

FIN DEL EQUIPO SANITARIO Y DE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN: MIRADA ÉTICA^{*}

Edy Salazar Agudelo^{**}

Resumen

La enfermera y todo el equipo de salud (equipo sanitario) son responsables de cuidar y curar. Al respecto existen diferentes sugerencias sobre la forma de incursionar con éxito y calidad cuando se interactúa con el paciente y su familia en el nivel primario de atención. Para cumplir este objetivo se analiza desde la ética y la bioética si los medios relacionados con el cuidado son más importantes que los fines del quehacer profesional como son la curación y la recuperación de la salud de los pacientes. Con el propósito de llegar a elaborar algunas sugerencias sobre el tema, se reflexiona sobre los aportes teóricos de los autores Gracia y Kieffer y se retroalimentan con ejemplos y vivencias que en la actualidad sufren y enfrentan los pacientes, su familia y los integrantes del equipo de salud.

PALABRAS CLAVE: *nivel primario de atención, fin (recuperar la salud), medio (cuidar), calidad del cuidado, empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios, ética y bioética.*

* Artículo de reflexión. Recibido para evaluación: 24 de octubre de 2007. Aceptado para publicación: 16 de noviembre de 2007.

** Enfermera. Magister en Educación. Especialista en Bioética. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana. correo electrónico: esalazar@javeriana.edu.co.

Abstract

The nurse and all the medical care team are responsible for the healing and the curing process. In that regard, there are different suggestions about the way to deal with excellence and quality in the interaction between the medical care personal, the patient and his family at the primary level of attention. To that end, ethics and bioethics are analyzed from the standpoint in which it is important to differentiate if the means of taking care are more important than the ways of taking care of the patients in the recovering process. With the purpose of making some suggestions on the topic, a thorough analysis based on the theoretical contributions of Garcia and Kieffer is portrait. This aims at putting aside some real life examples of what patients, the patient's family and the medical care team deal with on a daily basis.

KEY WORDS: *Primary level of attention, end (to heal), means (to care), quality of care, health promotion enterprises, health care institutions, ethics and bioethics.*

En el nivel primario de atención se presentan situaciones de conflicto entre el quehacer cotidiano y el deber ser, en relación con la organización y la calidad de atención. Esta situación puede solucionarse con la ayuda de un equipo sanitario básico —enfermera, médico, odontólogo, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista y bacterióloga— en acción, con principios éticos y sentido humanizado con toda persona que solicite ser cuidada y curada, como si fuera siempre el primer paciente de cada turno, sea cual fuere el número de atendidos durante cualquier hora del día o de la noche; es decir, es la aplicación de la ética del cuidado, la curación, la compasión y la responsabilidad con el otro, quien confía toda su humanidad al equipo sanitario, integrado por profesionales idóneos con conocimientos actualizados y habilidades para la resolución efectiva y oportuna de los problemas de salud.

Para lograr la confianza del paciente y su familia (pareja, hijos y otros integrantes de convivencia influyentes en su cuidado) es imperativo que las empresas promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS), a través del equipo de salud, condicionen y establezcan con el paciente interacciones respetuosas y comprometidas, utilicen y ofrezcan los mejores tratamientos, brinden los medios de diagnóstico más efectivos y realicen los controles y seguimientos necesarios hasta lograr y estar seguros de que los pacientes han mejorado su estado y condición de salud.

La confianza del paciente con la institución y con el equipo de salud lleva a incrementar la adherencia en el cuidado y la curación, así como a despertar la responsabilidad en la modificación de estilos de

vida insanos para sí mismo y su familia más cercana. El paciente que confía en el equipo de salud lo considera su confidente incondicional, lo consulta oportunamente sin temor o duda, permite-facilita el tratamiento y tiene fe en las posibilidades de curación, sobre todo cuando es concertada.

Despertar confiabilidad en el paciente forma parte de brindar un cuidado con excelencia, que significa el encuentro de la ética con la calidad para actuar con prudencia (esto es, prontitud y haciendo lo justo cuando debe hacerse en el momento y situación oportuna), aplicando los principios éticos de beneficencia (hacer siempre el bien), no maleficencia (no ocasionar daño) y respetando la autonomía del paciente (tener en cuenta sus consideraciones, opiniones, libre opción, selección, aceptación de tratamientos y toma de decisiones mediada por la información, la comprensión y la posibilidad de decir: sí, no, lo pienso, consulto con otro médico y con mi familia).

En estos términos, la calidad valora los aspectos positivos del cuidado, y cuando se habla de excelencia, se está hablando de la calidad como valor imprescindible en el desempeño del profesional sanitario. La negligencia y la mediocridad se contraponen a estos principios y se hace evidente cuando se actúa con acciones de cuidado intermedias, pendientes y reposadas. Un ejemplo es citar al paciente a próximas consultas para exámenes diagnósticos cuando la enfermera los puede solicitar, dada su preparación, calificación y seguridad decisoria; más aún cuando tiene en cuenta la normatividad vigente.

Por lo tanto, un cuidado con calidad induce a aplicar y poner en marcha los diferentes programas, de acuerdo con las políticas, las normas y las resoluciones (412 de 2002) emitidas por el Ministerio de la Protección Social, con la obligatoriedad de mostrar resultados con suficiente cobertura, incremento de factores protectores, disminución de factores de riesgo y tasas de morbilidad; en contraposición con las ganancias presupuestadas y deseadas para sufragar los costos reales e imprevistos de la atención al usuario. La misión es saber y poder responder con ética a los compromisos que han adquirido entre sí las EPS y las IPS con los pacientes y su familia.

Esta serie de loables exigencias determina que un equipo de salud cumpla con el deber de reconocer al paciente como un ser humano inteligente, con competencias, limitaciones, necesidades, problemas y derechos para exigir (de forma razonable o no) su participación activa en la toma de decisiones sobre su salud, su vida, su cuidado, las características de atención y en todo lo relacionado con expresar inconformidad, dolor, incomodidad o satisfacción.

Todo este relato se relaciona, además, con el deseo del paciente de que su situación se resuelva de forma oportuna o, si es posible, estar y sentirse cada vez más saludable. La atención de salud genera también

retos, y más aún cuando las condiciones del sistema de salud y la situación económica del país está afectando de manera decisoria la prestación del cuidado, que no está relacionada con las necesidades-de-seos de cada paciente, la disponibilidad del recurso humano y con lo emitido por las reformas, las cuales cada vez son más lejanas en algunas EPS-IPS del país para poder hacer efectivo su cumplimiento.

El proyecto colaborativo realizado por el Hasting Center Institute, denominado *Goals of Medicine, 1993-1996* (1), concluyó que el lenguaje de la reforma está dominado generalmente por discusiones sobre el papel del mercado, la privatización, los incentivos y desincentivos, los análisis de control de costos y de costo-beneficio, las deducciones y copagos, los esquemas varios presupuestarios y organizacionales y la centralización frente a la descentralización. Estas son respuestas comprensibles pero no suficientes, porque están orientadas a los medios y no a los objetivos y fines de la asistencia sanitaria, que es la recuperación de la salud y el bienestar alterado por la enfermedad y sus determinantes. El fin, así concebido por el equipo sanitario, es deseo, interés e intención de recuperar en el otro ser vulnerable su estructura funcional, emocional y laboral, que ha sido resquebrajada por la enfermedad, y los medios son las acciones (valoración, diagnóstico, intervención, tratamiento y cuidado) para lograr lo anhelado.

En la profesión de enfermería hay debilidades, tanto en los fines (lograr restablecer el equilibrio y recuperar la salud) como en los medios (el cuidado), pero la discusión disciplinaria actual se ha centrado en los medios, por cuanto la enfermera y el enfermero han aceptado la modificación de su quehacer —situación palpable en la tendencia cada vez más creciente por disminuir el tiempo de interacción y de presencia frente al paciente y su familia—. Se ha incrementado la actividad administrativa, no del cuidado, en el manejo de papelería, facturación y más horas dedicadas a consignar toda información en el sistema, mediante el uso del “computador fijo o portátil”. Es mayor la exigencia de las EPS a las IPS por aumentar el número de usuarios que facturan los diferentes procedimientos y actividades solicitadas, que el número de personas recuperadas.

Un ejemplo evidente ha sido identificado cuando la mujer solicita la “toma de la citología cérvico-uterina”. De forma coloquial, en algunas instituciones asignan esta actividad a personas calificadas sólo para realizar el procedimiento de tomar la muestra, pero no para hacerlo enfrentando los fines que la toma de la citología implica: sensibilizar a la mujer sobre su situación, explicar los riesgos y autocuidado para mantenerse saludable o hacer el diagnóstico de otros problemas femeninos que la mujer por miedo, pudor y timidez no le comenta al médico general, y todo lo relacionado con la salud femenina que trasciende edad, estrato, riesgo, cultura y solución en pareja.

Esta situación se da porque el interés se centra en los medios que permiten aumentar el número de citologías y no de obtener los fines para beneficio de la paciente, su pareja y su familia. Cuando una mujer tiene alterado su patrón sexual-procreativo, la dinámica de la pareja y la estabilidad familiar se afecta, sobre todo cuando la mujer es hospitalizada por problemas ginecológicos que se hubieran podido prevenir. La situación es más grave cuando la madre muere de cáncer cérvico-uterino por no haberse efectuado oportunamente otras pruebas diagnósticas necesarias y de mayor costo para el sistema de salud.

Con estas lastimosas aseveraciones es pertinente preguntar ¿de quién es la responsabilidad de cuidar con el fin de curar o restablecer la salud perdida? ¿Quién debe establecer las normas de cuidado o que-hacer del(a) enfermero(a)? ¿Qué estrategias conducen a establecer equilibrio entre los medios y los fines? ¿Esta última pregunta facilitaría la solución del problema? ¿Sería incluyente conocer qué dicen los expertos en bioética sobre el tema? Diego Gracia Guillén (1) sugiere que con la ayuda de la bioética se formulen fines específicos y se realice un discernimiento juicioso y racional sobre los medios, para que apunten a lograr el fin deseado por el paciente, el cual, a su vez, debe ser el fin determinado y concertado con el equipo de salud.

La aplicación de una ética de la responsabilidad induce al equipo sanitario a deliberar sobre los fines, así como a responder por la salud y la curación de los pacientes que cuida. Por tal motivo, es inevitable no incluir en la discusión y reflexión sanitaria temas como la definición y el significado de salud, enfermedad, bienestar, calidad de vida, valor por la vida; derechos humanos y del paciente; relación de los conocimientos, las creencias, los sentimientos y los valores del paciente con los procedimientos de cuidado y curación, o las implicaciones de estar saludable o enfermo en el desempeño cotidiano y en la interacción familiar, social y laboral. Diego Gracia dice: “dime qué entiendes por salud y te diré qué idea de la vida tienes” (1).

De forma tácita, esta reflexión induce a dar supremacía a la participación del paciente/familia, para que sean reconocidos como los protagonistas de interés para la institución y el equipo sanitario. Estos últimos deben orientar al paciente a realizar solicitudes racionales, razonables y posibles, mediante estrategias comunicativas que informen, eduquen y sensibilicen sobre los requerimientos para mejorar la salud, buscar nuevas opciones de cuidado-autocuidado y abrir otros caminos hacia la calidad de vida deseada.

Diego Gracia, en su libro *Como arqueros al blanco*, escribe que “el usuario es quien define hoy, y sobre todo quien va definir en el futuro, lo que es una necesidad de salud y, por tanto, lo que es salud y enfermedad” (1). El autor llama la atención sobre la necesidad imperante

de “educar a la sociedad en las dimensiones valorativas o axiológicas del cuerpo y de la salud”, porque “la emancipación” de las personas llegó primero que la preparación para enfrentarse a las demandas del ejercicio de autonomía, que requiere posicionamiento de la persona en la realidad y apropiación de los conflictos, sobre todo los generados por el cuidado de la salud.

En consecuencia, los profesionales de enfermería y el equipo de salud deben reorientar la discusión en todo ámbito, desde la academia, pasando por las EPS-IPS, hasta el paciente/familia/sociedad, para lograr incidir con propuestas cercanas a la realidad colombiana, a la ética y a las políticas de salud. Todos estamos comprometidos en abrir el debate, en facilitar el diálogo social permanente y en indagar —mediante la pregunta como flecha estratégica de discernimiento— por los fines esperados al dar cuidado con calidad.

Por otro lado, se buscan las mejores opciones de vida saludable, teniendo en cuenta la participación propositiva de los pacientes, así como la consulta interdisciplinaria y de expertos cuando la situación lo amerite. Amy Guttmann, citada por Diego Gracia (1), señala que en la naturaleza humana se dan cuatro causas de desacuerdos y, por lo tanto, cuatro motivos para la deliberación:

- La escasez de recursos sanitarios y de toda índole.
- La limitada generosidad y la falta de solidaridad.
- La existencia de valores morales incompatibles.
- La comprensión deficiente cuando se falla o no se realiza el análisis de las situaciones desde el dominio bioético, científico y disciplinar.

La escasez de recursos sanitarios

En las IPS, la escasez de recursos es notoria, dado que prima la obtención de ganancias sobre la calidad del cuidado. En especial, es deficiente el número de enfermeras(os). Pareciera ser que son parte de un equipo técnico considerado de segunda categoría: sólo son requeridas(os) para incrementar la facturación de procedimientos y no para brindar el cuidado “integral, personalizado y de calidad”, que promulgan todas las instituciones en su documento *Misión*.

Este problema se incrementa cuando los profesionales de enfermería aceptan contratos por períodos cortos (tres meses), que no les permiten su adherencia y compromiso con la institución y los pacientes, es decir, el fin de recuperarlos se desvanece de la noche a la mañana, su bienestar continúa en la cuerda floja, no podrán existir acciones de control y seguimiento, cada día se encuentran con un nuevo equipo de salud, la empatía iniciada no tiene continuidad y el trabajo promocional y preventivo lo difumina el tiempo y el ambiente.

Esta situación es reiterativa e implica consecuencias funestas para el paciente/familia. Dado esto, no se puede hablar de calidad, cuidado continuo, acción interdisciplinaria, ética de la responsabilidad o búsqueda de otros medios para recuperar su salud y funcionalidad integral perdida. En una palabra, el recurso profesional responsable de cuidar y curar a las personas carece de autonomía, iniciativa, creatividad y de la actualización necesaria para buscar otras respuestas en relación con la velocidad y el ritmo en que avanza el conocimiento, la ciencia y la tecnología.

Es importante señalar otro punto álgido con respecto a la distribución de recursos. Se relaciona con la prescripción de medicamentos y la solicitud de exámenes-pruebas diagnósticas. El conflicto se presenta entre el médico y la EPS, que establece normas respecto a los altos costos de un medicamento o de un examen diagnóstico, y entre la EPS y el paciente, quien debe exigir sus derechos para recibir el tratamiento idóneo y poder acceder a la mejor prueba diagnóstica. En consecuencia, el equipo de salud acepta la prescripción de determinados medicamentos de bajo costo, que en ocasiones no solucionan el problema; así mismo, la exigencia de pruebas diagnósticas no se relaciona con la mejor y más útil, que ayuda a establecer de forma oportuna el dictamen definitivo.

Por todos es conocida la gran demanda que existe sobre la solicitud de tener derecho a recibir el tratamiento efectivo y necesario para el problema de salud, así como los exámenes requeridos, sin tener en cuenta su costo y la reglamentación del Plan Obligatorio de Salud (POS), que ofrece cubrir solamente algunos medicamentos, mientras el equipo de salud se acoge a esta norma. Si no lo hace, es posible que sufra determinadas consecuencias relacionadas con su estabilidad laboral. Luego, si el paciente lo desea, debe comprar el medicamento y sufragar el examen específico, más útil y de mayor costo; situación que se presenta si el paciente llega a enterarse de las limitaciones del sistema de salud y su deseo es recuperarse en el menor tiempo posible. Es perentorio comentar que si el POS ofreciera los mejores tratamientos y los más efectivos exámenes diagnósticos, los costos disminuirían al facilitar la recuperación rápida del paciente, lo cual prevendría su reincidencia y complicaciones con nuevas hospitalizaciones.

La limitada generosidad y la falta de solidaridad del equipo de salud

Generosidad es interés, preocupación, desprendimiento y magnificencia para contribuir a solucionar los problemas del otro; significa brindar de forma incondicional, segura, respetuosa y cómoda los mejores recursos institucionales y personales de cuidado y curación. Es

llegar a sentir y demostrar consideración, respeto y afecto por el otro, además de poner a su servicio los conocimientos útiles, benéficos y actualizados para recuperar su salud. Por el contrario, cuidar sin ser generoso es ser una persona egoísta que actúa pensando en el propio interés y comodidad personal; implica negligencia-desinterés al no desear y así mismo impedir la recuperación del beneficiario que solicita atención.

Es indigno ver cómo en Bogotá, una EPS estatal acepta que sus usuarios enfermos desde las 4 o 5 de la madrugada, bajo las inclemencias del tiempo, sean obligados a permanecer en interminables colas en los andenes para solicitar una cita médica con el fin de remediar sus quebrantos de salud. Este es un comportamiento no generoso, que contradice todo calificativo de bondad, altruismo y respeto por la dignidad y los derechos humanos. Es un problema que culpa al sistema de salud, mas no a los empleados de las unidades de atención. Ellos obedecen y siguen las órdenes emitidas por los superiores que organizan la forma de atender a los usuarios. Al respecto se podría modificar este problema con el establecimiento de un sistema central de citas por teléfono o correo electrónico, como ya es utilizado por algunas EPS-IPS.

¿Por qué los pacientes no reclaman el derecho a ser atendidos con calidad? ¿Por qué no solicitan ser cuidados en otra EPS-IPS? Se podría decir que el derecho a la salud no es negociable, que tiene implícitos la calidad y el debido cumplimiento, pero por falta de información, miedo (perder el supuesto acceso oportuno al servicio que en el momento lo necesita), enfermedad, disminución de la autoestima y defensas emocionales por sufrimiento constantes, se ha perdido el ímpetu y el deseo para reclamar y suplicar sus derechos.

La señalada es una atención denigrante que ofende y enferma más a la persona que debe “clamar” (no debería ser) por el derecho constitucional de ser atendido con calidad, participar en su cuidado, ser informado y tratado con dignidad y seleccionar a su médico y EPS. Esta última opción se convierte en “un gran problema” cuando se solicita y se tramita el cambio. Hay resistencia inmediata, y la EPS antigua es quien toma la decisión de negar la movilidad del paciente con razones equivocadas y sin fundamento que inducen a la persona a reclamar mediante un *derecho de petición* o una *acción de tutela*.

Se habla, se escribe y se discute sobre ética, exigencia de respeto por los derechos humanos y constitucionales. Se elaboran normas, se promulgan leyes, se denuncia, se cobra mensualmente el aporte a la salud, así no se cumpla con los compromisos y obligaciones adquiridas. Siempre el más vulnerable pierde la partida y nunca logrará el fin deseado: curarse, tener calidad de vida y, por qué no, llegar a ser feliz; ¿es mucho pedir?

La existencia de valores morales incompatibles

La incompatibilidad de valores se presenta entre los integrantes del equipo de salud y del equipo de salud para con los pacientes. Es un problema que genera conflicto en la mayoría de instituciones. Allí se reúne un equipo sanitario diverso que concibe el enfoque del cuidado desde otras ópticas que benefician o descalifican el fin y el deseo de recuperar al paciente. Se identifica un cuidado que no tiene en cuenta la disciplina como valor moral requerido y benéfico para el paciente.

La disciplina forma parte de atender con calidad, lo que significa prontitud, oportunidad, máximo beneficio, no hacer daño y lograr satisfacer los deseos del paciente que solicita ser curado y no, por el contrario, ser incluido en la lista de espera para posiblemente ¿algún día llegar a ser sano? Cuidar, tratar, intervenir y finalmente curar forma parte de la disciplina y el compromiso adquirido por el equipo de salud cuando consideraron incursionar en el cuidado y optaron por contribuir a la calidad de vida de las personas como un valor no cuestionable, no negociable y necesario en la sensibilidad de los cuidadores de la salud y en la vida de las personas cuidadas.

Para que las acciones de cuidado y curación sean exitosas, también es necesario conocer y respetar la cultura proveniente de cada paciente, sus conflictos familiares, la preparación y prácticas de cuidado y autocuidado (que facilitan o dificultan su curación), así como los valores y consideraciones sobre estilos de vida, calidad de vida, creencias religiosas, y en general condiciones-situaciones de salud en los roles de desempeño (laboral, social, familiar y en pareja).

Para tal fin se requiere, por un lado, establecer una interacción empática con el paciente y su familia; por el otro, dedicar el tiempo necesario durante la consulta para que la intervención conduzca a concertar un plan de cuidado, elaborado de forma interdisciplinaria con la incursión y la participación activa del paciente y su familia: pareja, hijos y otras personas relacionales de convivencia o influyentes en su curación. Seguir estos parámetros sugiere pasar por alto la norma vigente, la cual estipula un tiempo de 20 a 30 minutos por paciente, que no tiene en cuenta la complejidad de la atención o los imprevistos del cuidado para solucionar los problemas de salud. Por lo tanto, cuando el equipo de salud no cumple con el rendimiento exigido por la norma, su salario se ve comprometido y de igual manera su contrato laboral. Es necesario recordar que se está atendiendo a un ser humano enfermable, y no a un usuario que paga pero que sí sufre por la solicitud de curación.

Cuando se cuida, se identifica también como problema el manejo del poder en las relaciones entre los integrantes del equipo de salud, médicas(os), enfermeras(os), fisioterapeutas y psicólogas, quienes pretenden dominar toda situación y exigir del otro el cumplimiento de fun-

ciones que no han sido determinadas en igualdad de condiciones, concertación, preparación y contratación. Se pretende movilizar la pesada carga en términos de desigualdad, sin tener en cuenta que el cuidado del paciente es responsabilidad de todos, pero salvaguardando las limitaciones y el respeto por los confines de cada disciplina; así, surge la inconformidad y la culpa cruzada cuando los programas no se realizan o no cumplen el efecto esperado. Además, el equipo de salud tiene dificultades para actuar con interdisciplinariedad. Confunde esta situación con la apropiación de acciones de cuidado que no le corresponden, se piensa más en permanecer en el cargo que desempeñarse con idoneidad, comunicación y ante todo con el fin de curar al paciente.

Con estas consideraciones, es pertinente motivar la creación de comités de ética asistenciales en el nivel primario de atención, con el fin de estipular las consideraciones éticas y bioéticas cuando se cuida para curar al paciente y su familia (2). Además, para analizar los problemas que generen conflicto en relación con los medios, cuando no son aceptados por el paciente o su familia o existen otras proposiciones sugerentes para tomar la mejor decisión.

En este sentido, la autonomía del paciente se ve afectada y surgen el tema de, *consentimiento informado, comprendido, discutido y aceptado o no*, en toda acción de cuidado orientada a resolver determinadas situaciones, como son el uso de métodos de prevención de la gestación, la solicitud de determinados exámenes de laboratorio que comprometen la privacidad del paciente (anticuerpos VIH/sida) y toda propuesta del paciente no benéfica para la recuperación de su salud. Además, el comité de ética asistencial debe tener entre sus funciones revisar normas, leyes y políticas públicas, así como sugerir su real aplicación o influjo en la curación de los pacientes.

No se debe olvidar que el equipo de salud también está integrado por personas con conflictos éticos y valores morales que en un momento dado pueden comprometer su incursión curativa, y en tal sentido pueden hacer uso de la *objeción de conciencia*, como el recurso legal y valorativo que ampara tomar la decisión de no participar en determinados procedimientos sobre los cuales no está de acuerdo. Al respecto, el comité de ética asistencial debe pronunciarse y establecer los parámetros de protección legal y apoyo moral a los integrantes del equipo de salud, para lograr disminuir las acusaciones de que son objeto los trabajadores de la salud cuando hacen uso del derecho a la objeción de conciencia (3).

La comprensión deficiente cuando no se realiza el análisis de las situaciones desde el dominio bioético, legal, científico y disciplinar

En este punto, el comité de ética asistencial vuelve a tomar sentido, facilita el análisis de cada situación conflictiva de forma interdisciplinaria y orienta la toma de la mejor decisión para el paciente y su familia. Analizar y tener en cuenta los diferentes puntos de vista da nuevas opciones de comprensión-interpretación y toma de decisiones reales y deseadas por el equipo de salud con el paciente y su familia.

Para Kieffer (2) decidir o tomar una postura es usar una metodología ética que permita discernir y evaluar valores, normas y principios discordantes útiles en la determinación de acciones o conductas para conseguir el fin deseado. Al deber ser de la intención deseada, le antecede haber realizado un diálogo sobre los fines que involucran valores como ¿qué debo hacer para mantener al otro saludable? ¿Es mi responsabilidad ayudar a mejorar su calidad de vida y propender por su desarrollo personal? ¿Qué, cómo y cuándo debo educar al paciente? ¿Debo educar al paciente utilizando metodologías de convicción, convencimiento, reflexión, concertación y de información sobre los riesgos de enfermar o morir? ¿Qué tanto me debo involucrar en el cuidado y curación del paciente? Esta última pregunta se ha convertido en un reto para los enfermeros, quienes cada día se involucran menos en el cuidado, y su invisibilidad en algunas IPS ya es una realidad.

Todos son interrogantes con respuestas asertivas que involucran la incursión de profesionales competentes-propositivos y reactivos para ayudar a resolver toda situación de consulta del paciente. Es imperativo saber prevenir la enfermedad antes que tratarla, y uno de los medios para hacerlo es la promoción de la salud, mediante la educación para la salud, estrategia concebida como un proceso que debe ser analizado y concertado entre el paciente/familia/comunidad y el equipo de salud.

Así, la educación debe impartirse o brindarse de forma oportuna-eficaz cuando se identifiquen o no determinantes de riesgo para enfermar —por ejemplo, no todas las personas comparten factores de riesgo para cáncer de seno, pero existen mujeres que lo padecen sin conocerlos o haberlos identificado—. Así, toda la población colombiana debe recibir información, educación y sensibilización sobre el tema e, igualmente, todo el equipo de salud debe brindar esta educación y aprovechar el instante de interacción cuando la mujer consulta por diversas razones. Es necesario un equipo sanitario con habilidades comunicativas, intuición y sensibilidad para cuestionar-resolver preguntas, pero que ante todo abogue por la curación del paciente y su familia.

Con este enfoque, en toda acción de cuidado educativa subyace la identificación y el análisis de conocimientos, valores, principios, normas, leyes, derechos y requisitos que implican “la preferencia” tanto del equipo de salud (personal) como del paciente y su familia (interpersonal), en relación con el otro, quien nos afecta y concierne en la consecución del fin deseado, el cual debe ser de mutuo interés. Preferir significa optar por una decisión preponderante que al ser identificada conduce a desear en un tiempo determinado cambiar comportamientos con el fin de gozar de la agradable sensación de sentirse liberado de vicios y conductas insanas, que por largo tiempo han lesionado la propia vida y la del otro cercano que me afecta y afecto (pareja, familia, compañeros de trabajo) de forma indiscutible con mi comportamiento y hábitos no saludables.

Además, es necesario recordar que en todo debate bioético y científico se debe tener en cuenta el pronunciamiento de la ley sobre la acción de cuidado, intervención o curación sobre la cual se han emitido normas específicas de obligatorio cumplimiento. Un ejemplo es la Sentencia C-355 de mayo de 2006, sobre la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (3), pero así sea un precepto de ley para determinadas circunstancias, surgen dudas y conflictos éticos que requieren la orientación de expertos para discutir y tomar la decisión de mayor beneficio y menor daño para la paciente, dado que las reglas morales y legales funcionan como directrices, y no para obedecerlas a ciegas, porque así lo ordenan o así debe ser.

Referencias

1. Gracia D. Como arqueros al blanco. Bogotá: El Buho; 2004.
2. Kieffer G. Bioética. 1a ed. Madrid: Alambra; 1983.
3. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Dirección General de Salud Pública. Documentación complementaria y norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del Embarazo. Bogotá: Ministerio; 2006.