

**LA BIOÉTICA EN EL DESARROLLO CIENTÍFICO
TECNOLÓGICO DEL ÁREA DE LA SALUD:
ENFERMERÍA Y ÉTICA DEL CUIDADO**

Miguel Suazo*

RESUMEN

El desarrollo científico y tecnológico han desencadenado nuevos hechos de avance pero también nuevas preguntas de carácter moral a las que hay que dar respuesta.

La relación con los pacientes también ha sufrido cambios de importancia y se ha desplazado el protagonismo médico planteado desde los griegos. Así la enfermería toma un papel preponderante y con ella la ética del cuidado.

Se ha clarificado que el cuidado es un requerimiento de todas las profesiones y no solo de las y los enfermeros pero se reconoce que estos son quienes más se han apegado a esta tarea por la especificidad de su trabajo en que tocan al paciente, transmiten afecto y generan relaciones primarias que son de mucha importancia para su recuperación.

PALABRAS CLAVES

Ética del cuidado - Curar - Afecto - Paternalismo

Para referirnos a cualquier campo del conocimiento científico tenemos que centrar como eje prioritario al ser humano, entendido como agente autónomo, con dignidad y derechos que tienen que ser respetados para poder decir que mantiene la cate-

^(*) Médico egresado de la UASD. Magíster en Bioética. Miembro directivo de la Comisión Nacional de la Bioética. Coordinador del Centro INTEC de Bioética (Ceninbio)

goría señalada de ser humano. Como tal es un ser moral con sus propias ideas y posiciones que lo colocan entre sí en la diversidad moral generando un pluralismo que es parte principal para el merecimiento mutuo del respeto.

De este principio parte la vinculación que debe existir entre la relación desarrollo ciencia-tecnología en el área de la salud. Mucho es lo que hemos avanzado en ese campo, pero no necesariamente lo hemos acompañado del reconocimiento y respeto del agente moral que debe ser su centro.

El desarrollo de la medicina lleva en sí mismo el germen que permite este desconocimiento a partir de una visión Platónica de diferenciar a las personas esclavas o libres con una pre-determinación natural para desarrollar su papel en la sociedad. Esta visión descalifica de antemano en los esclavos su condición física y moral y coloca a los libres como sanos de cuerpo y alma.

Este sello histórico explica las condiciones del ámbito sanitario en que nos desenvolvemos actualmente ya que por naturaleza nacen los gobernantes y también los súbditos pero por naturaleza también nacen los médicos y ambos guardando las diferencias atienden y responden a una misma lógica, el primero en el macrocosmos de la sociedad y el segundo en el microcosmo del cuerpo humano.

En el gobernante y el médico se asume la buena intención con respecto a sus dependientes y por ello está autorizado, por naturaleza, a imponer los valores que considera como buenos. Por ello no se establece diferencia entre lo físico y lo moral. El enfermo es un incapacitado y un agente no-moral. Como vemos tenemos dos antecedentes claros, el uno, que el médico es el centro del poder en el área de la salud y el otro el surgimiento del paternalismo como método validado para la relación médico paciente, donde el médico teniendo la mejor de las intenciones para con su paciente impone las reglas de la atención independientemente de lo que piense el paciente ya que su parecer no importa

en tanto es “un incapaz físico y moral” que necesita ser orientado y conducido como lo haría un padre con su hijo.

De estos antecedentes y bajo este modelo luego surgirán otras profesiones del área de la salud como la enfermería apegándose a este esquema y reproduciéndolo en alguna medida en cuanto es entendido como bueno. Así el agente moral, el ser humano entra en situación de desventaja, de inequidad en la relación con los profesionales de salud, además de estar lesionado en su esfera física y psicológica. Vale la pena recalcar que la intención última siempre fue hacer el bien, pero es el profesional el que decide qué es lo bueno y qué es lo que le conviene al paciente y que la tarea del paciente siempre será la de aceptar el bien que se le hace. Para restaurar el “orden natural” que ha sido afectado.

Esa idea de que el deber del profesional de la salud es “siempre hacer el bien” aún en contra de la voluntad del paciente esta implícito en nuestro ejercicio y tiene una correlación directa con el planteo de que “el médico es por naturaleza”, “es igual al monarca”, “es mediador entre los hombres y los dioses”

En ese contexto nos encuentra el desarrollo científico tecnológico del área. El siglo 20 ha sido testigo de ello. Hemos pasado de la virtuosidad de las manos palpadoras y milagrosas al predominio de la técnica. Por solo citar algunas diremos que en 1962 surgen las máquinas de hemodiálisis revolucionando el pronóstico de los pacientes de insuficiencia renal y alargando sus expectativas de vida. En el 1978 se registra el primer caso de reproducción asistida en el célebre nacimiento de Louis Brown (bebe probeta) en Inglaterra. Muchos otros acontecimientos podrían ser señalados como indicadores del desarrollo de la tecnología sobre todo en la imagenología, el intervencionismo, las ondas y el sonido.

En un contexto como el señalado y con unos antecedentes como los planteados se inserta la necesidad de generar una reflexión y una práctica que rescate al ser humano elevándolo a su calidad de agente moral. Así surge la bioética como expresión de dicho proceso.

En 1971 el reputado oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter utilizó por primera vez el término bioética, con un contenido amplio que hacía referencia a la vida en todas sus dimensiones pero es evidente que ya en el planteo Griego, en Platón, en Hipócrates ya estaba planteada la simiente para poder introducirnos en la temática.

Hablando de los retos a que hoy se enfrenta la enfermería, Anne Davis, profesora de ética, plantea en su artículo las dimensiones éticas del cuidar en enfermería, "... pero, en nuestros días, los últimos años del siglo XX traen desafíos nuevos y aterro- rizados. El desarrollo de nuevas tecnologías para la asistencia de los pacientes, el problema de los costes sanitarios en las sociedades con un número creciente de personas de edad avanzada y el creciente número de personas con enfermedades crónicas, las difíciles cuestiones que rodean a los pacientes moribundos, la rápida evolución del campo de la genética, la ampliación del papel de la enfermera en muchas sociedades han tenido una repercusión en todos los profesionales de los cuidados de salud y en el público en general".

Como vemos estos retos abren un abanico de hechos sobre los cuales se tiene que desplazar la reflexión ética de la enfermería. A estos se suman el predominio del esquema médico y la herencia del paternalismo médico. La pregunta clave de estos acontecimientos está en poder discernir qué es lo bueno y qué lo correcto pero no siempre tenemos la seguridad de que estemos contestando de manera certera.

- El primer elemento ético de toda profesión es el manejo de la técnica. Todo/a enfermero/a tiene que ser un/a buen/a profesional y hacerlo bien ya tiene una connotación moral. Lo mismo si sucede lo contrario y se le acusa de mala práctica, de no manejar lo que se supone que debe saber de antemano es un acto no-ético o in-moral.
- La ética de la enfermería ha descansado de manera esencial en la ética de las virtudes cuyo principal exponente es la Confianza.

La relación paciente enfermera está basada, requiere de, necesita de la confianza como sello de toda relación. Y la confianza no solo se define como la capacidad de creer en el otro sino como percepción de sus implicaciones: ser prudente, ser discreta, ser compasiva, ser amable que es en última instancia ser confiable.

Esa confianza tiene que traspasar la relación con los enfermos y abarcar hasta la relación con sus pares y con el equipo de salud, de manera que no sea una pose sino una actitud asumida de manera personal

- Otra de las perspectivas desde las cuales se ha vislumbrado la ética en enfermería es la llamada principialista que descansa en el reconocimiento de los principios que Beuchamps y Childress identificaron como: Beneficencia, autonomía, no-maleficencia y justicia.
- La beneficencia. Hoy definir cuál es el mejor beneficio para el paciente tiene que ser referido a la identificación de nuevos paradigmas. Antes el bien o lo bueno estaba asociado a un concepto deontológico del deber y la vida. Como tal era el primer deber mantenerla por encima de todo, pero hoy en que la ciencia y la tecnología son capaces de advertir pronósticos con bastante fidelidad, reconocer situaciones en que se atenta contra la calidad de la vida o cuando entran en consideración otros principios como la autonomía, la jus-

ticia y la no maleficencia no queda tan clara la misma definición, Aquí adquiere mayor preponderancia “el no hacer daño o no ser maleficiente”. Al bien no pueden obligarme pero si pueden hacerlo a no hacer daño.

El bien del otro va en relación directa con la ética axiológica o de los valores. Dependiendo de mi sistema de valores sustentaré mi creencia del bien, por tanto habrá que establecerle otros referentes asociados a la responsabilidad.

Autonomía se refiere a la libertad individual de los agentes morales, por tanto al mundo de derechos que tiene el individuo a decidir sobre sí mismo, siempre y cuando no lesione la autonomía de los otros y se encuentre en estado de competencia para asumir sus decisiones y consecuencias. La enfermería será un ejercicio ético en cuanto reconozca, evalúe y respete las autonomías antes definidas en sus pacientes, en sus pares y en su equipo de trabajo, entendiendo que ésta no es un llamado al trabajo individual ni a la búsqueda de construcciones éticas personales sino mas bien a la construcción dialógica de un accionar moral.

- La no maleficencia será el eje de toda esta ética, sobre la que giran estos principios. El no hacer daño parece ser la norma moral que identifica el reconocimiento del valor intrínseco del ser humano y su dimensión moral. Es romper la concepción Platónica paternalista del profesional como centro de las decisiones, de la beneficencia y del mejor bien del paciente sin tomar en cuenta su parecer. Aún cuando hacemos el bien, si es en contra de la voluntad del paciente competente, estamos haciendo daño y siendo maleficentes por tanto no-morales.
- La Justicia ha sido vista hasta hoy como “lo justo” “lo igualitario” “tratar a todos por igual” y ello ha calmado más de una vez nuestras conciencias. Hoy hacer justicia tiene que ver con el componente distributivo, de recursos humanos, de recursos físicos, de prioridad o dedicación en la atención ante situaciones de escasez. También se es justo cuan-

do haciendo caso al deber de ser benéfico y de no ser maleficio lo cumplo a conciencia de mi responsabilidad.

Finalmente caemos en una ética que es propia de la enfermería y que sirve de plataforma a las otras perspectivas éticas que hemos analizado. Es la ética del cuidado.

El cuidado está vinculado al quehacer de la enfermería. Es la persona que está en más estrecho vínculo afectivo, corporal y de esperanza con los pacientes. El paciente que espera ser tratado, que se le apliquen los medicamentos, las curas, el afecto, intuye que se le cuida.

Cuando las mujeres parían, las enfermeras se dedicaban de acuerdo a las prescripciones, a asear a las pacientes, curar su episiotomía o curar su cicatriz post quirúrgica de la cesárea. A esto llamaban *dar el cuidado*. Término que nos resulta extraño a nuestro vocabulario diario pero que refleja que el tema intrínseco a su función es de cuidar con preocupación y esmero.

La ética del cuidado implica curar y cuidar, es decir atender con preocupación dedicación y compasión en base al valor confianza, el cual se desarrolla en el escenario de lo interpersonal, lo cual la hace más difícil y más interesante en cuanto no aborda acciones morales universales sino concretizaciones de compasión, aceptación empatía y respeto.

Para Gilligan el cuidado se basa en la acción de promover el crecimiento y la salud facilitando el bienestar, la dignidad y el respeto y ello lo enmarca dentro de la realidad de enfermedad del sujeto afectado. Para Mayeroff el cuidado es ayudar a otro a crecer. En ambos casos coinciden en entender al cuidado como la actividad moral de la enfermería, sustentada por una base de responsabilidad. No hay escapatoria, no hay forma de salir de ese compromiso moral que no sea asumiendo la ética de la responsabilidad a partir del ejercicio técnico que implica cuidar y curar. El cuidado es el tema central en la atención, la ciencia y el ejercicio de la enfermería, diría J. Watson.

Si la tarea es curar debemos admitir que ello implica también cuidar y que entonces no debía ser una exclusividad de la enfermería sino de todas las profesiones de la salud en cuanto su sujeto poblacional es un agente moral, autónomo y con derechos, pero no es menos cierto que quien establece el vínculo afectivo-corporal con los pacientes es la enfermera /o.

CONCLUSIONES

De todo el recorrido que hemos hecho por las distintas visiones éticas, debemos concluir que antes del desarrollo pujante que ha tenido la ciencia y la tecnología y después de éste, el mandato moral de la enfermería sigue resumiéndose en la ética de la responsabilidad y del cuidado.

No menospreciamos ni los valores ni los principios que se encierran en estas visiones pero tenemos que reconocer que en cada momento del ejercicio de la enfermería se presentan situaciones morales que no dan tregua a esperar que se reflexione o que acudan otros profesionales del equipo de salud y solo la toma de decisiones responsables en la forma de cuidado permiten hacer abordajes éticamente correctos.

La vinculación de la enfermera /o no solo es con el paciente sino con la familia de este, con las incomprensiones de muchos de estos y con su equipo de trabajo, respecto al mismo caso, con posiciones y jerarquías diferenciadas y con un fin común de generar el mejor beneficio del paciente.

La esencia de la ética del cuidado y la responsabilidad descansa en el diálogo, la comunicación y la interrelación con el otro que sufre, ya sea paciente o familiar y la manera efectiva de cuidar tiene que pasar por compadecer, no como lamento o como lástimas sino como reconocimiento de la vulnerabilidad y el sufrimiento del otro "la compasión, concepto teñido de acentos, exige compartir la vulnerabilidad del otro, entrar con el otro, en su experiencia de debilidad e impotencia" (McNeill DP)

Parece que el desarrollo de la ciencia y la tecnología separan cada vez más al paciente de la enfermera /o o establecen nuevas formas de comunicación que atentan contra la compasión y contra la confianza. Parece que el tecnicismo y la jerarquización abren expectativas nuevas que tienden a delegar el cuidado a los de más bajo rango en la escala jerárquica, digamos las auxiliares, pero como paso transitorio al que todo el mundo quisiera superar para llegar a los niveles administrativos. Aunque así esté sucediendo debemos volver la vista desde la formación de las carreras y desde el ejercicio humano de la profesión a que es la ética del cuidado la que debe sustentar la fe y la esperanza de la recuperación en la relación enfermera/o - paciente.