras se quejan de la infravaloración que se realiza del dolor a través de las constantes demandas que realizan. Esto refleja la liminidad del dolor entre dos mundos, el mundo de lo físico y el mundo de las percepciones, cuestión a tener en cuenta si el objetivo de la medicina es mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, debería plantearse ayudar a disminuir el dolor y el sufrimiento aunque ésta sigue siendo una asignatura pendiente donde las haya.

En urgencias el dolor acompaña a la gran mayoría de cuadros que presentan quienes acuden al servicio y el tratamiento del mismo depende muchas veces de la persistencia de la demanda de los pacientes y de algunos profesionales, por lo que es una situación que queda al amparo de la buena suerte y no tanto de unos protocolos concretos de práctica asistencial .

En emergencias, al dolor se le otorga una categoría mucho más relevante, rompiendo con estereotipos como “aguanta un poco para que en el hospital te puedan valorar mejor” y los profesionales apuntan que se sienten contentos con el manejo del mismo y los resultados obtenidos. Sí que comentan la paradoja de los

cambios de terapéutica en el uso de fármacos analgésicos y opiáceos cuando el paciente es trasladado a los hospitales, donde las pautas disminuyen mucho e incluso se disipan.

En este sentido, la medicina, que es un saber sobre el cuerpo enfermo, no ha sabido abordar de forma plena el tema del dolor por la carga de subjetividad que conlleva. De aquí que el desarrollo en este campo deba ir hacia el homo dolens pero todavía nos encontramos en el corpus dolens.

Desde la bioética éste es un tema poco investigado y uno de los motivos que se alegan es que se debe a las deficiencias del abordaje que existe en la práctica, lo cual no ha motivado investigaciones importantes en este sentido, cuando lo interesante sería considerarlo como un desafío y abordarlo sin tapujos, publicando lo que representa el dolor en todas sus dimensiones, para facilitar un mejor tratamiento del mismo y rompiendo con todos los mitos que flaco favor hacen a los que lo sufren. Y hablando de sufrimiento, hay que subrayar que éste no es un tema baladí y que no puede ser olvidado.

La dimensión emocional del dolor también se visibiliza en los servicios de urgencias y los profesionales reconocen que no disponen de muchas herramientas para ayudar a las personas a mitigarlo, se tiende a negar su existencia y dejarlo caer en un vacío donde se abandona al paciente a su suerte.

Del mismo modo, el malestar que provoca la gestión de la muerte en estos servicios conduce a que el ser humano pierda todas sus dimensiones, pasando a ser un cuerpo compuesto de una multitud de órganos que en un momento dado dejan de funcionar, como si de una máquina se tratase. A partir de este momento, cuando la reparación ya no es posible, nos encontramos ante la muerte. Esta muerte mecanicista proporciona una imagen penosa de la muerte que las personas pueden vivir en un hospital. Los profesionales comparten la idea de que el hospital no es el sitio adecuado para morir, pero la realidad es que cada vez más personas van al hospital a morir, por lo que debemos plantearnos como introducir cambios para mejorar este proceso.

Los servicios de urgencias y emergencias en muchas ocasiones se hacen incompatibles con una muerte digna, quedando a la suerte de que los profesionales, que por unos motivos u otros sean sensibles con estos aspectos, ayuden a dignificar estos procesos de forma puntual. Podemos decir que no es una pauta generalizada, ni tan siquiera están de acuerdo con ello todos los profesionales. Ya vimos que muchos piensan que no se debería venir a morir a los hospitales, pero la realidad, como hemos visto, es otra. La persona que se encuentra en la fase final de su vida puede ser tratada con la medicina más intervencionista que pueda existir, cuando realmente lo que necesita es un tratamiento paliativo adecuado a su situación, y se convierte de esta manera en un paciente extremadamente intervenido, aunque no debemos olvidar que muchas familias así lo exigen. Ven en la medicina la posibilidad de la eternidad y el derecho a la salud como una obligación de curación por parte de la misma. Así, cuando estas situaciones no tienen solución posible puede ser vividas como un fracaso, tanto por los profesionales como por esas familias, perpetuando situaciones que casi siempre son penosas para la dignidad humana de todos los intervinientes. El estrés moral es el resultado de muchas de las experiencias vividas en torno a la fase final de la vida y es sentido por los profesionales ante la impotencia de no poder hacer nada al respecto.

La medicina ha conseguido cambiar los modos de morir y ahora numerosas voces exigen que se vuelva a los modos tradicionales, porque se considera inhumano llevar a un familiar a morir al hospital. En este contexto, deberíamos replantearnos qué es lo que queremos y cómo lo estamos haciendo, a fin de dignificar el proceso final de la vida. También sería muy importante avanzar más hacia la materialización de un derecho fundamental como es el derecho a decidir y decidir ante la muerte en la práctica, no en la teoría. Esta no deja de ser otra asignatura pendiente. Entre los principios jurídicos establecidos y la realidad asistencial existe una lejanía importante que debería reducirse. Si consideramos que se es maduro para la vida, se debería poder serlo también para la muerte. Si esta distancia se acortara se dignificaría al ser humano. Pero la realidad que aquí hemos observado demuestra que ante situaciones médicas urgentes, se suele ignorar la petición del enfermo, aunque esta se haga por

escrito, sustentando la práctica en un paternalismo del que nadie quiere oír hablar pero presente detrás de afirmaciones como "es lo mejor para él" o "no puede decidir porque esta muy mal". Muchos profesionales no perciben que estén negando a las personas en momentos tan importantes de su vida, sin darse cuenta que perpetúan un modelo de medicina que se debería ir abandonando a estas alturas. Como decía Unamuno: "*el enfermo nunca dimite de la vida, le destituyen.*"

Concretar como se cuida a las personas no es cosa fácil, puesto que aunque hemos partido de unos modelos determinados que pueden engoblar a la gran mayoría de profesionales, no hay forma de concretar de una manera definida porque el trabajo que realizan no se replica, aunque parezca que siempre realizan actividades similares. Cuando se inició esta investigación, uno de los objetivos era analizar qué tipo de relación se establecía entre las enfermeras y los pacientes y si estas respondían a las premisas que plantea Watson en su modelo teórico del caring. Al finalizar, debemos reconocer que realmente existen serios problemas a la hora de valorar la aplicabilidad en la práctica de los *Carative Factors* que ella plantea en su teoría, si bien con la evolución presentada posteriormente con los *Clinical Caritas* se afina bastante más y aunque no todos se encuentran reflejados en cada una de las actuaciones, sí que podemos afirmar que se dan y que en muchas ocasiones estas son el origen de conflictos con los profesionales de la medicina, pese a que consideramos que podrían ser utilizados también por esta disciplina.

La experiencia de las enfermeras influye de forma directa para ver los cambios de dominio que se suceden, pasando de lo biológico, con la realización de procedimientos técnicos como eje principal de los cuidados en aquellas enfermeras que tienen menor experiencia, a los humanísticos donde la relación y la importancia de las emociones sobresalen de las prácticas meramente técnicas. Eso sí, puntualizan que el entorno terapéutico no es el adecuado para llevar a cabo el cuidado como ellas, por su experiencia, lo entienden y quisieran.

La ética del cuidado es entendida por la materialización de los cuidados tal como ellas los entienden y consideran que, en muchas ocasiones, los cuidados distan de poderse denominar cuidados éticos y que lo que se ofrece son cuidados técnicos.

Aunque no por ello consideran que la asistencia esté deshumanizada como ya comentábamos anteriormente.

Hoy por hoy el modelo tecnocrático predomina por encima de todos los demás, aunque en sus discursos los informantes confirman que no es el modelo que debería ser utilizado. Parece que es un modelo al cual se ha abocado a las personas cuando se ha promovido una medicina tecnico-dependiente y ésta, además, sería la respuesta a la educación llevada a cabo en los últimas décadas por la biomedicina.

Respecto a la tercera hipótesis, podemos resaltar que la responsabilidad ética que tienen las enfermeras en el proceso de cuidar al enfermo forma parte del contexto profesional y de la función social de la enfermera. El actuar como agentes morales independientes hace que se mantengan luchas de poder entre la medicina y la enfermería, que derivan de la construcción de las diferentes relaciones asistenciales con el resto de profesionales que trabajan en los servicios de urgencias y de emergencias.

Las enfermeras hospitalarias se sienten excluidas en los procesos de toma de decisiones referidos a los aspectos éticos derivados de la práctica clínica. Se perpetúan en tiempo y espacio, especialmente en el hospitalario, los patrones de subordinación y dependencia, promovidos por la profesión médica pero también asentados en profesionales de enfermería que no ven con claridad desafiar a los médicos para luchar por un espacio de cuidados. No ocurre lo mismo en el ámbito de la asistencia extrahospitalaria, donde la enfermera refiere ocupar un lugar importante que no es vivido por los médicos como una agresión. Al contrario, suelen estar muy de acuerdo en compartir situaciones y tomar decisiones conjuntas.

Realmente, el hospital continúa siendo un lugar totalitario donde se representa un habitus concreto, definido en palabras de Bourdieu como *“(...)la capacidad de producir prácticas (...) y la capacidad de diferenciar y apreciar estas prácticas y estos productos donde se constituye el mundo social representado, esto es, el espacio de los estilos de vidas”*. El habitus es una estructura estructurada y estructurante: *“estructura estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas y es también estructura estructurada, el principio de*

división en clases lógicas que organiza la percepción del mundo social (...)” (Bourdieu 1998: 189). Este habitus responde en el caso que nos ocupa a una superespecialización ligada a la tecnología biomédica, que lleva asociadas unas formas de hacer, de pensar y de actuar concretas, que parecen ser distintas al mundo de la atención extrahospitalaria, donde buscando fines similares y teniendo medios parecidos, los modos en muchas ocasiones son disitintos.

También es interesante destacar la cuestión de la imagen profesional y de la identidad, ya que nos encontramos en un mundo donde los mensajes se transmiten en muchas ocasiones a través de las mismas. Es determinante la diferencia que existe entre enfermeras y médicos al respecto. Una enfermera que desarrolla su labor asistencial en urgencias tiene un estatus importante dentro del marco hospitalario, pero aquella que la realiza en el ámbito de las emergencias todavía está mejor considerada. No ocurre lo mismo con los médicos. En su caso la relación está totalmente invertida. Un médico que trabaja en urgencias es considerado de inferior categoría que los médicos “especialistas” y al que trabaja en emergencias nadie sabe como se le considera. A este fenómeno le denominaremos histéresis del habitus o efecto Don Quijote, continuando con el discurso bourdiano, por el afán de perpetuar un modelo concreto de identidad que está obsoleto y que no es adecuado para este nuevo habitus.

A continuación destacaremos algunos resultados de la investigación que pueden aportar elementos interesantes para futuras investigaciones.

1.2. Abriendo nuevos campos

Cuando se inicia una investigación como la realizada se descubren nuevos fenómenos que son propios del campo estudiado y que no se preveía su emergencia a priori. Al intentar conocer unos aspectos concretos a través del trabajo etnográfico, se abren nuevas puertas donde aparecen nuevos resultados, como es el caso de dar respuesta a una pregunta que sin hacerla de forma explícita nos hemos encontrado en los discursos de los informantes: ¿cómo toman decisiones éticas los profesionales sanitarios?

Pese a que desde diferentes escuelas, tendencias o corrientes se intenta mostrar la utilidad de los procesos de toma de decisiones éticas para garantizar unas decisiones adecuadas y correctas, nos encontramos ante un entorno que es complejo, dinámico, en constante cambio y en algunos momentos conflictivo, que conduce a los profesionales a tomar decisiones de una manera determinada que se centra en la individualidad y la intuición. Sería muy interesante profundizar en futuras investigaciones en esta línea.

Este planteamiento ha resurgido recientemente en algunas áreas de la psicología, pero en el ámbito de la bioética no se ha escrito ni descrito de esta forma. De hecho se fundamentan los procesos de tomas de decisiones en base a estudios publicados por Daniel Kahneman, Premio Nobel en 2002, que demuestran que la intuición no se puede utilizar en la toma de decisiones por su alto grado de error.

En la actualidad existe una nueva corriente capitaneada por Gerd Gigerenzer (2008) que demuestra que la intuición puede llegar a ser mejor que los modelos de elección racional, basándose en principios sencillos que ignoran mucha información y se centran en una o dos buenas razones que ayuden a decidir ante una situación concreta. Este autor denomina a estas reglas como reglas heurísticas y el campo de estudio lo ha denominado *Heurística de la Cognición*, utilizando la toma de decisiones intuitivas como eje principal para escoger la respuesta a la pregunta que se nos puede plantear en un momento dado.

Uno de los objetivos de la bioética clínica y sobre todo en lo que respecta a la medicina y a la enfermería, es la búsqueda de respuestas como solución de casos concretos, elegir entre lo correcto y lo incorrecto para encontrar soluciones y, pese a que se recomienda de forma constante actuar desde la libertad y la prudencia mediante un abordaje interdisciplinar y con el método adecuado, en la práctica esto se realiza desde la individualidad y la toma personal de decisiones no está sustentada en ninguna metodología específica sino que se basa más en la experiencia profesional.

En el ámbito de la formación, como es mi caso, los modelos de aprendizaje y enseñanza de la bioética a lo largo del currículo académico, tanto en pregrado como en posgrado, son de lo más variado. Con el fin de promover en los alumnos la

competencia ética, en mayor o menor medida se enfocan dando importancia a un método concreto, que suele moverse en torno al principialismo. Me pregunto si realmente alcanzan los alumnos esta competencia ética, que debería ser alcanzada por todos ellos y no solo por aquellas personas con una especial sensibilidad para estos temas. O si quizás debemos introducir cambios al respecto para promover tomas de decisiones distintas que se configuren desde otras perspectivas. En esta línea debo destacar el monográfico de *Acta Bioética*, La enseñanza de la Bioética (2008), donde diferentes autores abordan la realidad concreta y actual de la enseñanza de la bioética en España y en Latinoamérica.

A partir de estos resultados veo la necesidad de profundizar en los procesos y en los métodos de toma de decisiones, así como en la búsqueda, si existe, de alguno que pueda ser útil en estas situaciones complejas, difíciles, ambiguas y en muchas ocasiones inciertas. En esta línea, me gustaría destacar la necesidad de profundizar en la hermenéutica, ya comentada en algún momento, que podría dar respuesta a estos problemas en la clínica, puesto que nos puede ayudar a comprender la significación de los actos y a utilizar adecuadamente los saberes disponibles en aras de encontrar la decisión más adecuada ante un problema ético donde la incertidumbre de la decisión planea constantemente sobre todos los actores que participan. También será interesante explorar estos procesos desde perspectivas diferentes, incluyendo elementos como la multidisciplinariedad, las emociones o las subjetividades, para promover nuevas formas de acción en los ámbitos de la educación y de la práctica clínica. Considero que la bioética no debe ser entendida como una herramienta que dé respuestas estáticas e inmóviles aplicables de forma generalista, cuando nos encontramos ante seres únicos e irrepetibles. Por tanto, debemos trabajar en la construcción de estrategias de mediación ante los problemas éticos, promoviendo el derecho fundamental de autodeterminación de las personas y la protección de la dignidad cuando ellas no pueden hacerlo por si mismas.

La razón, utilizada para la toma de decisiones, puede acercarse a la emoción, ya que ambas forman parte de los procesos cognitivos, aunque los profesionales afirman que intentan excluir las emociones, desarrollando procesos que se suelen

sustentar en aspectos como la utilidad o el resultado esperado...pero que no sirven en todas las personas, ya que hay muchas situaciones entre las que nos han relatado los informantes, en que la emoción se encuentra involucrada, y no estamos hablando de impulsividad que sería no valorar entre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto.

Uno de los autores destacados en la investigación sobre las relaciones que se establecen entre la emoción y la razón es Damasio (1994, 2005, 2006), que nos invita a pensar que la relevancia de los sentimientos en la construcción de la racionalidad no sugiere que ésta sea menos importante que aquellos. Constata que la noción dualista de Descartes consiste en escindir el cerebro del cuerpo, como si le mente fuera un programa ejecutado en una computadora, que sería el cuerpo. Pero el postulado primordial de Descartes, "*pienso, luego existo*", se puede considerar que es una falacia ya que no se puede pensar antes de ser.

Las emociones y la razón están en la línea de entenderse y para concluir con esta idea, recojo el relato publicado por Fernando Trias de Bes en el diario El País en un artículo sobre los procesos de decisión:

“Érase una vez la Decisión, que dijo a todos los que se ponían ante ella que debían escoger un colaborador, pues las decisiones entre dos son más acertadas que las decisiones que toma uno solo. El director, que decidía sobre las organizaciones, se puso un “co” delante y escogió al co-director; el autor, que decidía sobre las novelas y las historias, se puso un “co” y escogió para ayudarle al co-autor; el responsable, que decidía sobre los asuntos importantes, se puso un “co” y escogió para ayudarle al co-responsable. Y la razón, que decidía sobre el destino de los hombres, se puso un “co” y escogió para ayudarle en las decisiones al co-razón. Desde aquel día, los hombres tomaron sus decisiones con la razón y con el corazón: con la lógica y con la intuición”.

2. Bibliografía

1. Abel, F (2001). *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Madrid, MAPFRE.
2. Abizanda, R (2002) Sobre la participación de los pacientes críticos en la toma de decisiones asistenciales. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva Debate*, 1(2), 1. Recuperada en septiembre 2008, de:
<http://remi.uninet.edu/debate/DEBATE01.htm>
3. Achío, M.(2005). Ética de la investigación en ciencias sociales: Repensando temas viejos. *Revista Digital. Cuadernos de Sociología*, 6. Recuperado en mayo 2008, de:
<http://www.cuadernosociologia.fcs.ucr.ac.cr/edicionN6/articulos/Etica%20de%20la%20investigacion%20en%20ciencias%20sociales.pdf>
- Acosta, JR (2003). La bioética de Potter a Potter en Bioética para la sustentabilidad. La Habana, Acuario; 13-23. *Revista futuros*, 4(1). Recuperado en febrero 2007, de:
http://www.revistafuturos.info/futuros_4/potter_1.htm
4. Acosta, L. (2006). Violencia simbólica y sistema escolar en Bourdieu. FILOTECH2006. 43 Congreso de Filósofos Jóvenes. Palma de Mallorca. Recuperado en enero 2008, de:
http://www.uibcongres.org/imgdb//archivo_dpo1830.doc
5. Acta Bioethica. (2008). *La enseñanza de la Bioética*, 14,1. Recuperado en junio de 2009, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1726-569X20080001&lng=es&nrm=iso
6. Agar, L. (2004). La ética de la investigación en ciencias sociales en el contexto de la globalización: de la investigación cuantitativa a la cualitativa. *Acta Bioethica*, 10(1).
7. Aguilar, M^aC y col.(2004). Valores hacia el trabajo del personal de enfermería: Un análisis descriptivo. *Index Enferm*, 13,(44-45), 9-13. Recuperado en enero 2006, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100002&lng=es&nrm=iso
8. Aignerren, M. (2006). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Centro Centroamericano de Población. *Biblioteca Virtual*, 7. Recuperado en mayo 2008, de: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/14/grupos_focales.htm
9. Ainslie, D (2002) Bioethics and the problem of pluralism. En Ellen, P y col. *Bioethics*, (pp. 1-28) Cambridge: Cambridge University Press.
10. Alberdi, RM (1993). Las enfermeras para el tercer milenio. *Revista ROL de Enfermería*, 178, 43-50.
11. Alemany, M (2003). Estrategias de la benevolencia. *Doxa: Cuadernos de Filosofía y Derecho*, 26, 769-796. Recuperado en junio 2007, de:
<http://www.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=15803>
12. Alemany, M (2005). Concepto y justificación del paternalismo jurídico. *Doxa: Cuadernos de Filosofía y Derecho*, 28, 265-303. Recuperado en junio 2007, de:
<http://www.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=29113>
13. Allué, M (1982). *La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal en la sociedad occidental*. : I Jornades d'Antropologia de la Medicina, Comunicacions: II Coloqui de l'I.C.A., Tarragona, 16-18 de desembre 1982, *La antropología de la medicina en España: metodología y perspectiva*, (2), 4-33.

14. Allué, M (1983). La muerte en las Ciencias Sociales, una bibliografía. *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, 2, 205-233.
15. Allué, M (1985). La gestión del morir: Hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal. *Jano*, 653-H, 57-68.
16. Allué, M (1988). Como desearía morir ¿súbita o paulatinamente?. *Jano*, 821, 83-90.
17. Allué, M (1993). La antropología de la muerte. *Rol* 179-180, julio-agosto, 33-39.
18. Allué, M (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Planeta- Seix Barral.
19. Allué, M (2004). El dolor en directo. *Humanitas*, 2, 69-79.
20. Allué, M (1998). La ritualización de la pérdida. *Anuario de Psicología*, 29(4), 67-82. Recuperado en enero 2008, de:
<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61501/88348>
21. Allué, X. (1997). Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas. Tesis de Doctoral. Universidad Rovira i Virgili .
22. Allué, X. (1999). *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*. Zaragoza: Mira Editorial.
23. AMURG (2009). *El funcionamiento de la unidad de urgencias del hospital Puerta de Hierro tras el traslado a Majadahonda*. Recuperado en junio 2009, de:
http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_50069_FICHERO_NOTICIA_44799.pdf
24. Anthony MK y col. (2004). Measurement of nursing practice models using multiattribute utility theory: relationship to patient and organizational outcomes. *Quality Management in Health Care*, 13: 40-52.
25. Aranaz JM y col. (2006). ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?. *Gaceta Sanitaria*, 20(4). Recuperado en junio 2008, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000400010&lng=es&nrm=iso
26. Aranaz, JM y col. (2004). Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Medicina Clínica*, 123(16), 615-618.
27. Aries, P. (2000). Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días. Barcelona: Acantilado.
28. Arroyo, F (2007). La ética Médica en el S.XX: surgimiento de la Bioética como nueva disciplina. *Humanidades Médicas*. Recuperado en diciembre 2008, de:
<http://espacioblog.com/humanidades-médicas>
29. Atienza, M (1997). Juridificar la bioética: bioética, derecho y razón práctica. *Claves de Razón Práctica*, 61, 2-15.
30. Atienza, M (1998). Juridificar la bioética: una propuesta metodológica. En A. Cambrón (Eds). Entre nacer y morir. (pp. 33-64). Madrid: Comares y Ministerio de Sanidad y Consumo.
31. Bacote-Campinha J(1999). A model and instrumental for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38 (5), 203-210.
32. Baird, K (2004). Sammy. Literatura, identidad y Región. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado en mayo 2008, de:
<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005431/lecciones/Cap04/Lecturas/Sammy.htm>
33. Barragán-Solí, A (2006). El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. *Archivos en Medicina Familiar*, 8,2, 109-117.
34. Barrio, IM y col. (2005). *De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de las Decisiones*. Nodo de Ética de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cuidados a Personas Mayores (RIMARED). Nure Investigación, 5 . Recuperado en febrero 2007, de:

- http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original20.pdf
35. Bartolucci A (2001). *A phenomenological study of emergency nurses. Experiences of caring*. Thesis degree of Master o Science in Community Health Nursing, New York
 36. Bascuñan ML.(2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile*, 133; 11-16.
 37. Baskett, P y col. (2005). *La Ética de la resuscitación y las decisiones del final de la vida*. Recomendaciones del 2005 de la European Resuscitation Council sobre Resuscitación Cardiopulmonar. Recuperado en enero 2009, de: http://www.seslap.com/seslap/html/fcontinuada/pdf/nr_rcp.pdf
 38. Beauchamp, T.L., J.F. Childress (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
 39. Beck, U (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós Básica.
 40. Benayas, M y col. (1998). Evolución de la frecuentación en el servicio de urgencias del hospital Torrecárdenas S.A.S. Almería años 1990-94. *Revista Emergencias*, 10(5), 290-295.
 41. Benner P y Wrubel J (1989). Caring comes first. *American Journal of Nursing* 88(8), 1072-1075.
 42. Benner, P (1987). *Practica progresiva en enfermería: manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo.
 43. Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.
 44. Benner, P. (1991). The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14 (2), 1-21.
 45. Benner, P. (1997). A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Journal of Theoretical Medicine*, 18 (1-2), 47-61.
 46. Benner, P. (Ed.). (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, CA: Sage.
 47. Benner, P., & Tanner, C. (1987). How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 1, 23-31.
 48. Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley publishing.
 49. Berger, P y Luckmann, T.(1984). *La construcción social de la realidad*. Madrid: Martínez de Murguía.
 50. Bernad, H. (1994). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. (2ªed). Walnut Creek, CA: Altamira Press.
 51. Bonete, E. (2002). Ética de la muerte: de la Bio-ética a la Tánato-ética. *Daimon. Revista de Filosofía*, 25, 57-74. Recuperado en septiembre 2008, de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=646465>
 52. Bourdieu, P (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Ginebra: Droz.
 53. Bourdieu, P (1988). *Cosas Dichas*. Barcelona: Gedisa.
 54. Bourdieu, P (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
 55. Bourdieu, P (1991, 1998). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
 56. Bourdieu, P (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
 57. Bourdieu, P (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
 58. Bourdieu, P y Wacquant, L (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

59. Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
60. Braún T y col. (2002). Frecuenciación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gaceta Sanitaria* 16(2), 139-144.
61. Brennan, PF y Anthony, MK. (1988). Nursing practice models: implications for information system design. *JONA*, 28(10), 26-31.
62. Brennan, PF y Anthony, MK. (2000). Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. *Research in Nursing & Health*, 23, 372-382.
63. Brown, K. (1991). Death and access: Ethics in cross-cultural Elath care. In Friedman, E. (ed.). *Making Choices*. Chicago: American Hospital Association Publishing.
64. Brunet, I y Morell, A (1998). Capitals, trajectòries i estratègies: la teoria general dels camps de P. Bourdieu. *Papers* 54, 201-214.
65. Bueno, G (2001). *¿Qué es la bioética?* Biblioteca Filosofía en español. Oviedo: Pentalfa ediciones
66. Busquets, M. (2004). *Ética del cuidar*. Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Enfermeras en Ostomías, Noviembre, Pamplona. Recuperado en mayo 2007, de: http://estomaterapia.com/congreso2004/documentos/Ponencias/5_La%20etica%20del%20cuidar.pdf
67. Cabral, A (1993). Conceptos históricos y teorías del dolor. *Revista Ciencias*, 31,21-27.
- Cabré, LI y col. (2001). *Errores de medicación en el servicio de medicina intensiva*. EASO. Recuperado en diciembre 2008, de: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/025.pdf>
68. Calderone, M. Sobre Violencia Simbólica en Pierre Bourdieu. *La Trama de la Comunicación*,9. Anuario del Departamento de Ciencias de la Comunicación. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina. UNR Editora, 2004. Recuperado en enero 2008, de: http://biblioteca.puntoedu.edu.ar/dspace/bitstream/2133/4871/1/Calderone+-+Violencia+Simb%F3lica+en+Bourdieu_A1a.pdf
69. Callahan, C (1973). Bioethics as a discipline. *The Hasting Center Studies*, 1(1), 66-73.
70. Canales, M (2006). El grupo de discusión y el grupo focal. En Canales (ed). *Metodología de investigación social*. Santiago de Chile LOM, (pp. 265-287) Recuperado en mayo de 2005, de: <http://www.esnips.com/nsdoc/7271c5f0-c4bb-4fa6-b0bb-0a3b7a9b1e62>
71. Canals, J (1998). Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. *Trabajo social y salud*, 29, 191-199.
72. Canals, J (2009). Vía crucis en urgencias. En Comelles, Martorell y Bernal (eds.) *Enfermería y Antropología*. Barcelona: Icaria.
73. Cano-Caballer, MD (2004). Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm* 13(46), 34-39. Recuperado en junio 2009, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es
74. Carbonell, M^aA y col. (2004). La técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción en urgencias. *Emergencias*, 16, 184-189.
75. Carper, B.A (1979). The ethics of caring. *Advances in Nursing Science* 1(3), 11-19.
76. Carpiano, R (2007). Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & Place*, 13(3),639-655.
- Casado, M (2002). ¿Por qué bioética y derecho? *Acta bioeth.*8, 2, 183-193. Recuperado en junio de 2008, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2002000200003&script=sci_arttext

77. Cascón R (2006). *Entendiendo las percepciones del mando intermedio sobre su rol como gestor: un estudio exploratorio en dos hospitales*. Tesis doctoral defendida en el Departament de Gestió d'Empreses. URV
78. Cerillo, J (2008). ¿Medicina Alternativa? Una aproximación a las metáforas de salud y enfermedad en los discursos médicos oficial y homeopático. *Interticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2,1; 115-130.
79. Cervero F, Laird JMA (1991). One pain or many pains?: a new look at pain mechanisms. *News Physiol. Science*, 6, 268-273.
80. Charles, C y col. (1998). Doing nothing is no choice: lay constructions of treatment decision-making among women with early-stage breast cancer. *Sociology Health and Illness*, 20, 71-95.
81. Choza, J (1977). Dimensiones antropológicas del dolor. *Anuario filosófico*, 10(2), 39-57. Recuperado en diciembre 2007, de:
<http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/1925/1/03.%20JACINTO%20CHOZA%200%28Navarra%29%2c%20Dimensiones%20antropol%3b%20del%20dolor.pdf>
82. Ciruzzi, S. (2008). La limitación de soporte vital: ¿Derecho, Deber o Delito?. Recuperado en marzo 2008, de:
<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/24.%20La%20limitacion%20de%20Soporte%20vital.pdf>
83. Ciurana, C. (2006). *Voluntades Anticipadas. Una alternativa a la muerte solidaria*. Madrid: Editorial Trotta.
84. Collière, M.F (1993). *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill
85. Comas, D.(2000). Mujeres, familia y estado del bienestar. En Valle del T (edit)(pp. 187-204). *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel.
86. Comelles, JM (2000). Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En Perdiguerro E y Comelles JM (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
87. Comins, I (2003). Tesis doctoral La Ética del Cuidado como Educación para la Paz, <http://www.tdx.cat/TDX-0223106-115339>
88. Convenio de Oviedo (1996). Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Recuperado en enero 2007, de:
<http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>
89. Corley, M.C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care*, 4(4), 280-285.
90. Correia (2003). Obstetric nursing teaching at the nursing faculty of Rio de Janeiro State University. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 7(2),255-261.
91. Cortés C y col. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2),190-219.
92. Cortina, A (2007). *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica (12ª ed.)*. Madrid: Tecnos.
93. Coulter, A y col. (1994). Patients preferences and general practitioners decisions in treatment of menstrual disorders. *Family Practice*, 11, 67-74.
94. Crehan, K. (2004), *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
95. Crossley M.L. y Crossley N. (2001). 'Patient' voices, social movements and the habitus: how psychiatric survivors 'speak out'. *Social Science and Medicina*, 52(10), 1477-1489.
96. Damasio, A (1994). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.

97. Damasio, A (2005). En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona: Crítica.
98. Damasio, A (2006). Sentir lo que sucede. Santiago de Chile: Andrés Bello.
99. David-Floid, R y St. John, G (2004). *Del médico al sanador*. Argentina: Editorial Creavida.
100. Davis A y Aroskar M (1991). *Ethical dilemmas and nursing practice*. 3ª edición. San Mateo California: Appletton & Lange.
101. Davis AJ (1999). Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería Clínica*, 9(1), 21-34.
102. Davis, A (2006). *El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar*. Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Recuperado en agosto 2008, de:
http://1212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELLà_D EF.PDF
103. Daza, R y Stella (2006). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel Santafe de Bogotá, Colombia. *Cultura de los Cuidados*, 19(10), 55-62. Recuperado en marzo 2009, de:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf
104. Daza, R, y col.(2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index Enfermería*, 14(48-49), 18-22. Recuperado en abril 2009, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&nrm=iso.
105. De Pedro J, Sales D. (2007). La autonomía del paciente es una prioridad para la enfermera. ¿Por qué no lo es para el paciente ni para el médico?. *Evidentia*, 4, 16 Recuperado en marzo 2008, de: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/366articulo.php>
106. Delgado, JC y col. (1996). Del maternalismo a la autonomía. Una transformación ética de la enfermería. *Revista Centro de Salud*, 4,8; 499-504.
107. Díaz, JL (2008). El sufrimiento medicalizado. *Cultura de los cuidados*. Recuperado en enero 2008, de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6663/1/CC_23_07.pdf
108. Díaz, M y col.(2003). Reflexiones éticas sobre la Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP), *Revista Metas*, 61, 59-63.
109. Domingo, T (2007). Bioética y Hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*, 2: 17, 281-312.
110. Domingo. M y Gómez, J. (2003). El concepto de necesidad humana básica como aproximación a la definición del cuidado. *Index de Enfermería*, 43: 23-27. Recuperado en enero 2009, de: http://www.index-f.com/indexenfermeria/43revista/43_artiuclo_23-27.php
111. Domínguez C. (1990). La percepción del cuidar. *Rev Rol Enfermería*, 127: 25-27.
112. Donchin, A y Purdy, L (eds.). (1998). *Embodying Bioethics: Recent Feminist Advances*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield.
113. Doukas, DJ. y McCullough, LB. (1991). The Values History: the evaluation of the patient's values and advance-directives. *Journal of Family Practice*, 32 (2): 145-153.
114. Drane, J (2002). *Origen y evolución de la bioética en EEUU*. Recuperado en diciembre 2008, de: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/bioeu.htm>
115. Dressler, W y col (1992). Social factors mediating social class differences in blood pressure in a Jamaican community. *Social Science & Medicine*, 35(10), 1233-1244.
116. Dressler, W y col (2005). Race and ethnicity in public health research: models to explain health disparities. *Annual Review of Anthropology*, 34, 231-252.

117. Duke, S y Copp, G (1992) Hidden nursing. *Nursing Time*, 88(17), 40-42.
118. Dunlop, M.J (1986). Is a science of caring possible?. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 661-670.
119. Edwards, A. y col. (2001). Elwyn G. Smith C. Williams S. Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to 'shared decision-making' approaches. *Health Expectations*, 4(3), 151-161.
120. Elpern, E.H. y col. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 14(6), 523-530.
121. Emanuel EJ y Emanuel LL. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267, 2221-2226.
122. Emanuel, E. J, y Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro, A., (ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela
123. Emmanuel E, y col. (2000). What makes clinical research ethical? *Journal of the American Medical Association*, 283(20), 2701-2711.
124. Empaire, G y col. (2002). Limitación de medidas terapéuticas en los pacientes críticos. *Gaceta Médica de Caracas*, 110(1). Recuperado en diciembre 2008, de: <http://biblio.upmx.mx/download/cebidoc/Dossiers/distanasia0310.asp>
125. Erlen, JA y Frost, B (1991). Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*, 13; 397-407.
126. Escuredo, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería Clínica*, 13(3), 164-170.
127. Esteban, ML (2007). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Inguruak*, 44, 249-261. Recuperado en enero 2009, de: <http://www.opikertu.org/dmdocuments/249estudelasa.pdf>
128. Estrabrooks, CA y col. (2000). Decision Aids: Where do we stand? A systematic review of structured consumer decisions Aids. *Technical Report*. Toronto, Institute for Clinical Evaluative.
129. Feito L (2000). *Ética profesional de la enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC.
130. Fernández, C. (2009). Los documentos sobre voluntades anticipadas son demasiado genéricos. *Diario Médico*. Com-Secciones. Recuperado en febrero 2009, de: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/normativa/es/desarrollo/1198599.html
131. Fernández, JM (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu. *Cuadernos de trabajo social*, 18,7-31.
132. Fernández, M (2004). Interdisciplinariedad en ciencias sociales: perspectivas abiertas por la obra de Pierre Boudieu. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 169-193.
133. Fernández, O (2002). Pierre Bourdieu: ¿Agente o Actor?. *Tópicos del Humanismo*, 90(1). Recuperado en enero 2008, de: <http://cariari.ucr.ac.cr/%7Eoscarf/textos/3Ab3b2A.html>
134. Ferrer JJ, Álvarez JC. (2003). Para fundamentar la Bioética. Bilbao: Desclée De Brouwer.
135. Ferreté, C (2005). *La ética ecológica como ética aplicada. Un enfoque desde la ética discursiva*. Tesis doctoral defendida en la Universidad Jaume I de Castellón. Recuperado en enero de 2007, de: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UJI/AVAILABLE/TDX-1108105-144528//ferrete.pdf
136. Florence, CS (2005). Nonurgent care in the emergency department: can we save by shifting the site of care?. *Ann Emerg Med*, 45 (5),495-496.

137. Fosnocht, E y col. (2005). Changing Attitudes About Pain and Pain Control in Emergency Medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23(2), 297 - 306.
138. Foucault, M (1995). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo Veintiuno.
139. Friedman M (1987). Beyond Caring: The De-Moralization of Gender. *Canadian Journal of Philosophy*, 13, 87-110.
140. Fry S y Veatch RM (2000). *Case studies in nursing ethics, 2nd ed.* Boston: Jones & Bartlett.
141. Fry S. (1994). Conceptos éticos en la práctica de enfermería. En: *La ética en la práctica de enfermería: Guía para la toma de decisiones éticas*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería, 53-54
142. Fry, S (1988). The ethic of caring: can it survive in nursing?. *Nursing Outlook* 36(1), 48-51
143. Fry, S. T. (1989). The role of caring in a theory of nursing ethics. *Hypatia*, 4 (2), 88-103.
144. Fry, S. T. (1990). The philosophical foundations of caring. En M. Leininger (Ed.), *The ethical and moral dimensions of care*. (pp. 13-24). Detroit, Michigan: Wayne State University Press.
145. Fry, S. T. (1991). Nursing ethics: Current state of the art. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 231-234.
146. Gadow, S.A (1985) Nurse and patient: the caring relationship. En En Bishop A.H y Scudder J.R. (Eds.): *Caring, curing, coping: Nurse, physician, patient relationships* (pp. 31-43). Tuscaloosa, AL: University of Alabama Press.
147. Galao y col (2005). ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. *Evidentia*, 2(4). Recuperado en enero 2009, de: <http://www.index.com>
148. Galindo, A (2006). *Cuidar o curar*. Diario Hoy. Tribuna Extremeña. Recuperado en marzo 2007, de: http://www.hoy.es/prensa/20060904/articulos_opinion/cuidar-curar_20060904.html
149. Gallardo, F.(2008). *Impacto de los puntos de atención continuada sobre la utilización de un servicio de urgencias hospitalario*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Recuperado en junio 2008, de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/17460050.pdf>
150. Gálvez, M y col. (2007). Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. *Biblioteca Lascazas*, 3(2). Recuperado en enero 2008, de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0240.php>
151. García, AM (2008). Repensar la muerte hacia un entendimiento de la antropología de la muerte en el marco de la ciencia. *Revista Cultura y Religión*, 2(1), 1-18.
152. García, JM (2005). En torno al estatuto científico-metodológico de la Bioética. En MT. López (Eds.). *Bioética entre la medicina y la ética* (pp. 17-40). Salamanca: Universidad Salamanca.
153. García, N. (1984), Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular. *Revista Nueva Sociedad* 71, 69-78. Recuperado en enero 2008, de: http://www.nuso.org/upload/articulos/1156_1.pdf
154. Gastaldo D. (2003). *Relaciones de poder en enfermería y salud mental: críticas y retos para el futuro*. XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Alicante, Recuperado en enero 2008, de: <http://www.dip-alicante.es/enfermeria/20coaesm/Denise.doc>

155. Gasull M et al (2001a). Autonomía y consentimiento informado: cuestiones éticas de los cuidados maternos en España. *Enfermería Clínica*, 11(5), 19-28.
156. Gasull M et al (2001b). Autonomía y consentimiento informado en unidades quirúrgicas. Percepciones de pacientes y enfermeras en España. *Enfermería Clínica*, 11(6), 15-23.
157. Gaut D.A. (1986). Evaluating caring competencies in nursing practice. *Topics of clinical Nursing* 8(2), 77-83.
158. Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa
159. George, L. (2002). Research desing in end-of-life. *The gerontologist*, 42: 86-98
160. Germaná, C (1999). Pierre Bourdieu: La Sociología del Poder y la Violencia Simbólica. *Revista de Sociología*. Vol 11(12). Recuperado en agosto 2007, de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/sociologia/vol11/art011.htm>
161. Gert, Ma y col. (2005). Advance directives in the prehospital setting emergency physicians attitudes. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*, 40: 743-749.
162. Gherardi, C (2006). La muerte intervenida: una visión comprensiva desde la acción sobre el soporte vital. *Perspectivas Bioéticas*, 11 (20), 102-121.
163. Gherardi, C. (2008). A 40 años del "Informe Harvard" sobre la muerte encefálica. *Medicina*, 68(5), 393-397. Recuperado en enero 2009, de: http://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol68-8/5/v68_n5_p393_397.pdf
164. Gilligan, C (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: FCE.
165. Giménez, G (1997). *La sociología de Pierre Bourdieu*. Instituto de Investigaciones sociales UNAM. México: IIS de UNAM.
166. Giménez, G (1997). Materiales para una teoría de las identidades sociales. *Frontera Norte*, 9, 18. Recuperado en enero 2008, de: <http://www.laramabiblioteca.com.ar/transforcurr/GIMENEZ%20Materiales%20para%20una%20teor%20de%20las%20identidades%20sociales.pdf>
167. Ginger y Davidhizard (1999). *Transcultural Nursing: Assessment & Intervention*, 3rd Edition, St. Louis, MO: Mosby.
168. Gironés, C. (2008). Bioética y humanización de la medicina. Recuperado en diciembre 2008, de: <http://humanizacionsalud.blogspot.com/>
169. Goberna, J (2004). La enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Index de Enfermería*, 47, 49-53.
170. Godina, C. (2007). Problemas fundamentales de la ética en Gilbert Hottois; alcances del paradigma bioético. *Revista Observaciones filosóficas*, 5. Recuperado en enero 2008, de: <http://www.observacionesfilosoficas.net/problemasfundamentales.html>
171. Goffman E (1987). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Martínez de Murguía.
172. González, G (2004). El imperativo tecnológico una alternativa desde el humanismo. *Cuadernos de Bioética*. 1, 37-58.
173. González, G. (2008). ¿Tiene sentido que ingresen los pacientes en un hospital solamente para morir?. *Ética de los Cuidados*, 1(2). Recuperado en enero 2008, de: <http://www.index-f.com/eticuidado/n2/et6939.phh>
174. González, J (2002). Ética y Bioética. *Isegoria*, 27, 41-53.
175. González, U (2002). Ubicación de la ética, la bioética y la ética clínica en el campo del conocimiento. *Revista Cubana Salud Pública*, 28(3). Recuperado en enero 2008, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=50864-34662002000300004&script=sci_arttext

176. Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellatera
177. Gracia, D (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema.
178. Gracia, D (1999). Planteamiento general de la bioética. En *Bioética para clínicos* (pp. 19-35). Madrid: Triacastela.
179. Gracia, D (2007). *Procedimientos de decisión clínica*. Madrid, Triacastela
180. Gracia, D. (1995). El cuerpo humano en la obra de Laín Entralgo Prólogo En: *Cuerpo y Alma*. Laín Entralgo,(2º ed). Madrid: Espasa Calpe.
181. Gracia, D. (1996). Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida. En Fundación de Ciencias de la Salud, *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid: Doce Calles.
182. Gracia, D.(1995). Vida y muerte: bioética en el trasplante de órganos. En: García AE, Escalante Cobo JL. *Muerte encefálica y donación de órganos*. Comunidad de Madrid, 19.
183. Granés, C (2008). Pierre Bourdieu: La profecía que no se autocumple. *Letras Libres*, Febrero 2008. Recuperado en marzo 2008, de:
<http://www.letraslibres.com/index.php?art=12721>
184. Gremillion, H. (2005). The cultural politics of body. *Annual review of anthropology*, 34, 13-32.
185. Griffin A.P. (1980). Philosophy and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 261-272.
186. Griffin A.P. (1983). A philosophical analysis of caring in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 289-295.
187. Guadagnoli, E y Ward, P (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science Medical*, 47, 329-339.
188. Guell, O (2008). Vamos a urgencias, urja o no. El fracaso de la atención primaria, el envejecimiento de la población y la cultura de la inmediatez multiplican la demanda de atención médica más rápida. *Diario el País*. Recuperado en enero 2009, de:
http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Vamos/urgencias/urja/elpepisoc/20080403elpepisoc_1/Tes
189. Guillaument y col. (2005). Teoría del cuidado humano. Un café con Watson *Metas de Enfermería*. 8(2), 28-32.
190. Guix, J (2003). *Actituds i percepcions respecte dels drets dels usuaris dels hospitals del sector sanitari de Reus*. Tesis doctoral. URV. Recuperada en marzo 2006, de: onible en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0318105-140752//Tesidefinitiva4.pdf
191. Guix, J y col. (2006). Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 465-472.
192. Gutiérrez G y Cadena L (2001). Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Revista Medunab*, 4, 10, 26-30.
193. Gutiérrez, I (2002). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Madrid : Tierradenadie.
194. Gutiérrez, JA (2008). Sobre el dolor y el sufrimiento. *Diario Médico*. Recuperado en febrero 2008, de : <http://www.diariomedico.com/2008/10/02/area-profesional/normativa/sobre-el-dolor-y-el-sufrimiento>
195. Gutiérrez, K.M. (2005). Critical care nurse's perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Crit Care Nursing*, 24(5), 229-241.

- 196.Hammoudi, A (2007). Phénoménologie et ethnographie. À propos de l'*habitus* kabyle chez Pierre Bourdieu, *L'Homme*, 184, Ethnicités. Recuperado en enero 2008, de: <http://lhomme.revues.org/document13462.html>
- 197.Hamric, A.B. (2000). Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook*, 49, 199-201.
- 198.Hamric, A.B. (2001). Reflections on being in the middle. *Nursing Outlook*, 49, 254-257.
- 199.Hamric, A.B y col. (2006). Moral distress in health care professionals: What is it and what can we do about it?. *Pharos*, 16-23.
- 200.Hanks, W (2005). Pierre Bourdieu and the practices of language. *Annual review of anthropology*, 34(1), 67- 83.
- 201.Haraway, DJ (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- 202.Harris, M. (1979). *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*. Madrid: Siglo XXI .
- 203.Hastings Center Report.(1987). *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying*. New York: Hasting Center Publ.
- 204.Hermosilla, T y Briones, E (2002). Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Consejería de Salud Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Informe de Evaluación. Recuperado en enero 2005, de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/pdf/Informe%20ATD_DEF.pdf
- 205.Hernando, P y col. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico: "cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?". *Anales Sistema Sanitario Navarro*, 30(3), 129-135.
- 206.Herrera, M y col. (1998). Una teoría del servicio de cuidados críticos y urgencias. *Revista Semiuc*, 1, 29-33.
- 207.Hockberger SR y col.(2001). The model of the clinical practice of emergency medicine. *Ann Emerg Med*, 36, 745-770.
- 208.Holmes, D. & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (6): 557-565.
- 209.Holmes, H. y Purdy, E.(eds.). (1992). *Feminist Perspectives in Medical Ethics*. Bloomington: Indiana University Press.
- 210.Hospers, J. (1972). *Human Conduct: Problems of Ethics*. New York: Harcourt Brace Jovanich.
- 211.Hospital M^a L y Guallart, R. (2004) Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. *Index Enfermería*, 13(46), 49-53. Recuperado en noviembre 2007, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010&lng=es&nrm=iso
- 212.Hottois, G (1991). *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*. Barcelona: Anthropos.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2002000200003&script=sci_arttext
- 213.Husted, G. & Husted, J. (1995). *Ethical Decision Making in Nursing*.(2nd ed). St. Louis: Mosby.
- 214.lañez, E (2005). *Introducción a la bioética*. Recuperado en febrero 2007, de: <http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm>
- 215.Ibarra, E (2006). Una Nueva Definición de "Dolor". Un Imperativo de Nuestros Días. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 2: 65-72
- 216.Ibarra, TX y González J. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index Enfermería*, 15(55), 44-48. Recuperado en

- abril 2009, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es&nrm=iso.
- 217.Iglesias, M y col. (2007). Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencia*, 19, 201-210. Recuperado en enero 2008, de: http://www.semes.org/revista/vol19_4/6.pdf
- 218.Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*, Prentice-Hall Series in the Philosophy of Medicine. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- 219.Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practicee. *Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542-551.
- 220.Johnstone, M. J. (1999). *Bioethics a nursing perspective*, (3rd ed). Sydney: Harcourt Saunders.
- 221.Josen, AR (1997). History of Bioethics. En Jecker Ns y col (Eds) *Bioethics, an introduction to the history, methods and practice*. Boston: Jones and Bartlet Publishers.
- 222.Juntunen, A. (2001). Professional and lay ccare in the tanzanian village of llembula. Recuperado en enero 2009, de: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514264312/isbn9514264312.pdf>
- 223.Kafka, F(2004). *La metamorfosis*. Libros en Red. Consultado en: <http://www.librosenred.com/>
- 224.Kälvemark, S y col. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1075-1084.
- 225.Kapferer, B(1988). Gramsci's Body and a Critical Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*.2 (4), 426-432.
- 226.Kaufman, S y Morgan, L. (2005). The anthropology of the beginnings and ends of life. *Annual Review of Anthropology*, 34,317-341.
- 227.Kennedy-Schwarz, J (2000). Pain Management. Ethical Issues. *American Journal of Nursing*, 100(8), 49-50.
- 228.Kitson, A. (1993). Formalizing concepts related to nursing and caring. En Kitson, A. (Eds).(pp: 25-47). *Nursing: Art and Science*. London: Chapman Hall.
- 229.Kleinman A.(1989).*The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- 230.Kleinman, A (1980). *Patients and helares in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- 231.Kleinman, A y Benson, P (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Humanitas*, 2, 17-26.
- 232.Kleinman, A y col. (1994). Pain as Human Experience: An Introduction. En: Delvechiol, M y col. (edit) *Pain as Human Experience. An anthropological perspectiveK*. Berkeley: University of California Press.
- 233.Koenig, B. (1988). The technological imperative in medical practice: the social creation of a" routine" treatment. En Lock, M y Gordon, D.R.(ed.). (pp. 19-57). *Biomedicine Examined*, Boston: Kluwer.
- 234.Koenig, B. (1993). Cultural diversity in decision-making about care at the end-of-life. En *Dying, decision -making, and appropriate care*. Washingto, DC: Institute of Medicine
- 235.Kottow, M (1998). Raíces sociales de la bioética. *Anales de la Universidad de Chile. Sexta serie*, 8:79-84. Recuperado en enero 2008, de: <http://www.anales.uchile.cl/6s/n8/est6.html> (2005). Introducción a la bioética. Santiago de chile, Mediterráneo

- 236.Kottow, M (2000). Evolución del concepto de bioética. *Revista Brasileira de educação médica*, 24(1), 10-13.
- 237.Kuhse H. (1997). *Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*. Torino: Edizioni di Comunità.
- 238.Kutner L. (1969). Due process of euthanasia: the living will with a proposal. *Indiana Law Journal*, 44: 539-554.
- 239.Kwak, I y col. (2008). Racial differences in hospice use and in hospital death among Medicare and Medicaid dual eligible nursing home residents. *Gerontologist*, 48,1, 32-41.
- 240.Kwiatkowska, T y Issa, J. (comp) (1998) *Los caminos de la ética ambiental. Una antología de textos contemporáneos*. México: Plaza y Valdés editores.
- 241.Lacadena, Jr (2006). *La Bioética en España, hoy*. Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid. Recuperado en diciembre 2007, de:
http://www.cnine.mec.es/tematicas/genetica/2006_10/webmec79.doc
- 242.Lambert, P y col. (1990). The Values History: an innovation in surrogate medical decision-making. *Law, Medicine & Health Care*, 18(3), 202-212.
- 243.Laporte A y Cohadon F (1981). Psychologie de la douleur. *Bordeaux Méd*, 14, 819-830.
- 244.Lara, C (2007). *Manual de Bioética*. Guatemala: Ediciones San Pablo
- 245.Larsen, K y col. (2002). There is no gap 'per se' between theory and practice: research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic. *Nursing Outlook*, 50(5), 204-212,
- 246.Larsen K. (2005). Learning through the body in Danish Nursing Education. In *Dilemmas of Care*. (pp.176-195) En: *The Nordic Welfare State*. London: Eriksen T.R. & Dahl H.M., ed.
- 247.Le Breton, D (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- 248.Lea A y col. (1998). Caring in nursing: a multivariate analysis. *Journal Advance of Nursing*, 28(3), 662-671.
- 249.Leininger, M (1990). *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Wayne State University Press
- 250.Leininger, M (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. National New York: League for Nursing Press.
- 251.Leininger. M. (1981a) .Some philosophical, historical and taxonomic aspects of nursing and caring in American culture. (pp. 133-143). En Leininger, M ed. *Caring, an Essential Human Need*. Detroit: Wayne State University Press.
- 252.Leininger. M. (1981b). The phenomenon of caring: Importance, research questions and theoretical considerations. En M. Leininger (Ed.). *Caring: An essential human need*. (pp.133-143). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- 253.Leino-Kilpi, et al (2003). *Aspectos éticos en la práctica de la enfermería. Autonomía, privacidad y consentimiento informado en cinco países europeos*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- 254.Leopold, A (2000). *Una ética de la tierra*. Madrid: Los libros de la catarata.
- 255.Lerch, V y col. (2007) Etica en enfermería y su relación con el poder y organización del trabajo *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 1(15), 3, 493-497. Recuperado en enero 2008, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300020&script=sci_arttext&tlng=es
- 256.Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 257.Ley 21/2000, de Cataluña de 29 de diciembre, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica.
- 258.Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- 259.Lindbladh E. y Lyttkens C.H. (2002) Habit versus choice: the process if decision-making in health related behaviour. *Social Science and Medicine*, 55(3), 451-465.
- 260.Littlewood, R (1991). From disease to illness and back again. *Medicine and culture. Lancet*, 337, 1013-1014.
- 261.Llano, A (2002). Apuntes para una historia de la Bioética. *Revista Selecciones de Bioética*. Instituto de Bioética-Cenalbe. Colombia,1, 8-21. Recuperado en septiembre 200, de: <http://www.javeriana.edu.co/bioética/revistaselecciones>
- 262.Llei 15/1990 del 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya.DOGC nº 1324 de 30 de juliol de 1990.
- 263.Lock, M (2001). The tempering of medical anthropology: Troubling Natural Categoríe. *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 4, 478-492.
- 264.Lolas, F (1997). Bioética una palabra con historia
- 265.López, F(1996). Definición y clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4. 49-55, Servicio de Publicaciones. UCM, Madrid. Recuperado en mayo 2007, de: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/med/11330414/articulos/CLUR9596110049A.PDF>
- 266.López, J. (2000). Reflexiones en torno a la idea de vocación como atributo de enfermería. *Enfermería Clínica*, 10(5), 181-184.
- 267.Lozano, B (2005). *Metabioética y Biomedicina. Síntesis de principios y aplicaciones*. Ciudad del Vaticano, Gorie: Editrice Veiar.
- 268.Luciérnago (2007, 26 mayo). Una muerte en la ambulancia. *Luciérnago blogspot*. Recuperado en enero 2009, de: <http://luciernago.blogspot.com/2007/05/un-muerto-en-la-ambulancia.html>
- 269.Lunardi, V y col. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16, 5:268-274.
- 270.Lunardi, V y col. (2007). Ética en enfermería y su relación con el poder y organización del trabajo. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 15(3). Recuperado en enero 2009, de: www.eerp.usp.br/rlae
- 271.Lund (2007). *Problematizando a la Bioética*. Recuperado en enero 2008, de: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=46365>
- 272.Lütznén, K y col. (2003). Moral stress: Synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 312-322.
- 273.Lynam, M (2005). Health as a socially mediated process: theoretical and practice imperatives emerging from research on health inequalities. *Advances in Nursing Science*, 28(1),25-37.
- 274.Machado y col (1994). *Definición y diagnóstico de la muerte en Cuba*. Instituto de Neurología y Neurocirugía. Infomed. Recuperado en junio 2008, de: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro4/bd-foru1.pdf>
- 275.Maglio, F. (1994). Ética médica frente al paciente crítico. *La Gaceta del CINDIM*, 2,13.
- 276.Mainetti, JA (1989). *Medioevo en Ética Médica. Introducción histórica*. Recuperado en febrero 2008, de: <http://www.elabe.bioetica.org/33.htm>
- 277.Manrique, F (2009). Significado de ser enfermera supervisora. Una aproximación fenomenológica. *Revista electrónica de portales médicos.com*. Recuperado en mayo 2009, de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1399/1/Significado-de-ser-enfermera-supervisora-Una-aproximacion-fenomenologica.html>
- 278.Mantilla, M. (2004). *Procesos socioculturales en las reinternaciones psiquiátricas*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Recuperado en noviembre 2007, de: <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Mantilla-14.pdf>

279. Marías, J (2005). *La zona fantasma Blog* [Internet]. Recuperado en enero 2009, de: <http://www.javiermarias.es/2005/09/la-zona-fantasma-25-de-septiembre-de.html>
280. Marijuan, MI (1999). *Aspectos éticos en el tratamiento del dolor*. Bilbao: Universidad del País Vasco, Servicio Editorial.
281. Mark, M (1977). *Dolor rebelde*. Barcelona: Salvat Editores.
282. Marshall, P y Koenig, B (1996). Bioethics in Anthropology: Perspectives on culture, medicine and morality. En Sargent, C y Johnson, T.(ed.). (pp.349-373). *Medical Anthropology. Comtemporary Theory and Method*. London: Ed. Praeger.
283. Martí, E y col. (1993). El proceso de la medicalización de los hospites catalanes: el caso del Pius Hospital de Valls. *Dynamis*, 13: 201-234.
284. Martin, DK y col.(1999). A New Model of Advance Care Planning. Observations from people with HIV. *Arch Intern Med*, 159, 86-92.
285. Martín, E. (2002). Habitus. En Román Reyes (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*, Pub. Electrónica. Madrid: Universidad Complutense. Recuperado en febrero 2008, de: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>
286. Martínez, A (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
287. Martínez, K (2007). Los documentos de voluntades anticipadas. *Anales Sis San Navarra*, 30, (3), 87-102. Recuperado en junio 2008, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1137-6627
288. Marton, B y Echazú, G (2006). *La violencia simbólica de las representaciones en salud: El caso de la diada madre - hijo y la lactancia materna*. Comunicación presentada en VIII° Congreso Argentino de Antropología Social. En: <http://www.uesnochichi.com.ar/textos/Echazu-Marton%208%20CAAS%202006.pdf>
289. Mateos AA y col (2007). Instrucciones previas: actitud de los profesionales de emergencias. *Emergencias* 19:241-244.
290. McCance, TV y col. (1997). Caring: Dealing with a Difficult Concept. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 241-248.
291. McCance, TV y col. (1999). Caring: Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1388-1395.
292. McFarlane J.K. (1976). A charter for caring. *Journal of Advanced Nursing* 1, 187-196
293. McFarlane J.K. (1988) Nursing: a paradigm of caring. (pp. 10-20). En: Fairburn G. y Fairburn S. (eds). *Ethical Issues in Caring* Avebury: Aldershot.
294. McKinstry B. (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ*. 321(7265), 867-871.
295. Medina JL y Castillo S (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15, 2; 301-311. Recuperado en agosto 2008, de: <http://148.215.1.166:89/redalyc/pdf/714/71415215.pdf>
296. Medina, J.L.(1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogia S.A.
297. Medina, J.L.(2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona.
298. Meinert L (2004). Resources for health in Uganda: Bourdieu's concepts of capital and habitus. *Anthropology & Medicine*, 11(1), 11-26
299. Meltzer, L.S y Huckabay, L.M. (2004). Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208.
300. Melzack R, Wall P (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150: 971-979.

301. Méndez de la Brena, E (2006). *Biopoder como elemento de Seguridad Nacional*. Tesis doctoral presentada en Universidad de las Américas Puebla. Mexico. Recuperada en diciembre 2008, de:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/mendez_d_de/
302. Méndez V (2002). *Sobre morir: Eutanasias, derechos, razones*. Madrid: Trotta.
303. Menéndez E.(1985). Modelo hegemónico, crisis socio-cultural y estrategias de acción en el sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 33-35.
304. Menéndez, E (1990). *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
305. Menéndez, E (2002). *La parte negada de l cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
306. Mínguez, S y col. (2008). Características de los fallecimientos producidos. *Emergencias*, 20, 113-116.
307. Miró, O y col. (1999). Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias hospitalario: incidencia, causas y consecuencia. *Medicina Clínica*, 112, 690-692.
308. Mogensen, H (2005). Finding a Path through the Health Unit: Practical Experience of Ugandan Patients. *Medical Anthropology*, 24(3), 209 – 236
309. Mohr, M y Kettler, D. (1997). Ethical aspects of prehospital CPR. *Acta Anaesthesiol Scand Suppl.* 111, 298-301.
310. Montes, MJ (2007). *Las culturas del nacimiento*. Tesis doctoral defendida en la Universidad Rovira y Virgili. Recuperada en enero 2008, de:
<http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0607107-112247/>
311. Montoro, FJ (2008). La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos. *Emergencias*, 20: 5-7.
312. Morejón, A (2007). Bioética una alternativa ante el sistema capitalista imperante. Grupo de estudios sobre medio ambiente y sociedad (GEMAS). Recuperado en septiembre 2007, de:
<http://www.organizacion.cl/Portals/3/MaterialesCursos/Bioeticaalternativasistemacapitalistaimperante.pdf>
313. Moreno, E. (2008). ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. *Revista Emergencias*, 20: 276-284. Recuperado en febrero 2008, de: http://www.semes.org/revista/vol20_4/10.pdf
314. Morris, D (1998). *Illness and culture in the postmodern age*. Berkeley: University of California Press.
315. Morse JM.(1990). Concepts of caring and caring as concept. *Advanced Nursing Science*,13 (1), 14-28.
316. Moya, M (2008). *Normas de actuación en urgencias*. 4ª edic. Madrid: Médica Panamericana.
317. Muller J. (1994). Anthropology, Bioethics and Medicine: A Provocative Trilogy. *Medical Anthropology Quaterly*, 8,4; 448-467.
318. Muller, J.H. y Koenig, B. (1988). On the boundary of life and death: The definition of dying by medical residents. En: Lock, M y Gordon, D.R, (ed.).(pp.19-57). *Biomedicine Examined*. Boston: Kluwer.
319. Murillo, M y col. (2003). Ocho años de modelo andaluz de medicina crítica. *Med Intensiva*, 27(4),240-8.
320. Newman B. y col. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances Nursing Science*,14 (1), 1-6
321. Nobrega-Therrien (2004). The nurse and exercise of the profession's power: a fundamental ambiguity. *Acta paulista de enfermagem*,17(1),79-86.

322. Noddings, N (1984) *Caring, a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press
323. O'Connor, A. y col. (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review, *British Journal Medical*, 319(7212), 731-734.
324. Oberle, K y Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 707-715.
325. Ocampo, J (2001). La bioética y la crisis de la ética médica tradicional. *Historia y Filosofía de la medicina. Anales Médicos*, 46(2), 92-96
326. Ogbu, J. (1981). 1981c "School Ethnography: A Multilevel Approach." *Anthropology and Education Quarterly*, 22(1): 3-10.
327. Orem D.E (1985). *Nursing: concepts of practice* (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
328. Ortega, MT y col. (2008). Perfil de los usuarios y motivos de demanda del Servicio de Urgencias extrahospitalario 061. *Emergencias*, 20, 27-34.
329. Otegui, R (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En Perdiguero, Comelles. (eds). (pp.227-248). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
330. Oterino, D y col (1999). Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria*, 13(5), 361 - 370. Recuperado en junio 2008, de: <http://db.doyma.es/CG-bin/wdbcgli.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13008389>
331. Pacquiao, D (2003). Cultura de los cuidados y género y posterior debate. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 13(7); 9-11. Recuperado en marzo 2008, de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4811/1/CC_13_03.pdf
332. Palacios, D (2008). Modernidad, positivismo y tecnología: Influencia en la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico. *Index Enfermería*, 17,3; 188-192. Recuperado en octubre 2008, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-129620080003000008&lng=es&nrm=iso
333. Papez, J. W. (1995 [original 1937]). A proposed mechanism of emotion. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 7(1), 103-112.
334. Pâquet, M y Boivin, J(2007). La mesure fait loi. La doctrine de l'hygiène mentale et les tests psychométriques au Québec pendant l'entre-deux-guerres. *The Canadian Historical Review*, 88(1),149-179.
335. Pasarín, MI y col (2006). Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, 20(2). Recuperado en junio 2008, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112006000200002&lng=pt&nrm=iso
336. Peillon, M(2002). Reflecting on Habitus, Field and Capital: Towards a Culturally Sensitive Social. *Journal of Social Work*, 2, 149-167.
337. Peiró S y col (1999). Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud*, 33,1-15.
338. Pellegrino, E. (1985). The caring Ethics. En: A. H. Bishop y J. A. Scudder (ed.), *Caring, cu- ring, coping*. Alabama: University of Alabama Publications.
339. Pellicer, F (1997). Conceptos históricos y teorías sobre el dolor. *Revista Salud Mental*, 20(1), 56-61. Recuperado en enero 2009, de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=11987&id_seccion=338&id_ejemplar=1240&id_revista=1
340. Peneff, J. *L'Hôpital en urgente. Étude par observation participante*. Paris: Métailié.

- 341.Pera, C (2002). Cuerpos heridos. *JANO* 52(1427), 1166-1167.
- 342.Pérez y col (2007). Trabajos realizados sobre juramentos médicos. *Revista de Bioética y socioantropología en medicina. Biophonesis*, vol II(1). Recuperado en febrero 2008, de: <http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/index2.htm>
- 343.Perez-Cajaraville, J y col. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 12(6). Recuperado en enero 2009, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007&lng=es&nrm=iso
- 344.Petersen K.A. (2003). Myth or reality. In *The Network Society and the Demand of Educational Changes. Nursing Science Department of Education*, Uppsala, Sweden, 247-256.
- 345.Pinto N (2001). Indicadores de Cuidado. Actualizaciones. *Enfermería Bogota*, 4, 1: 13 - 19. Consultado en agosto 2008, de:
<http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm>
- 346.Pochard F y col. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine*, 29: 1893-1897.
- 347.Postigo, E (2006). *Concepto de bioética y corrientes actuales*. Recuperado en septiembre 2007, de:
http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=4335
- 348.Purnell, L y Paulanka B (1998). *Transcultural Health Care: A culturally competent approach*. Philadelphia, FA: Davis Company.
- 349.Queral, R y Rodríguez, I. (1996). Cuidados transculturales y familia. *Enfermería Científica*, 166-167, 46-49.
- 350.Quintero, B (2001). Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Revista Ciencia y Sociedad*. Vol. XXVI (1). Enero-Marzo. Recuperado en agosto 2008, de:
<http://www.intec.edu.do/departamentos/investigaciones/pdf/ciencia-sociedad-XXVI-1.pdf>
- 351.RAE (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22 edic.). Recuperado en enero 2007, de: <http://buscon.rae.es/drael/>
- 352.Raile M y Marriner-Tomey, A (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6ª edic). Madrid: Elsevier España.
- 353.Rapp, R. (2001). Gender, body, biomedicine: How some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), 466- 478.
- 354.Ravinovich, R (2004). Nuevas consideraciones históricas sobre el consentimiento médico. *Revista Persona*. Recuperado en agosto 2008, de:
<http://www.revistapersona.com.ar/Persona36/36Rabinovich.htm>
- 355.Ray, M (1998). A phenomenologic study of the interfface of caring and technology in intermediate care: Howard a reflexive ethics for clinical practice. *Holistic Nursing Practice*, 12(4); 69-77.
- 356.Real Decreto 1231/2001. Recuperado en agosto 2008, de:
<http://www.derecho.com/l/boe/real-decreto-1231-2001-aprueban-estatutos-generales-organizacion-colegial-enfermeria-espaf1a-consejo-general-ordenacion-actividad-profesional-enfermeria/>
- 357.Reich, W (1978). *Enciclopedia of Bioethics*. New York, Free Press, MacMillan
- 358.Reich, W (1994). The word "Bioethic: Its birth and the legacies of those who shaped its meaning. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4(4), 319-333

- 359.Reich, W (1996). Enciclopedia of Bioethics. New York: MacMillan
- 360.Requena, P (2008). Sobre la aplicabilidad del principlialismo norteamericano, *Cuadernos de Bioética*, XIX (65); 11-27. Recuperado en enero 2009, de:
<http://www.aebioetica.org/rtf/01-BIOETICA-65.pdf>
- 361.Rey, J (1970). Moral profesional del ayudante técnico sanitario. Primer curso.(5ªed.). Santander: Sal Térrea.
- 362.Rich, B (1997). A legacy of silence: Bioethics and the culture of pain. *Journal of Medical Humanities*, 18(4), 233-259.
- 363.Richards, MA y col. (1995). Offering choice of treatment to patients with cancers. *Europe Journal Cancer*, 31A, 112-116
- 364.Rischel y col. (2008) Embodied dispositions or experience? Identifying new patterns of professional competence. *Journal of Advanced Nursing* 61(5), 512-521
- 365.Rodgers, B. L. (2000). Philosophical foundation of concept development. En B. L. Rodgers, BL y Knafl, KA (eds.), (pp.7-37). *Concept development in nursing: Foundation, techniques and application*. London: Saunders.
- 366.Rohrbach C (1997). Cuidar es tan antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad de la humanidad. *Cultura de los Cuidados*, 2, 36-46.
- 367.Romaní, O. (2001). Drugs, an analyser of contemporary societies. En: Dongen, EV y Comelles, JM (eds.), (pp.95-111). *Medical Anthropology and Anthropology*. Perugia: Fondazione Angelo Celli.
- 368.Romeo, S. (2004). Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index Enfermería*, 13, 44-45, 32-36. Recuperado en mayo 2009, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100007&lng=es&nrm=iso
- 369.Romo, M y Castillo, C.(2002). Metodologías de las ciencias sociales aplicadas al estudio de la nutrición. *Revista chilena de nutrición*. Recuperado en marzo 2008, de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000100003&script=sci_arttext
- 370.Roupie, E y col. (2000). Patients' preferences concerning medical information and surrogacy: results of a prospective study in a French emergency department. *Intensive Care Medicine*. 26(1),52-56.
- 371.Rovira, E y Fedriani, J.(2005). Concepto de urgencias. Aspectos ético-legales. En: Rovira, E. Urgencias en Enfermería, Madrid: DAE.
- 372.Royes, A (2007). El suicidio médicamente asistido. Humanitas, Humanidades médicas, 18. Recuperado en enero 2009, de:
http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero18/papel.pdf
- 373.Ruiz, R (2005). Historia clínica de valores y creencias de salud: Opinión de los ciudadanos. *Nure Investigación*, 12. Recuperado en junio 2008, de:
www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto12.pdf
- 374.Sadler, M (2001). El nacimiento como acontecimiento médico. *Revista werken*, 2, 113-124. Recuperado en mayo de 2007, de:
www.portalpsicologia.org/servlet/File?idDocumento=3376
375. Saillant, F (2009). Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de caring. En: Comelles, Martorell y Bernal (ed). *Enfermería y Antropolgía*. Barcelona: Icaria
- 376.Salmerón, JM y col (2006). Gestión del servicio de urgencias. En Asenjo y col (ed). *Gestión diaria del Hospital (3ed.)*. Madrid: Elsevier España.
- 377.Samuelsen, H (2004). The medical field in rural Burkina Faso. *Anthropology & Medicine*, 11, 27-41

- 378.Sánchez Dromundo, R. A. (2007). La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 9 (1). Recuperado en enero 2008, de: <http://redie.uabc.mx/vol9no1/contenido/dromundo.html>
- 379.Sánchez- González, M.A. (1997). Advance directives outside the USA: are they the best solution everywhere?. *Theor Med* 18(3): 283-301.
- 380.Sánchez, J y col. (2005). Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de urgencias hospitalario. Circuitos de atención. *Emergencias*, 17, 52-56.
- 381.Sánchez-Redondo, C (S/f). *En memoria de Pierre Bourdieu*. Recuperado el 10 enero 2008, de: http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/2/CarlosSanchez.htm
- 382.Sanz, J y Ortiz J (1990). La Sociedad, la medicina y la muerte. *Medicina Clínica*, 95, 419-420
- 383.Savater, F (1995). *Las enfermeras*. Diario El País, 24 de septiembre.
- 384.Schneider, F y Karoly, P. (1983). Conceptions of the pain experience: The emergence of multidimensional models and their implications for contemporary practice. *Clinical Psychology Review*, 3, 61-86.
- 385.Schön, D (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paidós MEC.
- 386.Sempere, T (1999). *Utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias*. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández.
- 387.Sempere, T. y col. (1999). Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev. Esp. Salud Pública*, 73(4), 461-475. Recuperado en junio 2008, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000400004&lng=es&nrm=iso
- 388.Serrano, C y col (2005). *Voluntades anticipadas o instrucciones previas*. Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Recuperado en marzo 2008, de: <http://www.aeds.org/Congreso12/PONENCIASCOMUNICACIONES%20LIBRES/comunicaciones%20XII/Concepcion%20Serrano.pdf>
- 389.Sherwin, S (1991). *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- 390.Sherwin, S y col. (1998). *The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy*. Philadelphia: Temple University Press.
- 391.Sichel, B.A. (1991). Different strains and strands: Feminist contributions to ethical theory. *Newsletter on Feminism*, 90 (2), 90
- 392.Silberstein, D (1997). La familia, un paciente olvidado. *Rol de Enfermería*, 223(3), 25-30.
- 393.Silvero, JM (2002). Bioéticas. El Catoblepas. *Revista crítica del presente*, 3. mayo. Recuperado en marzo 2006, de: <http://www.nodulo.org/ec/2002/n003p15.htm#kn13>
- 394.Simón J, y Júdez J. (2001). Consentimiento informado. *Medicina Clínica*, 117, 99-106.
- 395.Simón, P (1999). Sobre bioética clínica y deontología médica. En A. Couceiro (Eds.) *Bioética para clínicos* (pp. 89-92). Madrid: Triacastela
- 396.Simón, P (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria*. 28, 102, 325-348.
- 397.Simón, P y Barrio, I (1995). Un marco histórico para una disciplina; La bioética. *Medicina Clínica*, 105(15), 583-597.

- 398.Simon, P. (2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 29,3, 29-40. Recuperado en agosto 2008, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600004&lng=es&nrm=iso
- 399.Singer, P y col. (1998). Reconceptualizing Advance Care Planning from the Patient's Perspective. *Arch Intern Med* 15:879-884.
- 400.Siurana, JC. (2001). La idea de sujeto en la ética del discurso de Kart-Otto Apel aplicada al problema de las directrices anticipadas en el ámbito de la ética biomédica. Tesis doctoral defendida en la UV. Recuperado en diciembre 2008, de: <http://www.tdx.cat/TDX-0803105-094023>
- 401.Snyder, S (1979). *El cerebro*. Barcelona: Labor
- 402.Soler, E y Montaner, M^aC (2004). Consideraciones Bioéticas en el tratamiento del dolor. *Persona y Bioética*, 7-8 (20-21), 49-64.
- 403.Sørensen N.Ø. (2003) Therapy as a key to power?. En: Petersen K.A. y col (eds). *The Network Society and the Demand of Educational Changes* (pp. 319-336). Uppsala: Department of Education, Uppsala University.
- 404.Spector, R (1996). *Cultural Diversity in Health and Illness*. Satmford: Applenton & Lange
- 405.Stephens, C (2008). Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social Science Medicine*, 66(5), 1174-1184
- 406.Sternbach, R.A. (1978): Clinical aspects of pain. En R.A. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press.
- 407.Storch, J y col. (2002). Listening to nurses' moral voice: Building a quality health care environment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(4), 7-16.
- 408.Swanson, E .y col. (2004). Inadequate analgesia in emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 43 (4), 494 - 503.
- 409.Tanner, C. (1990). Reflections on the curriculum revolution. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 295-299.
- 410.Taylor, S.J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- 411.Tellez, P (2001). Genealogía de la bioética. *Revista Ciencias de la Educación*, 1(17), 1-6. Recuperado en diciembre 2007, de : http://www.servicio.cid.uc.edu.ve/educación/revista/a1n17/q_17_10.pdf
- 412.Teno, J.M y col. (1994). Advance Care Planning: Priorities for ethical and empirical research. (Special Supplement). *Hastings Center Report* 24(6):S1-S36
- 413.The Hastings Center (1996). *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*. Special Supplement, Hastings Center Report, 26(6), S1-S27.
- 414.Todd, K.H y col. (2007). Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *Journal Pain*, 8(6) ,460-466.
- 415.Tolja, J y Speciani, F (2005). Pensar el cuerpo. Cómo ampliar nuestra percepción de la realidad más allá de la mente. Barcelona: RBA Libros.
- 416.Tomas, G y Postigo, E (2007). *Bioética personalista: Ciencia y controversias*. Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias.
- 417.Tong, R y col. (ed). (2000). *Globalizing Feminist Bioethics: Women's Health Concerns Worldwide*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- 418.Tong, R. (1993). *Feminine and Feminist Ethics*, Belmont, Calif.: Wadsworth.
- 419.Tong, R. (1997). *Feminist Approaches to Bioethics: Theoretical Reflections and Practical Applications*. Boulder, Colorado: Westview Press.

420. Torne E, y col (2003). Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 32(7), 423-424.
421. Torralba, F (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina e Instituto Borja de Bioética.
422. Torralba, F (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioética y Fundación MAPFRE medicina.
423. Torralba, F (2005). Esencia del cuidar. Siete Tesis. *Sal Terrae*, 93, 885-894.
424. Trias de Bes, F (2006). Decidir más allá de la intuición. *Diario El País*, 26/02/2006. Recuperado en Julio de 2009, de:
http://www.elpais.com/articulo/portada/Decidir/alla/intuicion/elpeputec/20060226elpepsor_11/Tes
425. Tripodoro, V (2008). Disimular la muerte. La muerte secreta. *Nómada*, 9, 38-41. Recuperado en mayo 2008, de:
<http://www.unsam.edu.ar/publicaciones/nomada/material/Vilma%20Tripodoro.pdf>
426. Trypp-Reimer, T y col.(1984). Cultural assessment: content and process. *Nursing Outlook*, 32(2), 78-82.
427. Ulin, R. (2005). Remembering Paul Ricoeur: 1913-2005. *Anthropological Quarterly*, 78(4), 885-896.
428. Van Krieken, R (2004). Legal Reasoning As a Field of Knowledge Production: Luhmann, Bourdieu, and Law's Autonomy. *Paper presented at the Annual meeting of the The Law and Society Association, Renaissance Hotel, Chicago, Illinois*. Recuperado en diciembre 2007, de:
http://www.allacademic.com/meta/p117089_index.html
429. Vázquez, F (2002). *Pierre Bourdieu: la sociología como crítica de la razón*. Barcelona: Editorial Montesinos.
430. Veenstra, G (2007). Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada. *Health & Place*, 13(1), 14-31.
431. Vielva, J (2002). *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
432. Viesca, C (2007). Bioética. Concepto y métodos. *Diálogos de Bioética*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado en enero 2009, de:
<http://dialogos.unam.mx/pdf/bioetica1.pdf>
433. Virtanen P., Nakari R., Ahonen A., Vahtera J. & Pentti J. (2000) Locality and habitus: the origins of sickness absence. *Social Science and Medicine* 50(1), 27-39.
434. Wacquant, L (2005). Claves para leer a Bourdieu En I. Jiménez (coord.). *Ensayos sobre Pierre Bourdieu y su obra*. México: Plaza y Valdés
435. Wainwright, S y col. (2005). The embodiment of vulnerability: a case study of the life of Leoš Janáček, and his opera The Makropulos Case. *Body & Society*, 11, 27-42
436. Wainwright, S y col. (2005) Culture & Ageing: reflections on the Arts & Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 518-525.
437. Wainwright, S y col. (2005). Biography and vulnerability: loss, dying and death in the Romantic paintings of JMW Turner. *Auto/Biography*, 13,1-17.
438. Wainwright, S y col. (2005). Fractured identities: narratives of injury and the balletic body. *Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 9, 49-66
439. Wainwright, S y col. (2006) Corps de ballet: performance, vocation et blessure chez les danseurs classiques. [Corps de ballet: Performance, vocations and injury among classical ballet dancers]. *Médecine des Arts*, 51, 30-37.

440. Wainwright, S y col. (2006). Just crumbling to bits? An exploration of the body, ageing, injury and career in classical ballet dancers. *Sociology*, 40, 237-255.
441. Wainwright, S y col. (2006). Varieties of habitus and the embodiment of ballet. *Qualitative Research*, 6, 535-558.
442. Wainwright, S. y col. (2007) Globalization, habitus and the balletic body. *Cultural Studies - Critical Methodologies*, 7, 308-325.
443. Wall P (1988). Tendencias futuras en la investigación sobre el dolor. En: Molina FJ (ed). (pp. 4-12). *Dolor*. Buenos Aires: Científica Interamericana.
444. Watson J (1988). *Nursing: Human science and human care*. New York; National League for Nursing
445. Watson J (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh: Churchill Livingstone
446. Watson, J (1979) *Nursing: A philosophy and science of caring*. Little Brown, Boston
447. Webster, G y Baylis, F. (2000). Moral residue. In Rubin SB y Zoloth, L(eds.) (pp.217-232). *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, M.D.: University Publishing Group.
448. Weiss C.F (1988) Model to discover, validate, and use care in nursing. En; Leininger, M. (ed.) *Care, Discovery and Uses in clinical and community nursing* (pp.139-150). Detroit: Wayne State University Press.
449. Wolcott, H.F.(1991). Propriospespect and the Acquisition of Culture. *Anthropology & Education Quarterly*, 22(32), 251-273.
450. Wolf, JL y col. (2007). End of life care: Finding from a National survey of informal caregivers. *Arch Intern Med*, 167, 1; 40-46. Recuperado en enero 2009, de: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/167/1/40.pdf>
451. Wolf, S (ed.). (1996). *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford: Oxford University Press.
452. Zabala, J.(2007). *Autonomía e instrucciones previas: un análisis comparativo de las legislaciones autonómicas del Estado Español*. Tesis doctoral defendida en la UC. Recuperado en enero 2009, de: <http://www.tesisenred.net/TDR-0123108-125532>
453. Zapater, F y Vila, R (2008). Habilidades para no medicalizar. *Formación Continuada Médica*, 15(10), 672-677.
454. Zarate, R (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enfermería*. 13, 44-45, 42-46. Recuperado en junio 2009, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso
455. Zea F. (1998). Fundamentos de la relación médico-paciente. *Revista Colombiana de Cardiología*, 66; 263-273.
456. Zwarenstein M, Bryant W.(2008). Intervenciones para promover la colaboración entre enfermeras y médicos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 3, Oxford, Update Software Ltd. Recuperado de: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

3. Anexos

Anexo 1: Guía de preguntas para la entrevista

Guión para Entrevista	
Preguntas guía	Objetivos exploratorios
¿Desde cuando eres enfermera/médico? ¿Dónde estudiaste enfermería/medicina? ¿En que ámbitos has trabajado? ¿Desde cuando estas en urgencia o emergencias?	Edad, Genero, formación, años de experiencia profesional, ámbitos de trabajo.
¿Qué ha significado para ti ser enfermera/médico? ¿Qué es para ti cuidar? Y ¿curar?	Actividad de cuidar/curar Elementos que configuran el cuidado Percepciones en torno a las experiencias vividas Construcción, cambios y evolución del curar/cuidar
¿Qué hace una enfermera en un servicio de urgencias/emergencias? ¿Cómo se relaciona con los pacientes? ¿Qué piensa de que vengan a urgencias? ¿Se presentan conflictos en estas situaciones?	Actividades que desarrolla Como entiende la enfermedad/ procesos de curación y cuidado Como percibe a las personas que demandan asistencia Tipos de relaciones que se construyen entre los profesionales y con las personas que demandan estos servicios, Satisfacción/insatisfacción de las personas
Descripción de situaciones que hayan vivido y recuerden de forma positiva y de forma negativa ¿Que se siente cuando se cuida? ¿Cambiarías alguna cosa?	Descripción del contextos y situaciones Sentimientos de diferentes naturalezas frente a situaciones vividas Valores/Contravalores Conflictos éticos Relaciones de poder

¿Participan los pacientes de las decisiones? ¿Qué profesionales forman parte de la toma de decisiones éticas?	Estrategias de cuidados Comunicación
¿Qué ambiente se vive en el servicio?	Condiciones laborales Relaciones con los otros Conflictos Satisfacción personal y profesional/ Distress moral Trabajo en equipo Estatus/rol Reglas, estrategias, tácticas

Anexo 2: Guía de preguntas para el moderador del Grupo Focal

Guión para la dirección y el desarrollo de Grupo Focal	
1	<p>Autonomía y consentimiento informado:</p> <p>¿Quién toma las decisiones en torno a la salud las personas en urgencias? ¿Puede la persona tomar decisiones en el servicio de urgencias? Cuando no acepta lo que se le ofrece ¿Qué ocurre?</p>
2	<p>Dolor y sufrimiento.</p> <p>¿Hay dolor y sufrimiento en urgencias? ¿Como se abordan? ¿Cómo reacciona el profesional ante estas situaciones?</p>
3	<p>Relaciones de poder, Distress moral, gestión del cuidado de las personas en el servicio</p> <p>¿Cómo se gestiona el cuidado en urgencias? ¿Cómo conecta el profesional con los pacientes en situaciones de urgencias? Sentimientos y emociones en torno al cuidado en situaciones de urgencia y emergencia ¿Cómo se gestiona la actividad en el servicio de urgencias? ¿Y en emergencias extrahospitalarias, hay diferencias?</p>
4	<p>Extralimitación del esfuerzo terapéutico y RCP(Reanimación cardiopulmonar)</p> <p>En situaciones extrema, en situaciones de terminalidad ¿Hasta cuando se alarga la asistencia? ¿Hasta que punto la técnica invade al ser humano? Que papel juega la familia.</p>
5	<p>Información.</p> <p>Las personas demandan más información. ¿Qué ocurre en situaciones de urgencias? ¿Y en emergencias? Información suficiente</p>
6	<p>Muerte, voluntades anticipadas</p> <p>¿Cómo se muere en urgencias? y ¿En emergencias? Sufrimiento-aceptación del profesional</p>
7	<p>Servicios de Urgencias. Percepción de los profesionales del:</p> <p>¿Porque las personas acuden a urgencias? Acudir a urgencias como una alternativa de tratamiento ¿Por qué? ¿Cuándo?...</p>

Anexo 3: Hoja de información al participante

HOJA DE INFORMACION AL INFORMANTE EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION

Título del estudio: “Construcción social de la ética asistencial”

Investigadora: Maria Fca. Jiménez Herrera. Doctoranda de Antropología de la Medicina del Departamento de Antropología Social y Filosofía de Universitat Rovira i Virgili. Profesora titular de la Escuela de Enfermería de la misma Universidad.

INTRODUCCION

Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como fin la realización de la tesis doctoral.

Por favor, lea esta hoja informativa con atención.

Maria F. Jiménez realizará la investigación y por lo tanto le aclarará todas aquellas preguntas y dudas que le puedan surgir antes y durante la investigación.

Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

La investigación que me propongo engloba el estudio de los aspectos que rodea la práctica asistencial en situaciones de urgencia y emergencia, en nuestro contexto. Para ello, se ha considerado recoger las aportaciones teóricas y prácticas de las personas más próximas a él tanto en el ámbito de urgencias como de emergencias. En el Hospital [REDACTED], concretamente en el servicio de Urgencias, me gustaría centrar el trabajo de análisis de los aspectos éticos de la práctica asistencial en situaciones de urgencias. También remarcar que en nuestro entorno no existe ningún trabajo a nivel nacional que desarrolle esta temática, ya que los trabajos que se han desarrollado en nuestro país sobre ética asistencial se ubican más en aspectos concretos de la filosofía o dentro de la práctica clínica, en servicios de cuidados

intensivos, centrándose en aspectos concretos como la autonomía del paciente y su percepción, la información, coma vegetativo persistente, ventilación artificial, etc.

El núcleo del trabajo que me interesa desarrollar es el modo de articulación de las prácticas desde una perspectiva ética por parte de los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, quiero conocer la racionalidad dominante o las diversas racionalidades de los profesionales respecto a sus actuaciones y que condicionantes explican tales actuaciones frente a la práctica de los cuidados.

Me pregunto si la actuación de los profesionales y sus formas de razonamiento vienen dadas por el propio saber ético concretado en los principios éticos y principios bioéticos o a través de la ética del cuidar desarrollada dentro del modelo de Carol Gilligan

Descripción de la observación:

Observación de la estructura del servicio así como de la distribución de tareas y actividades asistenciales.

Desarrollo de la actividad diaria de los diferentes agentes asistenciales.

Observación de las relaciones interprofesionales.

Observación de las relaciones entre profesionales y usuarios.

Descripción de las entrevistas:

Se realizarán entrevistas en profundidad semiestructuradas, que serán grabadas y posteriormente transcritas.

Descripción del grupo focal:

Se le invitará a formar parte de un grupo para tratar algunos de los aspectos relevantes que surjan de la observación y de las entrevistas, que será grabado y posteriormente transcrito.

Tratamiento de los datos:

Los datos que se generen serán tratados científicamente y su utilización será exclusiva de la investigadora y para la realización de la Tesis Doctoral y las actividades derivadas de ella.

Duración del estudio:

La duración del estudio está relacionada con la diversidad de los acontecimientos observados, de forma que estos alcancen el grado de saturación. El tiempo previsto para la observación es de unas ocho semanas.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La información que se obtenga puede servir para mejorar la calidad de la atención, e implantar las medidas de mejora necesarias.

Los beneficios que se han de obtener en este estudio servirán para conocer mejor la realidad en la que viven así como para promover cambios en la práctica asistencial.

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora responsable del estudio, Maria F. Jiménez Herrera.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante una serie de códigos que solo la investigadora y podrá relacionar los datos con usted.

Cuando se hagan públicos los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Antes de firmar, lea detenidamente el documento, haga todas las preguntas que considere oportunas, y si lo desea, consúltelo con todas las personas que considere necesario.

Firmas:

D/Dña _____

D/Dña _____

Firma del Participante

Firma del investigador

Fecha:_____

Fecha:_____

Anexo 4: Modelo de consentimiento informado

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Título del estudio: CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ETICA ASISTENCIAL

Investigadora: Maria F. Jiménez Herrera

Yo (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con Maria F. Jiménez Herrera, investigadora que llevará a cabo el trabajo.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera
- 2) Sin tener que dar explicaciones.

Por lo que acepto y doy mi conformidad para participar en la investigación

FECHA y FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo 5: Solicitud de consentimiento a la institución

Solicitud presentada a la institución

██████████
DIRECTORA DE ENFERMERIA
Hospital ██████████
Tarragona

Maria F. Jiménez Herrera
Profesora Escola d'Infermeria. URV
Telf: 977251410-977250125
email: fjh@eui.urv.es

Sra. ██████:

El motivo de mi carta es para solicitarle autorización de estancia en el Servicio de Urgencias del Hospital ██████████.

Me encuentro en la actualidad realizando la tesis doctoral, en el marco de la antropología médica. Pretendo llevar a cabo la investigación en el campo de la asistencia en urgencias centrándolo en los aspectos éticos que se pueden derivar de la asistencia en estos servicios. El proyecto ha sido admitido y registrado en el Departamento de Antropología Social y Filosofía de la Universidad Rovira i Virgili con el nombre de "Construcción social de la ética asistencial".

El objetivo durante el tiempo de estancia y, siguiendo la metodología de los estudios antropológicos, es el de la observación, en la que no es necesario manejar datos o información personal de los pacientes, sino que se centra en las experiencias de los profesionales que son objeto de estudio.

Con ello, me comprometo, a velar por el derecho a la intimidad y confidencialidad de las personas observadas así como respetar las normas del servicio y el informarles de los resultados una vez acabada la misma, la observación la efectuaré sin interferir en la dinámica del trabajo diario del servicio de urgencias.

El tiempo calculado para la estancia mínima solicitada es el de ocho semanas.

Le adjunto un informe sobre la investigación quedando a su disposición para cualquier información adicional que desee.

Muy agradecida por su atención, esperando me conceda esta autorización, reciba un cordial saludo.

Tarragona, 5 de Febrero 2007

Fdo: Maria F. Jiménez Herrera