

Roda contínua de formació i consens

La importància ètica del tenir cura

Montserrat Busquets

Comissió Deontològica del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

Introducció

Els drets dels usuaris o malalts i el compliment dels principis bioètics són un bon argument per aprofundir en l'ètica del tenir cura, de manera que puguem establir més clarament la interrelació entre l'ètica professional infermera i l'ètica sanitària, com dues maneres d'entendre el que és bo i correcte, el que s'ha de fer; com dues ètiques complementàries que es retroalimenten.

Els professionals sanitaris tenim un marc ètic comú que en els darrers anys ha sofert un important canvi. Noves disciplines, com la bioètica, han positivitzat la Declaració dels Drets Humans en normes i lleis específiques que defensen la llibertat individual i la justícia com elements reguladors de l'activitat sanitària. Des de l'Informe Belmont¹, el Conveni d'Oviedo², la Llei 21/2000³ o la Llei 41/2002⁴, la bona pràctica professional ha de considerar el millor interès per la persona i treballar amb el seu consentiment. Avui, el malalt es considera un ciutadà, subjecte de drets. Les institucions sanitàries i els professionals ens hem d'organitzar i treballar per millorar la qualitat de vida de les persones des del respecte a la seva llibertat. Els professionals han d'abandonar les conductes paternalistes i buscar conductes generadores d'autonomia moral que ajuden l'usuari o malalt a fer front al problema de salut i prendre decisions⁵. El gran repte és millorar els serveis i dotar-los del caire ètic imprescindible, on usuaris i professionals puguin compartir l'experiència d'emmalaltir, de millorar la salut o d'afrontar la mort de la millor manera possible. És des d'aquest sentit que les infermeres podem fer una important aportació i clarificar què és i què no és tenir cura.

Per exemple, sabem de la importància de les decisions informades. Ho marquen la bioètica i el reconeixement positiu dels drets dels usuaris en el consentiment informat. Ara bé, en un cas concret, com fer de la informació un instrument ètic?, com donar males notícies des de la veritat?, com podem saber que la informació ajuda a prendre decisions i a afrontar el dol?, com adequar la informació a la demanda de la persona concreta o al seu ritme i procés personals?, com ajudar els familiars a respectar l'autonomia moral del malalt enlloc de treure-li?, com treballar la informació com una qüestió de l'equip, plantejant les dificultats i l'abordatge de manera conjunta entre infermeres i metges, bàsicament?, etc.

Tenir cura com a referent ètic

En l'ètica del tenir cura, un dels primers referents que trobem és el treball de Caroll Gilligam⁶. Aquesta autora, des dels seus estudis de psicologia, ens dona una clara visió de la seva importància. Defineix tenir cura com: *"Promoure el creixement facilitant el benestar, la dignitat, el respecte i la preservació i extensió de totes les potencialitats humanes"*. Segons Gilligam, hi ha dues formes morals d'afrontar els conflictes ètics. Una, que anomena l'ètica de la justícia o imparcialitat, que determina si un comportament és o no correcte en funció de normes preestablertes. Per tant, les normes són el patró de regulació i mesura. El que dona la seguretat del fer-ho bé és el compliment del que s'ha establert d'antuvi. Per aquesta ètica, és important establir les regles de joc, tal i com es treballa, per exemple, en el món de la judicatura. L'altra forma moral, que anomena ètica del tenir cura o ètica de la responsabilitat, determina si un acte és bo o no en funció de la situació concreta i els seus actors. El fer-ho bé es vincula a la resolució concreta i a la satisfacció de les necessitats de les persones involucrades. Són importants la particularitat, el context, la xarxa de relacions interpersonals, les actituds i les capacitats d'acompanyament, etc. Si l'ètica de la justícia es basa en la regulació dels drets i els procediments, l'ètica del tenir cura es basa en la negociació i el diàleg; l'ètica de la justícia és objectiva, la del tenir cura subjectiva; la primera busca la resolució dels proble-

Correspondència: Montserrat Busquets
Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona.
c/ Feixa Llarga, s/n
L'Hospitalet del Llobregat
Tel. 93 402 42 25
Fax 93 402 42 16
Adreça electrònica: mbusquetsu@ub.edu

mes de forma igual entre casos iguals, en la segona la resolució depèn de la xarxa de relacions i les possibilitats dels actors. Entenem que ambdues maneres ètiques són complementàries i necessàries; conviuen en nosaltres mateixos. Hem de poder compaginar les normes que regulen els drets i, alhora, hem de ser capaços d'individualitzar l'atenció, considerant les necessitats i possibilitats concretes de les persones involucrades.

Un altre autor que ens ajuda a conceptualitzar l'ètica del tenir cura és Milton Mayeroff⁷. Aquest filòsof defineix: “*Tenir cura és l'origen de la vida, de la dignitat, que comporta el respecte i l'ajut al benestar. Implica l'ajut a l'altre a créixer*”. L'autor parla de l'acció de tenir cura; l'anomena *caring*. El *caring* parteix de la necessitat que tots tenim dels altres pel propi desenvolupament; però aquesta necessitat de l'altre, enlloc de generar formes de poder i submissió, segons Mayeroff, ha de generar una relació basada en el total respecte per la persona. Aquest tipus de relació difereix molt de les relacions autoritàries, basades en creences dogmàtiques i rígides, que generen formes de dependència. Diu Mayeroff: “*Quan jo practico el caring, la meva conducta està basada en el profund respecte pels drets de la persona*”. El dogmatisme i l'autoritarisme ens incapaciten per tenir cura de l'altre de forma vertadera. El *caring* és ajudar l'altre a créixer, a tenir cura de si mateix, a augmentar la responsabilitat davant la seva pròpia vida. Al mateix temps, qui du a terme el *caring* se sent satisfet per l'experiència de l'altre, més que per qualsevol altra satisfacció possible; dóna un valor superior a la persona i ell mateix també experimenta un creixement personal i professional; és a dir, aprèn de la persona cuidada⁷. A més, Mayeroff ens proposa una sèrie d'actituds que ens ajuden a desenvolupar el *caring*.

Les infermeres que han aprofundit en el sentit ètic de la infermeria basen els seus arguments en aquestes teories, una des de la psicologia i l'altra des de la filosofia, i les relacionen amb el coneixement infermer. Plantegen que no es pot tenir cura sense un marc de referència que defineix qui és el destinatari de l'atenció: l'usuari i la seva família; l'objectiu del treball: la salut i la millora de la qualitat de vida; la importància del context on es dóna la situació i l'instrument de l'atenció: el tenir cura. És a dir, tenir cura té un paradigma concret que explica el fenomen. La mirada infermera veu les relacions sanitàries des d'un altre angle de visió que el convencional, centrat en la curació i la tecnologia.

Però, què vull dir amb una mirada infermera? Com hem dit milers de vegades, el sentit primordial de la nostra professió és tenir cura de les persones en relació a la salut. Ja fa molt temps que es va publicar el text d'F. Kerouac “*El pensamiento enfermero*”⁸. Cal recordar que

les autores d'aquest llibre busquen l'essència de la disciplina i troben que, sigui quina sigui la teoria o model, sigui quina sigui la definició del paradigma professional, hi ha uns principis bàsics que guien el treball infermer.

Recordem breument algunes autores. Per F. Nitghingale⁹, tenir cura “*és posar la persona en les millors condicions perquè la naturalesa actüi sobre ella*”. Per V. Henderson¹⁰, “*tenir cura és fer el que la persona faria si tingués força, voluntat o coneixements*”. Per H. Peplau¹¹, “*tenir cura és desenvolupar una relació interpersonal que ajudi la persona a mobilitzar els seus recursos d'afrontament*”. Per D. Orem¹² “*és proporcionar els recursos necessaris que orienten la persona cap a l'autocura*”. Per M. Leininger¹³, “*tenir cura són les accions i activitats dirigides a l'assistència i recolzament o la capacitació de persones o grups que mostren necessitats evidents o potencials, amb la finalitat d'atenuar o millorar la seva situació, forma de vida o afrontar la mort*”.

El sentit ètic de tenir cura el trobem en la pròpia infermeria. Si repassem les teories que expliquen què és tenir cura, no trobem cap referència que ens digui que és actuar sense consentiment de la persona, centrar-nos en la malaltia, actuar de forma igualitària o desenvolupar conductes protectores que infantilitzen la persona i li prenen la capacitat de dirigir la seva vida. Les teories infermeres parteixen del fet que qualsevol persona pot tenir cura de si mateixa, si rep l'ajuda pertinent. Tenir cura és treballar per la persona, amb la persona i des de la persona, i consisteix en ajudar-la a viure de la millor manera possible la situació o problema de salut. En els casos on la persona no pot expressar-se per ella mateixa hem de tractar de conèixer quins són els seus referents personals i culturals per poder actuar en conseqüència.

La Dra. Anne Davis, en una conferència organitzada pel Col·legi d'Infermeres de Barcelona, va deixar molt clar que els reptes de les infermeres en el segle XXI eren clarificar el fenomen de tenir cura i les seves dimensions, atributs i actituds necessaris, com ho podem aprendre, etc. Va marcar la necessitat d'investigar i explicar millor què és¹⁴. Ara bé, crec que ja tenim coneixements suficients per confirmar l'estreta relació que hi ha entre el sentit ètic del tenir cura i els drets humans i principis bioètics. Per tant, també és cada cop més clar que avui en dia el sistema sanitari necessita professionals del tenir cura que aportin coneixements, recerca, formació, etc. en aquest sentit; sentit que, en definitiva, és una de les aportacions que les infermeres podem donar a la societat. M'atreveixo a resumir-ho en:

– La consideració de la persona com un agent moral autònom. Això vol dir el potencial de la persona, sigui quina sigui la seva condició, de portar una vida el més autònoma possible.

- El respecte, manteniment i foment de l'autonomia i, per tant, l'ajut a la persona a prendre decisions i a desenvolupar maneres saludables de viure des del respecte per la persona i la seva manera particular d'entendre la vida (cultura, creences, hàbits, etc.).
- La preocupació i dedicació per la cobertura de les necessitats que permeten que la vida continuï o ajuden a morir amb dignitat.
- La importància de les relacions humanes. La relació és el vehicle de l'ètica on es fa palès l'interès i la preocupació per la persona i la millora de la situació.
- La comprensió de la persona com ésser social inserit en un grup o col·lectiu amb forts referents relatius a la salut, al mateix temps que la consideració de les necessitats dels familiars o amics i del seu propi procés de dol.

Alguns problemes

Si això és així, per què tenir cura no aconsegueix impregnar la filosofia dels centres i institucions sanitàries? per què costa tan explicar què és el que fa una infermera? per què tenir cura depèn, en moltes ocasions, de la manera de fer particular de cada professional? per què molta formació i recerca tenen, encara, només un enfocament biològic? com ho podem fer per plantejar a la societat la filosofia del tenir cura com un bé? M'agradaria compartir algunes reflexions al respecte.

Hi ha qui diu que el tenir cura és invisible i que això és producte de la feminització de la professió infermera i de les relacions de gènere en la societat on les dones ocupen un paper més secundari. Així, el creixement de la disciplina està lligat al paper de la dona i al concepte d'igualtat de gènere. En aquesta línia, Lunardi i Gastaldo senyalen que, com a dones i infermeres tenim poca consciència del poder que podem exercir en tant que grup social i que això és producte del rebuig del poder perquè l'entendem com dominació^{15,16}. Pot ésser una explicació dels motius pels quals tenir cura sol quedar en l'àmbit particular. En canvi, si entenem que el poder no és un instrument per dominar l'altre, sinó per introduir canvis en la societat, la contribució del pensament infermer és irrenunciable.

A més d'aquesta reflexió, crec que podem trobar més explicacions derivades de la gran petjada del pensament positivista en la societat i en l'àmbit sanitari. Segons aquest, els fenòmens són previsible, controlables des de fora i reproduïbles, mesurables en termes absoluts. El coneixement es basa en la reproducció, en la igualtat de les manifestacions, en el control de les possibles variables. A més, el positivisme exclou altres aproximacions a la realitat i les cataloga de no científiques. Moltes de nosaltres sabem la dificultat per argumentar la metodologia qualitativa per a una recerca. En l'assistència, potser

és el pensament positivista el que no ens ajuda a donar importància a aspectes com ara la intimitat i a que, per exemple, en la visita mèdica, el malalt pugui estar despullat davant d'estudiants i membres de l'equip, sense el seu consentiment previ, amb l'argument de fer-li un reconeixement. El positivisme ens porta a separar la raó dels sentiments; la primera com quelcom comprensible i objectivable, la segona com quelcom personal i particular. Actuem des de la raó donant, per exemple, educació sanitària sense considerar com afronta el dol la persona. Pel positivisme, tenir cura és un afegit. El pensament positivista tenyeix massa freqüentment l'organització, la gestió, la recerca i la docència, cosa que genera serioses dificultats per poder desenvolupar una organització que tingui en compte el tenir cura més enllà d'aportacions personals i puntuals.

En tercer lloc, podem trobar arguments de les nostres dificultats en el que el professor Ramon Valls anomena fal·làcia "naturalista" i fal·làcia de "l'expert"¹⁷. La fal·làcia naturalista diu que la natura és l'origen del deure moral i que els fets són naturals, o no són. És a dir, hi ha un ordre natural que és determinant. Aplicat al nostre àmbit, alguns poden pensar que tenir cura és quelcom innat, com la vocació, que és té o no; que l'ètica surt de dins de la persona i no és pas un procés d'aprenentatge. Des d'aquest vessant, és possible ser infermera o metge i no donar importància a la comunicació, a l'escolta activa, a la valoració global i individual de la persona, al seu procés d'adaptació, perquè tot això queda a l'arbitri d'una manera natural de ser del professional. Potser aquestes idees donen arguments a qui planteja que s'aprèn a tenir cura des de l'aprenentatge/error, o tan sols a base de fer-ho i de veure com els altres ho fan. Gran problema trencar aquesta manera de pensar i plantejar que tenir cura és quelcom que s'aprèn des de la reflexió i l'anàlisi cognitives i emocionals!

Per últim, un altre aspecte que voldria assenyalar, seguint les idees d'R. Valls, és la utilització de la formació, els coneixements i el lloc que s'ocupa per establir relacions de poder. És el que ell anomena la fal·làcia de l'expert, o de l'"*enteradillo*". En aquesta, saber i tenir coneixements incrementa les diferències amb els altres. Marca la posició des de la qual s'estableixen les relacions interpersonals i genera postures d'obediència i/o adherència a les pròpies idees i maneres de fer. "L'expert" se sent en una posició superior i el seu saber no té en compte la dimensió humana de l'altre. Creu que té les solucions i no utilitza ni el diàleg ni la confrontació amb els altres per a l'abordatge. En el món sanitari, aquesta fal·làcia pot tenir dos vessants; el primer és que nosaltres mateixes ens situem en posició "d'expert". Aleshores correm el risc de no considerar aspectes com ara la cultura, les vivències,

les creences, les possibilitats de l'altre; “*nosaltres sabem què s'ha de fer*” i ho imposem. Per exemple, quan no tenim en compte les preferències, hàbits i possibilitats en l'alimentació d'una persona diabètica o quan no compartim amb el malalt o usuari una informació sobre el seu estat de salut. L'altra repercussió és que nosaltres mateixes ens situem en posicions d'obediència i reconeixem com “experts” altres professionals, per exemple, altres metges o infermeres o els responsables de la gestió. Encara que no compartim les decisions o indicacions, sentim que són els altres els qui han de prendre decisions. D'aquesta manera som objectes morals perquè traslladem la responsabilitat ètica a l'altre, a “l'expert”. Per exemple, quan pensem que l'atenció sanitària només té a veure amb la malaltia. Evidentment, hem d'ésser experts en la nostra matèria; evidentment, treballem en equips; però la fal·làcia de l'“expert” ens alerta de la necessitat de pensar i repensar en el significat de la nostra expertesa i en la responsabilitat de dur-ho a terme.

Ben segur que hi ha altres arguments per explicar el que fa tan difícil, de vegades, desenvolupar el sentit ètic de tenir cura. Identificar-les, raonar-les, etc. ens ha d'ajudar a entendre millor què és el que està passant i a prendre mesures pertinents. Des del món mèdic ajudarà a reconèixer i a interessar-se i aprendre de la disciplina infermera i a les infermeres ens ajudarà a sortir de la invisibilitat i a aprofundir.

Tenim al nostre favor que el propi sistema sanitari està en procés de canvi cap a un model més centrat en les persones que en tractar les malalties. També, cada cop més, la pròpia societat, les persones usuàries o malaltes, tenen més consciència de la necessitat d'ajut per a la vida diària i quotidiana per sobre o al costat de la necessitat de tractament de les malalties. La nostra responsabilitat avui és irrenunciable; tenir cura pot ser una important ajuda en la millora de la salut de la població. Aquest és el nostre compromís ètic.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research. Informe Belmont; 1978. DHEW Publication No (OS) 78-0012. Disponible a: http://ier.isciii.es/er/pdf/er_belmo.pdf
2. Convenio de Asturias. Convenio sobre biomedicina y derechos humanos del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Oviedo: Consejo de Europa; 1997. Disponible a: <http://www.filosofia.org/cod/c1997ast.htm>
3. Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets a la informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació. DOGC núm. 3303 (11 de gener de 2001):264-467.
4. 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. BOE 274 de 15 de abril de 2002:40126-32.
5. Busquets M. La autonomía en el cuidado de la salud. Rev Debat Polític. 2004 tardor-hivern;9:115-27.
6. Gilligan C. La moral y la teoría; psicología del desarrollo femenino. Mèxic: Fondo de Cultura Económica; 1985.
7. Mayeroff M. On caring. Nova York: Harper Perential; 1972.
8. Kerouac F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
9. Nigthingale F. Notes of nursing. Nova York: Applenton & Co.; 1860.
10. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 1991.
11. Peplau H. Teoría interpersonal en la práctica enfermera. Barcelona: Masson; 1996.
12. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Madrid: Ediciones Ciencias y Técnicas; 1993.
13. Leininger M. Transcultural nursing; concepts, theories, research & practices. Nova York: McGraw-Hill; 1995.
14. Davis A. Tenir cura i l'ètica del tenir cura en el segle XXI: què saben i què hem de qüestionar. Barcelona: Col·legi d'Infermeria de Barcelona; 2006. Disponible a: <http://www.coib.org/Articles.aspx?idPagina=577&idMenu=512>
15. Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la anorexia de poder. Enfermería Clínica. 2006;16(5):268-274.
16. Blázquez-Rodríguez MI. Los componentes de género y su relación con la enfermería. Index Enferm. 2005;14(51): 50-54.
17. Valls R. Ética para la bioética y a ratos para la política. Barcelona: Gedisa; 2003.