

cuidada para el diagnóstico y tratamiento de la patología médica que le afecta, se circunscribe a la actuación sobre signos y síntomas. En el momento en que, para tomar una decisión asistencial, es necesario proceder previamente a establecer una correlación de estos signos y síntomas para formular una hipótesis diagnóstica o diagnóstico de una enfermedad (que denominamos patognomía) resulta necesaria la intervención del profesional licenciado en medicina y cirugía. Insistimos, siempre y cuando no hablemos de situaciones de emergencia o catástrofe, entonces los límites profesionales se difuminan ante el estado de necesidad, y se debe actuar con diligencia y prontitud, realizando aquello que sea necesario de acuerdo con las circunstancias, los medios disponibles y criterios científicos correctos.

¿Puede hacer «triage» un diplomado en enfermería? Si lo hace, ¿comete intrusismo?, ¿hace progresar la profesión?

Una vez establecido esto, vemos que algunas de las actividades que identificaremos como «triage» obviamente entran dentro del ámbito competencial enfermero, la orientación a los usuarios para moverse en la organización asistencial y también la clasificación o distribución de los pacientes en el

interior del área de urgencias según el sistema propio de cada una.

El problema surge con la priorización y no es necesario decirlo con el cribage y la disuasión en los que además de los aspectos competenciales, se debería reflexionar sobre los aspectos éticos de estas prácticas. Pero lo que es evidente, es que comportan una formulación de hipótesis de diagnóstico médico para decidir la anterioridad en la atención médica o su necesidad, y esto se escapa de la competencia enfermera.

Dada la enorme afluencia de pacientes a los servicios de urgencias, muchos de ellos en situaciones de emergencia no grave o levemente grave, se ha considerado idóneo realizar esta priorización y en algunos centros que sea efectuada por enfermeras. A fin de resolver el problema competencial, y dado que la enfermera puede tomar decisiones sobre signos y síntomas se han buscado fórmulas para solucionar el problema organizativo-asistencial, y ajustar la actividad a la competencia enfermera: protocolos de actuación, algoritmos o escala de toma de decisiones a partir de signos y síntomas. E incluso con muy buen criterio, la sociedad científica de *Enfermería de Urgencias* se ha posicionado al respecto publicando la recomendación científica 99/01/01 (15 de Junio de 1.999) en la que manifiesta que «la actividad de recepción, acogida y clasificación... es propia de los diplomados en enfermería».

Hasta aquí todo muy bien, ya hemos respondido a las preguntas de qué entendemos que conforma esta actividad, que la queremos hacer y cómo se debe hacer, aunque ahora convendría

que esta recomendación científica fuera asumida por la organización colegial, en su responsabilidad de ordenación del ejercicio para darle el reconocimiento posible.

Pero continúo haciéndome una reflexión: si la administración sanitaria, en la organización eficiente de los servicios que presta a la población considera conveniente que se realice esta actividad, y que la asuman las enfermeras, ¿por qué debemos estar siempre en la cuerda floja respecto a la legalidad de la práctica?

Quizás lo más coherente sería, y de hecho es mi opinión, que si debemos asumir esta responsabilidad porque se considera que somos los profesionales más idóneos para hacerla, se nos otorgue la competencia profesional oportuna, tanto a nivel formativo y de capacitación, como de reconocimiento legal. Modifiquemos pues las leyes, porque su función debe ser regular la práctica cotidiana, y si no se adecuan a la realidad de la demanda asistencial, se deben cambiar. Las leyes deben ser útiles y no un obstáculo, deben permitir una práctica profesional segura y no obligarnos a buscar la manera de esquivarlas y realizar equilibrios competenciales para cumplir con nuestra obligación profesional de conseguir la agilidad, la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario.

**ISABEL PERA
FÁBREGAS**

*Jefe de la Unidad de
Enfermería legal del Hospital
Vall d'Hebron*

La pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario

Xabier Etxeberria en un análisis atento de las circunstancias sociales que hoy condicionan, estimulan y delimitan la pregunta sobre lo que es moral, destaca la *tecnociencia*, la *cultura moderna* caracterizada, por la secularización, la autonomía y el pluralismo, y finalmente señala como tercera circunstancia la

conflictividad intercultural en el marco de la *globalización*¹.

Es precisamente en este contexto social que vive actualmente nuestro mundo occidental que la Generalitat de Catalunya publica a finales del año pasado (2005) la *Guía para el respeto a la pluralidad religiosa*

en el *ámbito hospitalario*². Esta guía elaborada por profesionales del ámbito sanitario, el equipo universitario Investigaciones en Sociología de la Religión de la Universitat Autònoma de Barcelona y los responsables de las distintas entidades religiosas, tiene tres objetivos: 1) facilitar información a todo


el personal sanitario sobre posibles peticiones, por razón de las creencias religiosas, de las personas ingresadas en un centro hospitalario, 2) hacerse eco de la importancia que tiene, tanto para los miembros de las diversas confesiones religiosas como para las personas que no profesan ningún tipo de religión, sentir que se respetan sus convicciones, de manera especial en una situación de enfermedad, y 3) ofrecer una serie de propuestas de actuación.

La guía se estructura en tres partes claramente diferenciadas. La primera se centra en la justificación legal del derecho a la libertad religiosa y de culto, y se hace un resumen de la normativa vigente en nuestro país. La segunda parte recoge un conjunto de fichas que de forma sintética presentan las características y las principales peticiones que pueden hacer las personas que están ingresadas en el hospital y pertenecen a un determinado grupo religioso. Estas fichas informativas sobre los diversos grupos religiosos abarcan tanto a aquellos que tienen acuerdos de colaboración con el Estado (Iglesia Católica, Iglesias evangélicas, Islam, Judaísmo) como a aquellos que, por ahora, todavía no tienen (Budismo, Iglesia Adventista del Séptimo Día, Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, Iglesias ortodoxas, Fe Bahà'í, Hinduismo, Sikhismo, Testigos Cristianos de Jehová). Las fichas proveen de información sobre las prácticas religiosas cotidianas en el hospital, la alimentación a seguir, la actitud ante determinadas prácticas médicas, la atención en el momento de la muerte, de acuerdo con la especificidad de cada grupo religioso. Finalmente, la tercera parte enumera diez principios de actuación, donde se reconoce la dignidad de la persona, el respeto a sus derechos fundamentales. Seguidamente se hacen una serie de recomendaciones relativas a la asistencia, la alimentación, la presencia de símbolos religiosos, el rechazo de

determinados tratamientos por motivos religiosos, y la actitud ante la muerte.

La visión enfermera

Esta nueva guía dirigida principalmente a todos los profesionales sanitarios – también a los gestores de los centros hospitalarios– puede ser de una gran utilidad para las enfermeras en el ejercicio de su profesión. Las enfermeras, a lo largo de los años, han demostrado una sensibilidad especial en el respeto a las creencias y valores de las



Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari

Generalitat de Catalunya

personas. Es un ejemplo paradigmático el modelo de enfermería, profusamente usado, de Henderson que incluye entre las catorce necesidades fundamentales de la persona el hecho de «obrar de acuerdo con los propios valores y creencias»³. El reconocimiento de esta necesidad queda perfectamente reflejado en la deontología profesional donde se afirma que en el cuidar «la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad»⁴, o bien que «el profesional de enfermería facilitará el ejercicio de la libertad religiosa y respetará las convicciones y jerarquía de valores del enfermo/usuario»⁵.

La Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario es un hecho relevante en el sentido que se ocupa de una de las dimensiones constitutivas de la persona humana más importantes, y, a la vez, contribuye a la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito. Aún así es recomendable hacer una lectura atenta y crítica del texto, puesto que las fichas informativas sobre los diferentes grupos religiosos que existen en nuestro país –esto sí, con cantidades de adeptos muy desiguales– son orientativas, dado que la práctica religiosa dentro de cada grupo puede llegar a tener ciertas variaciones más o menos adaptadas a la guía. Es importante, pues, conocer las líneas básicas que marca cada grupo, pero sin olvidar que el cuidar debe ser siempre una acción individualizada, personalizada. «Cuidar bien significa, ante todo, cuidar personalmente considerando a cada ser humano como alguien único y singular, como un sujeto cultural, simbólico y como un agente moral. Tener en cuenta sus parámetros culturales no constituye un lujo en el cuidar, sino su misma condición de posibilidad»⁶.

Referencias bibliográficas:

- ¹ Xabier ETXEBERRIA, *Temas básicos de ética*. Bilbao, Desclée De Brouwer, 2002.
- ² *Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari*. Barcelona, Generalitat de Catalunya: Departament de la Presidència - Direcció General d'Afers Religiosos - Departament de Salut, 2005.
- ³ AA.VV., *Enfermería fundamental*. Barcelona, Masson, 2000. p. 173-184.
- ⁴ *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*, Consejo Internacional de Enfermeras, 2006.
- ⁵ *Codi d'ètica*, Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Barcelona, 1986.
- ⁶ Francesc TORRALBA, *Cuidado*, en J. GARCÍA FÉREZ y F.J. ALARCOS, *10 palabras clave en humanizar la salud*. Estella, EDV, 2002. p. 262.

ESTER BUSQUETS ALIBÉS

Responsable de Enfermería del IBB.