
Aspectos Éticos en la relación entre el equipo de salud.

Ethics aspects in the relationship between the health team

Piña de V Elizabeth¹, Parada María-Isabel²

Artículo recibido: 11/11/2015 Artículo aceptado: 12/12/2015

Resumen

El desarrollo del avance de las ciencias de la salud ha conducido a que la relación clínica sea realizada por un complejo y variado equipo, lo que ha hecho necesario definir los tipos de responsabilidad tanto en lo individual como en lo colectivo. Todos los profesionales de la salud tienen un mismo objetivo, centrado principalmente en proporcionar bienestar a la persona que acude en busca de ayuda. Sin embargo, para lograr la armonía y logro de las metas se requiere que las partes se reconozcan y respeten, en el cual cada quien brinde lo máximo de su capacidad profesional, en procura de un cuidado integral y de eficiente calidad. Desde el punto de vista de lo legal y de lo moral, debe garantizarse la definición de los roles, actuaciones, límites y compromisos para minimizar la posibilidad de causar daño al paciente y su familia, enmarcada esta actuación en la flexibilidad, compasión y respeto.

Palabras claves: equipo de salud, ética, clínica.

Summary

The development of the advancement of health sciences has led to the clinical setting is performed by a complex and diverse team, which has made it necessary to define the types of responsibility both individually and collectively. All health professionals have the same goal, focused primarily on providing welfare to the people who come for help. However, to achieve harmony and achieving goals requires that the parties are recognized and respected, in which each one provides the most from your professional capacity, in pursuit of a comprehensive and efficient quality care. From the point of view of the legal and moral, defining roles, performances, limitations and commitments should be ensured to minimize the possibility of causing harm to the patient and his family, framed this action on flexibility, compassion and respect.

Key words: health team, ethics, clinic.

¹ Piña E. Enfermera. Mg Sc Bioética. UCV. Profesor Titular. Departamento Enfermería Clínica. EE.UCV. eeeucv@yahoo.es; 04141365541

² Parada M. Psicóloga. Dra. en Psicología de la Salud. Profesor Titular. Unidad de Medicina Antropológica. Escuela Luis Razetti. UCV. laparadita@gmail.com; 04143266981

INTRODUCCIÓN

La prestación de servicios de salud ha vivido en los últimos años, una gran transformación, pasando de una relación médico - paciente a una relación del equipo de salud- paciente, familia. Esta transformación se ha dado en respuesta a la evolución tecnológica, social y cultural de la sociedad, sin haber dado oportunidad a que se definan con detalle los estilos y modos de relación. Se viene de un sistema donde el medico ocupaba la cúspide de una pirámide y el resto de los miembros del equipo actuaban bajo su tutela. En la actualidad, con el cambio de paradigma, el centro de la actuación de todos los profesionales que actúan dentro del ámbito sanitario, es el paciente y su familia, sujeto y objeto del quehacer de todo profesional de la salud.

El presente artículo tiene como objetivo desarrollar una aproximación a los aspectos que el equipo de salud debe considerar para lograr un trabajo eficaz y de calidad en el abordaje de situaciones de salud-enfermedad que aquejan al enfermo y su familia.

La relación profesional de salud-paciente ha ido evolucionando en los últimos años de un modelo paternalista, en el que el médico decidía la pauta a seguir en bien del enfermo, que actuaba como sujeto pasivo de la relación, a un nuevo modelo en el que existe una mayor implicación del paciente en las cuestiones referentes a su salud y en el proceso de toma de decisiones ⁽¹⁾.

Esta relación interpersonal asistencial, clásicamente denominada relación médico-paciente (RMP) se ha transformado en una relación compleja, la cual requiere de esfuerzos individuales y colectivos. Se trata de una relación entre personas con la posibilidad empática de ubicarse en el lugar de quien reclama ayuda en materia de salud, sentir como él o ella y disponerse a ayudarles en la solución de sus problemas ⁽²⁾.

Por lo antes expuesto, la clásica RMP, ha ido variando de una relación particular a otra más amplia y genérica relación sanitario- enfermo (RSE), donde el profesional sanitario será cualquiera de los miembros del equipo de salud que intervienen en el acto

clínico y que participan en la atención y el cuidado al paciente, de manera genérica se le conoce como relación clínica (RC) ⁽³⁾.

Los avances científicos tecnológicos hacen imposible el que un solo profesional domine las técnicas y conocimientos actuales para el mejor tratamiento al enfermo. Por eso, no es buena la actuación aislada de los distintos agentes sanitarios. Se hace necesaria la existencia de todo un equipo asistencial, médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y otros, que sean llamados a tratar al enfermo y/o a su familia, cuidando la despersonalización y dilución de responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo de salud ⁽⁴⁾.

Una breve reflexión hace posible concluir que limitar la relación interpersonal de servicios en el campo de la salud tanto al médico, como al enfermo expresaría una violación de los siguientes principios:

- De la objetividad: la compleja situación actual exige de la

participación plural para así evitar percepción reduccionista.

- De la concepción sistémica: el abordaje integral requiere de la participación de distintas disciplinas del sistema de salud, sin excluir a la familia.
- De lo multifactorial: a la hora de definir acciones deben considerarse las vertientes cultural y social por su repercusión sobre la familia y la comunidad ⁽⁵⁾.

Al observar el centro asistencial como un sistema de cuidado de la salud, se identifican dos polos humanos: el interno y el externo. El de la sociedad en general, que se sirve de las instituciones para satisfacer sus necesidades y demandas y el de los expertos, que usan de modo distinto las mismas instituciones, pues sirven a sus necesidades y demandas personales. Esta polaridad involucra un choque de intereses. La voluntad de la sociedad es ley suprema para los de afuera. El amor al arte es ley suprema para los de adentro. El dilema y el tema de la participación deberían plantearse como diálogo entre expertos y profanos en los sistemas de

cuidado de la salud. Es un dilema cuya solución supone nuevos problemas. Es un tema, porque es preocupación y ocupación de personas ⁽⁶⁾.

En la relación clínica cada parte tiene su propia especificidad moral. La ética del sanitario se rige por el principio de no maleficencia y la del usuario por el de autonomía. Además de la ética del enfermo y del profesional sanitario, en la relación clínica intervienen otros factores, cuando menos dos, cada uno de los cuales hace presente una dimensión moral específica. Está en primer lugar, la familia, que aporta a la relación un principio distinto, el de beneficencia, y está, en fin, la sociedad, depositaria y garante del principio de justicia ⁽³⁾.

Así mismo, toda actividad profesional involucra una actividad social, en el ámbito sanitario, necesariamente, un profesional mantiene un conjunto de actividades con otros individuos que desarrollan actividades profesionales diferentes, pero que le son complementarias: médicos, trabajadores sociales, enfermeros, entre otros, y en último término con los enfermos y sus

familiares. El paradigma actual de los profesionales sanitarios ya no es solo curar la enfermedad de los pacientes, sino la de aliviar, acompañarlos cuando la curación no es posible. Todos los roles de cuidado se basan en la relación interpersonal y, por tanto, exigen de quien la ejerce no solo de conocimientos y habilidades, sino también, y quizás principalmente, actitudes humanas y humanizadoras ⁽⁷⁾.

Por estas razones se hace fundamental el desarrollo e internalización de las propias virtudes y actitudes psicosociales y de sensibilidad por el sufrimiento de los pacientes y de sus familiares. Cuando se enfatiza sobre la compasión, la generosidad y el respeto por el otro se está estimulando que cada miembro asuma estos rasgos como personales, que sean proyectados con humildad y autenticidad pues lo acerca al que padece y pide ayuda.

Para el paciente, la hospitalización constituye una condición de vulnerabilidad, causada por una parte por la enfermedad, que puede derivar en la pérdida del sentido

del control físico y/o psicológico y por otro lado, por el significado que implica someterse a un ambiente complejo y muchas veces desconocido ⁽⁸⁾. A lo antes expuesto, hay que agregar, que en el hospital, como sistema social complejo y delicado, interactúan una gran multiplicidad de personas con distintos roles, lo que lo convierte en una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes ⁽⁹⁾ que pueden llevar incluso a hechos agresivos o violentos, en consecuencia, la importancia que todo profesional sanitario conozca y practique las tres fases que abarcan una relación terapéutica: fase coejecutiva (que constituye el comienzo y sustento de la alianza terapéutica), fase compasiva (esencial por expresar la sensibilidad humana del prestador de ayuda y posibilitar la necesaria involucración en los problemas del reclamador de ayuda), y fase cognoscitiva, que permite la cristalización en la práctica de la vocación para las gestiones de salud ⁽⁵⁾.

Para el buen funcionamiento del equipo de salud se requiere que las relaciones sean armoniosas entre los

elementos que lo componen, definiendo asertivamente, los criterios de control de comportamiento para el desempeño de tareas, la participación en el proceso de toma de decisiones, el acceso a la información y la forma de transmitirla, junto a los aspectos de ubicación espacial; sin dejar de lado que algunas de las variables se alteraran en función del tamaño del grupo ⁽¹⁰⁾.

La comunicación abierta, sincera, respetuosa entre los miembros del equipo es la clave de la relación armoniosa, expresar los juicios y criterios personales, abrirse a espacios de confrontación y análisis de los hechos objetivamente, buscar las posibles alternativas y tomar decisiones coherentes y concertadas entre todos o de la mayoría conduce al buen desempeño de un equipo de salud.

En la actualidad se procura una serie de reformas en el sector salud que buscan lograr una mayor adecuación de la oferta de los servicios, a las necesidades de la población, con un funcionamiento eficaz y eficiente, con una calidad

competitiva en el actual mercado de servicios. Para desarrollar la calidad, se requiere proporcionar oportunidades para desarrollar el consenso e impulsar el compromiso de los trabajadores con los servicios por lo que se hace necesario reconocer las fuentes de tensión que pueden dificultar su logro: 1- La intangibilidad de la producción de los servicios de salud, 2- Recelos y cautelas en la interacción, 2- El trabajo fragmentado, 3- Considerar ilimitados los recursos, 4- Funcionamiento autónomo y competitivo de las distintas unidades, 5- Debilidad de las estructuras formales, 6- Inadecuada distribución del poder, 7- Divergencia entre los objetivos de la organización, 8- Poca flexibilidad, 9- Inexistencia de una visión integral, 10- Resistencia al cambio ⁽¹¹⁾.

La naturaleza de los cuidados de salud modernos es tal, que muy pocos o quizás ningún tratamiento y sus efectos, pueden considerarse como responsabilidad de una sola disciplina. En la mayoría de las terapias prescritas por los médicos participan profesionales de dos o más grupos. Esto lleva a compartir la responsabilidad de todo lo que se

realiza al paciente y por el paciente, mientras se encuentran a cargo del servicio de salud ⁽¹²⁾.

Al existir objetivos comunes, cada grupo profesional debe definir y delinear sus competencias específicas; las obligaciones profesionales del médico se dirigen sobre todo a actividades de curación y tratamiento, mientras que las de los profesionales de enfermería están centradas en el cuidado; pretender un deslinde de ambas tareas es absurdo, puesto que no solo tienen presupuestos comunes sino que la mejor manera de obtener buenos resultados es la colaboración y el trabajo en equipo. Las exigencias de excelencia no permiten una lucha de competencias, la búsqueda de la calidad en la asistencia sanitaria obliga al entendimiento de los profesionales de uno y otro campo. Una curación sin cuidado daría lugar a una acción meramente técnica y mecanicista, deshumanizada. Un cuidado sin curación sería compasión y ayuda sin esperanza. En algunos casos es inevitable que se den estas situaciones. Sin embargo, lo deseable es que ambas se articulen para ofrecer una acción eficaz y solidaria con un

alto nivel de corrección técnica y moral. Por eso es imprescindible la colaboración ⁽¹³⁾.

En este proceso tienen un papel primordial el proceso de información, en el cual el médico ha de proporcionar al paciente (de una forma verídica, discreta, inteligible, prudente y esperanzadora información sobre aquellas cosas que le incumben relativas a su enfermedad tales como los procesos diagnósticos, el tratamiento, la evolución esperada, entre otros ⁽¹⁾.

Dentro de la relación clínica, la enfermera actúa como la mediadora ⁽¹⁴⁾ de todos los procesos, esto determinado por varios factores, entre los que destacan la continuidad de su presencia ⁽¹⁵⁾, es ella la que vela por la ejecución y reconocimiento de las consecuencias de los actos terapéuticos, indistintamente de quien los indica, para garantizar que la comunicación entre los miembros del equipo sea profunda, directa y continua. Por otro lado, la enfermera es quien garantiza que el diálogo clínico sea asimilado y comprendido por el paciente y/o la familia, actuando

como facilitadora de un lenguaje científico, procurando su comprensión a la vez que protege al paciente del impacto que puede ocasionar algunos términos ⁽¹⁶⁾.

Un aspecto fundamental de la responsabilidad de la enfermera hacia el paciente es preservar y restaurar su autonomía personal que implica que incluya a los pacientes en el proceso de toma de decisiones y los mantenga bien informados sobre los cuidados y su tratamiento. También implica que la enfermera tiene la responsabilidad de cuestionar prácticas de otros profesionales al cuidado de la salud, las políticas y el funcionamiento de la estructura de la organización cuando considere que sea nociva para él u otros pacientes. Dentro de este contexto, lo dañino no es solo aquello que causa detrimento, sino las cosas que se dejan de hacer y que serían para el mejor interés del paciente ⁽¹²⁾.

La relación entre enfermeras y médico tradicionalmente ha sido de clara subordinación y dominación. Sin embargo, en la práctica, las enfermeras pueden evadir ciertas ordenes que no son las terapéuticas,

pero sin chocar con la autoridad del médico, lo cual podía interpretarse como una relación armoniosa, sin embargo, hoy la profesional de enfermería requiere de una relación de cooperación tanto en la información compartida, como en la toma de decisiones entre médicos, enfermeras y otras profesiones afines, involucrados en la atención y bienestar del paciente ⁽¹⁷⁾.

Desde la perspectiva del derecho médico, se identifica fácilmente, cuatro tipos de pluriparticipación: 1- Equipo médico multidisciplinario, cuando participan médicos de varias especialidades, 2- Varios médicos de la misma especialidad, trabajando cada uno en un área específica, pero que entre todos buscan un fin determinado, 3- Varios médicos de la misma especialidad que trabajan en un mismo campo, generalmente de gran complejidad, lo que exige de la actuación simultánea, 4- Equipo multidisciplinario, que no trabaja simultáneamente, aunque cada uno contribuye por separado en lograr un fin determinado. Estas situaciones, llevan a plantear las diversas

posibilidades en cuanto a establecer la responsabilidad civil ante la presencia de un daño al paciente. Para ello habría que discernir si existe una relación de dependencia entre los miembros del equipo o las responsabilidades se consideran por separado. La organización de los equipos no es siempre la misma, pueden tener una organización interna jerárquica o bien puede existir entre sus miembros una relación de igualdad e independencia. Con el surgimiento de la especialización y sub o súper especialización en áreas definidas se impone un criterio de amplia colaboración entre los miembros del equipo y en consecuencia el reparto de competencias y, por ende de responsabilidades, aun mas, cuando cada miembro del equipo debe tener una preparación especial con conocimiento y funciones tan específicas, que son desconocidas, a veces por el resto de los integrantes del equipo. Cada miembro del equipo, responde por sus propios actos, hasta tanto y en cuanto no deba una obligación de vigilancia sobre la actuación de sus colegas o auxiliares subordinados ⁽¹⁸⁾.

La división de trabajo puede ser horizontal o vertical, en la primera, la capacitación, competencia e independencia de los profesionales se encuentra en una situación de igualdad, en cuanto a su pericia, especialidad y nivelación profesional, no existe, en principio, ninguna subordinación, toda vez que cada uno realiza funciones propias de su competencia de forma que asume su propia responsabilidad, ejemplo de ello es la relación entre el cirujano y el anesthesiólogo, o el cardiólogo, así como la del cirujano y la enfermera quirúrgica en función de instrumentista, donde cada quien tiene diferentes tareas asignadas y diversas obligaciones que cumplir. En la división vertical, existe, generalmente, una verdadera relación de supra y subordinación junto con una manifiesta relación de jerarquía, ejemplo de ello es el caso del jefe quirúrgico con los cirujanos ayudantes, o la del equipo de enfermería, donde la enfermera en función de circulante está subordinada a la enfermera instrumentista. Dentro del trabajo en equipo, debe existir un equilibrio entre la debida confianza y la diligencia de cada uno de los

miembros que deben estar alertas ante cualquiera de las fuentes de peligro derivadas de la división del trabajo: 1- Cualificación deficiente de los colaboradores, 2- Fallos de comunicación, 3- Coordinación defectuosa, 4- Fallos de organización, 5- Deficiente evaluación de la capacidad o conocimiento ⁽¹⁸⁾.

Dentro de una relación jerárquica vertical, la relación y la comunicación del superior con los profesionales debe ser en primer lugar, de respeto, dignidad y consideración de la persona, de no causar humillaciones que lesionen la autoestima y el autocontrol. El gestor no debe adoptar formas autoritarias, que se traduzcan en desmotivación, falta de responsabilidad, burocracia o de pérdida de interés; al contrario, debe procurar la confianza, la corresponsabilidad, la delegación, la valoración de la creatividad y la participación ⁽¹⁹⁾.

Desde el punto de vista de la deontología profesional, hay que considerar varias cuestiones, entre ellas, la autonomía de las personas implicadas (la de los propios profesionales y la de los pacientes);

potenciar la autonomía de todos, justificando los límites que se le imponen en función de su necesidad para la autonomía de los demás; desde el punto de vista de la solidaridad, estar conscientes que su sostenibilidad moral se mantiene si se evitan los riesgos del corporativismo y el privilegio, potenciando el servicio público; y por último, cada grupo profesional debe identificar los principios y normas por los que deben regirse, y que sus integrantes están obligados a respetar al ejercer su trabajo, por lo que se debe precisar que se exige en concreto de su actividad profesional que sean capaces de autorregularse ⁽²⁰⁾.

Para superar la fragmentación disciplinaria y situarse en la complejidad, hay que avanzar más allá de la sumatoria de campos, proponer modalidades de acción conjunta. Los campos disciplinarios precisan incorporar la crítica lógica, al mismo tiempo que la perspectiva pragmática. Cada disciplina tiene acceso a una faceta del objeto de estudio y por eso es necesario producir agentes capaces de circular entre dos o más campos disciplinarios simultáneamente ⁽²¹⁾.

Un diálogo transdisciplinario no es cualquier diálogo, es compartir cometido, contenido y contexto. Esto significa tanto como el intercambio de los hablantes como el abandono, siquiera temporal, de la identidad de experto en que se fundan los aciertos y se afianza la reputación. La transdisciplinariedad es un desafío que se origina en la globalización del saber en la era de la especialización. La condición para que se logre es que se respeten dos principios: la excelencia y el de la relevancia ⁽⁶⁾.

Es por todo este análisis que se hace fundamental la conformación de los equipos de salud, sin perder de vista el significado del rol de cada uno de los miembros, con sus desempeños y participaciones. Reconocer que el fin último, son los pacientes y familiares, por quienes bien vale la pena mantener, nutrir y fortalecer la eficiencia y eficacia de los equipos.

CONCLUSIONES

La relación asistencial “médico – paciente” se ha transformado en la relación “equipo de salud- paciente”

Cada profesión se guía por sus propias normas deontológicas, las cuales convergen en un denominador común que es el principio de no maleficencia.

Toda actividad profesional en el ámbito sanitario tiene un marco social, complejo, donde cada quien desarrolla su actividad específica, pero que se integra y complementa con las de otras profesiones de la salud.

El paradigma actual de los profesionales de la salud ya no es solo curar, sino además cuidar, lo que involucra aliviar, acompañar y consolar en todo momento.

En la actualidad, los cuidados de salud ya no pueden ser proporcionados por un solo profesional, se requiere de la acción conjunta de varias disciplinas.

Para el buen funcionamiento del equipo de salud las relaciones entre los elementos que lo componen deben ser de respeto y confianza.

Una comunicación amplia, sincera y respetuosa entre los miembros es la clave del funcionamiento armonioso del equipo.

Dentro del equipo de salud deben definirse las competencias profesionales de cada disciplina, los criterios de control del desempeño, el acceso a la información, la forma de transmitirla y la participación en el proceso de toma de decisiones.

Se debe reconocer la autonomía de cada profesional, a la vez que se potencia la autonomía de todos.

Para lograr una acción terapéutica eficaz y de calidad, cada miembro del equipo de salud debe estar dispuesto a trabajar en forma conjunta con las otras disciplinas, para así evitar la fragmentación del cuidado.

REFERENCIAS

- 1- García A. Cuestiones en la relación médico- enfermo: encuesta al personal de un centro hospitalario. En: López M (editor) 3º congreso Nacional. La Coruña 4-6 marzo de 1999. Madrid: Asociación de bioética fundamental y clínica; 2000. p 181-186.
- 2- González Menéndez Ricardo. La relación equipo de salud-paciente-familiar. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Sep; 32(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000300011&lng=es. (consultado 01 dic 2015)

- 3- Gracia D. Bioética Clínica. Bogotá: Editorial El Búho LTDA; 2001. p 150
- 4- Viñas J, Jiménez A. Ética de la relación clínica. En: Sarabia J, López M (editores). Bioética en la encrucijada. I Congreso Nacional. Madrid: Asociación de bioética fundamental y clínica; 1997. p 179-187
- 5- González R. El materialismo dialéctico y su repercusión en las proyecciones teórico prácticas de la psicoterapia en Cuba. Rev Hosp Psiqu La Habana. 1996;27(1):5-10.
- 6- Lolas F. Más allá del cuerpo. Chile: Editorial Andrés Bello; 1997. p. 199
- 7- Lana D. El cuidado de los cuidadores: complemento a la ética de las profesiones. En: Asociación de bioética fundamental y clínica (editores) La bioética, tarea de humanización. VII Congreso Nacional de Bioética, Valencia 2005. Madrid: Graficas LORMO, SA; 2007. p. 449-461
- 8- Barrera B. Vivencias de la enfermera en el rol de paciente durante el periodo de hospitalización. Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería. 2008. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/barrera_barbara_alejandra.pdf. (Consultado 1-12-2015)
- 9- Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>. (Consultado: 17/12/2015)
- 10- Acuña E. Organización del trabajo en el equipo de salud. En: Organización Panamericana de la Salud (editor). Análisis de las organizaciones de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la salud; 1987, p. 114- 125
- 11- Motta P. Desempeño en equipos de salud. Manual. Rio de Janeiro: Editorial FGV; 2001. p. 147
- 12- Rumbold G. Ética en enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000 p.231
- 13- Feito L. Ética y Enfermería. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2009, p 284
- 14- Piña E. Autonomía del profesional de enfermería en la atención a los pacientes. Venezuela: saber UCV. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/7818>. Consultado: 07/12/2015
- 15- Rodríguez Y. Discurso y sociedad. Una visión emergente hacia la enfermería. Valencia: Universidad de Carabobo; 2006. p. 151
- 16- Rísquez F. Diálogos con médicos y pacientes. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana. C.A; 2004, p 692
- 17- Zavala A. Implicaciones éticas en la práctica de la enfermería. Mérida: Consejo de publicaciones. Universidad de los Andes; 1989, p 100
- 18- Aguiar-Guevara R. Tratado de derecho médico. 2 edición. Bogotá: Legis, SA; 2008. p 1360
- 19- Rodríguez J. La Gestión holística como nuevo paradigma. En: López M.

(editor) 3^{er} Horizontes de posibilidades. Congreso Nacional. La Coruña, 3-6 de marzo de 1999. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000, p. 107- 114

20- Etxeberria X. Ética de las Profesiones. 2 edición. Bilbao: Centros universitarios de la compañía de Jesús. Desclée de Brouwer,SA; 2003, p. 204

21- Guerra A. Cultura de cuidados y transdisciplinariedad. En: Guerra A, Contreras I (editores) Memorias de los Congresos en cuidado Humano. III y IV Nacional y II Internacional. Venezuela: Programa del Doctorado en Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad de Carabobo; 2010. p. 446