

Ética, y enfermería



Ética y enfermería

Lydia Feito Grande



Introducción: La necesidad de la ética en la profesión de enfermería

La enfermería es una actividad profesional cuyo sentido arranca de una «situación de indigencia» del ser humano, que es finito, lábil y doliente, y que requiere, en mayor o menor medida, de una atención solícita de otro. Es lo que podemos resumir en una palabra que, a pesar de nombrar una tarea que llevan a cabo muchas personas, se ha convertido en definición de la labor de enfermería: el cuidado. Una tarea con una dimensión social que está determinada por la interacción con otros quehaceres profesionales en el ámbito sanitario, con los individuos a nivel particular, y con las instituciones en las que se desarrolla. Es además una labor que requiere una especialización técnica, pero que no se reduce a ella, sino que añade también una relación y una comunicación entre seres humanos, lo cual implica la incorporación de valores y exige un análisis desde la dimensión ética.

La reflexión ética permite abordar, por una parte, el fundamento que justifica la realización de la labor enfermera, es decir, analizar la misma razón de ser y el sentido que tal tarea tiene, cuál es el objetivo que la anima, cuáles son los fines que persigue y cómo pueden ser logrados y, por otra parte, los conflictos o problemas que suscita la puesta en juego de esos valores en la relación humana.

La relación entre la ética y la enfermería puede entenderse de diversos modos: de manera general parecería que ética y enfermería son dos disciplinas no directamente relacionadas que, sin embargo, encuentran puntos de mutua interacción. Sus campos de trabajo y análisis son absolutamente diferentes, pero cabe la posibilidad de un diálogo fecundo entre ambas.

Una visión un poco más pormenorizada permite pensar que la ética en enfermería o para enfermería significaría la aplicación de los principios y conclusiones propios de la ética a un campo profesional específico. Se trataría así de una más de las llamadas «éticas aplicadas» cuya característica principal es la de hacer viable el trabajo de la ética en un campo concreto, subordinándola, por tanto, a los elementos peculiares del mismo. En el primer caso, «ética en enfermería», parecería que puede encontrarse esa ética dentro del mismo quehacer enfermero, como algo que subyace a la enfermería, pero que no suele explicitarse. La tarea reflexiva sería entonces un «sacar a la luz» algo inherente a la propia labor enfermera. En el segundo caso, «ética para enfermería», se trataría de considerar la ética como una instancia externa a la labor enfermera que se le superpone con mayor o menor éxito. Este segundo sentido suele ser muy habitual. La ética, que tiene un largo recorrido histórico y que está habituada a contender con problemas de muy diversa índole, estaría aquí ofreciendo su marco de trabajo y sus presupuestos y soluciones, para la tarea de enfermería.

También podría considerarse la «ética de enfermería» como uno de los ejemplos de relación en los que la ética parece formar parte de la misma profesión de enfermería. Sin embargo, en este caso parece intrínseca a la misma, por lo cual resultaría absurdo reflexionar sobre ella, puesto que vendría dada de suyo. La expresión es habitual y

podría entenderse como la ética que es propia de la enfermería. Este modo es, probablemente, más adecuado que los anteriores, pues reconoce que la profesión de enfermería tiene una dimensión moral. Sin embargo, no existe un acuerdo unánime sobre este punto, por tanto habrá que justificarlo y no puede considerarse dado.

Una salida posible a este embrollo de relaciones es adoptar el sistema de adjetivación que se utiliza habitualmente en otras profesiones: ética médica, ética empresarial, ética periodística, etc. De este modo se hace explícito el campo profesional al que nos referimos y, al mismo tiempo, se otorga prioridad a la ética para que resulte evidente que, por una parte, no se agota la reflexión sobre la tarea profesional en su conjunto y, por otra, que la ética a la que nos referimos es específica para el campo concreto. La relación, sin embargo, no es de subordinación ni de imposición y se manifiesta una vinculación entre ambas que deberá ser analizada. Algunos autores han seguido este criterio, titulado así sus aportaciones como «ética enfermera». Con ello, además traducen el término anglosajón, ampliamente extendido, de *nursing ethics*. Esta es, probablemente, la denominación más idónea.

El objetivo que se persigue aquí es doble: analizar la enfermería como profesión, su identidad y características propias, y analizar la complejidad de los conflictos morales a que han de enfrentarse los profesionales de la enfermería, aportando fundamentos y procedimientos para una toma de decisiones responsable y coherente con el perfil profesional trazado.

Para lograr el objetivo de reflexionar sobre la ética enfermera, se encontrarán aquí varios elementos: (a) la contextualización de la labor de enfermería en el marco de las actividades sanitarias, de modo que se pueda entender su sentido y finalidad; (b) el análisis de esa actividad en su raíz más profunda, es decir, la pregunta por el bien interno que define su quehacer. Para, desde ahí, (c) pensar sobre las exigencias éticas de la profesión, es decir, determinar cuáles son las pautas que deben regir la conducta de los profesionales de la enfermería, y dar razón, es decir, fundamentar tales normas, para lo cual será necesario (d) conocer la tarea de la bioética, disciplina que se refiere a los problemas éticos planteados en las ciencias de la vida y de la salud, que es el marco desde el que se debe situar la ética de las actividades sanitarias.

Con todo ello se pretende construir una ética enfermera que no sea mera derivación de la ética médica. Es evidente que no puede existir una completa independencia. Ambas son tareas que comparten el objetivo común de la atención al enfermo y, por tanto, difícilmente se pueden comprender desvinculadas. Además, la medicina ha sido la primera de las profesiones en constituirse como tal, y todas las demás están influidas lógicamente por ella. La ética médica tiene una larga tradición, y no puede entenderse la bioética actual sin ella. Sin embargo, la ética enfermera ha de extraerse de la reflexión sobre la misma enfermería. No ha de ser un reflejo de la ética médica, sino buscar lo que le caracteriza, sus especificidades propias. Por eso es importante hacer un análisis de la filosofía de la enfermería, es decir, de su sentido interno.

Por otro lado, toda ética se construye a partir de la ética filosófica, es decir, de la tarea de reflexión sobre los fundamentos de los actos morales y los métodos de aplicación de

los principios y normas obtenidos en tal análisis. Si se intenta construir una ética profesional exclusivamente desde la experiencia personal –por más que esta sea indispensable como punto de partida y como verificación continua de los presupuestos utilizados en la realidad– se convierte en un recetario de buena práctica, carente de fundamentación y sustentado en un mero argumento práctico: «funciona». Pero la mera validez práctica de una norma no da razón de ella, ni la justifica, y, por tanto, la convierte en algo meramente arbitrario.

En muchas ocasiones hemos puesto nuestra confianza en la buena voluntad, en el sentido común y en la experiencia de los profesionales sanitarios. Tal cosa es síntoma del respeto que se tiene a la labor que ellos llevan a cabo. Sin embargo, es una posición que encierra un cierto riesgo, pues no tiene nada que la sustente. La buena voluntad no está en los planes de estudio; el sentido común, como es bien sabido, «es el menos común de los sentidos», y la experiencia puede existir o no. Por ello, sin eliminar estos elementos, es preciso acompañarlos de unos fundamentos.

Los profesionales sanitarios deben reflexionar sobre su tarea, deben ser entrenados y formados en conocimientos, actitudes y habilidades que les permitan ser buenos profesionales, no sólo en los aspectos técnicos, sino también en las cuestiones morales. Las tareas sanitarias se realizan en el ámbito de la incertidumbre. No es posible tener certezas absolutas. Y el ámbito de la moral es aún más complejo, porque ha de atender a la pluralidad de opciones, y los hechos no nos dan pauta alguna para evaluar las cuestiones de valores. Por eso es importante conocer la complejidad del juicio moral, comprender los presupuestos con los que puede llevarse a cabo y reflexionar sobre su aplicación. Como alguna vez ha expresado uno de los autores más importantes de la bioética, Diego Gracia, si es peligroso fiarse exclusivamente del «ojo clínico», también lo es fiarse del «olfato moral». De ahí que sea necesario conocer la tarea de la bioética como marco más amplio que permite interpretar el quehacer enfermero (y en general el de las profesiones sanitarias).

Aunque la bioética pudiera parecer una moda que se ha impuesto últimamente, y a la que se apuntan y en la que dictaminan gentes de todo tipo, con y sin formación adecuada, lo cierto es que la bioética es algo mucho más serio e importante, y absolutamente necesario teniendo en cuenta los interrogantes que genera nuestro conocimiento científico-técnico.

A pesar de los planteamientos sensacionalistas que aparecen en ocasiones en los medios de comunicación, o de las diatribas y exposiciones beligerantes o dogmáticas que se pueden encontrar en ciertos casos, la bioética es, sobre todo, reflexión pausada y deliberación prudente. Se trata de una tarea rigurosa que ha de tratar con temas de profunda raigambre filosófica y de calado grave, y que, por tanto, no admiten frivolidades, ni recetarios simples. Cuestiones como la eutanasia y la ayuda que los sanitarios deben prestar en el tránsito hacia la muerte, por ejemplo, son asuntos de relevancia fundamental que, además, hacen referencia a nuestros conceptos sobre el significado de la vida humana y el sentido de las relaciones entre las personas. Por ello no se pueden dar respuestas fáciles a vuela pluma. Es necesaria una valoración

cuidadosa, respetuosa y pormenorizada, pues sólo desde ella se podrán aventurar algunas respuestas que, sometidas a la pertinente deliberación entre quienes están implicados (en buena parte de los casos esto significa que deberíamos elaborar –idealmente– un cauce para la discusión a nivel universal, pues afecta a todos los seres humanos), permitan tomar una decisión prudente y razonable.

En algunos casos se ha pretendido hacer de la bioética no sólo un recetario, sino una nueva ética de los profesionales sanitarios que ha de imponerse por razón del correr de los tiempos, desterrando los viejos modos. En las páginas de este libro se podrá ver que la bioética es más amplia y compleja que una mera ética profesional, y también se especificará el modo en que la bioética puede dar luz a la tarea de los profesionales sanitarios. Pero en ningún caso se hablará de imposición. La bioética no es algo que pueda imponerse ni mandarse. La bioética tiene buenas razones para ser defendida. Y por ello es por lo que va impregnando todos los ámbitos relacionados con las ciencias de la vida y de la salud, cambiando hábitos y actitudes, y estableciendo nuevas pautas. Por eso la tarea es saber mostrar esas razones, justificar con buenos argumentos y, con ello, exponer su validez y la importancia de su quehacer.

Por eso es esencial la tarea de fundamentación. Si no queremos que la bioética sea un dogma impuesto, si queremos tener buenas razones para defenderla, es preciso darse cuenta de que muchas de las afirmaciones que hace, de los principios con los que trabaja, son elementos obtenidos de un cauteloso destilado a lo largo de la historia del pensamiento occidental. Muchas de las respuestas que se ofrecen no son nuevos resultados, sino modelos de análisis que se elaboraron en el pasado. Así, por ejemplo, al hablar del principio de autonomía (el respeto a la capacidad de las personas para tomar decisiones), que es un elemento clave de la bioética actual, tendremos que hacer referencia a las ideas de Kant en el siglo XVIII, porque el origen de ese principio, aparentemente novedoso, está ahí, en el descubrimiento de la libertad y la responsabilidad, en la ruptura con un modelo anterior donde no tenía cabida la conciencia personal, en las reivindicaciones de derechos civiles de la Revolución francesa. El principio de autonomía, como otros de los presupuestos de la bioética actual, no es un invento *ex novo* del siglo XX, sino el resultado histórico de la tarea del pensamiento occidental que, por supuesto, continúa elaborándose. La fundamentación, pues, es el intento de dar razones para sostener las afirmaciones. Con ellas se puede convencer, no imponer. Una bioética sin fundamentación es como un cuerpo sin cabeza, que podría ejecutar acciones, incluso correctamente, pero nunca sabría por qué.

Por otro lado, la bioética tiene también una importante dimensión metodológica, es decir, herramientas de aplicación de los principios o valores que se han revelado como importantes para la resolución de los conflictos de la vida real. Sin esta parte más procedimental, en la que el objetivo esencial es la búsqueda de instrumentos para la toma de decisiones, la bioética quedaría como un mero ejercicio teórico, sin duda valioso, pero no útil para orientar las prácticas profesionales y para guiar la vida moral. Podríamos decir que la fundamentación sin el procedimiento es inútil, y el procedimiento sin fundamentación es ciego.

La tarea de la bioética es en el fondo la de una ética de la vida. Por eso, además de servir de orientación para una ética profesional, es una reflexión que conviene hacer para saber a qué atenerse en la vida. En cuanto tarea interdisciplinar, nos permite tener una visión con múltiples perspectivas y matices. En su dimensión metodológica supone un útil instrumento para la toma de decisiones y un buen entrenamiento para la elaboración del juicio moral. En cuanto tarea del pensar sobre los valores que se ponen en marcha para resolver los dilemas actuales, es una apasionante labor humana que merece la pena descubrir.

Con todo lo anteriormente comentado, puede justificarse la estructura de este libro: en primer lugar, conoceremos qué es la ética, para después acercarnos a la ética de las ciencias de la vida y la salud, la bioética, que es un marco de referencia inexcusable para nuestra tarea. Analizaremos a continuación la misma labor de enfermería, para descubrir su sentido y objetivos. Sólo desde esa filosofía de la enfermería, que incorpora una determinada visión del ser humano, podemos preguntarnos por su dimensión moral, y por su carácter de profesión. Todo esto es lo que nos permitirá ir construyendo una ética profesional de enfermería. Con esta reflexión podremos abordar, sin ninguna pretensión de exhaustividad, algunos de los problemas éticos específicos a los que se enfrentan los profesionales de enfermería en su actividad.

Con todo ello se pretende poner el acento en la dimensión de apertura y cuestionamiento que tienen los temas de la ética. No se trata aquí de elaborar un manual que contenga todas las ideas o temas posibles, ni tampoco resolver todos los problemas éticos a los que puede enfrentarse un profesional de enfermería. Se ha optado por evitar entrar en las cuestiones bioéticas concretas. La información sobre los diversos temas de la bioética, tanto en su dimensión general, como en lo específico de la enfermería, es amplia pero está disponible. Y en aras del rigor, cada uno de los temas exigiría una profundización que excede los límites de este trabajo. Pero además, la exposición de respuestas concretas no permitiría el desarrollo de la tarea de reflexión, que es la más importante. El objetivo no es dar recetas o soluciones, sino ofrecer herramientas, teóricas y metodológicas, para que cada profesional, desde su propia perspectiva, sea capaz de resolver dichos problemas. Esto es mucho más complejo y difícil, pero también más valioso. Perseguimos invitar a reflexionar, promover y desarrollar actitudes, establecer un marco de análisis para los problemas, y dotar de la capacidad de afrontar los conflictos.

Se trata más bien de marcar las «líneas de fuerza», los elementos clave que sirven para dotar de contenido moral la labor de enfermería y, sobre todo, para ofrecer pautas de reflexión. Con ello, además de insistir en el aspecto dinámico de la ética y en su tarea de construcción y revisión continua, se pone de manifiesto lo esencial que es la actividad dialogante, deliberativa y argumentativa de la ética. Enfatizar este aspecto es fundamental en una época como la nuestra, excesivamente propensa a incurrir en banalidades y tratamientos superfluos de las cuestiones. La capacidad de razonamiento crítico, la reflexión sistemática y organizada sobre los temas, la búsqueda de buenas razones para sustentar las opiniones y el ejercicio del diálogo aportando argumentos para

la toma de decisiones conjuntas, son tareas propias de la ética que sirven no sólo para mejorar la profesión de enfermería y alcanzar la excelencia, sino que también valen a toda persona en su propia vida y, en definitiva, contribuirán a una mejora de la sociedad por la vía de hacer más razonables y dialogantes a sus ciudadanos.

Parte I: Qué es la bioética



1. El quehacer ético

Para poder analizar los problemas éticos a los que el profesional de enfermería^[1] debe enfrentarse en el ejercicio de su profesión, es preciso conocer primero qué entendemos por ética, qué características tiene, qué aporta a la reflexión sobre los actos humanos, cómo nos ayuda en la toma de decisiones y en la elaboración de juicios morales, etc. Esta es una tarea propia de la filosofía, pues la ética es una disciplina filosófica que tiene una larga tradición en la historia del pensamiento, que atiende a la pregunta por la acción de las personas y el sentido de tal acción, y que está relacionada con otros aspectos de lo humano.

1. Qué es la ética

Todos los actos que ejecutan los seres humanos tienen un sentido y un fundamento. De cualquier acción que llevemos a la práctica podría «pedírseles cuentas», es decir, deberíamos ser capaces de justificarla conforme a razones (entendidas en sentido amplio, bien podrían ser sentimientos, por ejemplo). Ese intento de «justificar» las opciones elegidas es, precisamente, el modo en que se presenta, al nivel más vivencial, la ética.

La libertad y la voluntad para elegir entre los posibles cursos de acción que una situación real ofrece o que vemos posibles nos sumerge en el mundo de los actos morales. Decidir qué tipo de acción llevar a cabo es una tarea de elección que implica un proyecto personal. Pero, al mismo tiempo, podemos «tomar distancia» del acto y analizarlo más allá de su dimensión individual y de sus repercusiones en la vida concreta, buscando presupuestos que fundamenten estos comportamientos y planteando una pregunta general acerca de la dimensión moral de los seres humanos.

De este modo, al referirnos a «la ética» en sentido general, es necesario distinguir dos vertientes bien diferenciadas. Una parte es la referida al propio acto humano: es lo que llamamos *moral*, el acto de un sujeto que opta entre un abanico de posibilidades, inscribiendo su acción dentro de un proyecto vital teñido de su propia vicisitud personal, cultural e histórica. Pero existe otro nivel, el que se refiere a la reflexión filosófica sobre la misma capacidad de obrar moralmente del ser humano. Este segundo nivel es de carácter científico y es el que nos permite considerar la *ética* como una tarea racional de análisis de la moralidad.

La ética es aquella dimensión de la filosofía que reflexiona sobre la moralidad.

La ética es una reflexión racional. Su tarea consiste en hacer visible la razón de ser de la moralidad, y por ello no puede sino estar inserta en la filosofía, ese esfuerzo conceptual que busca los fines racionales del ser humano. La ética es un «saber de lo práctico», en palabras de Aristóteles, y tiene por objeto el hecho de la moralidad en cuanto tal. Esto es, trata de preguntarse «¿por qué debo?», frente al «¿qué debo hacer?» que correspondería a la moral. La moral, por su parte, se refiere a los códigos que rigen las acciones concretas, son las normas que responden a esa pregunta acerca de qué se

debe hacer, y es evidente que tienen un carácter prescriptivo, es decir, «mandan» hacer algo. La ética no atiende a estas prescripciones, sino que da razón de ellas, es decir, se pregunta por el fundamento de la moralidad, es filosofía moral.

La tarea de la ética parte, pues, de las acciones morales, que son el origen de su reflexión y el verdadero punto de partida. Sin embargo, la ética toma una cierta distancia con respecto a los actos morales concretos, es decir, se sitúa en un nivel de reflexión sobre la moralidad, aunque no pueda desprenderse de esa misma moralidad. La ética pretende fundamentar lo moral: elabora un discurso teórico, propio de la tarea reflexiva de la filosofía. Pero no se queda ahí: también argumenta en un proceso de búsqueda de criterios racionales que puedan orientar las acciones morales. Tiene una dimensión aplicada. Así, la ética intenta «dar razón» de los juicios morales y buscar un método para que sus resultados puedan traducirse en actos morales. Es decir, no restringirse a los resultados teóricos, sino permitir que tales resultados tengan una aplicación concreta en la vida práctica. Se trata, pues, de un doble movimiento: de la moralidad a la reflexión sobre el hecho moral, y de esta reflexión de nuevo a la moralidad.

2. La universalidad de la ética

El ser humano tiene la característica peculiar de ser intrínsecamente moral, esto es, no puede no ser moral. No puede dejar de actuar conforme a su *capacidad* de ser moral (ya sea para aceptar las normas morales, transgredirlas, olvidarlas...). Su vida se realiza en el ámbito de la justificación de sus actos, habiendo optado por determinadas posiciones que lo colocan en un punto especial y que configuran su identidad moral. Esto quiere decir que tenemos una *estructura* moral, que es un elemento constituyente del propio ser humano y común a todos. Si esto es así, toda ética –es decir, toda reflexión sobre la moral–, para serlo, ha de tener pretensiones de universalidad, esto es, tiene que buscar fundamentos que pudieran ser aceptados en principio por todos los seres humanos. Esta tarea es prácticamente imposible, pero es la base de la ética.

Sin embargo, es evidente que los *contenidos* concretos de la moral son propios de cada individuo o grupo. Cada persona va seleccionando los patrones de acción que le parecen más adecuados, conforme al sistema de valores que defiende y que, a su vez, es resultado de su cultura, su aprendizaje y su experiencia. Esto ya no es común, sino diferenciador de los individuos y los grupos.

Siendo esto así, parecería que no es posible la universalidad, puesto que las opciones morales son muchas, y las justificaciones que las legitiman también. Si nos ceñimos al ámbito de la subjetividad, es decir, a las opciones concretas que cada persona o grupo elige, tendríamos que considerar que todas las opciones son válidas y la ética quedaría encerrada en el relativismo. Quedaríamos expuestos a la peligrosa afirmación del «todo vale». Si no hay criterios que puedan pretenderse universales, no habría posibilidad de afirmar que hay ciertas opciones que no pueden sostenerse, como por ejemplo la violencia contra los niños o las atrocidades del régimen nazi. Para poder defender que estos son ejemplos de algo que «no vale», estamos obligados a remitirnos a un modelo común, universal, desde el que se juzgan opciones concretas, de individuos o grupos.

Frente a la posición relativista, es fundamental atender a los elementos comunes que pueden permitir concebir un nivel mínimo compartido por todos los seres humanos. Un nivel básico por debajo del cual se entra en el terreno de lo inmoral. Este nivel viene determinado precisamente por esa peculiar condición del ser humano de ser intrínsecamente moral, lo cual le confiere un estatuto de dignidad que no puede serle negado. Y este nivel, lógicamente, tiene pretensiones de universalidad.

Toda ética ha de tener pretensiones de universalidad, si no quiere incurrir en el relativismo y en la arbitrariedad.

3. Ética de mínimos y ética de máximos

La estructura moral que está en la misma constitución del ser humano justifica la tarea ética de la búsqueda de unos mínimos compartidos por todos. Se trata del establecimiento de unos pilares básicos, con pretensión de universalidad, sustentados en la afirmación de puntos comunes en los que todos estamos de acuerdo. Por eso los consideramos mínimos, pues las distintas opciones morales hacen que la diversidad sea enorme. Sin embargo, no es imposible determinar cuáles son esos elementos fundamentales a los que nadie está dispuesto a renunciar.

La *ética de mínimos*, nacida de los *Minima Moralia* de T. W. Adorno como respuesta ante las atrocidades del régimen nazi, supone un baremo mínimo de moralidad por debajo del cual sólo está lo inhumano. Es el nivel que permite preguntarse acerca de la moral e impedir, o al menos rechazar, la barbarie. La ética mínima es la ética de la democracia, puesto que tras el establecimiento de un nivel mínimo se pueden lograr consensos que originarán una ética civil. Esto supone asumir la posibilidad de una fundamentación y establecer dos niveles: el de la moral individual, que bien puede responder a una ética de máximos, y el de la moral civil, que establece los mínimos necesarios para la vida en sociedad.

La ética de mínimos trata de establecer un cimiento basado en unos elementos considerados irrenunciables y que una comunidad decide como base para su convivencia. Tales mínimos son exigibles y su incumplimiento resulta, no sólo inmoral sino, en la mayoría de los casos, punible. En este nivel se prima el elemento de universalización e imparcialidad. Es una ética de la justicia, en el sentido de que no atiende a la realización del ideal personal de moralidad, sólo delimita el marco dentro del cual puede llevarse este a cabo. El punto básico es el respeto a la pluralidad y el mantenimiento de la igualdad de exigencias para todos. Cualquier otra aproximación a los niveles de excelencia que el individuo se autoimpone significaría la intromisión en otro ámbito diferente: el de la *ética de máximos*, donde se propone un ideal que no renuncia a la convergencia en un mínimo común denominador que posibilite la ordenación de la sociedad, pero que apunta mucho más lejos, planteando un modelo de felicidad o perfección, un ideal de vida buena, que atañe exclusivamente a cada persona o grupo, pero que no puede pretenderse ampliable al conjunto de la comunidad.

Ambos polos son necesarios y ninguno de ellos es suficiente. Si la homogeneidad de

las sociedades fuera total, no habría necesidad de un nivel de mínimos, pero esto es casi imposible en un mundo dinámico en permanente interacción y mutua influencia como es el nuestro. Por ello buscamos la coexistencia de los máximos por medio de la justicia. Sin embargo, el mejor modo de construir los mínimos es, precisamente, desde esos máximos. El intento de decidir *a priori* cuáles son los mejores mínimos que una sociedad puede exigirse, puede incurrir en evidentes arbitrariedades. La búsqueda del consenso desde los máximos por medio de la elucidación de los puntos comunes es más acorde con el desarrollo de la moralidad que busca sus contenidos en una marcha dinámica siempre inacabada. Ello también es más respetuoso con la diferencia y permite que consideremos los mínimos no como un régimen jurídico de arbitraje de los límites, sino como un acuerdo desde ideales de moralidad que permiten, por ello mismo, introducir otros elementos no tenidos en cuenta hasta ahora en esta perspectiva, como la solicitud y el cuidado –propios de otras aproximaciones éticas.

Los máximos son el sustento de los mínimos y tienen una prioridad cualitativa, a pesar de que, en la ordenación pacífica de la convivencia, los mínimos tengan una prioridad estructural evidente, pues su implantación es el medio de articulación de los canales de desarrollo de los máximos. De ahí la necesaria complementación entre ambos.

- *Ética de mínimos*: nivel básico de acuerdo de los valores compartidos, basado en el respeto a la pluralidad y en el establecimiento de unas normas de justicia básicas y exigibles para todos por igual (con pretensión de universalidad).
- *Ética de máximos*: nivel de los valores propios de una persona o grupo, basados en creencias u opciones específicas (no universalizables), que pueden promoverse pero no exigirse para todos por igual.

La realización de la vida en sociedad exige tener en cuenta las características específicas de los individuos y de su contexto personal y cultural, para buscar una articulación de intereses que evite los conflictos y que permita una convivencia pacífica. Este punto es fundamental, pues parte del hecho de que las sociedades son, cada vez más, multiformes y variadas. Esto nos obliga a tener en cuenta el así llamado «*multiculturalismo*», es decir, la realidad acrisolada en la que los elementos originales y particulares de cada grupo deben coexistir con otros, sin que pueda justificarse ninguna imposición de un modelo único. Por ello se introduce un relativismo cultural que es preciso matizar y colocar en su justo lugar. Por otro lado, dentro de la misma sociedad en que nos inscribimos existe una pluralidad de opciones morales, de creencias e ideologías: el pluralismo de las sociedades actuales (especialmente las occidentales) exige la aceptación de un sistema de respeto mutuo, como base de la convivencia.

Es preciso lograr un equilibrio entre el respeto a las diferencias culturales y la búsqueda de unos valores compartidos que se pretenden universales. Para ello es indispensable el respeto a la pluralidad.

Una ética civil se define por ser la de los mínimos compartidos por una sociedad. La definición de esos mínimos no es sencilla, pues para establecerla es necesario un análisis en profundidad de los valores en juego, de los elementos básicos de convergencia que

han de formar parte de ese conjunto de mínimos, de las vías de articulación de las diferencias y el respeto a las mismas, y por tanto de la salvaguarda del derecho de cada individuo a defender su propio sistema de creencias. Es importante que los mínimos permitan establecer las bases de la convivencia desde la libertad y el pluralismo, pero también que no limiten las expresiones de las opciones de máximos. Del mismo modo, es fundamental no renunciar a la protección de los valores básicos, pero también evitar la imposición de sistemas de creencias que no son compartidos por todos.

Ideas clave

- La ética es la reflexión filosófica sobre la moralidad. La ética da razón de los actos morales.
- Los seres humanos son seres intrínsecamente morales. Están dotados de una estructura moral que los capacita para optar entre diversos contenidos morales, con los que configuran una identidad moral propia.
- La ética ha de tener pretensión de universalidad.
- La ética de mínimos establece un baremo básico y compartido de valores para la convivencia, que son exigibles. La ética de máximos expresa ideales de vida personales.
- Es necesario articular el respeto a la pluralidad y a la diversidad de valores morales, con la búsqueda de elementos universales que eviten el relativismo.
- La fundamentación de la ética es la labor de dar razón que justifique los principios o normas morales. El ejercicio de fundamentación abre la vía del diálogo y es una salvaguarda contra el dogmatismo.

Lecturas

- ARISTÓTELES (1985), *Ética a Nicómaco*, Gredos, Madrid.
- ARANGUREN J. L. L. (1958), *Ética*, Alianza, Madrid.
- BONETE E. (1990), *Éticas contemporáneas*, Tecnos, Madrid.
- CORTINA A. (1986), *Ética mínima (Introducción a la filosofía práctica)*, Tecnos, Madrid.
- (1990), *Ética sin moral*, Tecnos, Madrid.
- (1994), *Ética de la sociedad civil*, Anaya, Madrid.
- MALIANDI R. (1991), *Ética: conceptos y problemas*, Biblos, Buenos Aires.



2. La bioética como respuesta a los problemas éticos en las profesiones sanitarias

1. La bioética, ética de la vida

La situación actual no tiene precedentes: nuestro poder se ha hecho más grande de lo que jamás se había podido imaginar. El ser humano tiene la capacidad de destruir su propio mundo, de alterar su propia evolución, y sus posibilidades de modificar cuanto está a su alrededor son inmensas. Cuanto mayores son nuestras posibilidades, tanto mayor es nuestra responsabilidad por las decisiones que tomemos. Por eso es tan importante disponer de modelos éticos que puedan responder a los dilemas y conflictos que van surgiendo.

A ese reto es al que ha respondido la *bioética*. En los años setenta surge la bioética como disciplina, en Estados Unidos. Fue V. R. Potter quien en 1970, en un artículo titulado *Bioethics: the science of survival* («Bioética: la ciencia de la supervivencia») utilizó por vez primera el término «bioética». Posteriormente, en 1971, el mismo autor publicó un libro con el título *Bioethics: bridge to the future* («Bioética: puente hacia el futuro»). Acuñó así un término, «bioética», para designar una nueva disciplina que vinculaba *bios*, vida, y *ethos*, moral, sin dejar muy claro cuál de los dos términos tenía mayor preeminencia y anunciando que su objetivo era establecer una vinculación entre las dos culturas (humanística y científica) ahora separadas.

«La humanidad necesita con urgencia una nueva sabiduría que proporcione el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para la supervivencia del hombre y para la mejora de la calidad de vida. Este concepto de sabiduría como guía de la acción –el conocimiento de cómo usar el conocimiento para el bien social– podría llamarse *Ciencia de la supervivencia*, seguramente el prerequisite para la mejora de la calidad de vida. Mantengo la posición de que la ciencia de la supervivencia debe ser construida sobre la ciencia de la biología y ampliada más allá de los límites tradicionales, para incluir los elementos más esenciales de las ciencias sociales y las humanidades, con énfasis en la filosofía en sentido estricto, con su significado de “amor a la sabiduría”. Una ciencia de la supervivencia debe ser algo más que solamente ciencia y, por tanto, propongo el término *Bioética* para enfatizar los dos ingredientes más importantes en el logro de la nueva sabiduría, que es tan desesperadamente necesaria: el conocimiento biológico y los valores humanos» (V. R. POTTER [1971], *Bioethics. Bridge to the future*. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1-2).

Ya desde esos primeros años, la nueva disciplina mostró su enorme potencial y su velocidad de desarrollo, pues en 1978 existía ya una *Enciclopedia de Bioética*, en la que se propone una definición:

«La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales».

La bioética surge, pues, como respuesta a la preocupación por los nuevos problemas planteados y por la dificultad de su análisis, derivada de una distancia injustificable entre los desarrollos científico-técnicos y la reflexión ética y social. La nueva ética de la vida tratará de ofrecer algunas respuestas a dilemas muy variados: desde las relaciones entre los sanitarios y los pacientes, hasta la eutanasia, pasando por el aborto, las técnicas de

reproducción asistida, el consentimiento informado, la investigación biomédica o los problemas éticos en unidades de cuidados intensivos.

En todos estos campos, la bioética pretende ofrecer un *marco de análisis*, una *pauta para la reflexión* y un *procedimiento de toma de decisiones*. Se trata, por ello, de una disciplina que tiene dos vertientes bien diferenciadas: la articulación de procesos de deliberación y decisión, y la reflexión teórica sobre ciertos interrogantes éticos abiertos por las ciencias de la vida y de la salud. Ambas se necesitan mutuamente y ninguna es suficiente por sí misma. Tomar decisiones sin atender a los fundamentos lleva a la arbitrariedad. Por muy bueno que sea el procedimiento, es necesario saber por qué se decide algo, qué lo justifica. Del mismo modo, trabajar en el terreno teórico sin tener en cuenta los retos reales que la vida va planteando, lleva a construir discursos en el aire, sin que puedan tener relevancia alguna en la vida práctica, más allá de la erudición gratuita que sólo a algunos interesa. Por eso la bioética será una unión de los procesos de fundamentación y aplicación. Si esto es importante en la ética, en cualquiera de sus aspectos, lo es aún más en el campo biomédico.

Fundamentación y procedimiento en bioética

«No es posible resolver los problemas de procedimiento sin abordar las cuestiones de fundamentación. Nuestra hipótesis es que fundamentación y procedimiento son dos facetas de un mismo fenómeno, y que por tanto resultan inseparables. (...) Propondremos una alternativa que sea a la vez fundamentada y procedimental; es decir, un procedimiento fundamentado o un fundamento procedimental. Pobre procedimiento aquel que no esté bien fundamentado, y pobre fundamento el que no dé como resultado un procedimiento ágil y correcto. (...) Nada más útil que una buena fundamentación, y nada más fundamental que un buen procedimiento» (D. GRACIA [1991], *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 95 y 96).

Por eso la bioética trabaja en dos perspectivas: la de *fundamentación*, que intenta buscar mínimos universalizables, y la de *aplicación*, que requiere de un procedimiento. Pero, además, tiene dos momentos: uno *principialista* (basado en principios que orientan la acción), de corte deontológico (referente al deber) y otro *consecuencialista* (basado en un análisis de consecuencias), de corte teleológico (referente al fin que se persigue).

Puede decirse que la bioética es una ética de la vida, en la medida en que tiene una dimensión de reflexión de tipo antropológico, que aborda las cuestiones relativas al individuo y su constitución y desarrollo como sujeto moral, pero también su vida en comunidad, la convivencia y las dificultades de la violencia, el gran monstruo contra el que debemos luchar. Por eso es necesario abordar campos como la globalización, las cuestiones de género, la política, el diálogo intercultural o la ética de la ciudadanía. Es también una ética que se pregunta por el futuro, por la conservación del medio ambiente, por la responsabilidad con las generaciones futuras. Y es también una pregunta por la vida en aquellos campos en que, específicamente, la ciencia y la técnica están originando interrogantes sobre la conservación de la vida, la defensa de la libertad de elección, la definición de la salud y el bienestar, la justicia, el concepto de persona, la salvaguarda de la dignidad y los derechos fundamentales, o el cuidado de lo vulnerable y frágil.

Bioética significa, en sentido literal, ética de la vida y, por tanto, es una tarea de reflexión filosófica que analiza, desde las categorías de valor, deber, bondad, etc. los

actos humanos en las cuestiones relacionadas con la vida –ya sea las ciencias biológicas o de la salud–. La magnitud de las aportaciones que la bioética va realizando, no sólo en cuanto a lo específico de las ciencias de la vida, sino en cuanto auténtica reflexión sobre la vida como problema, han hecho afirmar a algunos autores que la bioética excede el campo de una ética aplicada, para constituirse como una auténtica ética civil. La ética ya no puede prescindir de la bioética. O más aún, en cuanto referida a la vida, la ética es bioética.

2. Características del quehacer bioético

La tarea de la bioética no es fácil. Esa articulación entre principios y consecuencias, esa búsqueda de fundamentos y procedimientos que permitan una reflexión sosegada y al mismo tiempo una toma de decisiones ágil, es tremendamente *compleja* y difícil de lograr. Las razones de esta dificultad son muchas. En primer lugar, derivan de la misma tarea, puesto que los temas a tratar no son sencillos. Conviene tener en cuenta que en muchos de los problemas de la bioética se están poniendo en cuestión *temas esenciales de la reflexión filosófica*, como la misma definición del ser humano y la decisión acerca de la clase de mundo que queremos construir. Baste un ejemplo: el tema del aborto es uno de los más complejos que se pueden tratar. En él confluyen principios elementales, como el respeto a la vida, derechos en conflicto (el del embrión a vivir y el de la madre a elegir), valores y creencias, consecuencias derivadas, etc. Todo ello es ya suficientemente complicado como para que el análisis sea fácil. Pero aún cabe añadir una cuestión fundamental: el problema del aborto remite a la cuestión del estatuto del embrión. Lo cual, en última instancia, es un problema que incide en la misma definición del ser humano.

Esto también nos muestra que la bioética es, desde su misma definición, un quehacer *interdisciplinar*. No puede ser llevado a cabo desde una única disciplina, sino que exige el diálogo conjunto y la aportación de muchos campos implicados en cada una de las cuestiones. En el mismo ejemplo mencionado, para tratar la cuestión del aborto será preciso contar con especialistas en biología, en medicina, en filosofía, en derecho, etc. Una única perspectiva no es suficiente, pues no podría dar cuenta de todos los aspectos implicados en la cuestión.

De lo dicho cabe deducir fácilmente que la labor de la bioética es, esencialmente, *racional y deliberativa*. Los enfoques en los que se apela a las emociones o sentimientos son poco útiles a la hora de tomar decisiones conjuntas, porque no alcanzan la pretensión de universalidad que es requerida en el ejercicio de la ética. Por eso, en primer lugar, y aunque se tenga en cuenta el papel que puedan jugar las emociones en la toma de decisiones, es imprescindible apelar a las razones. En segundo lugar, *el único procedimiento lícito es el diálogo abierto*, por tres razones:

- porque es imprescindible la interdisciplinariedad;
- porque el objetivo es lograr un acuerdo entre posiciones plurales (distintas culturas, distintas opciones, distintos valores), y

- porque la imposición dogmática, como ya se comentó, no es un método válido.

Por eso en la bioética, como en cualquier otro de los aspectos de la ética, es importante distinguir un nivel de acuerdo en los mínimos, sin que esto sea detrimento para que cada individuo o grupo pueda defender un sistema de máximos. Las creencias religiosas, por ejemplo, serán la guía para las opciones morales de muchas personas; desde ellas expondrán y defenderán sus principios y sus posiciones, pero en la búsqueda de un acuerdo, supuesto que la sociedad es plural y que hay una convivencia de códigos y creencias diversos, será preciso buscar los denominadores comunes que en tales propuestas haya, para lograr, entre todos, por medio del diálogo respetuoso, un consenso de mínimos que sirva como marco fundamental común para el desarrollo de cada opción personal.

Esto tiene también repercusión en los aspectos legislativos: al buscar unos mínimos comúnmente compartidos, establecemos una ética civil, un «suelo» básico en el que existe un acuerdo que permite la convivencia pacífica de las opciones morales diferentes. Estos acuerdos de mínimos son los que se articulan en leyes, sirviendo estas de salvaguarda de esos elementos considerados básicos. Sin embargo, conviene tener en cuenta que *no pueden confundirse ética y derecho*. Ambos comparten ciertas características: se refieren a la vida práctica, tienen que ver con la acción y con la libertad humana, y tratan de establecer qué es lo que se debe hacer. Sin embargo, son diferentes. Principalmente porque la ética, que responde al «¿por qué debo?», se refiere a la fundamentación de los modos de vida buena y no sólo a la determinación de lo correcto, y tales objetivos se logran por la vía de las razones basadas en visiones filosóficas más amplias del ser humano y del mundo.

Podría parecer que la búsqueda de mínimos compartidos es una apuesta por una ética «débil» o «pobre» que no puede tener pretensiones más altas. Sin embargo, esto no es así. En primer lugar porque el acuerdo en los mínimos, si se logra, es un gran éxito. El consenso entre posturas que parten de un desencuentro es tremendamente complejo y, en la mayoría de los casos, no es posible. Por ello, haber sido capaces de dialogar, de identificar los puntos de convergencia y de establecerlos como «suelo» básico sobre el que edificar un sistema ético común, es ya acercarse a un ideal de comunicación. Pero, por otro lado, conviene también indicar que los mínimos están alentados e inspirados por los máximos. Es en estos máximos donde se sitúan los niveles de excelencia, los ideales de perfección y vida buena. Al acordar los mínimos no renunciamos a ello sino que hacemos compatibles las opciones diferentes en el marco de la pluralidad y el respeto mutuo.

En bioética es imprescindible esforzarse en encontrar los mínimos compartidos que permitan la convivencia de la pluralidad de opciones.

Por todo lo dicho, la bioética –la ética en general– es una labor siempre *inacabada, dinámica y cambiante*. En ello reside su riqueza. Tomar en consideración las distintas opciones hace que no sea posible una detención arbitraria de nuestros juicios, ni una apuesta por convencionalismos injustificados. Además, el propio desarrollo de la

sociedad a lo largo de la historia va poniendo en juego nuevas posibilidades y nuevos interrogantes a los que la ética debe ir dando respuesta. Si se anquilosa y no está dispuesta a ser revisada, se convierte en una imposición insostenible, o en una opción por el miedo a lo nuevo, que lleva a detenerse y a no avanzar. Ahora bien, es importante lograr un difícil equilibrio entre la apertura al cambio y la necesidad de establecer pautas más o menos permanentes. Si detenerse puede significar condenarse a una muerte segura, excederse en el cambio puede conducir a una completa perplejidad, fruto de no tener ningún lugar firme donde pararse a reflexionar.

Características de la bioética

- Compleja (ha de dar cuenta de fenómenos complejos).
- Interdisciplinar (es necesario articular perspectivas y disciplinas diferentes).
- Racional (basada en razones).
- Deliberativa (basada en el diálogo respetuoso a la búsqueda de mínimos compartidos).
- Abierta (siempre inacabada y en proceso de revisión).
- Dinámica (capaz de adaptarse a los cambios).

3. Bioética, ética profesional y deontología

La bioética es fruto de un cambio de concepto en el mundo occidental: los nuevos avances tecnológicos generan problemas éticos nuevos, tanto en el ámbito de la salud como en el de las ciencias de la vida en general; la relación sanitaria clásica entra en conflicto y se ve sustituida por la teoría del consentimiento informado; las instituciones sanitarias también van cambiando y se enfrentan a serios problemas en la gestión de recursos limitados, etc. Todo ello pone en marcha una nueva disciplina que, sin embargo, bebe de las fuentes del pasado para encontrar luz que proyectar sobre los problemas del presente y del futuro.

Por eso, *la bioética es más que una ética profesional*. Es claro que las profesiones sanitarias encuentran aquí el fundamento para determinar sus actuaciones y para elaborar sus decisiones. Compete a la bioética esa labor de sustento. Sin embargo, una ética profesional es la que define los bienes internos de una tarea y la que especifica los modos de realización de tales bienes. Apunta a cuestiones específicas del ejercicio de los profesionales y trata de establecer unas normas que están obligados a respetar. Esas normas son las que se expresan en un *código deontológico*. Pero la bioética, aunque sirva de fundamento para su elaboración y justificación, apunta más lejos: no sólo se refiere a los temas relacionados con el mejor modo de actuación profesional de los sanitarios, sino que también atiende a una reflexión más global, en la que se analizan problemas que exceden el ámbito de la relación sanitaria, aunque guarden relación con ella.

Esta cuestión de la delimitación de la bioética es de gran importancia. Es necesario distinguir la bioética de la ética profesional y de los códigos deontológicos. La bioética es el campo más amplio de reflexión, que contiene o sirve de fundamento a la ética

profesional, pero no se reduce a ella, puesto que su ámbito es más grande y variado.

- *Bioética*: reflexión sobre los problemas éticos en las ciencias de la vida y la salud. Este análisis orienta las actividades de los profesionales, pero no se reduce a ellas.
- *Ética profesional de los sanitarios*: análisis de las conductas apropiadas que sirven a los fines de la tarea profesional y realizan los bienes y valores que le dotan de sentido
- *Código deontológico*: sistema de normas y sanciones que se establece de modo obligatorio para los profesionales en función de las conductas de ética profesional.

Ideas clave

- La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en el sentido de que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales.
- La bioética aporta una labor de fundamentación (un marco de análisis y una pauta para la reflexión) y un procedimiento de toma de decisiones.
- La bioética es una ética de la vida.
- La bioética se caracteriza por ser: compleja, interdisciplinar, racional, deliberativa, abierta y dinámica.
- La bioética orienta la ética profesional de los sanitarios pero no se reduce a ella. Es importante distinguir los códigos deontológicos (normativos) de la labor de la bioética.

Lecturas

- CAMPS V. (2001), *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*, Ares y Mares, Crítica, Barcelona.
- FEITO L. (1997), *Panorama histórico de la bioética*, Moralia, vol. 20, nº 4, pp. 465-494.
- GRACIA D. (1989), *Fundamentos de Bioética*, Eudema Universidad, Madrid.
- (1992) *Planteamiento general de la bioética*, en: M. VIDAL (comp.), *Conceptos fundamentales de ética teológica*, Trotta, Madrid, 421-438.
- HOTTOIS G. (1991), *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Anthropos, Barcelona.
- POTTER V. R. (1971), *Bioethics: bridge to the future*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
- REICH W. T. (ed.) (1978), *Encyclopedia of Bioethics*, McMillan and Free Press, Nueva York.



3. Cómo trabaja la bioética

1. La fundamentación de la bioética

Como ya se ha dicho, la ética tiene por objeto responder a la pregunta «¿por qué debo?». Por tanto, su labor principal y tarea ineludible es la *fundamentación* (entendida como «dar razón») de la moral. Hay quienes consideran que es vano intento buscar una fundamentación de la ética, ya sea porque lo consideran innecesario, inútil o imposible. Es evidente que la fundamentación es tremendamente compleja, pero resulta irrenunciable. Fundamentar la ética, es decir, dar razón de los presupuestos con los que trabajamos en el ámbito de la moral, es reconocer que no bastan las imposiciones dogmáticas y tampoco suspender el juicio o asumir una postura cínica. Renunciar a la fundamentación es renunciar al ejercicio de la capacidad de razonar, dialogar y buscar argumentos para la convivencia pacífica. Mientras tengamos que vivir juntos –y no podemos vivir de otro modo en este planeta– tendremos que buscar razones para nuestras opciones morales, tendremos que buscar fundamentos.

Conviene destacar, eso sí, que la fundamentación, entendida como «dar razón de» no puede ni debe confundirse con ningún tipo de fundamentalismo. No se trata de imponer nada, sino de ofrecer razones para las convicciones. Toda ética –incluso las bases de diálogo y respeto que permiten la construcción de la ética– requiere de un fundamento, si no quiere convertirse en conformismo y ausencia de crítica de lo dado. Por eso es importante saber dar cuenta de las convicciones. Justificar las razones que las sustentan, desde el diálogo que admite la diferencia. En el fondo, esto es tanto como decir que dar razones es abrir paso a la tolerancia. Una tolerancia real, que intenta comprender, aunque no comparta, las razones del otro.

La fundamentación, entendida como el esfuerzo de dar razón, es lo que nos aleja de toda forma de dogmatismo o violencia, abre la vía del diálogo, reconoce la pluralidad y es un modo de reconocernos y respetarnos como seres humanos.

Una ética sin fundamentos sería, por otro lado, un procedimentalismo vacío. A la hora de analizar conflictos y problemas de índole moral, el mero procedimiento útil resulta inaceptable, porque podría justificar arbitrariamente cualquier cosa. El método no sólo ha de probar su validez, sino que también ha de argumentar su razón de ser y su adecuación a un objetivo legítimo. Es preciso, por tanto, dar razón de los procedimientos, analizar críticamente su validez a la luz de los fines que perseguimos y que, a su vez, deben ser justificados.

Existe una obligación moral de fundamentación. No es un elemento prescindible, sino una necesidad para poder ser racionales, para poder respetar la pluralidad de ideas, para no decidir arbitrariamente.

En la historia de la bioética ha habido un debate, abierto hasta la actualidad, acerca de cuál sería el modelo de fundamentación más adecuado. Las experiencias morales son diversas, y también lo son las tradiciones y presupuestos teóricos desde los que se parte y a los que se concede prioridad. Por ello, y a pesar de que cada una de las perspectivas

considera que su aproximación es la verdadera, probablemente no es posible pensar en un único modelo de fundamentación, que fuera omniabarcante y que pudiera ser aceptado por todos. Además, los distintos enfoques se caracterizan por enfatizar aspectos diferentes de la vida moral, reconociendo mayor valor a uno u otro: algunos consideran que lo importante es disponer de un conjunto de principios o normas morales que protejan los valores fundamentales y que sirvan para guiar nuestras acciones, otros piensan que la clave está en rescatar un ideal de virtud conforme al cual se orientan las decisiones de los individuos, también hay quienes defienden que lo esencial es analizar las consecuencias de las acciones en función de si permiten o no alcanzar los objetivos perseguidos, y también hay quien cree que sólo el consenso entre personas bien intencionadas y bien formadas puede resolver los casos en su peculiaridad.

2. Los principios de la bioética

De entre los muchos enfoques posibles, el que ha ganado más adeptos es el principialista. Los modelos principialistas son aquellos que están basados en la afirmación de un conjunto limitado de principios. Los principios son construcciones racionales históricas; por tanto, no son absolutamente inmutables. Sin embargo, su función es establecer elementos firmes sobre los que asentar la toma de decisiones. De ahí que no puedan tomarse como meras máximas de actuación justificadas por su utilidad o conveniencia.

Un principio moral es una proposición en la que se aduce una razón por la cual las cosas deben ser de cierto modo, por tanto es una orientación para la acción que aporta un fundamento, una justificación. Los principios suelen ser expresión de convicciones morales básicas, de valores considerados irrenunciables, cuya importancia es posible explicitar racionalmente.

Los *principios de la bioética* surgieron ante la ausencia de criterios comunes bien fundamentados en la toma de decisiones sobre la investigación con seres humanos. Para resolver la arbitrariedad y la falta de consenso, en 1974 comenzó su trabajo una Comisión Nacional en Estados Unidos con el fin de identificar los principios éticos básicos aplicables a la investigación con seres humanos. Los resultados de esa labor se recogen en el *Informe Belmont* de 1978. En él se establecen tres principios generales:

- *Respeto por las personas*: entendido en dos aspectos:
 1. Reconocimiento de la autonomía.
 2. Protección de las personas con autonomía disminuida.
- *Beneficencia*: que significa asegurar el bienestar. También entendido de dos modos:
 1. No hacer daño.
 2. Extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.
- *Justicia*: tratamiento igualitario a todas las personas y distribución de beneficios y cargas.

Estos principios fueron modificados un año más tarde por dos autores, T. L. Beauchamp y J. F. Childress, que intentaron buscar una aplicación de los mismos a un

ámbito más amplio que el de la investigación. Los principios que propusieron se consideraron tan fundamentales y básicos que se han convertido en «los principios de la bioética». Toda la reflexión posterior trabaja con ellos o discute con ellos. Son un canon de referencia tanto para la resolución de conflictos específicos en la práctica clínica como para cualquier otro análisis de problemas bioéticos. Se trata de los mismos principios que había elaborado el Informe Belmont, pero Beauchamp y Childress proponen cuatro principios: autonomía (que recoge el respeto a las personas del Informe Belmont), beneficencia, no maleficencia (los dos elementos que componen el principio de beneficencia del informe se convierten en dos principios diferentes) y justicia. Su preocupación es ofrecer un modelo suficientemente fundamentado y con pautas metodológicas para ser aplicado por todos, a pesar de las diferentes aproximaciones

Principios de la bioética (Beauchamp y Childress)	
NO MALEFICENCIA	BENEFICENCIA
JUSTICIA	AUTONOMÍA

posibles.

Beauchamp y Childress se basan en la obra de otro autor, D. Ross, quien defendía unos *deberes «prima facie»* (entre los que estaban varios de los principios de la bioética), que se conocen de manera evidente e intuitiva y que se imponen como un canon. Estos deberes, de obligado cumplimiento, pueden entrar en conflicto entre sí, en cuyo caso se plantea la necesidad de decidir cuáles de esos deberes deben convertirse en «*deberes reales y efectivos*» y cuáles no, es decir, dónde están las obligaciones que son exigibles incluso coactivamente, y dónde las obligaciones que quedan a la decisión personal. En este tipo de juicios sobre los deberes reales no tenemos evidencia ni certeza, como en los deberes «*prima facie*», sino sólo una opinión probable sobre lo correcto, que deriva de un cierto «sentido moral». Esta idea de principios básicos que son obligatorios a menos que choquen con otros deberes diferentes de igual rango, es la que Beauchamp y Childress recogieron en su propuesta. Consideraban que no había posibilidad de jerarquizar los principios, sino que eran todos ellos del mismo nivel. Los principios son concebidos como un punto de partida que debe interpretarse después en el contexto de su aplicación. Son, pues, «*prima facie*», obligan siempre, a menos que entren en conflicto con obligaciones expresadas en otro principio moral. En tal caso la opinión de Beauchamp y Childress es que es necesario sopesar las demandas de cada uno de los principios, y será el *contexto* el que determine qué principio debe prevalecer.

2.1. Los principios de no maleficencia y beneficencia

El Informe Belmont consideraba que no hacer daño y producir beneficio minimizando los riesgos eran un mismo principio. En realidad se trataba de recoger una tradición antigua de la medicina que siempre había defendido el ideal de «Favorecer o al menos no perjudicar». Unir ambas cosas significa que la tarea del médico se concebía como un

intento de producir una mejora en el paciente, independientemente de que fuera haciendo algo efectivo para favorecerle o, simplemente, evitando que se produjera un daño. Beauchamp y Childress, y con ellos la mayoría de los autores posteriores, consideran que no es lo mismo. No hacer daño es un mandato básico que asegura la supervivencia de la persona. Recoge una obligación moral fundamental de respeto al otro. Sin embargo, la beneficencia, el producir un bien, va más allá: no es meramente respetar, sino contribuir positivamente a su bienestar. Obviamente esas dos tareas son diferentes, pero se han considerado unidas en la medicina hasta hace poco tiempo.

- *No maleficencia*: no hacer daño, que incluye hacer lo indicado para evitar el daño (asegurar la supervivencia).
- *Beneficencia*: contribuir positivamente al bienestar (supone asegurada la supervivencia).

Ese *ideal de la beneficencia* venía de la tradición de los primeros médicos en la Grecia clásica, especialmente de Hipócrates de Cos, que fue el primero en desarrollar una ética profesional basada en un código de conducta que establecía lo correcto, las prácticas recomendables. La idea clave de esa ética médica inicial es la mencionada: ayudar al enfermo a restablecer la salud o, al menos, no hacer daño.

El médico antiguo se rige por una *ética de corte naturalista*, profundamente fisiológica, es decir, basada en el conocimiento de las leyes de la naturaleza y su orden interno. Se considera que el ser humano está inscrito en el orden natural, donde ocupa un lugar determinado que debe ser asumido como bueno. Del mismo modo que el Cosmos en su totalidad es ordenado y perfecto, con un equilibrio bien estructurado entre las partes que lo componen, así el cuerpo humano es un microcosmos, un orden a pequeña escala que se rige por las leyes naturales y cuya desarmonía o desequilibrio produce la enfermedad. Que la naturaleza sea un orden bueno quiere decir que su ley es incuestionable, porque es anterior y superior al ser humano contenido en ella. Esa ley es externa a los individuos y se les impone, por eso se denomina a este sistema *heterónomo*. La vida humana es la que se «ajusta» a su orden natural, ese es su *éthos*.

Heteronomía moral: la ley moral se impone al ser humano desde una instancia externa (la naturaleza, el creador), no es fruto de su razón, ni de su elección.

El bien del ser humano es aquello a lo que tiende por naturaleza: la realización plena de la vida, la felicidad, la actividad conforme a virtud. Y *las características de esa naturaleza ordenada son la verdad, la bondad y la belleza*. Esto quiere decir que cuando una persona está enferma, no sólo se produce una ruptura de la armonía en el orden fisiológico, sino también en el orden moral, producto de esa vinculación entre lo bueno, lo sano, lo verdadero y lo bello. Por eso el médico, conocedor del orden de la naturaleza, no sólo será el sanador del cuerpo, sino también del alma. Eso le confiere un rango especial y da como resultado una relación entre médico y enfermo que se ha mantenido hasta hace poco tiempo: la relación de obediencia. El enfermo (*infirmus*, débil), aquejado de una enfermedad y por tanto perdido su equilibrio, también en el orden moral, es alguien incapacitado para actuar o decidir. Por ello, es el médico quien debe actuar en pro del mayor bien del enfermo; he aquí el origen del principio de beneficencia, que no

se distingue del de no maleficencia porque hacer el bien y no hacer daño se consideran dos caras de la misma moneda.

Este tipo de relación puede denominarse «vertical» porque exige dos posiciones desiguales: la del enfermo, cuyo papel es la obediencia, y la del médico, claramente superior, pues es quien da las órdenes. Por eso podemos decir que es una relación «paternalista», en el sentido de que el médico actúa con el enfermo como un padre actuaría con su hijo: buscando su mayor beneficio, decidiendo lo que es mejor para él desde su conocimiento y experiencia.

En el modelo naturalista, el médico asume el papel de sanador del cuerpo y el alma, pues su labor es la de restablecer el orden perdido. El paciente es un sujeto pasivo.

2.2. El principio de autonomía y el consentimiento informado

Esta concepción del orden natural como orden moral entra en crisis en el siglo XVII, pues se empezará a plantear la cuestión de si es posible realmente conocer ese orden de la naturaleza. Así, surgirán preguntas: ¿Cómo podemos conocer el orden natural? Aún más: ¿existe ese orden o hemos querido verlo sin que estuviera realmente? Y si no podemos conocerlo, ¿de dónde lo hemos sacado? En una época de confianza en la razón humana, la respuesta no puede ser otra: quien construye la moral no es la naturaleza sino la razón.

Será I. Kant quien afirme que los seres humanos tienen la capacidad racional de otorgarse a sí mismos una ley moral. Por eso se consideran *autónomos*, es decir, constructores de un imperativo moral que establecen como ley universal de obligado cumplimiento. No se trata de subjetivismo, no significa que cada uno designe los fines de su acción, sino que pretenda la universalización de la norma, con el fin de lograr una ordenación total de la sociedad que permita la convivencia pacífica conforme a una actuación ordenada al deber. Ese deber moral, que el ser humano descubre dentro de sí es lo que le confiere una *dignidad* especial, que reclama el respeto. De ahí que el imperativo moral obligue a tratar a todos los seres humanos como fines en sí y no sólo como meros medios. Es decir, se impide la instrumentalización de los seres humanos. Estos tienen dignidad y no precio, por eso no pueden ser objeto de cambio o comercio, ni de trato degradante o valoración exclusivamente material.

Autonomía moral: los seres racionales se dan a sí mismos leyes morales, desde su libertad. Eso les confiere dignidad y por ello han de ser respetados.

La moralidad está basada, según Kant, en la *libertad*. Esta es su condición de posibilidad. Porque somos libres podemos actuar moralmente, pero eso nos exige ser responsables de nuestros actos, ser capaces de justificarlos. Si en la moral naturalista la ley era externa al individuo, quien quedaba obligado a su cumplimiento, «ajustando» su conducta al orden natural, en la moral autónoma la ley es interna, se descubre a través de la razón, y la obligación de cumplirla es un mandato de conciencia que inclina al deber, a la actuación correcta. Por eso es un ámbito de justificación y razonamiento, que exige responsabilidad.

No es raro que surja esta defensa de la libertad en plena época de la Revolución francesa. La defensa de la autonomía de la voluntad en el ámbito de la ética tiene su reflejo sociopolítico en las primeras declaraciones de derechos humanos: aquellas que reclaman los *derechos civiles y políticos*, es decir, la idea de libertad de elección, libertad de pensamiento, libertad para participar en la ordenación de la sociedad. A partir de este momento, el mundo occidental no volverá a ser el mismo, y la ética no puede entenderse de igual modo antes y después de Kant: ha alcanzado su mayoría de edad.

Tendremos que esperar al siglo XX para ver las repercusiones que tiene el reconocimiento de la autonomía de los individuos en el ámbito sanitario. La propuesta de Kant nos ha permitido considerar que el ser humano, como autolegisador, es un ser con capacidad de autogobierno. Es decir, el ser humano es un sujeto moral autónomo, alguien capaz de decidir moralmente desde su libertad y con su razón, y ser responsable de sus actos ante su propia conciencia. Por eso debe ser respetado como tal. El marco tradicional de la relación sanitaria en la que el enfermo era considerado incapaz de tomar decisiones morales y, por tanto, debía obedecer al médico, ya no tiene sentido. Es preciso articular un nuevo modelo que respete la autonomía del paciente, en él la relación será «horizontal», ya no hay una situación de paternalismo, sino un diálogo a la búsqueda del mejor curso de acción posible.

El médico no es ya el sabio «padre» que conoce lo mejor para el enfermo, sino un profesional con un conocimiento técnico que debe transmitir al paciente para que sea él, desde su propio sistema de valores, quien tome la decisión. Este nuevo modelo de relación se expresa en la teoría del consentimiento informado y es, en buena medida, origen de la bioética actual.

2.3. Los principios de no maleficencia y beneficencia a la luz de la autonomía

El principio de autonomía obliga a una reconsideración de los principios de no maleficencia y beneficencia. En el esquema naturalista, ambas cosas habían surgido unidas. La máxima del médico era ese «favorecer o al menos no perjudicar» en el que ambos elementos tenían vinculación. La misma que reflejaba el Informe Belmont. Ese esquema beneficentista es el que ha sustentado el objetivo de la tarea sanitaria: buscar el bien del enfermo. Sin embargo, en ese modelo clásico, el bien del paciente era algo que debía determinar el médico, conocedor del orden de la naturaleza y de los modos de restablecer la salud o aliviar el sufrimiento. Por eso es un esquema *paternalista*.

Sin embargo, al introducir el principio de autonomía no puede seguir manteniéndose este modo de entender la relación sanitario-enfermo. El reconocimiento de la capacidad de decisión y autogobierno de las personas imposibilita aceptar el paternalismo. El respeto a la autonomía nos lleva a considerar que el bien del paciente es algo que sólo puede decidirse desde el sistema de valores del propio enfermo. Es decir, que no puede haber un bien objetivo que sea válido para todos los individuos, sino que el bien es algo que pertenece a un ámbito privado, donde prevalece el ideal de vida de la persona implicada. Que sea bueno para una persona sólo ella puede decidirlo, pues el bien y el mal son elementos que ella determina desde su perspectiva, desde su jerarquía de valores, desde su proyecto vital (es decir, lo que espera de la vida, los planes que ha

elaborado, cómo se ve a sí misma en ese recorrido). Por tanto, *el principio de beneficencia está ligado indisolublemente al de autonomía*. Uno no puede entenderse sin el otro. El respeto a la autonomía supone entender la beneficencia a través de ella, y la beneficencia no puede ejercitarse sin pasar por la autonomía. Se ha producido una inversión completa del esquema anterior.

Teniendo esto en cuenta, es claro que *no puede seguir manteniéndose la unión de los principios de no maleficencia y beneficencia*. La determinación del bien del paciente no puede ser objetiva, pero sí puede serlo la elaboración del marco de mínimos que supone la no maleficencia. Es decir, no podemos decir qué es bueno para él, pues esto implica entrar en el ámbito subjetivo, privado, dotando de contenidos específicos el principio de beneficencia, pero sí podemos establecer un marco donde se apoyen esos bienes concretos. Ese marco viene definido por lo que es imprescindible para asegurar la supervivencia: evitar el daño. Por eso el principio de no maleficencia no es un principio meramente negativo. No sólo indica qué cosas no deben hacerse porque hacerlas causaría daño, sino que también establece qué cosas deben llevarse a cabo, según el acuerdo existente en la comunidad sanitaria, pues su omisión produciría un daño. Por tanto, se trata de hacer lo indicado (pues no hacerlo conculca este principio) y no hacer nada que pueda producir daño.

Pero hay que tener en cuenta que este «no hacer daño» no es absoluto, puesto que en ocasiones es preciso hacer un daño para evitar un mal mayor. Por eso resulta de importancia radical el *balance de daño y beneficio*, que será el que determine la acción. La situación de incertidumbre en que se mueve el acto sanitario lleva a que la decisión de actuar deba trabajar siempre con probabilidades y no con certezas, lo que hace que la determinación de los riesgos y beneficios de la intervención sea fundamental, pues la obligación moral de no hacer daño conlleva decidirse por la mejor acción técnica que se pueda ofrecer, sabiendo que, incluso aunque la decisión sea correcta, puede producirse el daño. De ahí que la exigencia de no hacer daño implique varios elementos: no dañar, hacer lo indicado y valorar los beneficios y riesgos potenciales para decidir en aquellas situaciones en las que es preciso hacer un daño para evitar un mal mayor.

Así, el principio de beneficencia ha quedado ligado a la autonomía, y el principio de no maleficencia se sitúa en un nivel de mínimos, de marco para la posterior decisión personal. Pero ese principio básico en la relación sanitaria necesita un complemento que establezca también un marco de actuación, esta vez a nivel social: se trata del principio de justicia.

2.4. *El principio de justicia*

La relación sanitaria, como todas las relaciones humanas, se da siempre en el contexto de la sociedad. En el ámbito sanitario, la sociedad se refleja en muchos elementos, desde el más privado y personal: la familia y los amigos, hasta los más alejados: la institución sanitaria, el sistema sanitario en general, o las leyes que ordenan la sociedad. Es preciso que exista algún modo de ordenar la sociedad y las relaciones entre los individuos, pues de otro modo sería imposible la convivencia: ese es el ideal de la justicia. Sin embargo,

la justicia se ha entendido de muy diversos modos. La historia de los modelos de justicia es la historia del pensamiento occidental, de sus sistemas socio-políticos y de sus modos de entender la ética.

En el mundo clásico, la justicia, como modo de armonizar las relaciones entre los miembros de la sociedad, se entiende como *justicia distributiva*, que regula el reparto de bienes y derechos conforme a una pauta de proporcionalidad. Se establecen así los beneficios y las obligaciones de cada uno. En el mundo griego, con una jerarquía perfectamente organizada, es claro que la proporción se ajusta al lugar que cada persona ocupa en el orden global. Así, en el ámbito de la relación médico-paciente, el médico, que encarna el bien común y ostenta la perfección moral, debe obtener honores (de aquí vendrá después el término «honorarios»), mientras que el paciente, que busca un bien particular (su salud), ha de dar obediencia y gratitud. La relación entre ambos no puede ser igualitaria, sino proporcional. Por eso la justicia se entiende como ajustamiento al orden de la naturaleza, según la proporción que a cada uno corresponde.

Esta idea de la justicia como «dar a cada uno lo que le corresponde» será básica a lo largo de la historia, si bien no se mantendrá el ideal de que la pauta de proporcionalidad venga dada por la naturaleza. En el mundo moderno se establece que lo que le corresponde a cada uno es lo que se ha pactado en un *contrato*. No es algo que esté predeterminado, sino que es fruto de un acuerdo social y político. Por eso exige una decisión racional que lo justifique, y que se expresa en el contrato, cuyo objetivo es alcanzar y mantener el bien común. La justicia será lo que se haya logrado como acuerdo para la convivencia. El sistema económico que corresponde a este esquema es el liberalismo. Y la sanidad no será ajena a este concepto: debe ser algo regido también por las leyes del libre mercado.

La perspectiva liberal conduce a una cierta desmesura, por una defensa exacerbada de las libertades individuales y un libre mercado desaforado que deja al margen a los más débiles. Por eso la idea de justicia sufre un nuevo cambio. K. Marx y F. Engels propugnan una *perspectiva socialista* que pretende corregir los defectos de las teorías liberales. Esto significa entender que la justicia no puede ser «dar a cada uno según lo que tiene», como se establecía en el esquema liberal, sino «dar a cada uno según sus necesidades», donde claramente se acentúa el papel del Estado en la distribución de las riquezas y cargas de la sociedad, intentando promover una igualdad que la defensa de la libertad del liberalismo no conocía.

Por ello surgirán los derechos humanos de segunda generación. No serán unos derechos negativos, basados en la libertad y conducentes al establecimiento y protección del marco de actuación de los individuos. Ahora se trata de *derechos sociales, económicos y culturales*, con un marcado carácter positivo: promueven determinados valores. Por tanto van más allá del mero respeto pasando a un enfoque más intervencionista, en el que se prima la igualdad de oportunidades. Por eso es una perspectiva más beneficentista, se trata de promover el bien de la sociedad, por igual, para todo el mundo. Lo cual lleva, por ejemplo, a la consideración de la asistencia sanitaria como un bien de consumo que debe ser cubierto de modo generalizado.

El desarrollo de este sistema dará lugar a una economía social, de corte más consecuencialista. No se trata de defender el principio de la libertad, sino de valorar las consecuencias dentro de un esquema de igualdad. Pero este sistema puede llevar de nuevo a un claro paternalismo, al ser el Estado quien decida qué es lo bueno para la sociedad y lo imponga como norma general. Por eso se producen cambios que dan lugar a un sistema mixto, en el que se ponen en conjunción el *laissez faire* de la democracia liberal, con la protección de los derechos básicos del estado social. Es lo que denominados *Estado de bienestar*. La justicia es una mezcla de libertad e igualdad, un intento de mediar entre la autonomía y la beneficencia. Para ello se establece un nivel de mínimos, constituido por los elementos considerados básicos, que deben ser protegidos y promovidos, dejando a la iniciativa individual el resto de los contenidos. Con esto se pretende lograr el bienestar común. En el ámbito sanitario, esto significa que han de articularse el derecho a la salud del liberalismo, con el derecho a la asistencia sanitaria del socialismo. De ahí que se extiendan los sistemas de seguro médico que aseguran un nivel de mínimos para todo el mundo. Sin embargo, surge aquí una nueva dificultad, derivada de una excesiva carga de prestaciones a ese sistema de bienestar. Si el respeto a la justicia significa el derecho a una asistencia sanitaria, aparece el problema de la gestión de recursos limitados que tiene que establecer preferencias, y donde prima una racionalidad económica.

A pesar de sus dificultades y diversos modos de entenderse, lo que resulta irrenunciable es que el principio de justicia, en cuanto regulador de la organización social y en cuanto base de las relaciones privadas entre las personas, sirve de marco básico para toda decisión ética. Esto es, se sitúa junto al principio de no maleficencia, que, una vez desligado del principio de beneficencia, ha quedado como un elemento básico que asegura el nivel de mínimos de la intervención sanitaria.

El principio de justicia asegura los mínimos en la dimensión social, como el principio de no maleficencia lo hacía en la dimensión individual.

3. Jerarquización de los principios

Después de lo dicho parece claro que los cuatro principios de la bioética se organizan de modo que algunos quedan dentro de una ética de máximos, o privada, y otros dentro de una ética de mínimos. No es este el lugar de entrar en una ardua discusión sobre la posibilidad de una jerarquización de los principios. Tal cuestión es de enorme importancia y revela algunas de las diferencias entre la bioética norteamericana –que no admite una ordenación y considera que el único modo de decidir qué principio habrá que aplicar en cada caso concreto depende de la situación y factores del caso– y la bioética europea, que asume la necesidad de establecer una jerarquía para evitar la arbitrariedad de la decisión casuística.

En este segundo modo de entenderlo es en el que nos situamos aquí. La jerarquización de los principios es útil para poder resolver algunos de los conflictos que se plantean cuando chocan entre sí y es imposible respetarlos todos. Sin embargo, no es

un mero argumento de utilidad el que justifica esta ordenación, sino algo más importante: la beneficencia y la autonomía son principios que se explican desde la referencia a un sujeto, portador de un sistema de valores, desde el cual define su proyecto vital y, conforme al cual, determina los bienes que le permiten llevarlo a cabo. Por su parte, los principios de no maleficencia y justicia se refieren más bien a aquellos elementos que aseguran la supervivencia, como base para la posterior toma de decisiones de carácter personal. El principio de no maleficencia asegura la vida de los individuos, mientras que el principio de justicia es la garantía de un trato igualitario en el acceso a aquellos bienes o servicios que permiten el desarrollo, en sociedad, de esa vida personal.

Es claro que la autonomía, en cuanto hace referencia a la libertad del individuo, tiene una preeminencia sobre el resto de los principios, porque se deriva del reconocimiento de la persona como ser digno de respeto y, por tanto, único responsable válido para sus propias decisiones. Lo que determine como bien, según su punto de vista, será el criterio adecuado para determinar cuándo una acción le es beneficiosa. De ahí la unión de esos dos principios. Este es un ámbito privado, en el que nadie puede ni debe interferir. Se refiere a los máximos a los que una persona aspira, los que dotan de sentido su actuación moral, la guía de sus comportamientos y convicciones.

Sin embargo, el ser humano no se restringe al ámbito de lo privado, sino que tiene también una dimensión pública, de convivencia con otros seres humanos. La libertad que se defiende para cada uno tiene que articularse con la igualdad de consideración para todos los demás. Por eso las relaciones entre los seres humanos deben regirse por una articulación de intereses, basada en el respeto mutuo y en la garantía de los mínimos para la convivencia.

**Prevalencia de unos principios
sobre otros: niveles**

Nivel 1: ética de mínimos

Principios exigibles. Ética del deber. Ámbito de los derechos de obligación perfecta → Nivel social.

- PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA
- PRINCIPIO DE JUSTICIA

Nivel 2: ética de máximos

Principios no exigibles, sólo deseables. Ética de la felicidad. Ámbito de los derechos de obligación imperfecta → Nivel personal.

- PRINCIPIO DE AUTONOMÍA
- PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

En el nivel de *mínimos*, que se refiere a lo público, es donde se sitúan los *principios de no maleficencia y de justicia*. El primero asegura la integridad física de las personas. Es la garantía de que los seres humanos no serán dañados, ya sea por ejecución de una acción dañina o por omisión de una acción debida para evitar el daño. El segundo asegura la no discriminación, el acceso igualitario a los bienes y recursos sociales (en este caso, sanitarios), el trato adecuado conforme a las pautas socialmente establecidas. Por eso, estos dos principios se sitúan en un nivel anterior al de los principios del nivel de máximos, pues han de estar asegurados. En caso de que se produzca un conflicto entre los principios, parece claro que han de garantizarse los mínimos, que son los que posibilitan los máximos, el nivel privado. Así, por más que la defensa de la libertad personal sea importantísima, esta no puede poner en peligro las obligaciones de justicia.

Este sistema de principios ha tenido un gran éxito. Desde la formulación de los principios de la bioética por Beauchamp y Childress, y a pesar del tiempo transcurrido, se puede decir que hay un amplísimo consenso en su utilización, y aquellos que mantienen posiciones discrepantes lo hacen en confrontación con el sistema principialista. Por tanto, se puede decir que los principios de la bioética son una piedra clave en el edificio de la reflexión sobre los problemas éticos de las ciencias de la vida y de la salud. Nadie es ajeno a ellos, ya sea para defenderlos o para criticarlos.

Los principios no son absolutos ni incuestionables, ni son ajenos a la evaluación de las consecuencias. Los principios que guían la acción son la garantía de racionalidad y prudencia exigible en la deliberación moral. Lo cual no obsta para que la tarea quede aún por hacer: la elaboración y consenso sobre los principios no nos exime de la labor de pensar y dialogar para lograr una decisión razonada y razonable. Esa tarea deliberativa es fundamental y principal en la toma de decisiones. Los principios orientan ese proceso, pero no lo eliminan. Por otro lado, los principios son revisables porque su construcción es histórica y, por tanto, han de estar atentos al dinamismo de la sociedad y a la evolución del pensamiento ético, han de recoger los cambios que se vayan produciendo, cuando haya fundamentos que legitimen y justifiquen renunciar a los principios previamente existentes.

4. Metodología de la bioética

La fundamentación es una tarea absolutamente esencial, en la que es necesario extremar el rigor, pues en ella nos estamos jugando las razones de nuestras opciones y, por tanto, se exige el máximo de precisión y profundización. Pero no podemos tampoco descuidar la tarea de resolución de los problemas concretos. La realidad nos reclama con imperiosa urgencia y no podemos desatender sus demandas. Hay que resolver conflictos y dar respuestas a los interrogantes que van surgiendo. Y hay que hacerlo de modo eficaz, adecuado y certero. Si la corrección técnica no va acompañada de una correcta toma de decisiones morales, sin duda estaremos deteriorando la labor sanitaria.

Para ello se necesita un buen procedimiento. Un método que nos permita tomar decisiones rápida y fiablemente. Por supuesto, nada nos asegura no cometer una equivocación. En cuestiones de moral –como en muchos otros aspectos de la vida

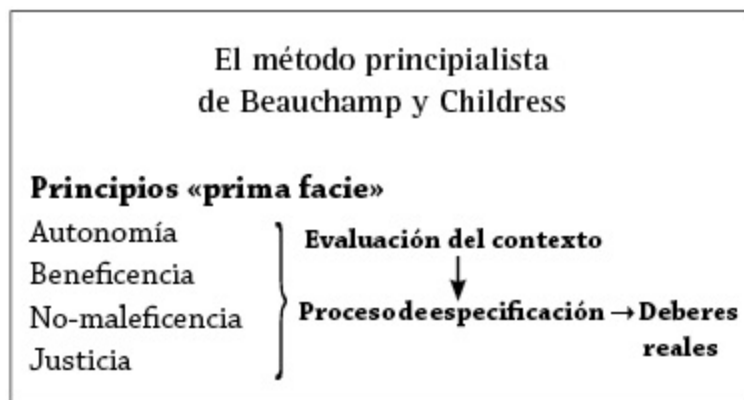
humana donde reina la incertidumbre, como en la sanidad– es imposible saber si uno ha dado con la respuesta acertada, pero sí es exigible que, al menos, hayamos decidido del modo más justificable posible, determinando la mejor de las opciones disponibles y asumiendo las consecuencias que de ello se deriven.

Un buen método es una garantía de que el proceso de toma de decisiones sigue un camino adecuado. Por eso es importante seleccionar con cuidado el procedimiento a utilizar. No todos los métodos sirven igual a todos los fines. En el caso de la bioética, se han ido articulando diversos modelos metodológicos, cada uno de ellos ligado a unos presupuestos y fundamentos propios. En todos ellos hay un elemento común: tratan de proponer un modo de tomar decisiones en un ámbito que siempre ha de contar con probabilidades y no con certezas, por tanto, están basados en la prudencia.

4.1. *El método principialista*

Los autores de los principios de la bioética, Beauchamp y Childress, defendieron un procedimiento de decisión basado en tales principios. Sin embargo, recordemos que ellos no establecen una jerarquía entre los cuatro principios de modo que, en situación de conflicto, la decisión sobre cuál de ellos ha de prevalecer se toma a partir de las circunstancias del caso concreto. En la medida en que todos los principios son del mismo rango, la primacía de uno de ellos sólo puede determinarse mediante un consenso entre los implicados, a la vista de la situación. Por tanto hay una clara apuesta por un sistema más consecuencialista, a pesar de trabajar, inicialmente, con principios.

Los principios son concebidos como un punto de partida que debe interpretarse después en el contexto de su aplicación. Son «*prima facie*», obligan siempre, a menos que entren en conflicto con obligaciones expresadas en otro principio moral. En tal caso la opinión de Beauchamp y Childress es que es necesario sopesar las demandas de cada uno de los principios, y será el contexto el que determine qué principio debe prevalecer.



4.2. *El método casuístico*

La perspectiva casuística es la que ha logrado imponerse en el ámbito norteamericano. En este método se otorga clara importancia a la evaluación de las características particulares del caso. No interesan los principios ni normas generales, ni hay pretensión

alguna de que estas sean universalizables. El modo de proceder casuístico parte de la convicción de que no es posible establecer un principio de acción común, de modo que la toma de decisiones ha de ser específica para el caso en cuestión. Puesto que las circunstancias y características de cada situación concreta son únicas e irrepetibles, es inútil buscar pautas que sean aplicables universalmente. Además, ello implicaría perder la riqueza del caso y eliminar los matices y peculiaridades del mismo, en aras de una presunta y abstracta universalidad que no corresponde a nadie ni a nada en particular. Por eso defiende, a lo sumo, el establecimiento de unas máximas de actuación que orientan, por medio de la analogía con casos-paradigmáticos, la resolución de los conflictos.

Por ejemplo, la propuesta de Jonsen, Siegler y Winslade es determinar con mucha precisión todos los factores que concurren en el caso: preferencias del paciente, criterios médicos, determinación del nivel de calidad de vida, y factores socioeconómicos. Con todo ello se establece una deliberación, en la que se toman en consideración esos cuatro elementos, considerando que el primero es de mayor importancia que el siguiente, y sucesivamente, en un criterio progresivo. Esta ordenación permite establecer unas máximas de actuación, es decir reglas de acción basadas en una idea común, sin pretensión de convertirse en principios universales, que servirán para decidir, conforme al criterio de unos expertos que entran en deliberación.

El método casuístico de Jonsen, Siegler y Winslade

En cada caso clínico deben tenerse en cuenta cuatro parámetros, y todos ellos han de ser evaluados:

Indicaciones médicas

Cuál es el problema médico del paciente. Diagnóstico y pronóstico. Objetivos del tratamiento. Probabilidades de éxito. Alternativas en caso de fracaso terapéutico. Cómo se puede beneficiar al paciente sin hacerle daño (atención médica y de enfermería).

Preferencias del paciente

Evaluación de la capacidad del paciente. Preferencias expresadas. Información que ha recibido. Comprensión y aceptación de la información. Consentimiento informado. Cómo se puede respetar mejor su derecho a elegir.

Calidad de vida

Perspectivas del paciente de recuperar su vida normal. Carencias físicas, mentales y sociales previsibles. Prejuicios que pueden influir en la evaluación del profesional respecto a la calidad de vida del paciente. Situación actual o previsible susceptible de pensar que no vale la pena vivir. Posibles razones para justificar rechazo de tratamiento. Cuidados paliativos previstos.

Aspectos contextuales (social, económico, jurídico y administrativo)

Factores que pueden influir en decisiones de tratamiento: Factores familiares; factores

vinculados a profesionales sanitarios; factores económicos o financieros; factores religiosos o culturales. Límites a la confidencialidad. Problemas de asignación de recursos sanitarios. Cuestiones legales implicadas. Investigación o docencia clínica afectadas. Conflictos de intereses en los profesionales sanitarios o en la institución.

4.3. *El método mixto*

El enfoque mixto quiere salvar las dificultades del principialismo y del casuismo, asumiendo que el primero carece de la flexibilidad suficiente para atender a la realidad de los casos concretos y a las consecuencias de las decisiones que se toman, y que el segundo puede incurrir en una arbitrariedad fruto de la ausencia de principios. Este modelo, defendido por D. Gracia, tiene la virtud de buscar una complementación entre unos principios bien fundamentados, que pueden ordenarse jerárquicamente, y un análisis prudente de las consecuencias derivadas de su aplicación, que evite el peligro de que los principios se conviertan en algo absoluto. El proceso de análisis va pasando por varios niveles:

1. *Sistema de referencia*: el punto de partida de todo proceso de decisión racional es la constatación de que el ser humano es un ser moral y que por tanto exige respeto a su dignidad.
2. *Análisis de principios (nivel deontológico)*: concreciones históricas de esa norma general. Principios que establecen una pauta de moralidad y se establecen como obligaciones morales de deber, pero que no pueden ser considerados absolutos, pues son fruto de una época y de una cultura, y han de atender a la realidad y a las consecuencias. En nuestro caso, los principios de la bioética, ordenados conforme a dos niveles de exigencia
 - Nivel mínimo o de obligado cumplimiento (ámbito de lo correcto): Principios de no maleficencia y de justicia.
 - Nivel máximo o de ámbito privado (ámbito de lo bueno): Principios de autonomía y beneficencia.
3. *Análisis de las consecuencias (nivel teleológico)*: el ámbito de los principios no agota la moral. Es claro que las circunstancias del caso y las consecuencias derivadas de decidir uno u otro curso de acción también son importantes a la hora de elegir. Por eso es preciso prestar también atención a las consecuencias, tanto a nivel objetivo como subjetivo, que se derivarán de la aplicación del principio. Desde aquí se pueden justificar excepciones a la norma.
4. *Toma de decisiones y justificación*: es preciso tomar una decisión, y conviene, para ello, contrastar el caso con los niveles anteriores. La decisión no ha de estar en contra del sistema de referencia, ha de ser conforme a principios o ha de ser posible justificar una excepción desde las consecuencias. Con ello podemos estar ciertos de que la decisión tomada ha sido metodológicamente correcta.

Principialismo jerarquizado de Gracia

Pasos del método:

1. Sistema de referencia moral.

2. Principios:

Nivel de mínimos: justicia, no maleficencia.

Nivel de máximos: beneficencia, autonomía.

3. Consecuencias (objetivas y subjetivas).

4. Verificación moral.

La aplicación de este modelo, según Gracia, es viable utilizando una herramienta familiar para los sanitarios: la historia clínica. Los problemas morales arrancan de la situación clínica del paciente, por ello es preciso analizar minuciosamente la «historia clínica por problemas», es decir, aquella en la que no sólo se toman datos descriptivos, sino en la que se especifican los problemas planteados. Los problemas morales serán, así, parte de los problemas médicos y se tratarán como elementos constitutivos de la historia clínica del paciente. De hecho, la buena historia clínica es un requisito imprescindible para poder hacer un buen análisis ético. Esto significa que ha de cambiar el concepto restrictivo de salud que entiende esta como un dato biológico. La salud es un concepto global que atañe a la biografía del individuo. Por eso en la historia han de aparecer más datos que los meramente clínicos. Además, los datos consignados deben ser aportados por las diversas partes implicadas: el equipo médico, el propio paciente, el personal de enfermería, la familia, etc. Sólo con esta perspectiva múltiple se puede dar constancia de los problemas planteados. La idea de fondo es que la historia sea un conjunto de informaciones que permitan evaluar los problemas desde una perspectiva global.

Elementos de la historia clínica

- Datos clínicos: datos de identificación, anamnesis, antecedentes y exploración
- Problemas detectados:
 - a) problemas clínicos (biológicos)
 - b) problemas humanos (biográficos): que incluyen problemas económicos, jurídicos, y éticos
- Evolución de los problemas (a y b)
- Informe de alta

Una vez presentada la metodología, podemos resumir los pasos que habría que seguir para analizar éticamente un caso clínico, cuando este se presente:

Pasos a seguir en el análisis de un caso

1. Aclarar la historia clínica, como conocimiento básico del caso (datos importantes a tener en cuenta, diagnóstico diferencial, cursos de acción posibles, etc.).

2. Identificar cuáles son los problemas éticos del caso (pueden ser varios y estar entrelazados entre sí; es importante tratar de delimitarlos todos y cada uno de ellos, para evitar confusiones).
3. Seleccionar el problema a analizar (no pueden discutirse todos a la vez, ya que esto genera desorden e imposibilita la deliberación, es deseable ir uno por uno).
4. Detectar qué factores, circunstancias, principios y argumentos entran en juego.
5. Identificar los principios de la bioética que están implicados.
6. Resolver el posible conflicto de principios conforme a su jerarquía.
7. Resolver el posible conflicto de consecuencias y principios, por si hubiera de establecerse una excepción a la regla general.
8. Tomar la decisión final, cuidando de no romper el sistema de referencia inicial, es decir, la premisa básica de la moralidad (el ser humano tiene dignidad, a todos los seres humanos se les debe por ello igual consideración y respeto).

4.4. *La deliberación*

La toma de decisiones se basa en el diálogo prudente a la búsqueda de las posibles soluciones razonadas a un conflicto, atendiendo a la peculiaridad de las circunstancias concretas que concurren en la cuestión sobre la que se delibera. La deliberación tiene una dimensión prospectiva hacia el futuro, buscando soluciones a los conflictos planteados, pero insiste más en el proceso de transformación en el que los participantes enriquecen sus perspectivas discutiendo racionalmente. Esto quiere decir que se producen verdaderos cambios en las posiciones defendidas y que por ello tiene una dimensión de crecimiento y aprendizaje, pero no es imprescindible lograr un acuerdo unánime, pues es perfectamente posible que haya argumentos razonables para defender perspectivas inconciliables. Es decir, es posible que haya más de una solución prudente ante el mismo problema. Y no hay criterio para determinar cuál es la óptima, más allá de la razonabilidad de los argumentos empleados para justificarla. Quien ha de tomar la decisión tendrá la responsabilidad de elegir el curso de acción, después de haber llevado a cabo el proceso deliberativo.

Esto genera una evidente dificultad a la hora de resolver conflictos, pues no es claro que siempre sea posible lograr una solución consensuada. Sin embargo, son varias las ganancias obtenidas: en primer lugar, el diálogo posibilita una relación humana de respeto y escucha recíproca; en segundo lugar, existe una voluntad de entendimiento que promueve la búsqueda del acuerdo y la resolución del conflicto, y, en tercer lugar, el esfuerzo por intentar comprender los argumentos diferentes da lugar a cambios que enriquecen a los participantes en la deliberación –por lo cual, es recomendable que quienes han de tomar una decisión formen parte de ese proceso.

La deliberación es un proceso mental para tomar una decisión de modo razonable: un análisis racional de circunstancias y consecuencias para buscar la solución óptima (curso de acción preferente) a un problema.

- Es un razonamiento práctico (no teórico), basado en el diálogo.
- Evalúa circunstancias y consecuencias.
- Su objetivo es tomar decisiones.

- Se proyecta hacia el futuro: carácter contingente e incierto (no alcanza certeza, aunque sí racionalidad).

Es posible elaborar un método de toma de decisiones basado en la deliberación. En el cuadro de la página siguiente se recoge la propuesta de D. Gracia.

5. Los comités de bioética

Una de las vías para realizar el proceso de deliberación en el campo de la bioética ha sido la creación de *comités*, es decir, grupos interdisciplinarios, plurales y abiertos, que tienen la misión de tomar decisiones en situaciones de conflicto. La validez de los comités se cifra, básicamente, en la idea de que el diálogo entre todos los afectados, o al menos una parte de ellos o sus representantes, es imprescindible para decidir.

Método basado en la deliberación (D. Gracia)

1. Deliberación sobre los hechos

- Presentación del problema (anamnesis).
- Aclaración de los «hechos» del problema (datos clínicos).

2. Deliberación sobre los valores

- Identificación de problemas morales implicados (valores que pueden resultar dañados).
- Identificación del problema moral fundamental.
- Identificación de los valores en conflicto.

3. Deliberación sobre los deberes

- Identificación de cursos de acción extremos (dilema).
- Identificación de cursos de acción intermedios (prudencia): varias posibles soluciones.
- Identificación del curso óptimo de acción (el que lesiona menos valores en conflicto, teniendo en cuenta las circunstancias y consecuencias de la decisión, y es prudente).

4. Deliberación sobre las responsabilidades finales

- Pruebas:
 - Tiempo (no precipitación).
 - Publicidad (se puede argumentar públicamente: universalización).
 - Legalidad.
- Decisión final: la toma el responsable del caso.

Los *comités de ética* son grupos de reflexión y/o decisión cuyo objetivo principal es abordar los problemas éticos que surjan, normalmente en un ámbito profesional, ya sea con la intención de ofrecer guías y consejos para la actuación u orientaciones para la toma de decisiones, de establecer pautas deontológicas de obligado cumplimiento, de juzgar y supervisar las acciones llevadas a cabo, de analizar los conflictos más habituales en dicho campo, o de esclarecer los bienes internos a la tarea.

Los comités abarcan un amplio espectro de actividades, dependiendo de la función para la que hayan sido constituidos, de la institución en la que se ubiquen, o de las

dependencias y controles que hayan de observar. La proliferación de comités de ética, en ámbitos tan diversos como el sanitario, el político, el empresarial o el periodístico, es fruto de la velocidad de los *cambios sociales*; de la conciencia de que *las respuestas son múltiples* y exigen una compleja articulación de intereses y valores; y de la convicción de que el *diálogo* entre distintas personas, en el que se pongan de manifiesto los diferentes argumentos, es la única manera de encontrar soluciones a los problemas planteados, si queremos evitar las imposiciones derivadas del poder o la fuerza.

La tarea de los comités de ética es una delicada labor de pensamiento en forma de deliberación, lo cual supone pensar de un modo no apodíctico, considerando que la verdad no es algo que pueda encontrarse si no es por medio de la contemplación de las diversas perspectivas, y de la evaluación de las razones que subyacen a ellas. Por eso es precisa una buena dosis de humildad intelectual, una actitud de diálogo, y una convicción en la posibilidad del acuerdo como vía de resolución de los conflictos.

Los *comités de bioética* son uno de los tipos de comités éticos, quizá el que más se ha desarrollado y sobre el que más se ha reflexionado. Son la herramienta práctica más evidente y el lugar más idóneo para la aplicación del trabajo de la bioética y constituyen un modelo de indudable eficacia, si bien de dificultad evidente.

Los *comités de bioética* son estructuras de diálogo y decisión bioética, es decir, que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la investigación o en la práctica clínica.

Los comités de bioética tuvieron su origen en los años sesenta en Estados Unidos. Los conflictos generados por las nuevas tecnologías biomédicas exigían nuevos modos de resolución que aún no se habían articulado. Por ejemplo, en 1960, se instaló el primer centro de diálisis en Seattle. Este avance, capaz de salvar muchas vidas, generó sin embargo rápidamente un problema: ¿cómo seleccionar a los pacientes cuando los criterios médicos habían agotado su capacidad de ordenarlos? Para ello se designó un comité, encargado de la jerarquización de prioridades. Una decisión técnica no es suficiente. Se requiere una decisión ante un conflicto moral y, para ello, puesto que se trata de temas muy serios que tienen repercusiones en muchas personas, se precisa una deliberación cuidadosa. Un grupo de personas con intereses y formaciones diferentes, puede aportar una racionalidad rica en perspectivas que tome una decisión prudente.

A partir de los años setenta en Estados Unidos comenzaron a extenderse los comités en instituciones sanitarias. Algunos de ellos estaban dedicados a temas específicos, como las decisiones en casos de incompetencia, poco a poco fueron pasando de ser comités *ad hoc*, a establecerse como grupos estables para colaborar en la toma de decisiones en cualquier conflicto ético que se planteara en un hospital. En España, estos comités comenzaron a implantarse en los años noventa. Este tipo de comités son los denominados «Comités de Ética Asistencial», cuya finalidad es resolver los conflictos éticos que surgen en el ámbito hospitalario, referentes a la asistencia.

Los *Comités de Ética Asistencial* se definen como una comisión consultiva e interdisciplinar, creada para analizar y asesorar en la resolución de posibles conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica en las instituciones sanitarias, a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de

dicha asistencia sanitaria.

Son, por tanto, grupos de personas que provienen de campos y formaciones diferentes, con lo cual se logra que sea *interdisciplinar* y que haya una representación de diversos intereses y puntos de vista. El comité lleva a cabo labores de deliberación ante los casos concretos que se presentan, pero su tarea es siempre *consultiva*, es decir, sus decisiones no son vinculantes. La responsabilidad de la decisión final compete a la persona implicada. Así, por ejemplo, en el caso de un conflicto entre un médico y un paciente, el comité elabora un informe en el que, habiendo analizado en profundidad el caso, habiendo hablado con los implicados y teniendo en cuenta la legislación vigente, sugiere o aconseja determinado curso de acción. Esa consulta puede o no ser tomada en cuenta por la persona que haya solicitado la intervención del comité. Los informes de los comités no tienen validez jurídica y la misión del comité no es actuar en este sentido, sin embargo, se empiezan a tomar en consideración en las decisiones que llegan a la vía judicial.

Además de la resolución de casos, el Comité suele llevar a cabo otras tareas, como la elaboración de *informes* que sirvan de pauta en aquellos problemas éticos que se presenten de manera recurrente (como la atención a los Testigos de Jehová, o la elaboración de documentos de consentimiento informado); la *formación* en bioética, no sólo de los miembros del grupo, sino de todos los profesionales del hospital y del área de salud; la *asesoría* en todas las dudas o conflictos de índole ética, que pueda contribuir a una mejora de la calidad asistencial, que es, en definitiva, su objetivo principal. El carácter *independiente* del Comité permite que estas tareas se lleven a cabo en libertad y sin coacción de ningún tipo. El Comité no se debe a nada salvo a la calidad de la atención sanitaria, y por ello su labor es altruista y *desinteresada*. La regulación y acreditación de los Comités es competencia de las Comunidades Autónomas.

Existen otros comités: los «*Comités Éticos de Investigación Clínica*», que velan por la calidad de la investigación biomédica, y por la protección de los sujetos humanos que en ella participan. También hay *Comités a nivel nacional o internacional*, con un marco de actuación mucho mayor y más alejado de la práctica cotidiana. Su objetivo es elaborar informes y establecer acuerdos que sirvan como pauta para las reglamentaciones más particulares. En España existe el Comité de Bioética de España, previsto por la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, y que se establece, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, como órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud. A nivel internacional pueden citarse por ejemplo el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO, el Comité de Ética sobre la Ciencia y las Nuevas Tecnologías de la Unión Europea, o el Comité Director de Bioética del Consejo de Europa.

Tipos de comités de bioética

- Comités de Ética Asistencial.
- Comités Éticos de Investigación Clínica.

- Comités Nacionales e Internacionales de Bioética.

Ideas clave

- La fundamentación de la bioética permite evitar los dogmatismos y también los procedimentalismos vacíos. Por eso, como tarea de justificación, es esencial e irrenunciable.
- La fundamentación implica respeto, diálogo y ausencia de imposición.
- Hay muchos y variados modelos de fundamentación. Se pueden agrupar en enfoques teleológicos (que evalúan las acciones morales en función del fin que se ha de lograr) y deontológicos (que evalúan las acciones morales en función del cumplimiento de normas o principios que salvaguardan valores básicos).
- El enfoque principialista es el que ha tenido más éxito en la bioética. Arranca de los principios expuestos en el Informe Belmont en 1978.
- Los principios de la bioética, tal como los definen Beauchamp y Childress, son: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.
- Cada uno de los principios es deudor de un enfoque de fundamentación diferente: la beneficencia y la no maleficencia remiten al ideal naturalista; la autonomía remite al modelo kantiano, y la justicia se explica en función de los diversos modos de entenderla a lo largo de la historia.
- Es posible establecer una jerarquía entre los principios, basándonos en la distinción entre los mínimos y los máximos. Según ella, los principios de no maleficencia y justicia son de mínimos, y los principios de autonomía y beneficencia son de máximos.
- La respuesta a los problemas y conflictos de valores requiere un procedimiento ágil y adecuado.
- Existen diversos métodos en bioética.
- La aproximación principialista parte de la existencia de unos principios morales que se aplican a los casos concretos. Pueden ser demasiado rigurosos, pero son más universalizables.
- Entre las aproximaciones principialistas, la más conocida es la de Beauchamp y Childress, quienes establecen cuatro principios *prima facie* (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia) que han de convertirse en deberes reales a través de un proceso de especificación, analizando el contexto.
- La aproximación casuística es más eficaz en el análisis de las circunstancias concretas y las consecuencias de los casos. No admite la existencia de principios morales abstractos. Promueve la búsqueda de máximas de actuación obtenidas a partir del criterio prudente. Es más flexible, pero puede llegar a ser arbitraria.
- El método mixto intenta aunar las aproximaciones principialista y consecuencialista, de modo que se complementen. Se afirman unos principios jerarquizados, y se evalúan las circunstancias y consecuencias de los casos, buscando una reafirmación de los principios o la justificación de una excepción.
- La deliberación es un proceso de toma de decisiones que incorpora una actitud de diálogo y respeto. Se buscan argumentos razonables para justificar las opciones

morales, que se someten a prueba. El objetivo es alcanzar soluciones prudentes.

- Los comités de ética son grupos interdisciplinarios, plurales y abiertos, cuyo objetivo es tomar decisiones en situaciones de conflicto. Su labor es eminentemente deliberativa.
- Existen comités de ética con diversas funciones y ámbitos de intervención. Todos ellos asumen la diversidad de respuestas y recurren al diálogo como vía para encontrar soluciones.
- Los Comités de bioética son un tipo de comités cuya finalidad es clarificar y resolver los conflictos de valores que se presentan en la investigación o en la práctica clínica.
- Hay tres tipos generales de comités de bioética: Comités de Ética Asistencial, Comités Éticos de Investigación Clínica y Comités nacionales o internacionales de bioética.
- Los Comités de Ética Asistencial son comisiones consultivas e interdisciplinarias creadas para ayudar a la resolución de conflictos éticos en el entorno sanitario, ampliar la formación en bioética y asesorar en cuestiones éticas relacionadas con la asistencia.
- Los Comités Éticos de Investigación Clínica son comisiones interdisciplinarias que velan por la calidad de la investigación biomédica y por la protección de los sujetos humanos que en ella participan. Sus informes son preceptivos para la realización de cualquier ensayo clínico.
- Los Comités nacionales e internacionales de bioética elaboran informes y establecen acuerdos que sirven como pauta para las reglamentaciones particulares.

Lecturas

- ABEL F. (1999), *Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*, en A. COUCEIRO (ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 241-267.
- BEAUCHAMP T. L.-CHILDRESS J. F. (1979), *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, Nueva York (trad. esp.: *Principios de ética biomédica*, Masson-Salvat, Barcelona, 1999).
- CORTINA A. (1996), *Comités de ética*, en O. GUARIGLIA (ed.), *Cuestiones morales*, Trotta, Madrid, 291-306.
- Documento del Insalud sobre Comités Asistenciales de Ética, Propuesta para su creación y acreditación, 1994.
- FEITO L. (2002), *Comités de Ética*, en F. ALARCOS-J. GARCÍA (dirs.), *10 Palabras clave en humanizar la salud*, Verbo divino, Estella, 189-228.
- FERRER J. J.-ÁLVAREZ J. C. (2003), *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Universidad P. Comillas-Desclée de Brouwer, Bilbao.
- GILLON R. (ed.) (1994), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley-Sons Ltd, Chichester.
- GRACIA D. (1989), *Fundamentos de Bioética*, Eudema Universidad, Madrid.
- *Cuestión de principios*, en L. Feito (ed.) (1997), *Estudios de bioética*, Dykinson, Madrid, 19-42.
 - (1990), *¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 108, nº 5-6, pp. 570-584.
 - (1991), *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid.
 - (1998), *La ética de los Comités de Ética*, en *Bioética Clínica*, Ed. El Búho, Santa Fe de Bogotá.
 - (2004), *Como arqueros al blanco*, Triacastela, Madrid.
 - (dir.) (2007), *La bioética en la educación secundaria*, Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid.
- JONSEN A. R.-TOULMIN S. (1988), *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning*, University of California Press, Berkeley.
- JONSEN A. R. (1995), *Casuistry: an alternative of complement to principles?*, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol. 5, nº 3, pp. 237-251.
- JONSEN A. R.-SIEGLER M.-WINDSLADE W. (2005), *Ética clínica*, Ariel, Barcelona.
- MARTÍNEZ J. L. (ed.) (2003), *Comités de bioética*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH (1978), *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*,

Bethesda, Maryland.

REYES M. DE LOS-SARABIA J. (eds.) (2000), *Comités de Ética Asistencial*, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid.

PARTE II: La ética de la enfermería



4. La profesión de enfermería

La enfermería ha ido pasando por distintas etapas en las que siempre ha estado presente la labor del cuidado. Su tarea, centrada en la ayuda a las personas, ha sido un elemento básico del mundo sanitario que, cada vez más, le ha ido exigiendo una formación, una dedicación y un ejercicio correcto de actividades cada vez más amplias y complejas. Los profesionales de enfermería, antes sirvientes obedientes del médico, han ido logrando en el siglo XX un puesto en la sociedad desde el que reclaman ser considerados profesionales. La misma transformación que se está produciendo en la relación entre pacientes y sanitarios, en la que ya no es posible sostener un patrón paternalista de obediencia, se da en la enfermería, que abandona su rol de sumisión para defender su *autonomía moral* y su *responsabilidad con el paciente*. Esto ha originado un profundo debate acerca de la misma enfermería, de su definición y de las razones que animan su quehacer, en la convicción de que se ha producido una transformación que ya no admite vuelta atrás y que exige una reflexión seria sobre el significado de la enfermería y una fundamentación sólida para su reclamación de profesionalización. La tarea es suficientemente relevante como para que exija una reflexión pausada y un diálogo interno de la propia enfermería. Para ello es preciso distinguir varios niveles de análisis:

- (a) La *reflexión sobre la práctica de la enfermería*, su sentido y significación, tarea de una filosofía de la enfermería que se realiza desde fuera y desde dentro de la propia práctica enfermera, para alcanzar un consenso acerca de qué significa ser profesional de enfermería y cómo puede realizarse esta labor en un contexto específico.
- (b) La *ética de la enfermería*, que, a su vez, se divide en dos niveles:
 - (b1) la reflexión sobre los patrones o cánones éticos que rigen el quehacer enfermero, es decir, los *principios* desde los que puede comprenderse la práctica enfermera –donde tiene mucho que decir la bioética–, la parte de fundamentación, y
 - (b2) el nivel de *resolución de conflictos* concretos que surgen en la práctica, es decir, la parte de aplicación. Teniendo en cuenta que esos conflictos se refieren a la controversia suscitada por una confrontación entre sistemas de valores diferentes, o a la duda razonable acerca del curso de acción que es más acorde con el respeto a la dignidad de las personas.
- (c) Un tercer nivel es el de la *gestión del ejercicio de la enfermería*, donde se tomen en consideración las cuestiones referentes al lugar que ocupan los profesionales de enfermería en la sociedad, las características de las instituciones sanitarias, la viabilidad de los cambios legislativos, etc. Porque es preciso que se plantee un diálogo abierto en el que participen enfermeras y enfermeros, las instituciones sanitarias, el conjunto de la sociedad. Sólo con ello se logrará una verdadera

transformación. En muchos casos, además, los cambios de la enfermería serán viables sólo si hay modificaciones sustanciales a nivel institucional, o si reciben un apoyo de los colegios profesionales. Por eso es importante distinguir el nivel de reflexión personal, que cada profesional de enfermería ha de hacer para ser un buen profesional, y el nivel de reflexión colectiva, que dará cauce para esa acción individual.

Para poder analizar la reclamación de profesionalización que la enfermería lanza a la sociedad, es preciso conocer previamente cuáles son los rasgos que definen las profesiones y qué elementos hay que tomar en consideración en esta cuestión.

1. Qué es una profesión. La enfermería como profesión

Definir una profesión en nuestros días implica tomar en consideración una transformación que se ha venido produciendo progresivamente: el creciente interés por hacer que todos los oficios o trabajos sean profesiones y, al mismo tiempo, la mayor valoración social de las profesiones sobre cualquier otro tipo de actividad. En nuestra sociedad, ser profesional es sinónimo de tener una cierta importancia, de haber conseguido un reconocimiento, de tener una gran capacitación técnica. Y, efectivamente, estos rasgos son los que definen una profesión, pero lo cierto es que no todas las actividades tienen tales características. Esto no significa que su importancia sea menor. El gran error de esta concepción reside en considerar que sólo las profesiones son relevantes y que confieren un grado de mayor dignidad a quienes las ejercen. Hay que recuperar una idea más abierta de la sociedad. Todas las actividades que en ella se realizan tienen una cierta importancia, y puede ser tan necesario un oficio como una profesión. Por eso hay que utilizar otra perspectiva para el análisis de las profesiones. Para ello conviene recurrir al origen del término y al concepto actual de profesión.

Profesión deriva del latín *professio* y significa «profesar», es decir, hace referencia a proclamar, prometer o confesar en alto, por tanto también guarda relación con un compromiso público. El verbo *profiteor* tiene este significado, de él derivaría el *profiteri se medicum* de Cicerón: ser reconocido o confesarse públicamente como médico. De aquí el *profiteri medicinam*, enseñar medicina, que será también lo que dará lugar a que *profiteor* adquiriera el sentido de enseñar, de ahí el profesor.

Esto quiere decir que el sentido primario del término «profesión» se refiere a ese *compromiso* que después, en la Edad media, se concibe sobre todo como consagración (en relación con las órdenes monásticas). Este es el sentido que ha ido adquiriendo la palabra y que se conserva hasta la actualidad. Profesión es, así, confesión pública y consagración religiosa. Un sentido tremendamente fuerte que, obviamente, no se mantiene con toda su vigencia en el concepto actual, pero que sí nos da idea de lo que encierra en sí. Las profesiones tienen un sentido de entrega, de dedicación plena de la vida de una persona, y por ello conllevan un sentido moral, un acto de compromiso radical que, por tanto, incorpora la idea de responsabilidad, o lo que es lo mismo, será una actividad de la que habrá que «dar respuesta», responder por ella, dar justificación

del acto que se lleva a cabo. Es decir, se trata de una acción que implica la conciencia personal del compromiso, basada en una autonomía moral.

La profesión es compromiso y responsabilidad.

El sentido de consagración de una profesión viene dado también de la *vocación*. Quien elige dedicarse a una profesión tiene un ideal de vida y de perfección personal que es acorde con su ejercicio. No es un trabajo más que uno puede realizar por mera supervivencia, se trata de un nivel de máximos que atañe, por tanto, al individuo y su sistema de valores. Por eso es posible exigir la *responsabilidad*. La tarea realizada por un profesional es, ante todo, algo que concierne a su conciencia, a lo que espera de sí mismo. Sin embargo, esta idea de la vocación ha sido, últimamente, olvidada e incluso criticada. Parecería que coloca las profesiones en un nivel elitista y cerrado, sólo apto para determinadas personas. Pero este no es el sentido profundo de la vocación. Aunque originalmente se comprendía como una suerte de «llamada» que sólo algunos elegidos recibían, contemporáneamente debe sustituirse ese sentido de llamada por una exigencia personal.

Quien siente que quiere y puede llevar a cabo cabalmente una profesión, que no escatimará esfuerzos en ella, que dedicará su vida, su intelecto y su ilusión a hacerlo en el nivel más alto que le sea posible, y que estará dispuesto a asumir las responsabilidades y exigencias que ello conlleva, puede decir que tiene vocación. No es más, pero tampoco menos lo que define la labor de un profesional. Por tanto, es claro que va más allá de la mera ejecución correcta de unas obligaciones laborales.

La peculiaridad de las profesiones con respecto a los oficios es que no se rigen por el patrón habitual de las actividades económicas, no persiguen exclusiva ni principalmente el beneficio económico, sino que su orientación básica y su valoración están determinadas por el intento de favorecer a la comunidad. Es complejo ofrecer una definición de las profesiones. Sin embargo, es posible ofrecer una definición «tipológica», es decir, aquella que tiene que ver con los prototipos: se ofrecen unos rasgos típicos que caracterizan las profesiones. El cumplimiento de todos ellos significa que esa actividad está en el grado más alto posible del «ser profesión». El cumplimiento de sólo algunos, querrá decir que esa actividad puede ser una profesión, pero con un grado menor que la anterior.

Rasgos prototípicos de las profesiones

- 1) Una profesión es una *actividad* humana social, mediante la cual se presta un *servicio específico* a la sociedad de forma *institucionalizada*.
Ese servicio ha de ser: (a) único, es decir, sólo los profesionales pueden ejercerlo (de ahí que puedan reclamar su derecho a que no aparezca intrusismo); (b) con prestaciones claramente definidas, que la sociedad conozca y pueda, por tanto, exigir; y (c) indispensable, algo necesario para la sociedad.
- 2) Quienes se dedican a una profesión tienen *vocación* y por ello se entregan a ella, incluso empleando su tiempo de ocio para mejorar su formación.
- 3) El conjunto de personas que ejerce una profesión son los *profesionales*. Con el *ejercicio estable* de la profesión obtienen su *medio de vida* y se consideran entre sí como *colegas*.
- 4) Los profesionales forman con sus colegas un colectivo que trata de obtener el *control monopolístico* sobre el ejercicio de la profesión.
- 5) Se accede al ejercicio de la profesión a través de un *largo proceso de capacitación teórica y práctica*. Es decir,

a través de unos estudios reglados que otorgan la acreditación para ejercer la profesión.

- 6) Los profesionales reclaman *autonomía* en el ejercicio de su profesión. Atienden las demandas del público pero son los únicos jueces de su quehacer, puesto que son los *expertos*. Por ello elaboran códigos deontológicos como sistema de autorregulación.
- 7) Los profesionales son *responsables* de los actos y técnicas de su profesión.
- 8) Se espera de los profesionales que no ejerzan su profesión exclusivamente por afán de lucro porque son un tipo de actividades encaminadas a *favorecer a la colectividad*. El fin de una profesión es lo que le dota de sentido y le otorga legitimidad social.

Como se ha indicado, que una actividad ocupacional sea o no una profesión dependerá del cumplimiento de estos rasgos en mayor o menor medida. Es claro que no cabe duda del carácter profesional de aquellas tareas, como la medicina, que cumplen todos ellos –aunque las personas concretas que la ejerzan puedan no satisfacer todos y cada uno de los requisitos, sí se puede decir que se dan de manera global–. En otras actividades, como la enfermería, es preciso analizar si todos pueden ser predicados de la labor de enfermería o si falla alguno de ellos, en cuyo caso podríamos decir que no se trata de una profesión en sentido estricto, sino en un grado inferior. Esto no le quita valor, sino que describe una situación. Que los profesionales de enfermería aspiren a ser profesionales en su grado máximo significa que habrán de esmerarse en cumplir estas características.

La enfermería debe reflexionar, por ejemplo, sobre su proceso de capacitación técnica: si tiene o no un cuerpo de conocimientos específico de la enfermería, o si sus contenidos son derivados de otras disciplinas. También, si está dispuesta a asumir la exigencia de responsabilidad derivada de la autonomía en las decisiones que reclama. O si existe un conocimiento y una asunción del bien interno de la profesión. Probablemente aún no existe un consenso en la enfermería acerca de cuál es el fin que persigue, y si está dispuesta a asumir las exigencias derivadas de la profesionalización.

2. Aspectos históricos de la constitución de la enfermería como profesión

Probablemente desde los orígenes de la humanidad existe una labor de cuidado, necesario para la supervivencia. El cuidado es una labor de cooperación determinada por un sentimiento de semejanza vital con otro ser humano. Tiene que ver con la capacidad de sentir al otro ser humano como merecedor de cuidado, y por eso no debe entenderse sólo como una «tendencia natural», sino como una acción teñida de valores y sustentada por razones. El contenido del cuidado como labor específica tiene un recorrido que puede acotarse claramente. Aunque no es este el lugar de hacer una profusa historia de los cuidados de enfermería, sí es pertinente conocer algunos de los hitos fundamentales que permiten entender cómo se ha ido configurando esta actividad hasta la actualidad.

En la Grecia clásica, *therápaina* era la persona encargada del cuidado de los objetos del templo. Su misión tenía un carácter sagrado y exigía sacrificar su propia vida en aras del cuidado al que se consagraba. Este es el origen de esos cuidados organizados en la estructura de la sociedad, donde ciertos individuos realizan, de modo exclusivo, esa actividad. En este momento, la curación (terapia) y el cuidado están en una misma línea.

El médico es quien intenta restablecer la salud cuando esto es posible, pero también es quien da aliento, quien acompaña y quien ofrece consuelo cuando no es viable una curación. Por eso no hay separación entre las labores de curación y las de cuidado, ambas pertenecen a un continuo cuyo objetivo es que el enfermo recupere la salud perdida.

Sin embargo, hay grupos de personas, constituidos prácticamente en su totalidad por mujeres, que se dedican a atender ciertas necesidades, sin tener mayor reconocimiento que su utilidad social. El cristianismo contribuye a difundir la idea de la ayuda a los desfavorecidos. Son, por ejemplo, las matronas, que ayudan en el nacimiento. O quienes atienden a los enfermos y a los necesitados, no sólo en sus casas, sino también en instituciones de las que hay constancia documental desde la época del Imperio romano.

La labor enfermera empieza a constituirse como tal con las *órdenes monásticas*, donde aparecen reglas que especifican las obligaciones del cuidado de los enfermos y los principios de la enfermería. Las órdenes mendicantes posteriores incorporarán, no sólo a los religiosos, sino también a laicos que desempeñarán labores sociales, siguiendo las mismas normas. Su tarea principal es la del cuidado de los enfermos y su relevancia será grande, especialmente en los momentos de grandes epidemias. En esta época se articulan con gran concreción las responsabilidades de los enfermeros, que han de ocuparse no sólo del cuidado del enfermo, sino también de las enfermerías. Así puede verse en la recopilación de Humberto de Romans *De officiis ordinis praedicatorum* de 1269.

También se fundan *órdenes militares*, como los Caballeros Hospitalarios, que apoyan las Cruzadas y que combinan sus labores de guerreros con un trabajo de caridad y de ayuda en los hospitales. Todo esto da lugar a que comience una organización jerárquica, que introduce la idea de la participación voluntaria y el sentido de la vocación. En los hospitales es donde más claramente se realizarán las labores de enfermería. Instituciones básicamente de cuidados, que también tienen reglamentos internos.

A partir del siglo XVI empiezan a producirse algunos cambios que afectarán a la enfermería. Los *hospitales*, que se desarrollan notablemente, empiezan a ser considerados lugares donde los médicos realizan una tarea terapéutica, quedando el cuidado en manos de la enfermería, que tiene una presencia constante. Por tanto la atención al enfermo está basada, especialmente, en labores de cuidado. Con ello se da un paso a la constitución de una labor específica del cuidado. Los reglamentos de los hospitales determinan ya funciones específicas, delimitan competencias y ordenan jerárquicamente a los trabajadores. En esta época se fundarán también otras *órdenes religiosas* como los Hermanos de San Juan de Dios, los Religiosos Camilos o las Hijas de la Caridad, todas ellas dedicadas a esas labores de asistencia a los enfermos. Y aparecerán los primeros manuales de cuidados, donde se recoge el saber enfermero del momento.

Los grandes cambios se producen en el siglo XVIII y, sobre todo, en el siglo XIX. Los avances en los conocimientos científicos y en las posibilidades técnicas hacen que la tarea asistencial se transforme radicalmente. Los tratamientos se hacen más complicados y no pueden ser realizados en las casas, de modo que la atención se centra en los

hospitales. La complejización hace también que el saber técnico quede, cada vez más, en manos de médicos, que son los que disponen de la formación necesaria.

En este contexto surge la figura de *Florence Nightingale* (1820-1910) en Gran Bretaña. Nacida en una familia de clase alta, recibió una esmerada educación, pero pronto manifestó su descontento con el modo de vida de las clases altas: la Inglaterra del siglo XIX designaba para la mujer el papel de subordinada de su marido, con algo de educación pero apartada de ambiciones laborales. En 1850 viajó a Alemania para ir al *Institute of Protestant Deaconesses* en Kaisersworth, una escuela de entrenamiento de enfermeras, donde recibió instrucción dos años. En Londres, en 1853, Nightingale ocupó el cargo –no remunerado– de superintendente de enfermeras en la *Institution for the Care of Sick*. Esta posición le permitió desarrollar técnicas innovadoras para la enfermería. En 1854 fue llamada al servicio del gobierno durante la guerra de Crimea. Nightingale y 38 mujeres más partieron para Turquía para cuidar a los soldados británicos heridos o enfermos. Durante 21 meses, el equipo de mujeres de Nightingale estableció niveles higiénicos en el cuidado de los heridos y establecieron un suministro de agua limpia. Como resultado de sus esfuerzos, descendió enormemente la mortalidad, y Nightingale regresó a Inglaterra como una heroína. En 1860 se abrió la *Nightingale School*, una escuela de entrenamiento en enfermería. A partir de aquí muchas otras empezarían a surgir adoptando sus principios.

La aportación principal de Nightingale, por la que se le considera pionera del modelo de la enfermería occidental moderna, es el cuidado y práctica de enfermería sistemáticos. Su metodología fue adoptada en gran parte por el sistema de educación médica del ejército británico. Antes de su llegada, los hospitales eran lugares insanos donde acudían quienes no podían ser atendidos en casa, y las enfermeras no estaban entrenadas. Con su aportación comenzó a considerarse la enfermería como una tarea especializada, si bien seguía manteniendo la idea de subordinación y de obediencia al médico.

El enfoque positivista propio del siglo XIX hace que la investigación de la enfermedad prescindiera del individuo enfermo, pasando a analizar las especies morbosas, los procesos patológicos, los órganos, etc. concebidos como elementos del estudio de un organismo cuasi mecánico, en el que la labor a realizar es la de restablecer su funcionamiento normal. El sujeto enfermo es un epifenómeno. La enfermería es, así, una *labor subordinada y subsidiaria de la labor médica*, su objetivo es atender no al enfermo, sino a la enfermedad. Por tanto, ha de realizar tareas prescritas por el médico dirigidas a investigar, tratar y controlar la enfermedad. De ahí que se exija una capacidad técnica para llevar a cabo exploraciones, control de tratamientos, etc. Las tareas de higiene y atención a las necesidades de los enfermos –que no requieren tal capacitación– irán, progresivamente, delegándose en los ayudantes o auxiliares.

A todo esto conviene añadir que el rol de cuidado, atención a los débiles y obediencia al superior (en este caso al médico) tiene mucho que ver con la situación de las *mujeres*. Nightingale no logra romper el ideal victoriano de la mujer sumisa que no pone en cuestión su papel de ayudante y colaboradora fiel del médico varón. A ello se une una disciplina militar y una estructura jerárquica, en la que las enfermeras eran soldados

obedientes y leales, que combatían la enfermedad bajo las órdenes del médico. Las labores de cuidado son consideradas por Nightingale como algo propio de su condición femenina, llegando a afirmar que para ser una buena enfermera es preciso ser una buena mujer. El «elevado carácter moral» es lo que hace noble y digna a la profesión de enfermería, y el conjunto de virtudes (castidad, templanza, limpieza, sumisión, devoción) necesarias para su ejercicio la convierten en algo adecuado para las mujeres. Esto dará lugar a que las enfermeras no tengan ninguna posibilidad de formar sus propios juicios éticos o profesionales. Su condición de subordinación y obediencia lleva a que se conviertan en meras sirvientas de los médicos. Este enfoque tradicional se mantiene y está vigente en el mundo occidental hasta bien avanzado el siglo XX.

La situación cambiará radicalmente entre 1960 y 1980. Son varios los factores que contribuyen a ello: en primer lugar, la mayor formación de las enfermeras. Su preparación es mucho más profusa y adecuada a las necesidades de su ejercicio. Esto les confiere un *mayor grado de competencia técnica*. En segundo lugar, los *movimientos feministas* y de reivindicación de la igualdad de derechos para la mujer hacen que se cuestione el rol de subordinación, que se critique la aceptación acrítica del modelo femenino tradicional y que se denuncie la explotación a que las mujeres han sido sometidas. En tercer lugar, los avances científicos y tecnológicos están dando lugar a nuevos problemas éticos que no parecen poder resolverse con los esquemas habituales. Por ello es necesario un nuevo modo de enfocarlos, que será el propiciado por la *bioética*. En cuarto lugar, las relaciones sanitarias cambian: las reclamaciones de los pacientes que empiezan a hacer valer sus derechos, y a reclamar información y capacidad de decisión frente a la imposición de los criterios médicos, darán lugar al consentimiento informado y, como su fundamento, cobrará vigencia la defensa de la *autonomía*. Todavía, incluso, podría añadirse un quinto elemento: la revalorización de las *corrientes psicológicas que enfatizan la relación*, poniendo en cuestión los enfoques más tecnicistas. Es el comienzo de la caída del ideal positivista que ha estado rigiendo hasta ahora. Ello dará lugar a considerar que el enfermo no es un objeto a tratar, sino un sujeto que padece una enfermedad.

La tarea de las enfermeras ha pasado por distintos modos de entenderse, por distintos roles o papeles asignados a su labor. Se han utilizado variadas metáforas para mostrar y reafirmar tales concepciones: la enfermera como madre, como monja, como soldado, como doncella. En todos estos casos existe un denominador común: la enfermera no es autónoma, su tarea está subordinada a la de alguien. La gran transformación que ahora se va a producir es el *paso de un ideal de sumisión a otro de responsabilidad con el paciente, de la obediencia al médico a la autonomía moral*.

Es un giro radical: la primaria obligación de la enfermera no es ya con la enfermedad y, por tanto, con el médico, sino con el *enfermo*. El eje de los cuidados es el sujeto que padece una enfermedad. Por tanto se refieren a la vida del paciente, a la atención a la persona, y no exclusivamente a la alteración fisiológica. Esto hace que la tarea de la enfermería se haga más rica y compleja. Además de la ejecución de la prescripción médica, la enfermera es fuente de información, conoce al enfermo y comprende lo que le

pasa, y establece cuidados no técnicos que tienen que ver con la relación y la atención al contexto del enfermo. El paciente ya no es el objeto de los cuidados sino que se convierte en un sujeto que recibe cuidados, referidos a su forma de vivir la enfermedad.

Esta nueva situación aparece en el *Código ético de la profesión de enfermería* de 1953 del Consejo Internacional de Enfermeras (que se había creado en 1899), donde se dice que las enfermeras tienen una responsabilidad con los individuos, la familia y la comunidad en la creación de un ambiente espiritual, físico y social que conduzca al restablecimiento de la salud, también en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud. Todo ello porque «el servicio al género humano es la primera función de las enfermeras y la razón de la existencia de la profesión de enfermería».

A ello cabe añadir que *la enfermera deja de ser un subordinado sin capacidad de juicio*. En cuanto agente autónomo, está en disposición de elegir sus acciones, justificarlas y elaborar juicios morales. Esto significa que ya no actúa acríticamente, y por ello, dado además que su competencia técnica es mayor, puede poner en cuestión las órdenes del médico cuando, desde sus conocimientos, considera que son erróneas y que pueden perjudicar al paciente. Puesto que su primaria obligación es con el enfermo, debe asegurarse de que no se le produzca ningún daño (en ejercicio de la no maleficencia), incluso si esto significa enfrentarse al médico. Esto que se plantea en el nivel de decisiones técnicas, es aún más relevante en el ámbito de los juicios morales, donde no se puede asumir que la competencia ética de los médicos sea superior a la de las enfermeras.

Todo ello contribuyó a que surgiera en los años 70 un nuevo modelo de enfermería: *la enfermera como representante o abogada de los pacientes*. La situación de obligación respecto al enfermo hacía que se reconociera su deber profesional de salvaguardar los derechos de los pacientes y de velar por sus intereses. La relación de cercanía con el enfermo la coloca en una posición especialmente adecuada para conocer sus deseos y reclamaciones, y por tanto para convertirse en su «voz», velando por su beneficio y protección, tanto ante el médico como ante la administración sanitaria. De la situación anterior de servidoras de los médicos, las enfermeras pasaron a ser defensoras de los pacientes.

Este nuevo papel de la enfermera, derivado en buena medida de que en estos años se estén promulgando los *derechos de los pacientes*, permitió enfrentarse al poder del médico y sirvió de cauce para cambiar la imagen social de la enfermera, para distanciar su rol del que habitualmente se había defendido, la tarea de cuidar, y también sirvió para canalizar una reivindicación de independencia necesaria para poder considerar la enfermería como profesión. Todo ello se expresó en buena parte de los códigos deontológicos de la enfermería en todo el mundo.

Sin embargo, este modelo también ha recibido fuertes *críticas*: la más grave de todas ellas es que *olvida la tarea del cuidado* como elemento fundamental de la labor de enfermería. Por más que la enfermera pueda asumir otros deberes, su obligación primera es la atención al enfermo y la colaboración con otros profesionales sanitarios para el restablecimiento de la salud y el alivio del sufrimiento o para la prevención de la

enfermedad. La labor de defensa se añade a esta, porque, como buen profesional sanitario, la enfermera ha de velar por los intereses y derechos de aquellos a los que cuidan, pero no puede sustituir ni eliminar el cuidado. Esta tarea, por tanto, no sería exclusiva de la enfermería –si bien ocupa un lugar privilegiado para ejercerla, y esto ha de tenerse en cuenta– sino una responsabilidad compartida por todos los profesionales implicados: defender la corrección no sólo técnica sino también ética de las prácticas sanitarias. A ello pueden colaborar también los comités éticos, los servicios de atención al paciente, etc.

Otra crítica al modelo de la defensora es que está basado en una *concepción legalista y conflictiva de la atención sanitaria*: la necesidad de un abogado del paciente parece asumir que siempre existe el riesgo de una agresión o de una incorrección, y, por tanto, que es precisa una reclamación. Este modo de entender las relaciones sanitarias introduce una perspectiva defensiva que en nada contribuye al bienestar del paciente y a la búsqueda del diálogo y la cooperación, más bien busca el enfrentamiento desde una posición, además, difícil para la enfermera que ha de poner en cuestión una estructura sanitaria de la que forma parte.

Esta situación exige un nuevo planteamiento, la búsqueda de otro modelo de enfermería que sea acorde con los cambios producidos en el siglo XX y que, al mismo tiempo, resuelva las deficiencias de las propuestas previas. Hay algunos elementos que son ya irrenunciables, como la consideración del profesional de enfermería como agente moral autónomo, el reconocimiento de su formación, el papel de la mujer en la sociedad, o la transformación que se ha producido en el modo de enfocar los problemas de las ciencias de la salud, por causa del desarrollo de la bioética. Todos ellos intervienen en la determinación del papel de la enfermería actual, en la *profesionalización de la enfermería*.

La dificultad reside en la articulación de estos elementos. La discusión contemporánea se sitúa en el reconocimiento de que la enfermería está en un proceso de transformación en el que se está planteando su propia definición como profesión, su identidad. Hay una clara recuperación del ideal del cuidado, que está en la base de la tarea enfermera, pero se discute qué obligaciones se derivan de ese deber de cuidado. Hay también una preocupación por la profesionalización y por la delimitación del papel de la enfermera en la sociedad. Finalmente, hay un fuerte desarrollo de los estudios sobre y desde la enfermería, una labor de investigación y reflexión que nunca antes se había desarrollado. Por eso en la actualidad, pensar la enfermería es una tarea necesaria y apasionante.

3. La identidad de los profesionales de enfermería

La enfermería es una de las labores que se realizan dentro del equipo de profesionales encargados de la sanidad. Sin embargo, incorpora una enorme diversidad de significados que imposibilita una definición canónica, más allá de un punto de común acuerdo que podemos tomar como base para el análisis posterior: *la enfermería es una labor orientada al cuidado de los enfermos*. Esta sencilla definición nos ofrece tan sólo un

marco con el que podemos saber que la enfermería es una actividad (aunque no sabemos de qué tipo, ni qué características tiene), que tiene que ver con la enfermedad (aunque queda por explicar qué es la enfermedad, quién es un enfermo, en qué consiste su relación con ellos, etc.) y con el cuidado (aunque no sabemos qué es el cuidado, qué implica ni qué exige, ni tampoco cuál es su finalidad). Todas estas cuestiones son las que habrá que ir delimitando para poder lograr una definición válida.

La multiplicidad de modos de entender la enfermería indica también que se trata de una labor en plena *transformación*. Una actividad que está definiendo sus características y objetivos, que pugna por lograr un sitio que empieza a alcanzar, pero que hasta ahora no ha adquirido plenamente, en buena medida como resultado de la historia. El recorrido de la enfermería a lo largo de los siglos no deja lugar a dudas sobre su relevancia, no es una tarea de la que podamos prescindir. Sin embargo, ha sido entendida de muy diversos modos y ha estado ligada a conceptos tales como la caridad o la obediencia que han ido marcando su propio quehacer. En la actualidad, su constitución como disciplina científica que se enseña en las universidades, la ruptura de la vinculación de la enfermería con el género femenino y la transformación acaecida en la relación clínica, pasando del paternalismo al consentimiento informado, ha obligado a una reconsideración del papel de la enfermería. Este debate se centra, sobre todo, en torno a la *profesionalización* de la enfermería y remite, en última instancia, a su propia definición.

Esto es inevitable en el contexto de las profesiones, porque algo que las determina como tales es el «*bien interno*» que las define. Toda profesión tiene un objetivo, una finalidad, un sentido interno que justifica su existencia y su modo de proceder. Esos elementos de autocomprensión de la profesión y de validez social de su ejercicio, son el «*bien interno*» que persiguen. La enfermería, en la medida en que aún tiene que acabar de definir cuál es ese bien que le dota de sentido, probablemente puede ser considerada una profesión en período de constitución.

4. La autonomía del profesional de enfermería y las relaciones interprofesionales

Las transformaciones de la enfermería han dado lugar a una reivindicación de un rol más acorde con sus capacidades y con su situación. Sin embargo, la situación no es fácil de cambiar. Situada entre una profesión claramente definida: la del médico, que ha ido delegando algunas de sus tareas en el profesional de enfermería sin por ello perder ninguna parcela de su actuación, y otra labor: la del auxiliar, que viene a cumplir con el espacio que va dejando la propia enfermería en su carrera hacia una mayor profesionalización, se encuentra con el imperativo de una determinación clara de sus cometidos y un reconocimiento de su autonomía como profesional.

Que la enfermería tiene competencias específicas es evidente; que esas labores se han ido ampliando y cambiando a lo largo del tiempo, también lo es. Pero siempre se ha mantenido incuestionable la subordinación de su trabajo a las órdenes del médico. Por ello, su capacidad de decisión, y con ella su responsabilidad, han sido prácticamente nulas. Su única obligación era la obediencia al médico y el cumplimiento fiel y

competente de lo que él determinara. Pero ese rol no se justifica ni desde sus funciones (el cuidado) ni desde su objetivo (la salud del paciente). Por tanto, parece más una concesión a otras épocas históricas que una afirmación consistente con la práctica actual.

Si la enfermería es o pretende ser una profesión, no puede tener sus funciones determinadas por otra profesión. Las relaciones entre profesionales sanitarios no pueden estar basadas en la subordinación –a menos que se especifique claramente que la tarea de enfermería es un mero complemento de la profesión de la medicina–. Sin embargo, aunque su objetivo es común y aunque el cuidado es algo que compete a ambas actividades, es claro que las obligaciones profesionales de los médicos se dirigen sobre todo a actividades de curación y tratamiento, mientras que las de los profesionales de enfermería están centradas en el cuidado. Deslindar ambas tareas es absurdo, puesto que no sólo tienen presupuestos comunes sino que la mejor manera de obtener buenos resultados es la colaboración y el trabajo en equipo. La exigencia de excelencia no permite ya una lucha de competencias en la que se aseguren sólo los mínimos. La búsqueda de la calidad en la asistencia sanitaria obliga al entendimiento de los profesionales de uno y otro campo.

La enfermería es una profesión que puede considerarse de grado inferior a la medicina si atendemos a los rasgos prototípicos de las profesiones antes comentados, puesto que no cumple completamente todos esos rasgos. Ello es debido, entre otras razones, a que su período de constitución como profesión prácticamente acaba de comenzar y a que todavía está en el proceso de consolidación, de reflexión sobre su propia tarea y sentido, y de configuración de su marco de actuación. Pero sí parece claro que la enfermería tiene tareas propias y que, en su ejercicio, es capaz de demostrar competencia técnica y también moral. De ahí que sea lícita su petición de autonomía, como elemento imprescindible para el reconocimiento de la enfermería como profesión.

La mera obediencia ciega a las órdenes del médico es pues inviable, pero el marco institucional, por ahora, no permite la toma de decisiones al margen del médico responsable. Esta es una situación difícil, pero no irresoluble: las profesiones sanitarias en general cobran su sentido de la búsqueda, prevención y mantenimiento de la salud, entendida esta como un elemento básico que posibilita el desarrollo de las capacidades personales. Esto quiere decir que hay una labor de curación, necesaria para la eliminación de los problemas cuando estos se presentan, y también una labor de cuidado, necesaria para el acompañamiento y ayuda a la persona en ese proceso. Una no puede entenderse sin la otra. 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.

La única relación posible entre los/las médicos y los profesionales de enfermería es el trabajo en equipo y el respeto mutuo.

Esto exige que ambos se reconozcan como profesionales competentes cuyo objetivo es común, si bien las tareas que cada uno realiza son distintas, aunque relacionadas. El

profesional de enfermería debe llevar a cabo las tareas de cuidado, propias de la enfermería y debe colaborar con el médico en las actividades que contribuyan a la salud de los pacientes. El profesional de enfermería está en una situación inmejorable, de cercanía al paciente, para detectar posibles conflictos morales, o situaciones en las que las necesidades del paciente están siendo mal atendidas. En tal caso, existe una obligación moral por parte del profesional de enfermería no sólo de detectar los posibles problemas, sino de ponerlos en conocimiento del resto del equipo para buscar una solución. En algunos casos, esto generará un conflicto porque su opinión no sea escuchada. El profesional de enfermería es responsable también de lo que ocurre en la relación asistencial, de modo que no debe quedar al margen, si cree que esto puede producir un daño. El respeto a los principios le exige estar alerta y actuar ante tal evento. Si la colaboración no es posible y se han agotado todos los cauces de comunicación, el profesional de enfermería puede solicitar la actuación del comité asistencial de ética. Todo esto redundará en una mejora de la calidad asistencial.

5. Las profesiones como prácticas morales. La ética profesional

Las regulaciones y normas que se exigen en las profesiones reflejan el sentido moral de su ejercicio, y esta es una característica fundamental de las profesiones que no siempre se subraya suficientemente. Que las profesiones tengan un «bien interno» que las define, como se ha dicho ya, significa que existe en ellas un compromiso moral, una delimitación de fines que han de lograrse conforme al cumplimiento de ciertos principios o a la observancia de ciertos valores. Por eso se puede decir que *la ética profesional no es un añadido a la profesión, sino algo intrínseco a la misma, que la define, la dota de sentido y justifica su existencia y su valor*. Sin ética profesional no habría profesión, y no a la inversa. Esto es algo que siempre ha estado presente en las profesiones, como en la medicina, la primera y más antigua de las profesiones, y que puede verse a través de sus códigos.

Los códigos suelen reflejar los rasgos básicos de una profesión en cuestión: muestran cuál es la contribución de tal profesión al conjunto de la sociedad, establecen los requisitos para la incorporación de personas a la profesión, las exigencias que permitirán considerarlas expertas y que les llevará a la defensa de su independencia, lo cual exige delimitar las competencias y obligaciones.

Sin embargo, *los códigos deontológicos no abarcan toda la ética profesional*. La definición del bien interno de una profesión permite delimitar el marco de actuación en el que se ejerce la misma como una práctica dotada de contenidos morales. Esto quiere decir que hace referencia a una convicción personal y a un sistema de valores bien fundamentado. Sin embargo, un código deontológico recoge las obligaciones de mínimos, se sitúa en el ámbito del deber y, por tanto, establece las exigencias que un grupo profesional considera básicas en su ejercicio. Los códigos se derivan de los rasgos de autonomía y control monopolístico que ostentan las profesiones: en la medida en que los propios profesionales son los expertos en su campo y no admiten interferencia externa, son ellos quienes definen sus obligaciones y quienes determinan los modos de

autorregulación. Por eso cuentan con normas del ejercicio profesional y con sanciones por su incumplimiento.

Pero los códigos deontológicos no pueden agotar toda la riqueza del ejercicio profesional, y se limitan a establecer un nivel de corrección. Por eso, los códigos y reglamentaciones jurídicas o legales que puedan imponerse estarán siempre en un plano secundario respecto a la obligación moral de responsabilidad. Esto hace que sean necesarios los *códigos éticos*. En estos la preocupación no será sólo la de garantizar un nivel de regulación interna, que permita que el mismo gremio sea quien juzgue las acciones de los profesionales, sino también el bien interno y el fin de la misma profesión.

- *Códigos deontológicos*: establecen normas de mínimos y son obligatorios.
- *Códigos éticos*: definen el bien interno de la profesión, conforme al cual se definen las obligaciones y responsabilidades, y se promueve la excelencia profesional.

6. La responsabilidad en el ejercicio profesional

Los códigos éticos son los que establecen el nivel de la responsabilidad moral. La parte deontológica se refiere, sobre todo, a las imputaciones de responsabilidad a nivel administrativo, y guarda mayor relación con el ámbito legislativo, sin embargo, la responsabilidad desde la ética es un término más amplio y complejo que, además, dota de sentido a las profesiones en tanto que prácticas morales.

Si tuviéramos que resumir los *pilares básicos de la acción moral*, podríamos hablar de tres fundamentales: la *conciencia*, la *libertad* y la *responsabilidad*. Las acciones que el ser humano realiza en su vida tienen un sentido que es lo que les dota de valor. Ese sentido viene determinado por la propia conciencia, que sitúa la acción en un marco de opciones entre las que ha elegido con su libertad y de la que se hace responsable por sus consecuencias futuras. En la labor profesional, tomar en consideración estos aspectos es asumir que se trata de una práctica moral y, por tanto, que exige un compromiso vital. Es lo que está en la raíz del mismo término «responsabilidad».

El verbo «responder» y todos sus derivados proceden de un verbo latino: *spondeo*. El sentido de este verbo es el de asumir un compromiso, con un carácter religioso. De ese original *spondeo* es de donde deriva *respondeo*, que significa responder, en el sentido de cumplimiento de un compromiso. Por tanto, ese origen religioso y de compromiso fuerte del término *respondeo* es lo que está en la base de la responsabilidad. Esto quiere decir que su sentido moral es más amplio y más vívido que el que suele asignársele en el ámbito jurídico. Se trata de una promesa, un compromiso.

Pueden distinguirse, pues, dos *tipos* de responsabilidad: la *responsabilidad moral* (fuerte), que se exige en el compromiso personal, y la *responsabilidad jurídica* (débil), que aparece en los contratos y en el marco legal de las actividades. Hablando de estos tipos de responsabilidad, D. Gracia asigna cada uno de ellos a un tipo de actividad: la responsabilidad moral sería la propia de las profesiones, mientras que la responsabilidad jurídica es la pertinente para los oficios. Esto es así porque, como se ha dicho, las profesiones pueden ser consideradas prácticas morales, mientras que los oficios no

cumplen ese nivel. Por eso la exigencia es también mayor. El profesional tiene una responsabilidad fuerte, asumida como un compromiso moral. De ahí que lo importante sea su propia conciencia: el máximo de responsabilidad moral conlleva una impunidad jurídica, exime de la responsabilidad jurídica. Se le supone a quien realiza un ejercicio profesional, una obligación moral que no ha de ser regulada por normas externas a sí mismo. Esta es la base de la convicción de que los profesionales no han de ser juzgados fuera de su propio ámbito de expertos. Por su parte, los oficios, a los que no se exige tal elevado nivel de responsabilidad moral, han de estar bajo el mandato de reglas jurídicas.

- *Responsabilidad moral*: responsabilidad fuerte. Profesiones.
- *Responsabilidad jurídica*: responsabilidad débil. Oficios.

Obviamente esta distinción no se mantiene en la actualidad. A los oficios se les sigue exigiendo tan sólo la responsabilidad jurídica, que es la que atañe a los mínimos regulados, pues no hay compromiso moral mayor. Sin embargo, las profesiones quedan sometidas a ambos tipos de responsabilidad: al compromiso moral se le añade ahora la responsabilidad jurídica, pues se asume su tarea como una actividad más dentro del entramado legal de la sociedad contemporánea.

7. El nivel de la excelencia

La ética profesional no puede quedarse en un nivel de mínimos. En la medida en que ha de llevar a la práctica el bien interno de la profesión, ha de aspirar a la excelencia. Por eso un código deontológico ha de ser completado con un código ético. Las obligaciones profesionales van más allá del cumplimiento de unos mínimos de corrección, aspiran a unos máximos de calidad. Esto podría parecer contradictorio con respecto a lo que se ha venido afirmando acerca de los niveles universalizables de mínimos y los máximos personales, pero no es así. Las prácticas profesionales, en tanto que prácticas morales, han de definir un nivel por debajo del cual transgreden los límites básicos considerados fundamentales, pero también han de establecer niveles de excelencia. El profesional es alguien que asume un compromiso moral y que se exige a sí mismo el logro más perfecto de su labor. Esta es una exigencia intrínseca al mismo ejercicio profesional. Lo cual no es óbice a que, aun por encima de este nivel, se establezcan unos máximos que dependen de los valores personales.

Así, podríamos decir que en la ética profesional hay, en realidad, tres niveles:

- (1) el de los *mínimos-mínimos*: delimita el nivel de lo correcto y lo obligatorio, cuyo incumplimiento conlleva una sanción. Este nivel estaría regido por aquellos principios que velan por las garantías básicas del respeto a la integridad de los seres humanos: no maleficencia y justicia;
- (2) el de los *mínimos-máximos*: que establece el nivel excelente en el cumplimiento de las obligaciones, marcando, por tanto, un punto más alto que la mera corrección, pero también exigible moralmente a un profesional;
- (3) el de los *máximos-máximos*: que marca un nivel por encima de lo exigible, que no

puede ser común a todas las personas, por cuanto depende de los ideales de perfección que cada una se haya marcado desde su sistema de valores.

Esta búsqueda de la excelencia dentro de las exigencias profesionales es una constante en los estudios actuales sobre ética profesional. Tradicionalmente se han definido las obligaciones profesionales en términos de respeto al código deontológico, sin embargo, esto es claramente insuficiente. Todas las actividades humanas incorporan valores, y en el ámbito profesional esto es aún más claro, y en aquellas profesiones en que se juega una relación entre individuos, resulta totalmente incuestionable. Esto implica que la responsabilidad profesional no puede quedar limitada a la observancia de niveles de eficiencia y cumplimiento de mínimos, sino que tiene que asumir un nivel de exigencia más alto.

Niveles en la ética profesional

- *Mínimos*: obligaciones exigibles estipuladas en un código deontológico.
- *Máximos de los mínimos*: obligaciones derivadas de un compromiso profesional con la excelencia, que se establecen en un código ético.
- *Máximos*: nivel personal no exigible al resto de los profesionales.

La idea de la excelencia en el debate contemporáneo tuvo como catalizador el libro de T. J. Peters y R. J. Waterman: *En busca de la excelencia* (1982). Esta obra, de tema empresarial, estudiaba las características de las empresas cuyo funcionamiento era «excelente» y llegaba a la conclusión de que la mera eficiencia no producía tanto éxito empresarial como la introducción de valores humanos, tales como la motivación o la escucha. Desde entonces han sido muchos los autores que han mostrado cómo la aspiración a la calidad y a la excelencia produce un aumento de la competitividad. Con todo ello ha quedado bien claro que la ruptura de la mediocridad es una necesidad si el objetivo es la calidad, y que para ello *es preciso que los profesionales busquen la excelencia, como una exigencia moral*. La responsabilidad moral en la actualidad no puede ser entendida sin la búsqueda de la excelencia, y esta es un compromiso moral de calidad y buen hacer. Es lo que A. Cortina llama una «universalización de la aristocracia», la extensión de la virtud. Por tanto, ir más allá del cumplimiento de los mínimos, buscando la máxima realización del bien interno que define la profesión.

Ideas clave

- Es importante reflexionar sobre la labor de enfermería, ya que se está produciendo un cambio importante hacia su profesionalización completa.
- Se distinguen varios niveles de análisis: la reflexión sobre la práctica enfermera, la ética de la enfermería (en su doble dimensión de fundamentación y aplicación) y la gestión del ejercicio de la enfermería.
- La profesión implica un compromiso con un quehacer y una responsabilidad por sus actos.
- Las profesiones se definen por una serie de rasgos prototípicos: son actividades

institucionalizadas que prestan un servicio específico; para las que se requiere un proceso de capacitación; quienes las ejecutan tienen vocación, y se dedican a ello como su medio de vida, si bien ejercen en beneficio de la sociedad y no por afán de lucro; tienen control monopolístico sobre el ejercicio de la profesión y tienen autonomía en la toma de decisiones, aunque son responsables de sus actos.

- A lo largo de la historia, la labor de las enfermeras ha pasado por distintos modelos: desde el cuidado de las órdenes monásticas, al desarrollo de los hospitales, posteriormente al desarrollo técnico que coloca a las enfermeras como subordinadas del médico, y en el siglo XX como sujetos autónomos moralmente que son abogados de los pacientes (en los años setenta) y actualmente profesionales.
- La identidad de los profesionales de enfermería se define en función del bien interno que dota de sentido y legitimidad a su actividad. En el proceso de transformación actual, la reflexión sobre ese bien interno está abierta.
- La enfermería no puede ser una labor subsidiaria de la medicina. Los profesionales enfermeros tienen autonomía y el modelo de relación interprofesional es el de la colaboración, el trabajo en equipo y el respeto mutuo.
- La ética profesional no es un añadido a la profesión, sino algo intrínseco a la misma, que la legitima y dota de sentido.
- Los códigos deontológicos, que recogen las normas de actuación propias de un grupo profesional, no agotan la ética profesional. Por ello son necesarios los códigos éticos, que definen el bien interno de la profesión y determinan el modo de su realización excelente.
- Los pilares de la acción moral son la conciencia, la libertad y la responsabilidad.
- En las profesiones, la categoría de responsabilidad hace referencia a un compromiso.
- Hay dos tipos de responsabilidad: moral y jurídica. Tradicionalmente se asignaban respectivamente a las profesiones y los oficios. En la actualidad las profesiones han de observar ambos tipos de responsabilidad.
- La ética profesional tiene tres niveles: el de los mínimos exigibles, el de los máximos de los mínimos, es decir, el nivel de la excelencia, y el de los máximos personales.
- Todo profesional debe aspirar a la excelencia, como exigencia moral.

Lecturas

- COLLIÈRE M. F. (1993), *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*, Mc Graw-Hill, Madrid.
- CORTINA A. (1997), *Universalizar la aristocracia. Por una ética de las profesiones*, Claves de razón práctica 75, pp. 46-52.
- CURTIN L. L. (1979), *The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing*, Advances in Nursing science vol.1, nº 3, pp.1-10.
- DONAHUE P. (1989), *Historia de la enfermería*, Doyma, Barcelona.
- GRACIA D. (1989), *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid.
- (1992), *Responsabilidad ética y responsabilidad jurídica del personal sanitario*, en MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Jornadas sobre los derechos de los pacientes*, Instituto Nacional de la Salud, Madrid, 115-130.
 - (1994), *Ética y responsabilidad personal*, en *La responsabilidad de los médicos y centros hospitalarios frente a los usuarios de la sanidad pública y privada*, Fundación de Ciencias de la Salud, Ed. Doce Calles, Madrid, pp. 44-61.

- HERNÁNDEZ F. ET AL. (1997), *La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional*, Cultura de los cuidados 2.
- HERNÁNDEZ F. (coord.) (1996), *Historia de la enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días*, Síntesis, Madrid.
- HORTAL A. (1993), *Ética de las profesiones*, Diálogo Filosófico 26, pp. 205-222.
- KUHSE H. (1997), *Caring: Nurses, women and ethics*, Blackwell, Oxford.
- NIGHTINGALE F. (1990), *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*, Salvat, Barcelona.
- PARSONS T. (1982), *El sistema social*, Alianza, Madrid.
- PETERS T. J.-WATERMAN R. H. (1992), *En busca de la excelencia: las lecciones de las empresas mejor gestionadas de los Estados Unidos*, Folio, Barcelona.
- REYES M. ET AL. (2001), *Relaciones entre profesionales sanitarios*, Medicina Clínica 117, pp. 339-350.



5. La ética del cuidado

1. La actitud del cuidado

La tarea de la enfermería es la de producir un bien: el *cuidado*. La atención solícita a otro ser humano que la necesita. Y tal labor ha de llevarse a cabo desde una comunicación con la persona que está pasando por una situación difícil o dolorosa y que ha de integrar en su vida la experiencia de la enfermedad. La condición frágil y vulnerable del ser humano inaugura la dimensión solidaria y pone en juego una respuesta de atención solícita. Por eso es tan importante la labor de quienes prestan su ayuda. Se trata de una «actitud de cuidado» que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano. Es un modo de comunicación entre seres que reconocen al otro como alguien que merece vivir. No tiene que ver con lo que tradicionalmente se ha considerado propio del cuidado y del rol femenino: la acogida maternal y cariñosa. Antes bien es una actitud humana derivada del *reconocimiento* de las personas como seres humanos que, en cuanto tales, no nos son indiferentes. En el caso de la enfermería, esa atención y ese reconocimiento se constituyen en un deber moral, derivado de su constitución como labor profesional.

En buena medida puede decirse que *la existencia del sentimiento de solidaridad con los otros seres humanos es la base de los comportamientos morales*. La capacidad de ser morales está inscrita en la exigencia de responder ante el mundo, de actuar de un cierto modo elegido libremente y del que se puede dar justificación. Esa respuesta, al reconocer al otro ser humano como digno de respeto, inaugura el interés por el otro. Es lo que los clásicos llamaron «la Regla de Oro»: no hacer a los demás lo que no queramos que nos hagan a nosotros. O, en versión positiva, hacer a los otros lo que nos gustaría que nos hicieran. Es el reconocimiento del otro ser humano como un igual, a quien, por tanto, se le deben las mismas acciones que uno querría para sí mismo. No hace falta más fundamento para esta observación que la consideración del otro como ser humano. Es la base del respeto mutuo, de la convivencia pacífica, de la libertad y del diálogo. Y también de la ayuda.

Pero conviene no olvidar que la ayuda no puede ser «a pesar del otro». No se puede ayudar a quien no quiere ayuda, o de un modo en que no quiera ser ayudado. Precisamente porque reconocemos al otro como ser humano, en su individualidad y libertad, su semejanza vital con los demás no permite estructurar una ayuda «objetiva» que sea buena universalmente. La ayuda, el bien que se le quiere ofrecer, estará marcado por sus propias expectativas y valores. Este es el *respeto debido a la autonomía*. Por eso la determinación de qué signifique «cuidar», en tanto que no es un concepto unívoco, es una tarea compleja.

2. La ética del cuidado y el debate con la ética de la justicia

El cuidado como labor propia de la enfermería ha sido una constante a lo largo de la

historia. Es claro que el profesional de enfermería tiene que cumplir, principalmente, el objetivo de cuidar bien a los pacientes. Sin embargo, los cambios en la definición de las obligaciones de los profesionales de enfermería y las transformaciones producidas en el último siglo han hecho que el cuidado sea hoy tema de discusión y que se plantee cuál es su significado, cómo debe realizarse, qué relación tiene con la curación o si se puede elevar el cuidado a la categoría de profesión.

La reflexión sobre la importancia del cuidar en la vida humana no es novedosa. La filosofía ha analizado esta cuestión desde su relevancia antropológica, y también la ética se ha preocupado por las actitudes de cuidado, solidaridad y benevolencia destacando su profundo significado moral. Son muchas las tradiciones y propuestas de la historia de la filosofía que podrían mencionarse al respecto.

Sin embargo, el desencadenante de la reflexión sobre la ética del cuidado es la obra de C. Gilligan, *In a different voice* (1982). Con este libro origina una fuerte discusión referente a dos aproximaciones aparentemente contrapuestas: la que prima el ideal de justicia y los derechos (los modelos de fundamentación basados en la universalidad y el respeto) frente a la que defiende la atención al contexto y el cuidado. Este debate se enlaza con la crítica existente respecto a la presunta «masculinidad» de los modelos de la justicia, lo cual hace que estas dos aproximaciones vengan a representar los distintos enfoques éticos de hombres y mujeres. Y tendrá fuertes repercusiones en la reflexión sobre la enfermería, que, en la obra de algunas autoras, se colocará rápidamente en el lado de la ética del cuidado, considerando que aquí reside la clave que estaba buscando para lograr su nueva identidad.

Gilligan enfoca su obra en referencia a la teoría del desarrollo moral de L. Kohlberg. La crítica de Gilligan es que la teoría psicológica de este autor incurría en un error evidente: haber realizado su estudio sólo con informes de varones. Kohlberg había mostrado que el desarrollo moral se realizaba conforme a unos estadios progresivos, a través del estudio de niños. Sin embargo, no había tenido en cuenta a las niñas. Gilligan está convencida de que el desarrollo de las mujeres es diferente y por eso realiza su investigación entrevistando a sujetos de ambos géneros para delimitar las diferencias en sus aproximaciones a los mismos casos de conflicto moral. El libro de Gilligan es, básicamente, un estudio de encuestas, que revela cómo ante temas tales como el aborto, las perspectivas de hombres y mujeres difieren. Mientras que los varones parecen resolver los problemas éticos conforme a patrones de derechos y de imparcialidad, las mujeres enfocan la cuestión desde la consideración del contexto y desde la empatía o la compasión. Tales diferencias son las que le permiten hablar de «una voz diferente» de las mujeres, que parece no haberse tenido en cuenta hasta el momento.

La *ética de la justicia*, que sería la propia de los modelos de fundamentación basados en la igualdad y en el respeto mutuo, es la asignada al prototipo masculino. Se trata de una aproximación en la que prima la construcción de principios universales que puedan ser aplicados con imparcialidad a todos los sujetos. El acento se coloca en la idea de unos derechos que deben ser respetados y, por tanto, se defiende la no intervención. La libertad tiene una dimensión negativa: una justicia que garantiza la elección individual

tratando a todos por igual. Por su parte, la *ética del cuidado*, propia de los modelos de fundamentación más cercanos a la consideración de los sentimientos y del ideal de solidaridad, es la que parece más propia del género femenino. En este caso cobra preeminencia la idea de colaboración y de promoción del individuo. Se subraya la idea del contexto, de la atención a las circunstancias particulares y concretas del caso, desestimando esos principios generales abstractos. Y se defiende el no hacer daño como principio fundamental, entendiendo que la conducta dañosa puede ser tanto una acción como una omisión. La preocupación por el otro lleva al intento de su crecimiento personal individual.

	Ética de la justicia	Ética del cuidado
Aptitudes	Aprender principios morales.	Desarrollar disposiciones.
Razonamiento	Resolver problemas buscando principios que tengan aplicabilidad universal.	Buscar respuestas apropiadas a cada situación o caso.
Conceptos	Prestar atención a los derechos y a la equidad. Universalidad. Respeto por una humanidad común. Exigencia de derechos.	Prestar atención a las responsabilidades y relaciones sociales. Particularidad. Individualidad distintiva. Aceptación de responsabilidades.

La ética feminista que se desarrolla también a partir de los años setenta recoge estas ideas tergiversándolas en muchos aspectos. Se plantea un enfrentamiento entre dos modelos que parecen absolutamente incompatibles. Si los hombres han estado durante siglos imponiendo su sistema de normas universales y de derechos basados en la igualdad, las mujeres, que ahora empiezan a hacer oír su voz, defenderán una aproximación alternativa basada en normas particulares, en donde no existe la igualdad sino la diferencia, donde no importa la imparcialidad sino la atención a la especificidad. A ello añaden, en muchos casos, que la diferente captación de la ética viene propiciada por el género, de modo que, a pesar de algunas excepciones de entendimiento, lo habitual es que estos dos modelos estén condenados a no entenderse. Por eso se configura la reivindicación feminista de introducción de «su» visión en un mundo que ha

estado dominado por varones. Se trata de sumar otra perspectiva que ha estado ausente de la construcción masculina de la sociedad.

En ese contexto, no es extraño que se plantee la dicotomía *cure/care* en el ámbito sanitario. El modelo masculino, de justicia imparcial, corresponde a los médicos (*cure*); el modelo femenino, de atención y cuidado, corresponde a las enfermeras (*care*).

CURAR (CURE):	CUIDAR (CARE):
Tarea de la medicina. Sabiduría técnica, orientada por la eficiencia. Justicia (imparcialidad). Rol masculino. Valor alto.	Tarea de la enfermería. Sensibilidad práctica, orientada por la compasión. Cuidado (particularidad). Rol femenino. Valor bajo.

Sin embargo, Gilligan no había dicho que los dos modelos estuvieran enfrentados ni que fueran irreconciliables. De su planteamiento no se deduce la propuesta de una ética femenina del cuidado que venga a sustituir a la ética de la justicia. Antes bien, a partir de la constatación de que hombres y mujeres reaccionaban de modos diferentes, extraía la conclusión de que los momentos de maduración personal eran distintos y, por tanto, el desarrollo moral seguía patrones diferentes en cada género. Sin embargo, estas diferencias tenían que resolverse en un mismo conflicto personal. Tanto mujeres como hombres tienen que encontrar una articulación entre los aspectos de justicia (derechos) y los aspectos de cuidado (responsabilidad) de la ética. No se trata de la primacía de uno u otro modelo, sino de la integración de ambos, de modo que una persona madura es aquella que logra una articulación de esas dos perspectivas, pues son *complementarias* y ninguna de ellas es suficiente en sí misma. El debate, pues, ha estado errado: justicia y cuidado no son elementos contrapuestos, sino dos modelos que han de comunicarse.

3. La ética del cuidado en la enfermería

A pesar de lo dicho, las aportaciones de Gilligan son tomadas por buena parte de las autoras feministas y por quienes reflexionan sobre el nuevo rol de la enfermera como una clave de interpretación de lo que supone la labor del cuidado como contrapuesta a la aproximación «masculina» de la justicia. En este grupo se sitúa *Nel Noddings*, cuya obra es una de las piezas clave de esta propuesta y un referente obligado para la enfermería. Noddings propone, siguiendo a Gilligan, una teoría ética que tiene el cuidado como elemento fundamental, su idea clave es el rechazo a la aproximación «masculina» imparcial y basada en principios, a favor de una aproximación «femenina» basada en el cuidado. Este elemento sería todo lo necesario para construir una ética enfermera. La propuesta de Noddings ha tenido un gran éxito y ha sido desarrollada por otras autoras como P. Benner y S. Fry.

Su punto de partida es la distinción entre el «cuidado ético» y el «cuidado natural».

Según Noddings, existe una experiencia primigenia de cuidado, basada en una inclinación natural. Hay una relación humana, una respuesta afectiva básica que el ser humano experimenta y aprende en el núcleo familiar. Desde este cuidado natural hay una expansión hacia la preocupación por las otras personas, que dará lugar al cuidado ético. El cuidado, pues, sería algo asequible a todas las personas, aunque es más propio de la experiencia femenina, en la medida en que deriva del cuidado recibido. Es una preocupación por uno mismo que se transforma en cuidado del otro. Los elementos que caracterizan esta relación de cuidado son aplicados a la enfermería.

Elementos que caracterizan la relación de cuidado

- La **receptividad** (*receptivity*): aceptación de la persona cuidada por parte del cuidador. Quien cuida ha de considerar la naturaleza, modo de vida, necesidades y deseos de la persona cuidada. Es un intento de conocer y ayudar al paciente, basado en la orientación hacia él. Este reconocimiento de la realidad del otro es lo que posibilita el crecimiento personal de la persona que cuida.
- La **conexión** (*relatedness*): el hecho de que exista una relación que genera obligaciones de respuesta por parte del profesional de enfermería.
- La **respuesta o sensibilidad** (*responsiveness*): el compromiso que adquiere el cuidador hacia la persona cuidada. Esto exige una disponibilidad por parte del profesional de enfermería que centra su atención en la persona que requiere ayuda. Esto supone un grado de implicación del cuidador que hay que evaluar con cautela.

Estos elementos surgen espontáneamente, forman parte del «cuidado natural», pero en la medida en que han de extenderse más allá del ámbito de las personas por quienes surge sin esfuerzo, son modulados por el «cuidado ético». Es decir, en la relación el profesional de enfermería está buscando un *modo de realización personal*, de modo que la proyección del ideal ético pretendido es lo que determina cuál ha de ser el mejor cuidado, incluso cuando no se manifiesta ese cuidado espontáneo (porque el paciente es desagradable o por cualquier otra razón adversa en la relación). El sentimiento que tiene el profesional de enfermería de que debe ayudar a otro exige un compromiso de realización del ideal de cuidado. Esto quiere decir que la relación de cuidado se considera superior a cualquier otra porque permite un crecimiento personal por parte de los implicados en ella.

Noddings introduce una cuestión de reciprocidad en el cuidado que tiene dificultades en su aplicación a la enfermería, pues la relación en este ámbito es, por definición, desigual. El profesional de enfermería cuida sin esperar que el paciente pueda responder de modo efectivo en esa relación, pero no por ello se elimina su obligación de cuidado. Esto significa que no es posible llegar a un completo «ser con el otro», una reciprocidad completa, de modo que la relación de cuidado en enfermería se practica en un estado éticamente disminuido que no propicia el desarrollo personal.

La propuesta de Noddings insiste mucho en la preeminencia de este modelo «femenino» del cuidado, entendido como relación y considerado posibilitador de un

crecimiento personal. Es la idea de una implicación total que propicia el desarrollo humano. Tal aportación ha tenido una acogida bastante amplia, y forma parte de un grupo de perspectivas de la enfermería que la entienden como una entrega a una comunicación intensa con el paciente, de modo que haya una mutua implicación que posibilite conocerse como personas y crecer conjuntamente.

En esta línea se sitúa también la aportación de V. Tschudin, quien considera el cuidado como un concepto relacional en el que el grado de intimidad es muy profundo, hasta el punto de afirmar que «el cuidar trata sobre el amor». Tschudin se basa en autores como M. Buber o M. Mayeroff, que, desde una perspectiva psicológica, insisten en la idea del reconocimiento y cuidado del otro como modo de completar el propio yo, y también, desde la perspectiva enfermera, en M. S. Roach que considera el cuidado como un modo humano de ser, el elemento fundamental que nos hace ser personas. Esta autora propone las «cinco C del cuidar» que también recoge Tschudin: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso.

Las cinco C del cuidar

- **Compasión:** implica una inmersión en la condición del ser humano, un reconocimiento del otro como persona y una respuesta vivencial de solidaridad, derivada de la experiencia personal.
- **Competencia:** es la capacidad técnica y teórica para desarrollar las actividades necesarias en la actividad profesional. La vinculación entre competencia y compasión es un elemento básico para moderar una y otra recíprocamente en su ejercicio.
- **Confianza:** se refiere a una cualidad que ha de darse entre los miembros de la relación (el profesional de enfermería y el paciente) mutuamente y que permite tener la tranquilidad de que el otro no nos hará daño.
- **Conciencia:** es la base de la elaboración de juicios morales. Tiene que ver con un aprendizaje desde la infancia, que permite sentir una responsabilidad moral ante las cosas que ocurren.
- **Compromiso:** es una respuesta afectiva que se refiere a la convergencia del deseo personal y la obligación elegida.

El «sentir con», pues, es la base de estos elementos que tanto Tschudin como Noddings consideran «naturales». El cuidado, como expresión de ese «sentir con», se manifiesta entonces en unos valores que determinan la acción de enfermería: la receptividad hacia el otro, la relación con él y la respuesta a sus demandas. Todo esto le lleva a concluir que en el ámbito de las relaciones sanitarias de la enfermería hay varios principios éticos aplicables. Los más relevantes son los principios que rigen la relación entre enfermeras y pacientes, que serían dos, la confidencialidad y la defensa, en el sentido de la representación de los derechos del paciente que la enfermera ejerce (como se mencionó anteriormente), y, por otro lado, la autonomía de la enfermera y la toma de decisiones independientes, en el ámbito de la relación entre enfermeras y médicos.

Principios éticos en las relaciones sanitarias de enfermería

- Relación entre profesionales de enfermería y pacientes:
 - Confidencialidad.
 - Defensa.
- Relación entre profesionales de enfermería y médicos:
 - Autonomía y toma de decisiones independientes.

Esta idea de la *relación profunda con el paciente* también es la que se encuentra en la propuesta de J. Salvage de una «nueva enfermería» basada en la idea del «compañerismo». La enfermería, centrada en el paciente, se mueve en un terreno caracterizado por un enfoque de comunicación e integración en una suerte de «destino común». El profesional de enfermería cuida al enfermo buscando el grado óptimo de su intervención, en una relación basada en la afirmación de que ambos se encuentran vinculados en la consecución de un mismo objetivo. Las ideas de relación interpersonal de Buber, junto a las aportaciones de la psicología humanista, sirven de marco para definir la tarea de la enfermería en términos de amabilidad, sensibilidad y cordialidad. La expresión que recoge esta pretensión es la de «estar juntos en esto», es lo que se considera un «cuidado real», que ayuda a la persona a ajustar e integrar su situación en su vida. El profesional de enfermería, desde su experiencia, su compasión y su compromiso, es una ayuda vital para que los enfermos puedan enlazar su situación externa con lo que experimentan internamente.

En buena medida, todas estas perspectivas de la enfermería como relación completa con sentido con el paciente tienen una idea interesante de fondo que es la *visión integral del ser humano*. Lejos de concebir al paciente como un organismo enfermo, como ocurría en tiempos pasados, se trata de considerar su persona en conjunto, como alguien, un individuo con rostro y nombre, que padece una enfermedad y que requiere ayuda. Esta aproximación es valiosa en cuanto al reconocimiento del sujeto en su totalidad. Probablemente no cabe un enfoque de la enfermería que pierda de vista esta perspectiva. El ser humano, en su totalidad, es el sujeto enfermo que requiere atención, y el papel del profesional de enfermería –como el del médico– ha de estar basado en atender a la persona.

4. La integración de la justicia y el cuidado

No cabe duda de que estas aportaciones han sido de gran relevancia para la enfermería. Con ellas se ha construido el debate sobre su identidad en las últimas décadas. Y los modelos que presentan tienen elementos que resultan ya irrenunciables en cualquier propuesta contemporánea. Sin embargo, en general, afirman la idea de un «encuentro total» con el paciente: la visión de la enfermería como una labor que, además de la ejecución de una serie de tareas técnicas específicas, conlleva una relación interpersonal con sentido, que contribuya al desarrollo personal, no sólo del individuo enfermo, sino también del propio profesional de enfermería. Esta misión es poco ejecutable en la

situación laboral real de los profesionales de enfermería, pero además resulta difícilmente defendible desde el punto de vista ético. Reconociendo que la apuesta de Noddings, y también las demás, tienen elementos interesantes, es importante poner de manifiesto su principal problema: el *cuidado* resulta un elemento irrenunciable de la enfermería. Sin embargo es una *condición necesaria pero no suficiente* para justificar y dar sentido a esta labor profesional.

En la relación con alguien que ha perdido la salud, los profesionales sanitarios han de estar atentos al significado que tal evento tiene en la vida del sujeto, cómo lo interpreta este, qué relevancia tiene para sus proyectos, para el concepto de sí mismo. Sin embargo, dada la diversidad de conceptos existentes sobre la salud y la vida, cualquier proyección de patrones de salud (a nivel general), más allá de lo meramente biológico, será una falta de respeto a la autonomía del paciente y un error de escucha por parte del profesional.

En la medida en que el profesional de enfermería está más cerca del paciente que ningún otro profesional sanitario, es la persona más idónea para conocer cuál es ese modelo de salud que el paciente asume como propio. Y si la labor de enfermería está regida claramente por el ideal de la *beneficencia* –hacer el bien al otro–, es claro que la relación con el paciente ha de tener en cuenta que tal beneficencia, como ya se dijo, ha de determinarse desde la libertad de decisión del propio paciente, desde su *autonomía*. De ahí que, aunque existan obligaciones de mínimos que están tipificadas, y que se rigen por la no maleficencia, las actividades profesionales del profesional de enfermería dependen de esa relación de comunicación con el paciente, en la que se decidirán los bienes a realizar conforme a su expectativa de bienestar.

Los modelos de enfermería que pretenden que esa relación de comunicación sea una experiencia significativa de encuentro con el otro y de crecimiento personal, son excesivamente optimistas y no atienden a la realidad de la práctica enfermera. En primer lugar, no todos los pacientes quieren tener ese tipo de relación con los profesionales de enfermería, ni estos están igualmente dispuestos a tener ese encuentro interpersonal tan intenso con todos los pacientes. Es un deber de justicia que cada profesional trate siempre correctamente a unos y a otros pacientes, sin escatimar sus cuidados a unos ni excederse en su atención a otros. Pero, al mismo tiempo, debe responder a las características individuales de cada uno, ofreciéndole lo que necesita. Esto quiere decir que ha de situarse en una posición de equilibrio, manteniéndose siempre alerta y no dejándose llevar por las circunstancias de la situación, ni excediéndose en su afán de cuidado.

El respeto a la individualidad exige que el profesional de enfermería sea sensible a las peculiares características del paciente en cuanto persona con unos valores y un proyecto vital. En la relación que con él o ella establezca, deberá ofrecer consuelo y apoyo, escuchar y aconsejar, pero siempre determinar los bienes conforme a su libertad. El encuentro personal exigiría una atención desmesurada por parte de la enfermera, pondría en peligro la objetividad con la que debe realizar labores determinadas por la justicia y no por la beneficencia, e impondría un modo de realización personal a los participantes de la relación que no siempre es posible o deseable. Lo cual no quiere decir que no

pueda establecerse como un máximo propio de las opciones morales de las personas implicadas, y que resulte realizable. Pero no puede ser exigible como un mínimo de la tarea profesional de enfermería.

El *cuidado*, como atención solícita al otro que requiere ayuda, no es renunciable, pero su ejercicio debe realizarse en el marco de la *justicia*.

Una defensa exclusiva del cuidado puede llevar a un exceso de celo en un mal entendido ejercicio de la beneficencia que sobrepase el respeto debido a la autonomía del paciente, pero además puede entrar en conflicto con otros principios de rango superior, como la justicia y la no maleficencia. El elemento de cuidado tiene aspectos de exigencia de mínimos, y también niveles de máximos, y es preciso no olvidar estos dos niveles. Habitualmente se tiende a pensar que el cuidado es lo opuesto de la justicia, y que las dos tradiciones –como se presenta en la simplista dicotomía de algunos enfoques feministas– son dispares porque sus acentos se sitúan en perspectivas incomunicables entre sí. Nada más alejado de la realidad. Ambos son elementos que se necesitan mutuamente y una ética a la altura de nuestro tiempo no puede renunciar a ninguno de ellos.

- El olvido del cuidado y el enfoque más contextual y relacional lleva a una ética excesivamente impersonal y fría, que, acogida a sus principios, no atiende a la realidad de la vida.
- El olvido de la justicia y su énfasis en la imparcialidad y en los derechos, lleva a una ética débil y arbitraria, poco útil para las decisiones más allá del nivel estrictamente individual.

Por tanto se trata de dos aproximaciones que han de *combinarse*. De hecho, como ya se mencionó, la propia Gilligan había comentado que la madurez de la persona venía dada por su capacidad de articular ambos enfoques.

La ética de los derechos, basada en la imparcialidad, ha de completarse con una ética de la responsabilidad que acentúe y coloque en su justo lugar la diferencia. La compasión y el cuidado han de complementarse con los presupuestos universalizables de justicia, como un contrapunto necesario que marca la madurez del desarrollo moral. Esa tensión entre ambos elementos es un modo de integración de dos experiencias diferentes pero conectadas.

También puede interpretarse esta integración desde la distinción entre éticas de máximos y éticas de mínimos. Desde ella, y buscando también la complementación, es posible afirmar que el paradigma de la justicia (mínimos) es vacío si se construye desde la racionalidad ajena a una moralidad que es más rica en contenidos y cuya dotación de sentido proviene de un ideal de perfección. El perímetro de la justicia se ve así ampliado y completado alcanzando su verdadero sentido, pues los otros elementos (solidaridad, responsabilidad, cuidado), aparentemente dispares, no son meros adornos para el edificio de la ética, sino los verdaderos pilares de su consistencia. Del mismo modo, la ética de la solicitud y el cuidado, la ética de la realización personal, la autoimposición de un grado

de excelencia (máximos), son ciegos e inviables si no se dan en el marco de la justicia y la universalidad. La articulación entre ambos es muestra de la riqueza de la vida moral y va más allá de una aparente controversia entre la ética del cuidado y la ética de la razón.

- La *ética de la justicia* requiere del cuidado para no quedar vacía de contenido.
- La *ética del cuidado* requiere de la justicia para no ser ciega e irrealizable.

El concepto que resuelve la aparente contradicción es el de «cuidado justo». Una conexión necesaria entre cuidado y justicia en la que ambas categorías se solapan y se implican mutuamente: el cuidado debe reconocer la justicia en las relaciones interpersonales; y la justicia exige determinar lo que constituye un cuidado adecuado para cada uno. Eso quiere decir que, para el sanitario, el cuidado justo apropiado será diferente dependiendo del contexto: dará prioridad a lo particular de la relación en la asistencia al enfermo, y dará prioridad a la imparcialidad y lo universal en lo público. Entonces ni el cuidado ni la justicia tienen prioridad: uno implica al otro, y tienen distintos ámbitos en donde uno u otro han de cobrar primacía. Esto abre la dimensión deliberativa, como clave para determinar cuál es la opción más adecuada en cada caso. Se trata de un proceso de modulación recíproca: la justicia matiza y limita el cuidado evitando excesos de particularismo, maternalismo, sensiblería, anulación del cuidador, y olvido del «distante», mientras que el cuidado matiza y limita la justicia, evitando el exceso de imparcialidad y la frialdad de la razón en la toma de decisiones.

5. El cuidado: bien interno de la enfermería

La gran pregunta que queda planteada es hasta qué punto y de qué modo el cuidado –si bien en el marco de la justicia, de la que no puede prescindir– puede ser apropiado para fundamentar una ética de enfermería, puesto que hay un acuerdo unánime en que es la piedra clave de la tarea enfermera.

Los *cuidados de enfermería* fueron definidos por V. Henderson en 1965 del modo siguiente: «Asistir al individuo enfermo o sano, en la realización de las actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), que él realizaría por sí solo, si tuviera la fortaleza, voluntad y conocimientos necesarios». Esta definición, centrada exclusivamente en el individuo, anuncia ya esa dimensión relacional de la enfermería, aunque todavía está centrada en los elementos más específicos del cuidado a nivel físico. Tendremos que esperar a finales de los años setenta para que M. Leininger proponga *el cuidado como esencia de la enfermería*. Su definición del cuidado cambia notablemente respecto a la de Henderson: «Aquellos métodos, humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente, de ayudar o permitir a un individuo, una familia o una comunidad recibir servicios personalizados a través de modos de cuidado, procesos, técnicas y patrones específicos, definidos o atribuidos culturalmente, para mejorar o mantener una condición favorablemente saludable para la vida o la muerte». L. Curtin irá más allá al expresar que la enfermería está basada en un compromiso moral de cuidado a otros seres humanos, y B. Carper analizará el origen de esta preocupación por

el cuidado, que sitúa en un proceso de despersonalización de la asistencia sanitaria, producido por el exceso de tecnificación y de especialización y por un incremento de la burocracia. A partir de las aportaciones de estas autoras, el cuidado será una constante, un elemento fundamental y omnipresente en las teorías enfermeras.

La convicción actual es que las tareas de enfermería incluyen algo más que la mera ejecución competente de ciertas labores de cuidado. Lo difícil es determinar en qué consiste ese «algo más». Algunos autores han propuesto la idea de que, si la enfermería es considerada una *práctica moral*, lo que se le exige al profesional no es sólo la competencia técnica, sino además una «virtud» que será la que dote de sentido su tarea.

El cuidado es la esencia de la labor de enfermería. Su realización la convierte en una práctica moral.

Esa idea fue lanzada en 1990 por A. Bishop y J. Scudder, quienes definían la enfermería como «una práctica moral basada en la exigencia moral de promover el bienestar del paciente por medio de cuidar de él mediante una relación personal». Según Gastmans, Dierckx de Casterle y Schotsmans, esa definición conlleva la afirmación de *tres componentes en la práctica de la enfermería: la relación del cuidado, el comportamiento del cuidado y el «buen cuidado»*. Esto genera una nueva definición: la enfermería es «la totalidad de técnicas y actitudes (comportamiento de cuidado) que se aplican en el contexto de una particular relación de cuidado, con la intención de proporcionar “buen cuidado” (la meta) a la persona (usualmente enferma)». Aunque esta definición está centrada en la idea de la relación, dejando de lado otros elementos, resulta interesante porque introduce dos modos de entender el cuidado: como una finalidad en la labor de enfermería y como el medio que permite lograr tal fin.

La práctica de la enfermería se entiende como algo que incorpora *valores*. Es una *actividad moral* que define el cuidado como su propia meta, su bien interno. La labor profesional de la enfermería está basada en ese bien interno: el *cuidado*.

El profesional de enfermería no es neutral en su cuidado, es alguien capacitado para hacer elecciones y tomar decisiones, no sólo en el ámbito técnico, sino también en el de los juicios morales. Por tanto, *se exige, además de la competencia en la realización de una labor experta, el desarrollo y puesta en práctica de una virtud moral*. Y ello porque si en las tareas técnicas rige el criterio de la eficiencia, en aquellas actividades que requieren una relación con seres humanos se exige el bien moral.

El *cuidado*, en la medida en que atiende al carácter único de las personas y presupone una relación de comunicación, respeto y colaboración al bien, es el *fundamento de la enfermería*.

La relación entre profesional de enfermería y paciente ha de estar basada en:

- el reconocimiento del otro como persona única y valiosa en sí;
- la implicación del profesional de enfermería en el proceso de atención, la preocupación por el otro;
- la libertad del paciente para participar activamente en la relación y en el proceso del cuidado.

Todo ello se concreta en ciertas *funciones* que recogen las dos dimensiones anteriormente mencionadas:

- la *competencia técnica*, basada en una formación a nivel teórico y en un entrenamiento en habilidades y destrezas prácticas. Funciones que se refieren, en este nivel técnico, a la monitorización del paciente, la administración de regímenes terapéuticos, la competencia organizativa y de trabajo, la resolución efectiva de situaciones cambiantes, etc.
- la *capacidad moral o virtud*, que se inspira básicamente en la sensibilidad ante el sufrimiento y en la atención solícita y solidaria al otro. En este nivel de comportamiento moral se incluye preservar la dignidad humana en situaciones de dolor y crisis, proporcionar compañía, consuelo y comunicación, guiar y ayudar a los pacientes en la integración de las consecuencias de la enfermedad, etc.

La meta de la enfermería es el «buen cuidado», que estos autores entienden como una promoción del paciente en todas las dimensiones como persona humana: física, relacional, social, psicológica, moral y espiritual. Si bien este enfoque toma una perspectiva holística e integral, conviene decir que apoyan su propuesta en un elemento fundamental de toda teoría ética: el respeto a la dignidad de la persona humana. Por ello consideran que el «buen cuidado» es un término normativo que permite determinar la finalidad de una práctica profesional como la enfermería y también evaluar la práctica específica de los profesionales de enfermería.

La importancia de conceder un rango de práctica moral a la enfermería es notable, por cuanto implica su consideración como tarea que, en cuanto se refiere a una relación humana, no puede ser entendida como una mera ejecución técnica. La insistencia en este punto es fundamental. Labores como la enfermería, la medicina o la enseñanza, *no pueden estar basadas en meros criterios de eficacia, sino que han de remitir a valores de comunicación entre los seres humanos*. Por ello, sin rodear de componentes heroicos la tarea del profesional de enfermería, sí es pertinente, sin embargo, insistir en que no puede ser una tarea como cualquier otra.

Por otro lado, la insistencia en el cuidado tiene sentido, siempre que se entienda dentro del marco de otras metas superiores, es decir, comprendiendo el cuidado como «cuidado para» el logro de un fin. El «buen cuidado» que propugnan estos autores es una meta de calidad que ha de ser tomada en consideración; sin embargo, es un objetivo instrumental: no es un fin, sino un medio para lograr algo más radical: la salud de la persona o, en su defecto, el alivio del sufrimiento o el acompañamiento en la muerte. Por más que la relación entre profesional de enfermería y paciente sea determinante y capital en la designación de objetivos para la profesión, no es adecuado perder de vista que *el «buen cuidado» marca el nivel de excelencia que ha de exigirse a un buen profesional. Pero no es el fin perseguido*. Las labores sanitarias tienen como finalidad el restablecimiento o prevención de la salud, y la reducción o eliminación del dolor y el daño provocados por la enfermedad. Un cuidado adecuado es el medio correcto para lograr tal meta.

Por eso el papel de la enfermería, como indica C. R. Taylor, es el de «posibilitar»: permitir a las personas alcanzar las metas valiosas para ellas, sus proyectos vitales, a través de la información, la ayuda y la provisión de los recursos necesarios para su obtención. El tipo de asistencia que el paciente puede necesitar depende de tales metas. Es el propio paciente quien ha de determinar sus fines y, con ello, los bienes que persigue. Esto significa que la razón de ser de la enfermería es el cuidado, como concepto que delimita las tareas a realizar, pero el sentido final que orienta el cuidado, el objetivo que busca y la meta que persigue, es la salud (en sentido amplio).

La enfermería, como actividad profesional, es una *práctica moral*, cuyo bien interno es el *cuidado*. Se exige una *competencia técnica* y también una *competencia moral* que, además de incluir valores de comunicación y ayuda, implica tomar decisiones con responsabilidad, y ser capaz de resolver los conflictos éticos derivados de su acción. El nivel de la *excelencia* en el desempeño de esta tarea se sitúa en el *buen cuidado*, cuyo objetivo último es la salud y/o bienestar del paciente, según su propia autonomía.

Ideas clave

- La tarea de la enfermería arranca de la condición vulnerable del ser humano. Su enfermabilidad implica una particular característica que explica rasgos del ser humano, que se convierten en problema moral y a los que es posible dotar de sentido.
- La tarea de la enfermería es el cuidado, entendido como atención solícita a otro ser humano. Esta actitud de cuidado, basada en la solidaridad, está en la base de los comportamientos morales.
- El cuidado no debe imponerse, sino que ha de respetar siempre la autonomía de la persona que lo recibe.
- La ética del cuidado aparece con la obra de C. Gilligan, en la que se contrapone el modelo femenino, basado en la responsabilidad y la relación, con el modelo masculino de la imparcialidad y la justicia.
- Los dos modelos, justicia y cuidado, son complementarios y se necesitan mutuamente.
- La ética del cuidado tiene importantes repercusiones en la enfermería. Una de las autoras más importantes es N. Noddings, quien defiende que la relación de cuidado (basada en la receptividad, la conexión y la respuesta) es un modo de realización personal.
- Las cinco C del cuidar que propone M. S. Roach son: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso.
- Muchas propuestas de enfermería basadas en el cuidado promueven una visión integral del ser humano y plantean la necesidad de una relación interpersonal fuerte y con sentido entre profesional de enfermería y paciente.
- El cuidado es una condición necesaria pero no suficiente para la labor profesional de enfermería: el cuidado ha de respetar la autonomía, y ha de completarse con la justicia.
- La ética de la justicia se complementa con una ética de la responsabilidad que atiende a lo diferente y a lo contextual de la relación. La ética del cuidado se complementa con la universalidad y la imparcialidad de la justicia.
- El cuidado es el bien interno de la enfermería.
- La enfermería es una práctica moral. Se exige no sólo la competencia técnica, sino

también una virtud.

- La meta es el buen cuidado, como realización excelente de la práctica de enfermería. A su vez, el objetivo del buen cuidado es la salud del paciente, conforme a su autonomía.

Lecturas

- BENNER P. (1984), *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wesley, Menlo Park.
- BENHABIB S. (1992), *Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral*, Isegoría 6, pp. 37-63.
- BISHOP A.-SCUDDER J. (1990), *The practical, moral and personal sense of nursing: a phenomenological philosophy of practice*, State University of New York Press, Nueva York.
- BUBER M. (1993), *Yo y tú*, Caparrós, Madrid.
- CARPER B. A. (1979), *The ethics of caring*, Advances in Nursing Science, vol. 1, nº 3, pp. 11-19.
- CARSE A. L. (1991), *The "voice of care": implications for bioethical education*, The Journal of Medicine and Philosophy 16, pp. 5-28.
- CARSE A. L.-LINDEMANN NELSON H. (1996), *Rehabilitating Care*, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol. 6, nº 1, pp. 19-35.
- CURTIN L. (1980), *Ethical issues in nursing practice and education*, en *Ethical issues in nursing and nursing education*, National League for Nursing, Nueva York.
- FEDER KITTAY E.-MEYERS D. T. (eds.) (1987), *Women and moral theory*, Rowman and Littlefield Pb, Totowa, NJ.
- FEITO L. (2000), *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, PPC, Madrid.
- GASTMANS C.- DIERCKX DE CASTERLE B.-SCHOTMANS P. (1998), *Nursing considered as moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing*, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol. 8, nº 1, pp. 43-69.
- GILLIGAN C. (1985), *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*, FCE, México.
- HENDERSON V. (1965), *The nature of nursing*, Collier Macmillan, Londres.
- LEININGER M. (1977), *Caring: the essence and central focus of nursing*, en *The phenomenon of caring V*, American Nurses Foundation, Washington D.C., Nursing Research Report 12, nº 1, pp. 2-14.
- LEININGER M. (1981), *Caring: an essential human need. Proceedings of three national caring conferences*, Ch. B. Slack, Thorofare, NJ.
- MANNING R. C. (1992), *Speaking from the heart. A feminist perspective on ethics*, Rowman-Littlefield Pb.Inc Maryland.
- MAYEROFF M. (1972), *On caring*, Harper-Row, Nueva York.
- NODDINGS N. (1984), *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*, University of California Press, Berkeley.
- ROACH M. S. (1987), *The human act of caring*, Canadian Hospital Association, Ottawa.
- SALVAGE J. (1990), *The theory and practice of the "new nursing"*, Nursing Times. Occasional Paper, vol. 86, nº 1, pp. 42-45.
- TAYLOR C. R. (1998), *Reflections on "Nursing considered as a moral practice"*, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol. 8, nº 1, pp. 71-82.
- TSCHUDIN V. (1986), *Ethics in nursing, The caring relationship*, Butterworth-Heinemann, Londres.



6. Rasgos morales de la profesión de enfermería

La enfermería es una práctica moral, esto significa que incorpora una actitud o comportamiento ético (el cuidado excelente), basado en una virtud moral (la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos), que se ejerce conforme a patrones éticos (corrección técnica y moral) y por la que se exige responsabilidad. Todo ello hace que la formación y el ejercicio profesional que lleva a cabo el profesional de enfermería deban estar basados en la observación de los requisitos que permiten que esa práctica moral sea considerada buena. Esto quiere decir, más brevemente, que no se puede ser un buen profesional de enfermería sin cumplir ciertas exigencias. Ese «ser un buen enfermero o enfermera» hace referencia a una idea de perfección moral.

Son muchos los listados de virtudes o requisitos morales propios de la enfermería. Cada uno de ellos es deudor de una cierta definición del bien interno de la enfermería y de un peculiar modo de comprender su ejercicio. Sin embargo, hay ciertos acuerdos más o menos generalizados, como la necesidad de una cierta sensibilidad ante el ser humano (que unos llaman compasión, otros compañerismo, etc.), un compromiso con la calidad del cuidado y una disposición a aceptar la responsabilidad.

Una de las propuestas más completas y bien formuladas, es la de A. Cortina, quien establece las siguientes «actitudes de una enfermera madura» para alcanzar el bien interno de la enfermería, el cuidado (que es definido como toda acción que contribuye a promover y fomentar la vida y la salud de las personas y los grupos):

- Compasión por el sufrimiento de la persona cercana que depende de mí.
- Actitud vocacionada, entendida como sensibilidad suficiente como para dejarse impactar por el sufrimiento concreto de la persona a mi cargo y sentirse responsable de ella.
- Sentimiento de responsabilidad ante quien me ha sido encomendado.
- Capacidad de comunicación (diálogo).
- Capacidad para promover que los pacientes se vayan haciendo en lo posible dueños de sí mismos y no se encuentren siempre en situación de dependencia.
- Competencia técnica, excelencia en el ejercicio de las habilidades específicas de la profesión.
- Autoestima, razonable confianza en las capacidades propias.

Por su parte, C. Taylor presenta un valioso modelo de ética profesional basado en el fenómeno del cuidado profesional. Su interesante propuesta es un intento de articular los elementos del cuidado con las virtudes y las obligaciones morales. El punto de partida es el establecimiento de *seis condiciones necesarias y suficientes* para dicho *cuidado profesional*:

- *Afecto*: un sentimiento de consideración positiva que se experimenta como una respuesta a la presencia o al pensamiento de la persona cuidada; los sentimientos

pueden ir desde una simple consideración de afinidad que reconoce al otro ser humano necesitado, hasta sentimientos de ternura y afecto solícito.

- *Cognición*: una comprensión intelectual de lo que es esencial para el bienestar del que es cuidado.
- *Volición*: un compromiso para usar las destrezas y energías propias para asegurar el bienestar del que es cuidado.
- *Imaginación*: una capacidad empática de entrar en y compartir el mundo del otro lo suficiente para comprender la situación existencial única del otro y sus necesidades.
- *Motivación*: lo que influye en la voluntad de modo que predispone a actuar de modo altruista para promover el bienestar del paciente; lo que explica la acción.
- *Expresividad de la acción*: comportamientos verbales y no verbales utilizados para comunicar el cuidado.

A continuación pone en relación dichos elementos con las virtudes y las obligaciones morales relacionadas. Obtiene así un listado de *competencias éticas de la enfermera*:

Elementos del cuidado profesional y virtudes relacionadas y obligaciones morales

Elemento	Virtud(es)	Obligación(es) moral(es)
Afectivo	Respeto. Compasión. Atención terapéutica.	Practicar la enfermería de modo que permita ser receptivo a las experiencias de los pacientes y sus familiares y amigos.
Cognitivo	Honestidad intelectual. Humildad. Sabiduría. Práctica.	Practicar con el conocimiento requerido por las responsabilidades profesionales. Buscar ayuda cuando la competencia propia es inadecuada a las nuevas y cambiantes responsabilidades profesionales. Apoyar a otros miembros del equipo de cuidadores para una práctica responsable. Evaluar críticamente los avances científicos a la luz de su capacidad para contribuir al bienestar humano. Evaluar los regímenes de tratamiento, sistemas de cuidado, y política sanitaria en cuanto a su capacidad para producir el bienestar de los pacientes concretos y del conjunto de la población.

Volitivo	Consideración. Ser digno de confianza.	Mantenerse responsable del bienestar humano de los pacientes asignados al cuidado de uno. Responder a la necesidad humana en un grado acorde con las responsabilidades profesionales.
Imaginativo	Empatía.	Compartir empáticamente las experiencias de los pacientes y sus familiares y amigos.
Motivacional	Altruismo (subordinación del interés propio al cuidado del paciente).	Hacer del bienestar de los pacientes la preocupación profesional primaria. Sopesar el autocuidado apropiado con las responsabilidades de cuidado profesional de modo que no ponga en peligro el bienestar de los pacientes o los colegas.
Expresivo	Cuidado.	Interactuar con los pacientes, sus familiares y amigos, y los colegas de modo que se perciba que uno es respetuoso y que afirma la dignidad humana.

Probablemente, ningún esquema que resuma las tareas, las obligaciones morales, los rasgos de virtud, etc. de la enfermería será completo, porque el ejercicio profesional de la enfermera tiene una riqueza que no se agota en estos términos. Es claro, según lo dicho, que la enfermería tiene un bien interno que la define: el cuidado. El cuidado es una labor que implica:

- una *actitud*, una sensibilidad por el ser humano;
- unas *habilidades*, de tareas de cuidado técnico básico, de comunicación y de promoción de las capacidades de los individuos; y
- unos *conocimientos*, que están en la base de estas actividades.

El objetivo final de la enfermería, al que sirve el cuidado, es la *salud*. Meta que puede ser entendida como búsqueda del mayor grado de integridad del paciente para que, desde su libertad y sus capacidades, desarrolle su proyecto vital; como prevención de la enfermedad o el daño; como eliminación o reducción de secuelas y consecuencias negativas de la enfermedad; o como acompañamiento y ayuda en los procesos terminales. La realización de esta tarea se puede dar al nivel asistencial, donde es más evidente, o, indirectamente, desarrollando otras labores como la gestión y política

sanitaria, la docencia o la investigación. Esto quiere decir que el sujeto de la intervención puede ser un individuo o una comunidad.

Para responder a todos estos requisitos que definen la tarea profesional de la enfermería, y sabiendo que el ejercicio concreto de la actividad se da en el contexto de una interacción con otras personas que es cambiante, plural y dinámico, hay una serie de rasgos que resultan fundamentales. Todos ellos son necesarios y ninguno suficiente en sí mismo. Esos «*rasgos morales*» o *características de la ética enfermera* son:

- *Respeto* a la realidad del otro y a su dignidad. El reconocimiento del ser humano como fin en sí obliga a respetarlo y a tratarlo con justicia. La diversidad y pluralidad de opciones morales, hace que este respeto sea aún más necesario, como base de la convivencia y fuente de un diálogo no impositivo.
- *Actitud de cuidado*, una cierta sensibilidad ante el sufrimiento del otro que no proviene exclusivamente de elementos afectivos, sino del reconocimiento del otro ser humano como un igual que necesita atención, por tanto una compasión en el sentido etimológico del término: padecer con. Esta actitud es la que permite la acción solidaria. También se sitúa aquí la vocación, como sentimiento de obligación de actuar ante esta situación percibida.
- *Comunicación*, una capacidad de escucha y respuesta basada en la atención al otro, en el reconocimiento de la persona como sujeto. El diálogo, como base de la relación sanitaria, en el que se asumen ciertos requisitos fundamentales: la confianza, la confidencialidad, la información veraz, el respeto mutuo, la colaboración.
- *Competencia y colaboración profesional*, la exigencia de una buena formación y de un ejercicio profesional excelente, tanto en el ámbito de las acciones técnicas, en las labores de cuidado, y en las tareas organizativas, como en la toma de decisiones morales. Capacidad de colaboración con otros profesionales en el proceso continuo de la atención al enfermo.
- *Autonomía y responsabilidad*, juicio independiente en el ejercicio profesional, capacidad para evaluar principios y consecuencias de los cursos de acción posibles, determinación de un sistema de valores propio, responsabilidad por las acciones realizadas tanto a nivel personal (conciencia) como a nivel social.

Ideas clave

- La enfermería es una práctica moral, lo que significa que incorpora una actitud o comportamiento ético (el cuidado excelente), basado en una virtud moral (la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos), que se ejerce conforme a patrones éticos (corrección técnica y moral) y por la que se exige responsabilidad.
- Existen numerosas propuestas de requisitos morales propios de la práctica enfermera.
- Las condiciones necesarias y suficientes para el cuidado profesional (C. Taylor) son: afecto, cognición, volición, imaginación, motivación, expresividad de la acción.
- Las competencias éticas de la enfermera, según Taylor, van acompañadas de virtudes y

se siguen de ellas obligaciones morales.

- El cuidado implica habilidades, conocimientos y actitudes.
- Los rasgos morales o características de la ética enfermera son: respeto, actitud de cuidado, comunicación, competencia y colaboración profesional, autonomía y responsabilidad.

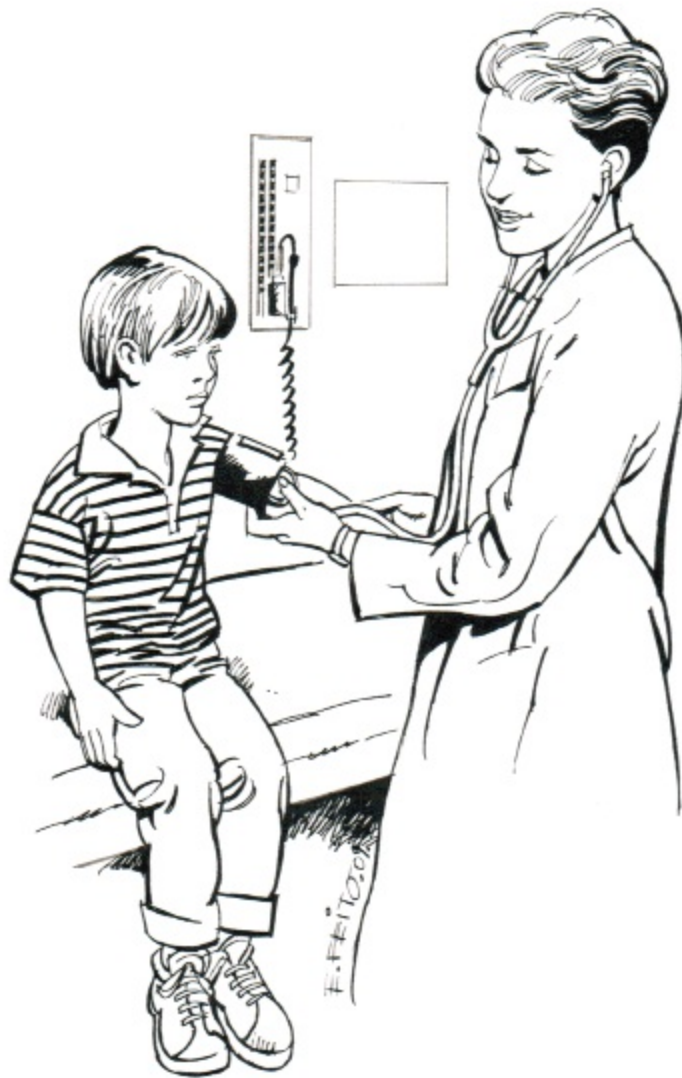
Lecturas

ARROYO M. P.-CORTINA A.-TORRALBA M. J.-ZUGASTI J. (1997), *Ética y legislación en enfermería. Análisis sobre la responsabilidad profesional*, McGraw-Hill/Interamericana, Madrid.

FEITO L. (2000), *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, PPC, Madrid.

TAYLOR C. R. (1998), *Reflections on "Nursing considered as a moral practice"*, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol. 8, nº 1, pp. 71-82.

Parte III: Problemas éticos en enfermería



7. Tareas de la enfermería

El recorrido realizado nos permite ya llegar a una delimitación de las tareas de la enfermería. La misma complejidad de la definición de la profesión de enfermería nos obliga a hacer una primera constatación: esas tareas son tremendamente amplias.

1. Un primer grupo de tareas son las referidas a las actividades derivadas de su *competencia técnica*. Los profesionales de enfermería han sido entrenados en conocimientos teóricos y habilidades prácticas para comprender los diagnósticos y los tratamientos médicos, para ayudar o realizar ciertas pruebas o emplear ciertos medios técnicos de diagnóstico y tratamiento, para monitorizar al paciente, etc. Han de demostrar ser expertos en la realización efectiva de tales tareas. Esa capacitación, unida a la realización de estas labores y la experiencia que van adquiriendo a lo largo del ejercicio de la enfermería, les permite tener un dominio técnico y cognitivo que es lo que les lleva a tener autonomía en su quehacer. Es decir, ser capaz de tomar decisiones técnicas adecuadas en el entorno de su trabajo.
2. Por otro lado, los profesionales de enfermería también han recibido una formación en cuanto a las *labores de cuidado* que van más allá de lo meramente técnico. Aquí el terreno empieza a abrirse y a quedar menos definido. La labor de cuidado limitada a atender gentilmente las necesidades físicas del paciente es demasiado restringida. Es preciso prestar atención a otro tipo de necesidades, como la compañía, la comunicación o el apoyo emocional, donde se juega una relación humana y para la que los profesionales de enfermería no sólo están entrenados, sino que su posición laboral (al pasar más horas con el paciente que el médico) lo facilita.

En este sentido es importante que no se descuide la formación de los profesionales de enfermería en habilidades de comunicación y relación de ayuda. Pero, como sabemos, aún se puede ampliar más este terreno del cuidado, otorgando a la enfermería una tarea de punto de enlace y comunicación entre el paciente, sus allegados, el médico y la institución. Los profesionales de enfermería son las personas que pueden atender mejor a los derechos del paciente, y quienes pueden darse cuenta de aquellas situaciones en las que, por ejemplo, sea un problema social el que esté determinando una situación de enfermedad. Por eso, los profesionales de enfermería son personas comprometidas con la situación vital del paciente, cuya meta es el bienestar de este. Para lo cual han de ayudarle a integrar su enfermedad en su proyecto vital y han de posibilitar el desarrollo de las capacidades del propio individuo, conforme a la determinación de bienes y fines que él mismo elija, porque la salud no es un concepto referido únicamente a lo biológico, sino que, ante todo, es un concepto biográfico.

Respecto a estas labores hay que decir que, aunque la tarea de la enfermería exija el cumplimiento adecuado –en el nivel de excelencia– de estos elementos, no se les puede

pedir a los profesionales de enfermería que sean héroes. Aunque, evidentemente, tampoco se puede permitir que realicen su labor como un mero oficio por el que reciben un sueldo. Es evidente que hay que encontrar un punto de identidad de la enfermería que permita establecer sus obligaciones, a los dos niveles: de mínimos y de máximos (excelencia). A los profesionales de enfermería no se les exige más, pero tampoco menos, que a cualquier otro profesional. En la medida en que la enfermería es una práctica moral y que trata con seres humanos, es un requisito indispensable que su actitud sea de dedicación convencida a su labor.

Todos estos elementos de cuidado tienen que ver con el *ámbito de la relación asistencial*. Sin embargo, las funciones de los profesionales de enfermería son más amplias y abarcan otros campos:

En el *ámbito administrativo*, las obligaciones del ejercicio profesional se refieren mayormente a la gestión, la organización y la ejecución eficiente. En este contexto, el principio de justicia es el que cobra preeminencia y las tareas de los profesionales de enfermería se basan en el respeto a ese principio. Pero también incorporan ciertos elementos de las tareas de cuidado propias de la práctica asistencial, como tomar aquellas decisiones organizativas que permitan la realización excelente de tales labores, establecer un marco institucional donde pueda desarrollarse la labor profesional de enfermería con el claro objetivo de ofrecer una atención de calidad a los enfermos. Además, en los ámbitos de prevención de enfermedades o elaboración de normas de higiene y seguridad, han de perseguir este mismo propósito. La idea básica será la creación de un marco en el que sea posible el respeto a la libertad individual y a la determinación personal de bienes, y también la observación de las obligaciones de justicia.

La *función investigadora*, por su parte, además de regirse por los criterios de buena investigación que son aplicables a cualquier campo, ha de tener en cuenta los fines de la enfermería y el bien interno de la profesión, de modo que toda investigación respete y fomente los elementos de un cuidado de calidad. Le son aplicables a la investigación enfermera todos los requisitos y exigencias de la investigación biomédica, y lógicamente también los criterios éticos que han de observarse en ella.

Por su parte, la *función docente* también habrá de tomar en cuenta las normas de actuación propias de la profesión de la enseñanza y, claramente, pondrá su acento en ofrecer una formación y capacitación en conocimientos, habilidades y actitudes, que sea acorde con los fines perseguidos por la enfermería y, en concreto, con las tareas de la práctica asistencial, pues la mayor parte del alumnado se dedicará a tales labores. Transmitir la idea de la dimensión moral de la enfermería y, sobre todo, hacer que se incorpore de un modo vivencial, al nivel de las actitudes, será la tarea más difícil, pero la más importante, de quien se dedique a enseñar la enfermería.

Tareas de la enfermería	Enfoque ético predominante

Función asistencial: - Competencia técnica. - Labores de cuidado.	Eficacia, Responsabilidad
	Comunicación, ayuda: Ética del cuidado.
Función administrativa y de gestión.	Justicia: Ética de las organizaciones.
Función investigadora.	Honestidad: Ética de la investigación.
Función docente.	Cambio de actitudes: Ética de la enseñanza.

Es evidente que *los problemas éticos a los que han de enfrentarse los profesionales de la enfermería serán diferentes en función de los ámbitos laborales en que realicen su labor*. Como se ha comentado, los objetivos son diferentes, y también lo son los métodos a emplear en cada caso y las exigencias específicas de cada tarea. Con todo, y aunque haya preeminencia de unos objetivos éticos sobre otros en cada caso, *los criterios de ética profesional son comunes* a todos estos ámbitos y requieren un compromiso con la excelencia que no puede obviarse, so pena de perder la legitimación social de la labor que se realiza.

En algunos casos, los problemas éticos no son específicos de la enfermería. Así, por ejemplo, el conflicto que puede plantearse cuando el respeto a la confidencialidad del paciente choca con la obligación de proteger a terceros de potenciales daños, no es exclusivo de la enfermería, sino que atañe a todos los profesionales socio-sanitarios, en mayor o menor medida, según el caso. Esto quiere decir que, por más que se defienda la especificidad de una ética enfermera, es claro que *muchos de los problemas bioéticos son comunes a las profesiones sanitarias*, si bien el enfoque o los matices concretos que competen a la profesión enfermera son peculiares y conviene explicitarlos.

El análisis de los problemas éticos, propios y comunes, de la enfermería es absolutamente necesario, pero también puede inducir fácilmente a buscar respuestas únicas, en la convicción de que los protocolos y las guías de actuación son la salvación frente a toda arbitrariedad. Nuestra tendencia es casi siempre a simplificar la realidad, a someterla a modelos claros y distintos que actúan como filtros de nuestro entendimiento que no soporta la incertidumbre ni la complejidad. Sin embargo no hay interpretaciones unívocas, ni verdades absolutas. Los problemas, y la propia realidad, son más complejos y abren el terreno de lo incierto, de lo que puede ser de un modo o de otro, sin garantías ni seguridad. Solemos huir de este planteamiento, porque es poco tranquilizador. Resulta mucho más cómodo moverse en el terreno de las verdades absolutas, de los juicios apodícticos, de las ideas simples y las leyes regulares. Pero la realidad no lo permite y, menos aún, el mundo de los valores, de modo que la autenticidad y la honestidad nos obligan a asumir su complejidad.

La complejidad de la realidad obliga a evitar planteamientos simplistas, verdades absolutas o «recetas» para

solucionar los problemas. Es preciso analizar las cuestiones deliberando sobre las razones y valores en juego.

La bioética, y la ética enfermera, no puede ser un mero recetario de buenas prácticas, ni un manual de instrucciones para resolver situaciones conflictivas. Es necesario un análisis pormenorizado y riguroso, bien apoyado en serios procesos de fundamentación. Sus afirmaciones deben sustentarse en razones convincentes que se tomen en consideración en procesos de *deliberación*. No es posible detenerse en dicotomías simplistas, ni en meros relatos históricos, tampoco en procedimientos meramente útiles, o en convenciones comúnmente admitidas.

Es preciso adentrarse en la complejidad de los modelos que, reflejando la misma diversidad del mundo, buscan la articulación entre principios y consecuencias, o entre razones y emociones. Como ya se ha comentado, *la fundamentación sirve para que las decisiones no sean irracionales*, por eso es importante e imprescindible. Es una tarea dinámica y abierta, y la única respuesta responsable a la complejidad del mundo. Por su parte, *la metodología es una herramienta al servicio de la toma de decisiones*, y de ahí su validez, porque si bien es cierto que la reflexión sobre los fines es la más importante, no es menos verdadero que es preciso analizar los medios al servicio de dichos fines. Un método correcto es una garantía técnica y moral. Pero fundamentación y procedimientos son dos caras de una misma moneda, cuyo valor principal no es tanto su utilidad cuanto el *cambio de actitudes* que propician. Algo que posibilita, en última instancia, una mejora de los individuos y de la sociedad.

Lo verdaderamente importante es que los profesionales de la enfermería reflexionen sobre su propio quehacer y desarrollen habilidades de resolución de los problemas, en función de un análisis de los valores en juego, en procesos deliberativos, en los que su responsabilidad es asegurarse de que se han tomado decisiones prudentes, bien argumentadas, que hayan evaluado las consecuencias y los principios que puedan estar afectados, y que representen la opción que, en conciencia, y tras este análisis riguroso, consideren la más adecuada.

Todo esto, que se ha expuesto en capítulos precedentes, es el bagaje con el que pueden afrontarse los problemas éticos concretos. Como se ha indicado, la clave no está en asumir un manual con todas las respuestas, a modo de recetario, sino en disponer de las herramientas conceptuales, metodológicas y, sobre todo, actitudinales para ser capaz de resolver esos conflictos responsablemente. No se hará aquí un recorrido exhaustivo por los múltiples problemas y conflictos a que puede enfrentarse el profesional de la enfermería en sus diversas actividades. Tan sólo se hará una breve incursión en algunas cuestiones importantes que atañen a la labor de los profesionales de enfermería y que pueden iluminar el proceso de toma de decisiones.

1. La investigación en enfermería

La investigación en enfermería define sus líneas de trabajo en torno a la mejora de los cuidados enfermeros, la mejora de la asistencia y su gestión o la satisfacción de los usuarios, principalmente. También es su objeto la promoción de la salud y el afrontamiento de cambios como el envejecimiento poblacional. Probablemente sería además deseable promover la investigación de la enfermería sobre la propia enfermería:

su papel en la sociedad, su influencia en los valores de la población (salud, educación sanitaria, etc.), su profesionalización (y sus dificultades), las relaciones entre profesionales sanitarios y el papel de enfermería en el trabajo en equipo, o los problemas éticos que afrontan los profesionales de enfermería en sus diversas actividades.

En todo caso, la investigación enfermera es creciente. En ella son frecuentes las metodologías cualitativas, teniendo en este aspecto menos reticencias que otros profesionales, lo cual parece razonable dado el espectro de temas que abordan estas investigaciones.

Aspectos éticos de la labor de investigación

Ética de la investigación con sujetos humanos: obligaciones respecto a los participantes en la investigación y a la sociedad en general, desde el punto de vista de los riesgos y los beneficios.

- Prevención del daño y evaluación de riesgos y beneficios.
- Consentimiento informado.
- Voluntariedad en la participación.

Ética de la publicación científica y de la obtención/difusión de resultados: obligaciones respecto a la sociedad en su conjunto, desde el punto de vista científico.

- Honestidad.
- Veracidad.
- Evitar conflictos de intereses.
- Justicia con las poblaciones vulnerables.

La ética de la investigación, en general, tiene un amplio desarrollo. Uno de sus temas principales es la protección de los sujetos participantes, que tuvo su origen en el Código de Nüremberg, tras la II Guerra mundial. Allí se estableció la necesidad de evitar el daño y de solicitar un consentimiento informado voluntario para participar en la investigación. Estos criterios se recogieron después en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se mantienen, con matices y ampliaciones, hasta la actualidad. El Informe Belmont, mencionado anteriormente, estableció también sus principios bioéticos en relación a la investigación con seres humanos.

A la protección de los sujetos se une la preocupación por el *bien de la sociedad*, es decir, por la relevancia de la investigación. El objetivo de la búsqueda de la verdad y de la ampliación de los conocimientos, que anima la tarea y que es legítimo, cobra auténtica validez –al poner en riesgo a los sujetos– en la medida en que puede aportar algo valioso para la humanidad. Sin embargo, este debate es complejo. Por otro lado, se exige, necesariamente, la *honestidad y la veracidad* tanto en la obtención de datos como en su análisis y en su difusión, evitando siempre el fraude científico. A esto se añade que, en la actualidad, la ética de la investigación ha empezado a incluir la preocupación por las cuestiones de *justicia intercultural*, es decir, por evitar toda forma de explotación de poblaciones vulnerables que puedan ser objeto de investigación (por ejemplo, cuando una compañía farmacéutica del primer mundo promueve un ensayo clínico en un país en

vías de desarrollo).

De manera general, los criterios a seguir en la ética de la investigación se resumen en siete requisitos, propuestos por E. Emanuel. Si el objetivo principal de la investigación clínica es generar conocimiento que mejore la salud o el bienestar, han de observarse algunos criterios para evitar la explotación de los sujetos que van a convertirse en medios para lograr ese objetivo. Estos requisitos son universales y se establecen con un orden léxico, es decir, que es preciso ir cumpliéndolos de manera consecutiva.

Requisitos éticos de la investigación (E. Emanuel)

REQUISITO	JUSTIFICACIÓN
Valor. Importancia social, científica o clínica de la investigación.	Evitar la explotación (no exponer a seres humanos a riesgos o daños potenciales innecesariamente).
Validez científica. Diseño y metodología correctos para lograr resultados científicos fiables y válidos (objetivo claro, principios y métodos aceptados y efectivos, poder de prueba, factibilidad)	Uso responsable de los recursos limitados. Evitar la explotación.
Selección equitativa de sujetos. Identificación y selección de sujetos de investigación equitativas. Cuatro facetas: Selección por criterios científicos. Ofrecer oportunidad de participar a todos (restringir grupos de mayor riesgo). Beneficio para los sujetos participantes. Reducir al mínimo riesgos y maximizar beneficios (relación adecuada riesgos/beneficios).	Justicia distributiva.
Proporción favorable riesgo/beneficio La investigación es justificable si: Riesgos potenciales minimizados Beneficios potenciales maximizados. Beneficios potenciales son proporcionales o exceden riesgos asumidos. En dos ámbitos: Riesgos/beneficios para sujetos. Riesgos para sujetos/beneficios para la sociedad.	Principio de no maleficencia: reducir al mínimo riesgos de investigación. Principio de beneficencia: maximizar beneficios de investigación (para sujeto y para sociedad), que los beneficios excedan los riesgos.

Evaluación independiente Ante el potencial conflicto de intereses de los investigadores (sesgos o distorsiones), se requiere evaluación externa.	Eliminar prejuicios o sesgos en la investigación. Responsabilidad social (garantía de no explotación).
Consentimiento informado Dar información sobre finalidad, riesgos, beneficios y alternativas de la investigación. Comprensión por parte del sujeto. Toma de decisión de participar libre y voluntaria.	Respeto a las personas y a su autonomía.
Respeto a los sujetos Permitir cambiar de opinión y abandonar investigación. Privacidad y confidencialidad. Dar información sobre riesgos y beneficios (durante investigación). Información sobre resultados. Garantizar bienestar y seguridad.	Beneficencia. Respeto por las personas. Respeto a la autonomía.

2. La labor docente

Los profesionales de enfermería que se dedican a la labor docente están enmarcados en otro entorno profesional: el de la enseñanza. Una hermosa labor cuyo objetivo principal es la formación de los individuos. En este ámbito conviene reflexionar no sólo sobre los métodos más adecuados para la impartición de los contenidos y para su aprendizaje por parte del alumnado, sino, sobre todo, sobre cuál es la finalidad última y cómo, en la labor de transmisión de conocimientos, está inscrita también la formación en valores, de modo que, incluso cuando se trata de asignaturas no directamente relacionadas con la ética, hay un posible cambio de actitudes que es, muchas veces, impremeditado.

Es evidente que cada materia tiene sus propios objetivos, pero en el entorno de la enseñanza superior, que es donde se suele inscribir la tarea docente de los profesionales de enfermería, hay algunos elementos comunes: el respeto al alumnado; la justicia en el trato, las opciones y las calificaciones; la dedicación a la tarea preparando las clases o dedicando tiempo a la atención al alumnado; la calidad de la formación del profesor; la búsqueda de un compromiso con los valores profesionales, etc.

Además de todo ello, conviene tener en cuenta que *en cada actividad formativa se enseñan valores*, de modo directo o indirecto. El profesor no sólo es un transmisor de conocimientos, sino un auténtico vehículo de formación integral de las personas, pues su propia actitud, convicción, ideales o modos de expresión revelan un cierto modo de enfocar el tema de que se trate, concitando entusiasmos o generando aborrecimientos.

Con ello, además, en cuanto representante de un sector profesional, tiene una enorme responsabilidad con todo aquello que transmite, incluso de modo involuntario.

Ya decía I. Kant que la educación es el problema mayor y más difícil a que podemos enfrentarnos. Se trata nada menos que de *formar ciudadanos*, personas que han de convivir en un mundo complejo y cambiante. Una sociedad democrática demanda una educación superior que ayude a formar valores de convivencia, diálogo, respeto a la diversidad, comprensión de la diferencia y búsqueda de mínimos, multiculturalidad, pluralismo, tolerancia. Para ello no basta con los conocimientos. Es preciso también añadir una cierta prudencia y sabiduría a la hora de analizar la realidad y de tomar decisiones. Y ello requiere una actitud de diálogo, de cautela, de percepción de que no existe una única verdad ni un único modo de buscar la felicidad. De ahí que sea fundamental insistir en que, para lograr la justicia y la solidaridad, es preciso educar en actitudes de respeto a la diversidad, de diálogo y también de un cierto entusiasmo por la oportunidad de tomar parte de la construcción de un espacio de convivencia enormemente rico aunque complejo.

Pero también es imprescindible que se formen especialistas, expertos en los distintos campos profesionales que puedan diseñar estrategias y alternativas con el fin de mejorar la vida. Los *conocimientos son fundamentales*, porque una sociedad con buena información es la que puede participar de modo real en la vida democrática, al poder aprovechar sus recursos y ser crítica con los datos y propuestas que se le ofrecen. Por eso es importante que la universidad sea formadora y transmisora. En este sentido J. Ortega y Gasset, hablando de la misión de la universidad, le atribuía tres grandes funciones: la cultural, la profesional y la científica. Es menester que la universidad *forme profesionales*, es decir, personas capacitadas para el ejercicio de una profesión, también científicos, *investigadores* que contribuirán al avance del saber, pero sobre todo, la más radical e importante de las funciones que tiene la universidad es que sea *transmisora de la cultura*, porque en ello se juega su supervivencia la sociedad. La cultura tiene que ver con estar a la altura de los tiempos, conocer el mundo y las cosas que lo componen, tener un sistema de ideas actualizado que nos permita construir la vida. Porque, según Ortega, «cultura es lo que salva del naufragio vital, lo que permite al hombre vivir sin que su vida sea tragedia sin sentido o radical envilecimiento».

Todavía hay otra dimensión que la formación ha de incluir, y que no tiene tanto que ver con la adquisición de conocimientos y habilidades, sino con el *desarrollo de actitudes*. Se trata de buscar la prudencia en las acciones, saber evaluar los fines y los medios, a la búsqueda de una vida digna de ser llamada humana. A ello apunta la búsqueda de una sabiduría moral, que es clave para la realización de la justicia.

Si la tarea de formación está relacionada con la ética y los valores, esta cuestión se convierte en algo especialmente relevante. Conviene tener presente la distinción que utiliza D. Gracia al hablar de la enseñanza de la bioética (que puede hacerse extensiva a toda enseñanza de la ética o de disciplinas en las que se promuevan elementos de compromiso profesional como la comunicación con los pacientes, la responsabilidad o el cuidado de las personas vulnerables).

Diferencia este autor entre el que denomina «enfoque pedagógico», que estaría basado en el estudio de los diseños docentes, desde el punto de vista de los objetivos, programas, medios y procedimientos de adquisición de conocimientos y su evaluación, etc.; y el que llama «enfoque socrático», que pretende provocar en el sujeto una transformación, una conversión.

Enfoques en la enseñanza (D. Gracia)

- *Enfoque pedagógico*: elabora la sistematización necesaria para transmitir conocimientos. Basado en la transmisión de conocimientos y procedimientos. El objetivo es que los alumnos aprendan ciertos datos o desarrollen ciertas habilidades, que se evaluarán conforme a criterios de corrección y eficacia.
- *Enfoque socrático*: su objetivo es el cambio de actitudes. Posibilita un cambio de perspectiva en el abordaje de los problemas, de modo que el individuo sea capaz de tomar conciencia de la realidad, de abrirse a planteamientos diversos y, sobre todo, que se produzca una transformación del propio individuo y de su orientación vital, es decir, un proceso de conversión.

El enfoque socrático, o mayéutico, es el que dota de sentido la labor de enseñanza, puesto que promueve un *crecimiento personal*. La conversión es algo que realiza la propia persona, desde sí misma, alumbrando lo mejor de sí. Supone un cambio en el que aparecen nuevas actitudes, tras su revisión. El objetivo es un cambio de talante, y no sólo la adquisición de conocimientos o habilidades. De ahí que no quepa una evaluación desde el criterio de lo correcto, porque este no es el terreno de las verdades absolutas sino, antes bien, el ámbito de la incertidumbre, como quería Sócrates, saber que no se sabe nada. Y por tanto, posibilitar esa apertura dinámica ante la realidad.

Si se produce esta conversión, el individuo puede adoptar un modo de vida como norma, una profesión, en el sentido más auténtico del nombre: hacer de la propia vida un compromiso con la excelencia, entendida como virtud, como ejercicio de una tarea que promueve la búsqueda de lo mejor y que está en permanente cambio y revisión.

3. La tarea de administración y gestión en el entorno de la ética de las organizaciones

El marco de las relaciones humanas en las sociedades avanzadas es la economía. De ahí que las actividades empresariales tengan una gran importancia y que sea imprescindible plantearse la posibilidad de la conciliación entre ética y empresa. En el caso de la bioética, esto supone abordar la actividad sanitaria como empresa, comprender la inserción de la labor profesional dentro de las organizaciones y asumir que la promoción de los valores, la elevación de la «altura moral» de la sociedad, no puede hacerse al margen de las instituciones. Recuperar la responsabilidad y la aspiración a la calidad como objetivos de la empresa sanitaria es una de las vías para la construcción de un mundo mejor. Y este es el único objetivo de la ética. La dimensión moral no es algo ajeno a la empresa, y tampoco puede entenderse exclusivamente como un instrumento

que permita lograr un mayor beneficio empresarial, antes bien la empresa necesita la ética para poder lograr legitimación y para defender su validez como institución social que sirve a ciertos fines.

Toda organización, como la sanitaria, debe incluir ciertos valores socialmente aceptables, que hacen que su práctica sea éticamente defendible.

En este caso, velar por la salud de los ciudadanos supone un bien tan incuestionable que, probablemente, oscurece otro tipo de objetivos que, sin embargo, son necesarios para mantener su legitimidad. Los profesionales desmoralizados (es decir, aquellos cuya convicción y ganas de luchar han decaído) que se limitan a «cumplir», que han perdido o nunca encontraron el ideal de su labor, o una preocupación desmesurada por los beneficios por parte de los gestores, por poner algún ejemplo, son muestras de la necesidad de evaluar los fines y los medios desde la perspectiva de los valores. En ningún caso significa esto que, al analizar el sentido de las prácticas y actividades profesionales, el criterio económico sea inmoral en sí mismo, sino que lo será en la medida en que sea el único criterio que oriente la toma de decisiones.

Las organizaciones juegan un importante papel en el entramado social y en la construcción de la sociedad. El criterio ético que se va imponiendo, en una economía globalizada, es el de la *responsabilidad por la justicia social*. En el terreno sanitario, la globalización económica tiene repercusiones incuestionables en la salud de los ciudadanos, y las demandas del público generan una preocupación constante por la necesidad de responder a ellas, promoviendo al mismo tiempo una cierta cultura sanitaria. Si a ello se añade, por ejemplo, la percepción que los usuarios tienen de que las organizaciones sanitarias, públicas o privadas, en muchos casos atienden exclusivamente a intereses económicos o políticos, se hace evidente la cada vez mayor necesidad de actuar con auténtica legitimidad moral, con justicia y con una dimensión global, y no sólo aparentar un compromiso social.

Se trata, por tanto, de un cambio de perspectiva, en la que la empresa, *la organización, pasa a ser considerada un elemento más de la sociedad civil, con un compromiso que necesariamente va más allá de la mera eficiencia económica*. Si bien no ha de renunciar a su beneficio, no es menos cierto que, en su búsqueda, debe incluir ciertos valores socialmente aceptables, que hacen que su práctica sea éticamente defendible. Obviamente, en el ámbito de lo público esto es aún más evidente, pues la eficiencia económica obedece al fin de una mejor distribución de los recursos, y a un funcionamiento más justo y adecuado del sistema sanitario.

3.1. Las prácticas morales

Definición de «práctica» (A. MacIntyre)

Cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma mientras se intenta lograr los modelos de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad y la definen parcialmente, con el resultado de que la capacidad humana de lograr la excelencia y los conceptos humanos de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente.

La tarea de una empresa u organización puede ser considerada como una práctica, definida por sus bienes internos y también por los externos. Estos últimos son los que se derivan del ejercicio de la práctica: beneficios o logros, mientras que los bienes internos son los que dan sentido y validez a la práctica, aquellos que le dotan de legitimidad y que le hacen ser lo que es en función de los fines que persigue.

Este concepto de *bienes internos* guarda relación con la virtud; en sentido aristotélico, una virtud es una cualidad humana adquirida cuya posesión y ejercicio tiende a hacernos capaces de lograr aquellos bienes que son internos a las prácticas y cuya carencia nos impide efectivamente el lograr cualquiera de tales bienes. Esto quiere decir que hay un compromiso moral en el ejercicio de una práctica, y que dicho compromiso atañe a los fines que persigue, a los bienes que le dan sentido.

La posesión de las virtudes es absolutamente necesaria para el logro de los bienes internos. Con ellas puede alguien situarse en ese camino hacia la excelencia que es el fin de la práctica, pero la excelencia no correlaciona necesariamente con el logro de los bienes externos, es decir, con el reconocimiento social o el beneficio. De hecho, puede ser al contrario, que quien sea más «virtuoso», en el sentido apuntado, no sea quien obtenga más «éxito».

Según MacIntyre, en las sociedades en las que haya llegado a ser dominante la búsqueda de bienes externos es esperable una decadencia del concepto de virtud, o incluso su desaparición. Al margen de los valores y preocupaciones sociales, las organizaciones pueden lograr, sin duda, beneficio económico, pero serán profundamente inhumanas. No obstante, es posible también que aparezcan «simulacros» de virtud, apariencias de bienes internos que pueden enmascarar el objetivo de la búsqueda del beneficio como único fin. Será entonces necesario desvelar aquellas situaciones en que la ética se ha convertido en etiqueta.

Las organizaciones deben cumplir sus funciones y asumir responsabilidades sociales, por ello, son instancias con un compromiso moral.

3.2. *La responsabilidad como clave en sociedades multiculturales*

Se trata, pues, de promover organizaciones cuyo objetivo sea el logro de ciertos bienes para los ciudadanos, actuando como agentes sociales al servicio de la justicia. Esto es especialmente importante en *sociedades plurales* que se van haciendo cada vez más *heterogéneas, multiculturales y diversas*. Ya no es posible, en nuestros tiempos, seguir pensando en una aproximación local o parcial, prescindiendo de los aspectos socioculturales que están marcando las diferencias en el mundo y en nuestra propia sociedad. La invisibilidad de determinados problemas y la falta de atención a ciertas claves culturales que permiten comprender, en su contexto, la concepción sobre la vida humana y las demandas sanitarias que la acompañan, han provocado que en muchos casos el abordaje de los conflictos éticos adolezca de una cierta incapacidad para asumir la diferencia, y de una escasa implicación en las cuestiones relativas a la justicia. Por eso se ha producido en la bioética un *giro hacia lo cultural*, como respuesta a este problema.

En el ámbito de las organizaciones, esto genera no pocas dificultades. El *compromiso que se le exige a la empresa*, en este marco de ética global, hace referencia a varios elementos:

- Los *valores convencionales*, que tienen que ver con las tradiciones y el carácter de la organización, lo que se suele denominar «cultura empresarial». Valores que sólo podrán considerarse justificados en la medida en que guarden relación y observen los valores de la ética civil propia de la sociedad en la que opera la organización. Y entendiendo que no se trata sólo del respeto a dichos valores comunes sino, incluso, de su promoción.
- La *ética de la responsabilidad*, es decir, la exigencia de evaluación de las consecuencias de las decisiones y acciones que se lleven a cabo, asumiendo la limitación e incertidumbre en que se realizan tales decisiones, y obligando, por tanto, a subrayar el criterio de prudencia como norma básica.
- La *ética de la justicia*, entendiendo por tal el compromiso con ciertos principios universales como el respeto a la dignidad, los derechos humanos, o la lucha por el establecimiento de la justicia global. Principios que suelen estar expresados en pactos internacionales.
- La *atención a la pluralidad*, es decir, la necesidad de conocer la diversidad de opciones morales, los elementos culturales que les dotan de sentido y validez, las expectativas y demandas que se generan desde estas diferentes necesidades, y, como consecuencia, la flexibilidad para articular mecanismos de respuesta a esta diversidad, que promuevan la justicia. En este caso, la justicia cobra una nueva dimensión, pues no es entendida como la estricta igualdad, o como el derecho a igual acceso a los bienes y servicios, como en el elemento anterior, sino más bien como desigualdad necesaria para compensar las diferencias o para atender a las distintas necesidades.

En el fondo, la tarea de la ética, como en tantas otras ocasiones, es aquí la de convertirse en un acicate para el cambio, en promover un inconformismo que sirva de motor a la transformación, en ser aguijón contra la desmoralización, a la búsqueda de ese proyecto tan necesario que es apostar por la calidad y la excelencia.

El verdadero problema radica en identificar cómo se va a llevar a cabo ese cambio, cómo vamos a plantear *la responsabilidad profesional como clave de la ética de las organizaciones* y como elemento fundamental para la defensa de los valores que consideramos importantes. Es una tarea de reflexión sobre los fines, y también sobre el cómo de la toma de decisiones y del ejercicio de dichos fines. Es un auténtico cambio de actitudes, cuyo núcleo radica en el compromiso con un ideal a lograr. Se trata de una propuesta de excelencia: la responsabilidad como aquello que dota de sentido la actuación y que obliga a la coherencia interna de las acciones.

La tarea sanitaria es una labor impregnada de valores específicos que se ejecuta en el entorno de instituciones u organizaciones cuya legitimidad proviene de la persecución y logro de dichos valores. Reconocer esta situación y promover con ello la calidad es el objetivo primordial de la reflexión ética en este ámbito. La bioética ha venido a subrayar las incertidumbres, a promover la deliberación y la prudencia, a tomar

conciencia de los elementos en juego y a llamar a la responsabilidad como compromiso necesario con el futuro. Todo ello desde la búsqueda de la excelencia, como objetivo irrenunciable, pues si los profesionales no aspiran a la excelencia, el valor social de su tarea se degrada y pierde legitimidad.

3.3. *El compromiso basado en la confianza*

El compromiso exigido tiene que ver con la *confianza*. Es obvio que las empresas y organizaciones necesitan la confianza de los usuarios para poder ser aceptadas y mejorar su calidad. Y también que la empresa sanitaria, en la medida en que atañe a personas que sufren, que son vulnerables, que están en una particular condición de necesidad, en mayor o menor grado, requiere de la confianza como una de las claves de la relación asistencial en general. Esto tiene que ver con su credibilidad, y por tanto es beneficioso para la propia empresa u organización, pero, lo que es más importante, tiene que ver con su legitimidad moral.

Este ideal de la confianza es propio de nuestra cultura mediterránea. La relación asistencial está basada, para nosotros, en el establecimiento de un vínculo de confianza, y no en el mero contrato mercantil o en la salvaguarda legal de unos derechos. Nos importa saber que el profesional sanitario –y por ende la organización sanitaria– es digno de que depositemos en él o ella nuestra intimidad, nuestra esperanza, nuestro miedo, o nuestro beneficio.

Una sociedad basada en la desconfianza es una sociedad abocada a su propia destrucción. Los ciudadanos deben sentirse vinculados para el logro de sus proyectos, la base de la creatividad y de la construcción de la sociedad está en la confianza mutua. Unos mínimos que garanticen exclusivamente la supervivencia –al modo legalista– quedan cortos para favorecer el crecimiento moral y social. Y desde luego son insuficientes cuando se trata del ámbito de la salud. La confianza es una garantía de poder esperar que los comportamientos de los otros no perseguirán nuestro daño o mal. Se trata de «poder esperar» algo del otro, no temer, no encontrar razones para sospechar o atisbar maldad, doblez o interés. Evidentemente, cuanta mayor es la importancia de lo que se pone en juego, y cuanta mayor es la vulnerabilidad de los agentes implicados, tanto mayor es la necesidad de confianza.

La confianza puede ser un recurso moral que tiene importancia en el entramado de las relaciones sociales, ya que permite esperar el cumplimiento de las normas, y también los compromisos adquiridos con la realidad y las personas. Se podría decir así que *las organizaciones asumen un contrato moral, en la medida en que ejercen y desarrollan ciertos bienes internos que les dotan de legitimidad social, generando expectativas que han de cumplirse, para no quebrar la confianza de los ciudadanos*. De ahí la responsabilidad moral que adquieren, al exigírseles justificación de sus actos y de sus decisiones.

Las empresas –y los individuos– se mueven por intereses, claro está. El problema no reside en estos intereses, sino en su adecuación a los valores sociales, en el «interés desinteresado», que es el interés por la consecución de un fin legítimo, más allá de los beneficios que reporte. O, mejor dicho, considerando que los beneficios serán una consecuencia lógica del trabajo bien hecho, de la calidad, de la búsqueda del bien

común, del respeto a los derechos y, en definitiva, de la coherencia con las responsabilidades asumidas.

El mundo del beneficio meramente económico ni entiende ni soporta la apelación a valores distintos de los suyos. Sin embargo, sí es posible *promover esa moral de la responsabilidad y la justicia desde las organizaciones* (y desde los individuos que forman parte de ellas). Como auténticos agentes de cambio social, como lugares de actividad de la sociedad civil, las organizaciones han de comprometerse con esta transformación.

4. El profesional de enfermería en el entorno asistencial

La labor de los profesionales de enfermería en el entorno asistencial abarca un amplio espectro de actividades: desde la atención a los pacientes en los centros de atención primaria, en la asistencia domiciliaria o en los centros de mayores, hasta las actividades en los hospitales, en planta, en los quirófanos, en las unidades de intensivos o de paliativos, como matronas, o en muchos otros servicios, pasando por el trabajo de los profesionales de enfermería en urgencias, o en otras unidades. Esto implica una enorme diversidad de situaciones, cada una de las cuales requiere un análisis con conocimiento de la realidad de la actividad. No obstante, después del amplio recorrido realizado y de las reflexiones planteadas a lo largo de estas páginas, es posible esbozar las obligaciones básicas que, desde el punto de vista ético, se le pueden exigir a un profesional de enfermería:

Obligaciones éticas en el ámbito asistencial

Competencia técnica

- Realización adecuada y eficiente de las tareas (atención sanitaria profesional).
- Formación completa y adecuada y formación continuada.
- Velar por una asistencia adecuada y eficaz a los pacientes.
- Trabajar en equipo, colaborando para el bien de los pacientes.
- Uso racional de los recursos.
- Registro de actuaciones (historia clínica de enfermería).

Labores de cuidado

- Atención solícita a las necesidades de los pacientes.
- Desarrollo y ejecución de habilidades de comunicación.
- Velar por los intereses del paciente.
- Ofrecer apoyo y confianza, y promover la autonomía del paciente.
- Promover y orientar en las prácticas de cuidado de la salud.
- Autocuidado (cuidarse para poder cuidar).

Relación clínica

- Respeto a las personas, a su dignidad, a sus valores y a su autonomía.
- Deber de informar y ayudar a la comprensión de la información.

- Deber de solicitar consentimiento voluntario (consentimiento de enfermería).
- Respeto a la intimidad y a la privacidad.
- Respeto a la confidencialidad.
- Trato justo y equitativo a los pacientes.

Capacitación moral

- Desarrollar la conciencia y la sensibilidad ante los problemas éticos.
- Formarse en ética y contribuir a difundir y formar en ética.
- Evaluación, deliberación y toma de decisiones prudente en caso de conflictos de valores.
- Cumplir los mínimos profesionales (establecidos en el Código Deontológico de la Enfermería Española).
- Compromiso profesional con la calidad y la excelencia.

Uno de estos elementos comunes a todas las actividades asistenciales, y que es fuente de muchos problemas, es la relación sanitaria entre profesional y paciente, e incluso con la familia del paciente. Se comentará esta cuestión y algunas otras relacionadas con ella en el capítulo siguiente.

Ideas clave

- Las tareas de enfermería son muy amplias: algunas actividades son las derivadas de su competencia técnica, otras de las labores de cuidado.
- Las labores de enfermería exigen el cumplimiento de unos mínimos, pero también la búsqueda de la excelencia, en tanto que es una práctica moral que trata con seres humanos y que exige un compromiso.
- Las funciones de enfermería se desarrollan en el ámbito asistencial, en el ámbito administrativo y de gestión, en la investigación y en la docencia. Aunque los criterios de ética profesional son comunes, cada uno de estos ámbitos tiene especificidades propias desde el punto de vista de la ética.
- La complejidad de la realidad obliga a evitar planteamientos simplistas o recetas para solucionar los conflictos. Es precisa una deliberación rigurosa en cada caso.
- En la función investigadora los criterios fundamentales son los de la búsqueda de la verdad, la honestidad intelectual, la protección de los sujetos implicados, el balance de riesgos y beneficios y, en general, los requisitos que se exigen en la ética de la investigación.
- En la función docente, el objetivo es la transmisión de conocimientos que busca un crecimiento personal de los discentes, una formación en valores que promueva la transformación de las actitudes.
- En la función administrativa y de gestión, el criterio general es la responsabilidad y la justicia, dentro del marco de la ética de las organizaciones. La responsabilidad profesional es la clave de la ética de las organizaciones.
- Las organizaciones deben promover sus bienes internos, que son los que las legitiman

socialmente. Asumen un contrato moral que está basado en un compromiso con la confianza.

- En la función asistencial se definen obligaciones relativas a la competencia técnica, las labores de cuidado, la relación clínica y la capacitación moral.

Lecturas

- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (2008), *Declaración de Helsinki. (Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos)*.
- BEECHER H. K. (1966), *Ethics and clinical research*, New England Journal of Medicine 274, pp. 1354-1360.
- BENATAR S. (2000), *Ética de la investigación en los países en vías de desarrollo*, en *Estándares éticos y científicos de la investigación*, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas nº 2, pp. 27-39.
- CONILL J. (2004), *Horizontes de economía ética*, Tecnos, Madrid.
- CONSEJO DE EUROPA (1997), *Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina*.
- CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002), *International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, Ginebra.
- CORTINA A.-CONILL J.-DOMINGO A.-GARCÍA MARZÁ D. (1994), *Ética de la empresa*, Trotta, Madrid.
- CORTINA A. (1997), *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*, Alianza, Madrid.
- (2002), *La ética de las organizaciones sanitarias*, Gerencia y Políticas de Salud, n. 3, pp. 6-14.
- EMANUEL E. J.-WENDLER D.-GRADY C. (2000), *What makes clinical research ethical?*, JAMA 283(20) pp. 2701-2711.
- GRACIA D. (1998), *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, El Búho, Santa Fe de Bogotá.
- (1999), *La enseñanza de la bioética en España: un enfoque socrático*, en *La bioética, lugar de encuentro*, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, Zéneca-Farma, pp.73-98.
- (2000), *Calidad y excelencia en el cuidado de la salud*, en LOLAS F. (ed.), *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS/OMS, pp. 35-52.
- MACINTYRE A. (1987), *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona.
- MORALES ASENSIO J. M. (2004), *Investigación de Resultados en Enfermería, el camino hacia la efectividad de los cuidados*, Index de Enfermería 44-45, pp. 37-41.
- ORTEGA Y GASSET J. (1987), *Misión de la Universidad*, en Obras Completas IV, Alianza, Madrid.
- ORTS M. I.-COMET P.-MORENO M. T. Y COLS. (2000), *Identificación de prioridades de investigación de Enfermería en España: estudio Delphi*, Enfermería Clínica, vol. 10, n.1, p. 9.
- SIMÓN P (coord.) (2005), *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica-Triacastela.



8. La relación entre profesional de enfermería y paciente

1. La comunicación con el paciente

Todas las cuestiones mencionadas al final del capítulo anterior se refieren a la relación asistencial, en la que entran en comunicación el profesional de enfermería y el paciente. Aunque los aspectos sociales, institucionales, comunitarios, etc. jueguen un papel fundamental y determinante en la relación, lo cierto es que, en última instancia, la relación se da entre dos individuos que se reconocen mutuamente como tales y entre los que se da un diálogo.

En la relación con el paciente hay que prestar atención a todos los elementos que destacamos como propios de la tarea del cuidado: la eficiencia en las labores técnicas, la actitud de escucha y comprensión, la ayuda y colaboración al bien del enfermo, etc. Todos ellos propiciarán que la relación sea un éxito o llevarán a que fracase estrepitosamente. Hay que tener en cuenta, además, que *el fracaso de la relación siempre puede afectar negativamente al miembro más desvalido de la misma: el enfermo*.

Por eso el primer punto a observar rigurosamente es el *respeto* a la persona enferma. El paciente es un individuo con nombre y apellidos. Alguien que tiene una personalidad propia, una vida, una formación y unas expectativas, y que ahora se encuentra en una situación en la que requiere ayuda. Esto significa que se encuentra con un cierto «desvalimiento» o vulnerabilidad que le impide la realización completa de sus capacidades. Y esta experiencia ha de integrarla en el marco de su vida. Tener estos aspectos en cuenta es importante para evitar todo posible atisbo de tratar al paciente «como uno más». El respeto a su individualidad ha de ser total.

La relación entre profesional sanitario y paciente está basada en aspectos interpersonales del cuidado, en la capacidad de percibir la necesidad y comprender la situación de vulnerabilidad en que el paciente se encuentra. El paciente puede estar sufriendo, puede sentir miedo o angustia, puede tener incertidumbre y dudas, está en una situación en la que necesita probablemente apoyo y comprensión, en la que se percibe a sí mismo como frágil o dependiente, y en la que el profesional sanitario se convierte en alguien que puede prestarle ayuda, consejo y alivio. De ahí que deposite su confianza en ese profesional del que espera, al menos, respeto y confiabilidad, es decir, la cualidad de hacerse acreedor de confianza, tanto por su saber hacer técnico, su competencia profesional, como por su saber ser prudente, su dimensión de relación y cuidado.

No es posible construir una relación adecuada entre profesional de enfermería y paciente dejando de lado esta dimensión de relación interpersonal, es decir, no tratando al paciente como persona. Esta actitud puede ser deshumanizadora pero, sobre todo, concibe la relación clínica de un modo impersonal, en el que no existe el reconocimiento mutuo.

Todo esto implica que el *proceso de comunicación* con el paciente ha de ser exquisitamente cuidadoso. Aunque habitualmente no hay un entrenamiento adecuado en

habilidades de comunicación, parece claro que es una exigencia ética, pues de ello depende en buena medida la posibilidad de un buen cuidado.

La comunicación supone considerar que el paciente tiene sus propios valores, y que la acción sanitaria no debe ser una imposición, sino una decisión sobre objetivos de calidad de vida. La evaluación de la situación y la decisión sobre los objetivos de los cuidados exigen comprender que las preferencias de los pacientes obedecen a su concepto de salud, en el que influyen factores personales, culturales, etc. El ideal de la comunicación se presenta como objetivo a lograr, si queremos promover la autonomía y la responsabilidad, para lograr una toma de decisiones acorde con los valores del paciente que, incluso, mejora su situación desde el punto de vista psicológico (al dotarle de un cierto control de su vida), emocional (al sentirse apreciado y escuchado) y también físico (mejorando su condición y su pronóstico).

Elementos importantes en el proceso de comunicación

- La comunicación es un modo de comprensión y ayuda, permite conocer los valores, miedos y expectativas, ajustando el cuidado a las necesidades del paciente.
- La comunicación permite establecer una relación de confianza.
- El conocimiento de las técnicas de comunicación es un elemento de capacitación técnica y moral de los profesionales de enfermería, que no debe ser descuidado.
- La relación de ayuda está basada en un proceso de comunicación y es una técnica adecuada para aplicarla en el ámbito sanitario.
- Es necesario explorar las estrategias de afrontamiento de problemas.
- Es necesario evaluar los aspectos emocionales (tristeza, miedo, ansiedad, soledad, etc.) junto a los argumentos racionales.
- El apoyo emocional debe ser adaptado al paciente y sus necesidades. No debe ser directivo. Debe promover la autonomía del paciente.
- Los profesionales deben reflexionar sobre sus propios obstáculos en la comunicación, para ser conscientes de cómo influyen en su labor.
- Es preciso asegurar la calidad y fluidez del proceso de comunicación, pues es la base de la información y de la obtención del consentimiento informado.
- La comunicación debe producirse en un espacio adecuado (que respete la intimidad, que sea tranquilo y sin interferencias, que promueva una relación simétrica, etc.), en un tiempo adecuado (adaptado al paciente, sin prisas) y de un modo adecuado (respetuoso, claro, sincero, adaptado al paciente).
- Es necesario desarrollar estrategias para resolver las situaciones de conflicto en el proceso de comunicación.

El elemento más decisivo de la comunicación es la *adaptación* a las características propias de los pacientes. Además del respeto a sus creencias o a su punto de vista, es esencial atender a su nivel de comprensión, o a las alteraciones en su expresión o entendimiento que pueda sufrir por su patología o condición. Así, las estrategias de comunicación deberán ser diferentes si el interlocutor es una persona anciana, si es un

paciente psiquiátrico, si se trata de un niño o de un adolescente, si es una mujer maltratada, si es una persona inmigrante con dificultades de comprensión del idioma, etc. De nuevo, a los factores psicológicos se añaden elementos contextuales y culturales que exigen cuidado y respeto.

A los problemas y dificultades de la comunicación que se pueden percibir con facilidad (falta de tiempo, escasa preparación, condiciones inadecuadas, etc.) se añade uno más, que conviene tener presente: las *resistencias del personal sanitario*. La comunicación supone romper los mecanismos psicológicos de defensa e implicarse de modo más personal en la situación vital del paciente, lo cual puede ser difícil y perjudicar gravemente a los profesionales, si no se maneja adecuadamente y, sobre todo, si no se plantea una reflexión sobre los valores personales en juego.

También es necesario analizar la identidad del profesional de enfermería porque sus valores, su concepto de la salud y de la vida, y su propia identidad se cuestionan en la relación con los/las enfermos. Especialmente en los modelos de relación con el paciente que defienden una interacción muy cercana. Cuidar al otro no sólo exige capacidad técnica sino una comprensión de lo humano que atañe a los propios valores. Es esencial promover también el autocuidado y la autocomprensión de quienes cuidan.

2. La intimidad

Las tareas de enfermería requieren la actuación sobre el cuerpo de la persona enferma. Esto supone una intrusión en el ámbito de la intimidad, que es preciso tomar en consideración. Este aspecto físico de la relación clínica requiere una gran sensibilidad y un enorme respeto, pues se realiza una intromisión en un ámbito íntimo, relacionado con la corporalidad, pero que obviamente afecta a toda la persona. El respeto debido a la dignidad humana obliga a tener en consideración que la protección de la integridad del paciente va más allá de no hacerle daño físicamente, porque es también atender a su peculiaridad, sus creencias, su ritmo, etc.

La *intimidad es la zona espiritual más interna y reservada de una persona*, es ese espacio –físico o metafórico– en el que residen aquellos aspectos que no se comparten más que con personas muy cercanas y en el que se percibe con mayor claridad la vulnerabilidad y la fragilidad. Aunque se puede describir de modo convencional dónde están los límites de la intimidad, cada individuo establece ese ámbito de modo personal y lo experimenta según su peculiar modo de ser, según su cultura, según sus costumbres y creencias.

El cuerpo suele ser considerado como un espacio íntimo, especialmente cuando está despojado de los elementos con los que lo hacemos público (la vestimenta, los adornos, los gestos y posturas habituales, etc.). En la situación de enfermedad, las personas pierden, en mayor o menor medida, esos elementos, y se encuentran desnudas, postradas y desvalidas. Todo ello contribuye a que pierdan el control de su cuerpo y a que se sientan más vulnerables, pues se puede invadir su intimidad, algo que, de hecho, es necesario hacer para poder atenderles. *La vivencia personal del cuerpo es diferente en cada individuo*, y de nuevo responde a sus características y costumbres. De ahí que

también se experimente de diverso modo la actuación sobre el cuerpo por parte de los profesionales de enfermería.

Claves para el respeto a la intimidad corporal

- Considerar y ser sensible a la vulnerabilidad y la fragilidad de los pacientes.
- Respetar el espacio del paciente y posibilitar que pueda mantener su intimidad.
- Tratar de conocer los valores y costumbres del paciente. Informarse de su cultura o contexto y de las peculiaridades del mismo en el ámbito de lo corporal.
- Respetar las costumbres y cultura del paciente en todo lo posible.
- Llevar a cabo las labores de cuidado con respeto y delicadeza.
- Informar de las tareas que se realizan y de las incomodidades que puedan suponer.
- Pedir consentimiento para realizar cualquier intervención en el cuerpo del paciente.

3. La confidencialidad

Esta protección de la intimidad es aún más importante, si cabe, en el ámbito de la comunicación. El profesional de enfermería debe atender al modo de relación más acorde con el individuo. Debe expresar su cercanía y, al mismo tiempo, respetar el ámbito personal del paciente. Obvia decir que un deber primario del profesional de enfermería –como de cualquier otro profesional sanitario– es la *confidencialidad*.

Como *derecho humano*, la intimidad aparece en el siglo XX. Con este derecho se intenta proteger todo aquello que forma parte del dominio privado e íntimo de las personas (como la vida privada, el domicilio, la correspondencia, el honor, la reputación, etc.). En el ámbito de la intimidad es en donde residen los valores personales y, como se ha dicho, es personal y no sometido a evaluación o conocimiento del resto de las personas, salvo que uno mismo decida expresarlo. Puesto que es aquí donde están los datos relativos a la vida, la sexualidad, el cuerpo o la salud, es un espacio de especial protección. Y *todo lo que pertenece al ámbito de la intimidad es confidencial*.

El *derecho a la confidencialidad* protege del uso de la información íntima por cualquier individuo distinto de la propia persona a la que pertenece esa información y que no haya sido autorizado por ella.

Conviene decir que, aunque el *secreto* ha sido un deber de los profesionales sanitarios desde antiguo, es diferente de la confidencialidad. Pues lo que deba permanecer secreto es algo que determina el propio sanitario, mientras que la confidencialidad hace referencia al derecho del paciente. El secreto era, clásicamente, un *deber* del buen profesional, pero no era correlativo a un *derecho del paciente: el derecho a la confidencialidad de sus datos*. En la actualidad, el derecho a la confidencialidad del paciente y el deber de secreto del sanitario están enlazados, de tal modo que, salvo excepciones, esos datos sólo podrán revelarse cuando el sujeto a quien pertenecen lo autorice.

Además, durante las últimas décadas se ha especificado más ese derecho y su protección, de modo que la protección de datos es máxima cuando se refiere a las informaciones relativas al cuerpo, a la salud y a la enfermedad, y a la sexualidad, datos

que son considerados «sensibles», precisamente por el daño que puede causar su revelación inadecuada (que es facilitada además por muchas de las tecnologías actuales), y por el respeto al derecho de las personas a la confidencialidad de esos datos íntimos. Al considerar los datos sanitarios dentro de este grupo, su protección ha de ser especial.

Los datos o informaciones del paciente que el profesional de enfermería conoce no pueden ser desvelados ni comunicados salvo al equipo sanitario, y sólo en la medida en que sea necesario y contribuya a la salud del paciente.

Esto quiere decir que, salvo que el paciente se encuentre en situación de incapacidad, no debería darse información a la familia o allegados del paciente a menos que él o ella diera su consentimiento. Tampoco debería comentarse la situación o datos del paciente a otros profesionales, compañeros o cualquier otra persona no vinculados a la asistencia del paciente. La historia clínica debe permanecer confidencial, a ella sólo deben tener acceso los profesionales implicados en la asistencia del paciente, y debe ser tratada con la cautela que exige esta obligación de protección.

La relación de comunicación está basada en la confianza. Pero se vulnera ese fundamento si no se guarda la confidencialidad de lo dicho en el diálogo o de lo conocido con motivo de la asistencia. No conviene olvidar que este es un mandato básico que se legitima desde el principio del respeto a la autonomía del paciente. En la medida en que pudiera resultar dañosa la ruptura de la confidencialidad, estaríamos además ante el incumplimiento del principio de no maleficencia.

4. El consentimiento informado

Además de la confidencialidad, hay un elemento de gran importancia en el que el profesional de enfermería juega un papel fundamental: el consentimiento informado. En la medida en que, como se ha indicado, el profesional de enfermería tiene la obligación de velar por la corrección moral de las acciones que se llevan a cabo para beneficio del paciente, también la colaboración activa en ese proceso de obtención del consentimiento puede ser parte del «buen cuidado» que se le exige. Esto se justifica desde el respeto a la autonomía del paciente que es básico en la labor enfermera. El consentimiento informado es, en definitiva, un modo de realización de la capacidad de autogobierno del paciente. Por ello, tiene que ver con su salud biográfica, con su modo de vida, con sus principios y valores. Fomentar estas cuestiones es propio del cuidado enfermero. A todo ello cabe añadir que el código deontológico recoge esta tarea como propia de las obligaciones de la enfermería.

4.1. El consentimiento informado como ejercicio de autonomía

Que los seres humanos sean autónomos quiere decir que son capaces de decidir según su propio sistema de valores. Desde la ruptura del código único propio de sistemas como el naturalismo, se afirma la posibilidad de que haya *distintas opciones morales* y, por tanto, la necesidad de que sea sólo la deliberación racional la que pueda justificar por qué unas pueden ser más válidas que otras. Los hechos no determinan los valores, y por ello no

hay una única verdad en el terreno de la moral.

Por eso, el médico, conocedor de los hechos de la naturaleza, ya no es considerado referente válido para las decisiones morales en las que se implican valores. A pesar de la diferencia entre ellos, el paciente y el/la médico están en simetría, pero, en la medida en que *el enfermo* es quien ve afectada su salud y, con ella, su proyecto vital, *es quien debe juzgar con qué valores determinar la acción*. En esa situación, el médico (y también los profesionales de enfermería, como se indicará más adelante) tiene que ofrecer toda la información necesaria al paciente, acompañando su decisión y tomándola conjuntamente con él o ella. Quien tiene la última palabra no es ya el médico, sino el paciente.

Ejemplo:

Una famosa cantante de ópera es diagnosticada de cáncer de laringe. El médico indica a la paciente que la mejor posibilidad terapéutica consiste en extirpar el tumor, pero esto significa que, sin duda alguna, no podrá volver a cantar. La esperanza de vida tras la cirugía es de varios años si no surgen complicaciones. Cualquier otra opción tiene menor probabilidad de supervivencia.

– *Solución al caso desde el esquema paternalista clásico:* el médico no sólo sugiere la cirugía como la estrategia más adecuada, sino que, puesto que hay argumentos técnicos que la justifican y, además, esta actuación es acorde con el sistema de valores comúnmente defendido, en el que la conservación de la vida se antepone a cualquier otra consideración, la pone en marcha, independientemente de la posible opinión contraria de la paciente. La decisión médica se impone a la enferma, quien, en caso de oponerse, será considerada, por ejemplo, afectada por un trauma psíquico que le impide razonar, o inestable bajo los efectos de los analgésicos.

– *Solución al caso desde el esquema del respeto a la autonomía:* el médico expone todos los datos que permitan a la paciente conocer su situación y los cursos de acción posibles, indica cuáles son las ventajas y los riesgos de uno y otro. Una vez comprendida esta información por parte de la enferma, puede que en su esquema valorativo tenga prioridad seguir cantando sobre la conservación de la vida y, por tanto, rechace la cirugía. El médico debe estar atento a que su decisión sea razonada, que se ajuste a lo que ella defiende como principios de su vida, que no sea una decisión forzada o condicionada, sino voluntaria y libre, que no sea fruto de la ignorancia o del desconocimiento, sino que haya valorado todas las posibilidades, y que la persona sea mentalmente competente para tomar esa decisión. Si todos estos requisitos se cumplen, y aunque él pudiera pensar que es una decisión incorrecta, debería respetarla. Esta labor de acompañamiento, información y respeto a la decisión que ha llevado a cabo el médico es lo que denominamos «consentimiento informado».

El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la cooperación del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente (Colegio de Médicos Americanos, 1984).

Aunque el origen más remoto del consentimiento informado está en la reivindicación de los derechos civiles y en la idea de autonomía, propugnada por I. Kant, en el siglo XVIII, podemos decir que su origen más cercano está, en primer lugar, en el horror producido por los experimentos llevados a cabo por los médicos de la Alemania nazi en los campos de concentración en la II Guerra Mundial. En los juicios posteriores al fin de la guerra, se elaboró un documento: el Código de Nürenberg, en el que se establecían las bases necesarias para poder considerar éticamente aceptable la investigación con seres humanos. El artículo 1 de ese código de 1948 dice lo siguiente:

El consentimiento voluntario del sujeto de la investigación es absolutamente esencial. Esto significa que la persona involucrada debería tener capacidad legal para dar el consentimiento; debería estar en una situación que le permitiera obrar con libertad de elección; sin que intervenga ningún elemento tal como presión, fraude, engaño, brusquedad, picaresca u otras formas de agobio o coerción; y debería tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos en juego en la investigación para permitirle tomar una decisión consciente y lúcida. Esta última condición requiere que antes de tomar una decisión, el sujeto potencial de experimentación conozca la naturaleza, duración y propósito de la misma; el método que se va a utilizar y los medios que se pondrán en práctica; todos los inconvenientes y peligros razonablemente previsibles, y los efectos que posiblemente puedan derivarse sobre su salud o persona a consecuencia de su participación en la investigación.

Este consentimiento informado (que aquí aún se denomina «voluntario») para la investigación es lo que también aparece en la relación clínica que, al comienzo del siglo XX, está poniendo en crisis el esquema clásico. El segundo origen cercano de la teoría del consentimiento informado son algunos *casos judiciales* norteamericanos que empezaron a destacar la importancia de la información al paciente en la toma de decisiones y del respeto a su voluntad. El más conocido de todos ellos es el caso de Schloendorff contra la *Society of New York Hospitals*, en 1914, en el que se plantea una modificación de la doctrina habitual en torno a la agresión técnica. En este caso se trataba de una mujer con un tumor fibroso abdominal que dio su consentimiento para una laparotomía exploratoria bajo anestesia, pero que había indicado expresa y taxativamente que no quería que se le operara. Una vez en el quirófano no se respetó su decisión y se extirpó el tumor. La paciente demandó al hospital por no haber respetado sus deseos. La sentencia del juez Cardozo en este caso se hizo famosa por ser la primera en reconocer el derecho del paciente a la autodeterminación.

Cada ser humano de edad adulta y sano juicio tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión de cuyas consecuencias es responsable.

Este derecho a la autodeterminación era algo que ya reconocían los derechos civiles pero que no había pasado al ámbito sanitario hasta este momento, tras un proceso de lenta gestación. Desde esta sentencia se establecía que el paciente tiene derecho a elegir cómo quiere que le traten y cómo ha de actuarse en su cuerpo, de modo que cualquier intervención no consentida por él –aunque sea en su beneficio y no le produzca daño–

puede ser considerada un delito de agresión. Aunque el juez exculpó al médico de tal delito y aunque en este momento todavía no se había determinado qué información y en qué cantidad es suficiente para que un paciente pueda tomar una decisión, es evidente que se trata de un importante cambio en la jurisprudencia norteamericana, que refleja cómo las nuevas ideas éticas empiezan a calar en la sociedad.

A partir de este momento, el consentimiento informado empieza a ser una constante que va reflejándose en las distintas legislaciones. Así, en un nuevo caso judicial en Estados Unidos, el caso de Salgo contra Leland Stanford Jr. de 1957 se emplea, por primera vez, el término «consentimiento informado» como tal, poniendo el acento en el tema de la información. La falta de información acerca de los riesgos de una intervención se consideró en este caso constitutiva de delito. Y poco a poco fue tomando consistencia la idea de que *en el acto médico está incluida la tarea de información*. No es un añadido, ni un requisito de etiqueta, se trata de algo inscrito en la misma relación clínica y que, si no se cumple, implica una negligencia profesional.

En 1964, la Asamblea Médica Mundial adopta también el consentimiento informado dentro de la *Declaración de Helsinki*, que por supuesto se ha mantenido en sus sucesivas revisiones. Por su parte, la Asociación Americana de Hospitales lo incluye dentro de su Carta de derechos de los pacientes en 1973 y la Ley General de Sanidad en España en 1986, existiendo actualmente la Ley 41/2002 de autonomía del paciente. El Informe Belmont reconoce el respeto a la autonomía de los pacientes como un principio fundamental en 1978, principio que se mantiene sin atisbo de duda en la propuesta de los cuatro principios de Beauchamp y Childress en 1979 y hasta la actualidad. La *American Medical Association* recoge, en 1981, el respeto al consentimiento informado como un postulado ético profesional, del mismo modo que la *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* en un documento titulado *Making Health Care Decisions* de 1982, que es clave para la reflexión actual sobre la cuestión. La lista sería interminable, pero queda claramente reflejado que el consentimiento informado es ya indispensable.

El consentimiento informado es el modo de aplicar en la práctica el respeto a la autonomía de los individuos y resulta un elemento irrenunciable de la relación clínica.

Esta modificación del esquema de la relación clínica que ha propiciado el consentimiento informado origina no pocas dificultades. El sistema vertical y paternalista elimina muchos problemas porque no permite la libertad de elección. La imposición de un esquema y la obediencia ciega al mismo permiten una organización estable y ordenada, pero es dogmática porque obliga a la aceptación de un código de modo acrítico y no respeta la autonomía de las personas. La nueva relación, basada en el respeto mutuo, en el reconocimiento de la pluralidad de opciones morales y en la defensa de la libertad, es más compleja y genera más conflictos, pero es el único modo legítimo de tomar decisiones en las que están implicados valores.

4.2. Características y elementos del consentimiento informado

El consentimiento informado puede entenderse dentro del marco de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, o bien restringirse a su aspecto burocrático, centrándose en el documento.

– El *consentimiento como documento*: el consentimiento sería un elemento puntual del acto médico, consistente básicamente en la obtención de una firma de un documento de consentimiento para algún procedimiento. Esta es la visión más «legalista» del consentimiento, donde lo importante es el ejercicio de un derecho, desde el punto de vista material, y la salvaguarda del sanitario que, de este modo, evita una posible acción judicial en caso de que se produzca un efecto que fuera un riesgo esperado y del que se hubiera informado al paciente.

Este modo de entenderlo tergiversa el verdadero sentido del consentimiento y lo condena a ser un arma de defensa de los sanitarios, dentro de ese esquema tan frecuentemente mencionado de la «medicina defensiva». La perversión del consentimiento radica precisamente en convertirlo en un mero elemento puntual.

– El *consentimiento como proceso de comunicación*: La esencia auténtica del consentimiento informado está en la relación entre sanitario y paciente. Se trata de un proceso de comunicación, lo cual quiere decir que hay un reconocimiento del otro como persona, un respeto a su sistema de valores y a su modo de entender las cosas, una participación activa en un diálogo en el que se trata de articular objetivos comunes y una atención personal que, sólo al final, como reflejo documental de ese proceso, requiere una firma que sirva de constatación.

Por eso se puede decir que *el consentimiento informado forma parte del contenido moral del acto sanitario*, porque atiende a la relación comunicativa entre las personas que están implicadas en él. Por eso también puede extenderse a otros profesionales sanitarios, especialmente a los profesionales de enfermería, como se verá posteriormente. Y por eso es importante atender a los *elementos* fundamentales que constituyen y caracterizan el consentimiento informado: la capacidad del paciente, la información y la voluntariedad.

a) Capacidad

La definición del consentimiento informado indica que la información se da «a un paciente competente», esto quiere decir que se trata de un requisito fundamental. Si el enfermo no está capacitado para recibir o comprender la información, el proceso es inútil y requiere que se designe una persona que pueda tomar la decisión por él, es lo que se denomina una «decisión de sustitución». Sin embargo, en principio, y por razón de su autonomía, toda persona adulta debe ser considerada competente (es decir, capaz, que es el término adecuado, aunque se ha impuesto el término «competencia» por influencia del anglosajón competency).

La *capacidad* puede definirse como la aptitud de cada paciente para comprender la situación en la que está, los valores que están en juego, los cursos de acción posibles y los riesgos, beneficios y consecuencias previsibles de cada uno de ellos. Con todo ello, tal aptitud le permite tomar, expresar y defender una decisión coherente con su sistema de valores.

Desde el punto de vista legal, en nuestro ámbito, incluye dos posibilidades:

- la *capacidad jurídica*, o aptitud para ser sujeto de derechos y obligaciones.
- la *capacidad de obrar*, o aptitud para gobernar los derechos y obligaciones de que una persona es titular.

Mientras que la capacidad jurídica la tiene cualquier individuo por definición y es un concepto estático, la capacidad de obrar puede tenerse o no, es un concepto dinámico. Cuando nos referimos a la capacidad para tomar decisiones estamos en este segundo concepto. Desde él podemos hablar de incapacitación, como proceso de evaluación de una persona que resulta en negación de su aptitud para decidir y, consiguientemente, la necesidad de que algún otro lo haga por él.

Es importante decir que la capacidad, aunque *se presupone en principio*, es algo que *puede variar*. Alguien puede ser competente aquí y ahora, y no serlo dentro de unas horas (por ejemplo una persona aquejada de una enfermedad psiquiátrica con estados alternantes de lucidez). Hay algunas personas que, debido a su situación, difícilmente podrán ser capaces (por ejemplo alguien que tenga una deficiencia mental grave y permanente), pero siempre tendrán que ser evaluadas antes de que se las considere incapaces.

Además hay *grados en la capacidad*, de manera que las personas pueden ser capaces para decidir ciertas cosas e incapaces para otras. En este sentido es interesante el modelo que propone J. Drane: una «escala móvil» para la determinación de la competencia. Según este autor, puesto que no se requiere el mismo nivel de capacidad para unas y otras decisiones, es posible establecer una gradación en niveles, de tal manera que se exija mayor capacidad para las decisiones más complejas (por ejemplo el rechazo de un tratamiento sin el cual la vida es amenazada), en las que es preciso asegurar que el paciente está tomando una decisión perfectamente consciente y razonada, y menor para aquellas otras decisiones que sean más sencillas (por ejemplo, porque asientan a tratamientos de alto beneficio y bajo riesgo).

Estos niveles permiten una graduación más coherente de la competencia exigida, y tiene una lógica interna poco cuestionable: la capacidad para tomar decisiones depende de cuáles son las consecuencias de esa decisión. No es lo mismo dar consentimiento, por ejemplo, para una apendicectomía (que es una intervención sencilla y habitual, con bajo riesgo y un gran beneficio esperable, sin secuelas) que rechazar esa operación. El grado de capacidad que exige lo primero no es muy elevado, porque el daño que le puede producir es mínimo y es claramente beneficioso. Por tanto, se encuadra dentro de esos principios que rigen la actuación médica: la no maleficencia y la beneficencia. Sin embargo, rechazarlo puede poner en peligro la vida del paciente. Para admitir esta decisión como válida es necesario asegurarse de que el paciente está en plena capacidad para tomar tal determinación, que comprende las consecuencias y está dispuesto a asumirlas y que su decisión es razonada, voluntaria y conforme a sus principios.

La ventaja de un enfoque gradual es que permite respetar mejor la autonomía de los pacientes, al intentar incluir a las personas en la toma de decisiones siempre que sea

posible, por su grado de capacidad y por la decisión a tomar.

Todo esto nos lleva a una afirmación fundamental y evidente que, sin embargo, no siempre se cumple: *la capacidad del paciente ha de ser evaluada*. Ya se ha mencionado que, en principio, toda persona es capaz si no se demuestra lo contrario. Por eso, hay que tener en cuenta que no puede considerarse a nadie incapaz si no ha mediado una evaluación. En nuestra sociedad, por ejemplo, existe una clara tendencia a considerar que una persona anciana es incapaz de tomar decisiones, por eso no se le informa ni se le permite participar en la toma de decisiones que afectan a su propia vida. Por más que esto se haga con buena voluntad, para evitar un daño, conviene no perder de vista que se le está tratando como un ser moralmente incapaz, sin que se haya evaluado si realmente tiene alguna dificultad para seguir gobernando su vida, y que, con ello, se le está privando de un derecho que le pertenece, no respetando su autonomía. Esto sólo puede hacerse de manera excepcional y tras asegurarse de que existe tal incapacidad, es decir, primando la evitación del daño cuando la persona no puede decidir por sí misma, pero nunca como norma general de actuación y sin tal garantía.

b) Información

El proceso de comunicación entre sanitario y paciente es un intercambio de información. El paciente requiere datos sobre lo que le ocurre, el diagnóstico; sobre lo que es esperable que suceda, el pronóstico, y sobre las posibilidades de actuación, sus consecuencias, las características de los procedimientos a emplear, sus riesgos y sus beneficios. Pero el profesional sanitario también necesita saber qué es lo que siente el enfermo, cuáles son los síntomas y también cuáles son sus expectativas, cómo interpreta su enfermedad, cómo la integra en su proyecto vital. Por eso hemos mencionado que se trata de comunicación y no de mera información. Sin embargo, es evidente que en el consentimiento informado importa, sobre todo, que el paciente reciba los datos necesarios para poder tomar una decisión con conocimiento de causa.

Esta idea parece sencilla, pero dista mucho de serlo. En primer lugar, como se ha comentado, los sanitarios no siempre están entrenados en habilidades de comunicación, lo cual puede llevar a no saber transmitir la información y a no estar capacitado para atender las demandas de este proceso. Es una de las obligaciones profesionales del personal de enfermería formarse en este tipo de habilidades y técnicas, de manera que pueda responder de modo satisfactorio a esta exigencia de comunicación.

Pero incluso si existe esa capacidad, la relación es buena y se está en disposición de informar –lo cual no siempre es fácil en el contexto institucional donde hay que llevarlo a cabo–, no resulta fácil saber qué, cómo y cuándo ha de informarse. Todas estas cuestiones se refieren a la *revelación de información*. El primer problema es cuánta información ha de darse. Es evidente que el paciente debe obtener tanta información como sea necesaria para poder tomar una decisión. Sin embargo, no es fácil delimitar con precisión cuál es la cantidad suficiente que ha de recibir para poder hacerlo. Obviamente, no se puede pretender que el enfermo llegue a saber tanto como el médico o el enfermero, pero sí que disponga de todos los datos relevantes para decidir.

– Un posible criterio para determinar esa cantidad de información es el que se da en llamar «criterio del médico razonable», según el cual la cantidad de información a revelar es la que un médico razonable estaría dispuesto a dar. Se trataría de una apelación a la *lex artis*, a lo considerado adecuado en el gremio médico, en la comunidad científica. Pero este modelo tiene serias dificultades: la primera de ellas es que la información considerada relevante por un médico, que es un especialista en la materia, probablemente no coincide con la que considera útil para decidir un paciente que no conoce nada de la cuestión. Además, no es claro que exista un acuerdo unánime entre los médicos acerca de cuál es esa información suficiente. Y, en todo caso, este modelo adolece aún de un marcado tono paternalista.

– Un segundo criterio, que intentó salvar las dificultades del anterior, fue el denominado «criterio de la persona razonable», en el que se invertía la cuestión: el criterio que determinaba la cantidad de información a recibir no era el criterio médico, sino el del paciente. Sería suficiente, entonces, aquella información que permitiera a un paciente (una persona razonable) tomar una decisión. El problema, de nuevo, no parece quedar resuelto, pues nos encontramos con la dificultad de determinar cuánta información es la que una hipotética persona razonable necesitaría obtener. Este criterio presta poca atención a las diferencias individuales que cuestionan ese presunto nivel objetivo de información suficiente.

– Un tercer criterio, el «criterio subjetivo» pretendía introducir esas diferencias en la información, rigiéndose por lo que el paciente quisiera saber. Por tanto, el sanitario tendría que dar toda aquella información que pueda pensar que el paciente desearía conocer. Este criterio es prácticamente inviable, y coloca a los médicos y enfermeros en una situación difícil de gestionar y de llevar a la práctica.

Por ello se mantienen básicamente los dos criterios iniciales, teniendo en cuenta que el segundo es más respetuoso con la autonomía del paciente y que, en ningún caso, se llega a una situación perfecta en la que haya certeza de que se ha logrado dar la información suficiente. Por ello es defendible la idea de comunicación: *si la relación entre sanitario y paciente permite que el consentimiento sea un proceso de acompañamiento y conocimiento, es mucho más factible determinar cuánta información es la que el paciente necesita*. En todo caso, hay algunos puntos necesarios para una toma de decisiones, que, por tanto, deben estar siempre presentes.

Elementos de información necesarios para la toma de decisiones

- Naturaleza de la enfermedad, diagnóstico y pronóstico.
- Cursos de acción posibles.
- Características del procedimiento seleccionado por el/la médico.
- Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles.
- Beneficios esperados del procedimiento (a corto y largo plazo).
- Procedimientos alternativos y explicación de ventajas e inconvenientes, así como las razones que han llevado al médico a seleccionar el procedimiento elegido.

- Efectos previsibles de la no utilización de este procedimiento o de ninguno de los alternativos.
- Oferta de mayor información y resolución de dudas al respecto.
- Libertad del paciente para revocar o reconsiderar su decisión en cualquier momento.

La cuestión acerca de la cantidad suficiente de información no agota los elementos relevantes en el proceso de revelación. Además de lo que se dice, es importante cómo y cuándo se hace. Ya se ha indicado la importancia de que el consentimiento informado sea un proceso, es decir, una relación comunicativa en la que se vaya ofreciendo la información y acompañando en su asimilación y comprensión. Por eso *la revelación de información ha de ser progresiva*, realizada poco a poco, conforme el paciente pueda aceptarla, comprenderla y hacerla suya. Hay que tener en cuenta que, en muchos casos, el enfermo se enfrenta a una situación nueva, dolorosa, desconocida, que puede poner en peligro su vida o afectar a sus proyectos, a la idea que se había forjado de sí mismo/a. Por eso hay que dar esta información con un extremo respeto y, sobre todo, adaptándose a las características del paciente y a su propio proceso. El tiempo de la información y el modo de ofrecerla (más o menos directa, más o menos técnica, etc.) han de ser elementos adaptados siempre al paciente y no, como suele ocurrir, producto de la organización de la institución. Un criterio debe siempre regir la información que se dé, sea cual sea la manera de revelarla: que sea una *información de calidad*. No se trata de cumplir un requisito, sino de llevar a cabo una labor profesional de comunicación con el enfermo.

De ahí que sea importante *evaluar el grado de comprensión* de la información por parte del paciente. No todos los enfermos tienen la misma capacidad, ni el mismo nivel de estudios, su situación emocional también puede ser muy distinta y el grado de afectación por su enfermedad tremendamente diverso. Por eso es fundamental que *la información se adapte a cada persona* y que quien la ofrece se asegure de que ha sido comprendida.

La información ha de ser *clara y precisa, evitando tecnicismos* y rodeos innecesarios. En el caso de los formularios escritos, utilizados con frecuencia para ofrecer información, este problema se percibe de modo más acuciante. La legibilidad de los textos es escasa y poco adecuada al fin que se persigue. Su utilidad es evidente desde el punto de vista de la obtención de un documento firmado que demuestra que el paciente ha sido informado, aunque en la mayoría de los casos no haya podido entenderlo, esté demasiado asustado o no haya tenido oportunidad de resolver sus dudas. Según lo dicho anteriormente, este no es el vehículo más adecuado para esa relación de comunicación, por ello ha de ir precedido de una información verbal, en la que se expliquen las cuestiones y se resuelvan dudas.

Finalmente, además de comprender la información, el paciente debe *aceptarla*. Es decir, asumirla como propia y verdadera, entender su significado, las consecuencias que de ello se derivan y ser capaz de elaborar un juicio personal razonado acerca de la información recibida y encaminado a tomar una decisión. En este punto conviene estar alerta a los mecanismos psíquicos empleados por una persona en una situación de

enfermedad para integrar esa información. Tales reacciones pueden interferir en la toma de decisiones e invalidar el consentimiento.

Elementos del proceso de información

- Capacitación en técnicas de comunicación por parte de los profesionales sanitarios.
- Exploración de las características del paciente.
- Revelación de la información (exponer):
 - Clara, precisa y legible.
 - Progresiva y adaptada al paciente.
 - Oportuna.
 - Suficiente para la toma de decisiones del paciente.
 - Abierta a las preguntas (proceso de comunicación).
- Comprensión de la información (evaluar y comprobar).
- Aceptación de la información (evaluar y comprobar).
- Documento firmado que acredita que el paciente ha sido informado.

c) Voluntariedad

El punto final del proceso de consentimiento informado es *tomar una decisión* acorde con el sistema de valores que la persona defiende y en la que se tengan en cuenta los datos de la información recibida. La concordancia con las creencias y criterios de la persona es importante, pues una decisión que fuera ajena a tales valores o principios nos induciría a sospechar de su autenticidad.

La decisión debe ser tomada *voluntariamente*, es decir, el paciente no puede ver limitada su libertad porque se le intente persuadir, coaccionar o manipular. La persona, en el ejercicio de su autonomía, debe tomar una decisión en conciencia. Para ello puede solicitar consejo y ayuda, pero nunca se puede interferir en la toma de decisiones.

Son muchos los modos de influir en quien ha de tomar una decisión. En muchos casos el objetivo de la presión y el intento de convencer al paciente no es otro que buscar su mayor bien y evitar que se equivoque. Por tanto, se está apelando al principio de beneficencia. Sin embargo, es importante tener en cuenta que aquello que sea bueno para el paciente sólo se puede determinar desde la autonomía del mismo. Es decir, el bien no es extrínseco a la persona, sino derivado de su sistema de valores, de lo que la persona considera bueno o malo. Por ello no se le puede imponer desde fuera. El consentimiento o rechazo que el paciente determine ha de ser una decisión libre. Sólo con estos requisitos puede considerarse que el consentimiento es auténtico y, por tanto, válido.

Es responsabilidad de los profesionales sanitarios asegurar, en la medida de lo posible, que el consentimiento expresado –o el rechazo– es voluntario, y que el paciente ha evaluado y decidido en función de sus propias preferencias, eligiendo autónomamente.

4.3. El consentimiento informado en enfermería

El consentimiento informado, como se ha indicado, implica:

a) La *determinación de la capacidad del paciente*, a lo que el profesional de enfermería puede contribuir en la medida en que tiene mayor posibilidad de comunicación con él o ella y un mejor conocimiento de su situación.

b) La *información adecuada, progresiva y comprensible*. Aunque la labor de información compete principalmente a los/las médicos, como expertos técnicos, el profesional de enfermería puede y debe colaborar en ese proceso de información. Su cercanía y presencia continuada con el paciente puede favorecer la aclaración de dudas (sobre todo en lo referido a los cuidados, como las molestias del procedimiento o cuestiones parecidas) o servir de vehículo para canalizar una solicitud de mayor información al médico. Además puede evaluar la comprensión de la información y detectar si esta ha generado angustia o preocupación al paciente. Por otro lado, las tareas propias de la enfermería requieren también de información. El/la profesional debe informar adecuadamente al paciente de las técnicas o cuidados que se le prestan.

c) El *consentimiento, voluntario y libre*. En este caso, el profesional de enfermería puede ser, sobre todo, quien vele por los intereses del paciente, garantizando que el proceso cumple los requisitos.

P. Simón e I. Barrio proponen un «modelo integral de consentimiento informado» que recoge la idea de que el consentimiento es también propio de la enfermería. Según estos autores, hay que distinguir entre:

- el *consentimiento referido a actividades con objetivos curativos/cuidadores*.
- el *consentimiento referido a actividades que sólo tienen objetivos cuidadores*, que son específicas de la enfermería.

En el primer grupo (objetivos curativos/cuidadores) se indican, como elementos aportados por la enfermería, los destacados más arriba, de colaboración, a los que añaden la participación del profesional de enfermería en el diseño, desarrollo y aplicación de los formularios escritos de consentimiento. El segundo grupo (objetivos cuidadores) es novedoso, pues habitualmente no se reconoce la necesidad de un consentimiento informado para las labores de cuidado, sin embargo es importante que se vaya introduciendo como norma de buena práctica.

Las *características* de este tipo de consentimiento de cuidados serían:

- la información a proporcionar se centra en las molestias e incomodidades del procedimiento;
- el grado de capacidad del paciente requerido es, en la mayor parte de los casos, bajo;
- normalmente no se necesitarán formularios de consentimiento informado, aunque sí se recomienda que conste en las gráficas de enfermería.

5. Aportaciones del profesional de enfermería a la autonomía

Además de estos aspectos, más directamente relacionados con la comunicación, la relación entre profesional de enfermería y paciente está basada en una atención solícita

que se presta para *posibilitar el grado máximo de realización de las capacidades del individuo*. Es decir, la enfermería, atenta a los aspectos psicológicos, emocionales, espirituales, del paciente, también puede colaborar a que este recupere, desarrolle o asuma sus capacidades. Puede *promover la autonomía*. En este sentido, probablemente sería deseable que existieran especialidades en enfermería, casi al mismo nivel que en la medicina. Es evidente que no son iguales las exigencias de cuidado que afronta un/a enfermero/a en una planta pediátrica, en un centro geriátrico, en una unidad de cuidados intensivos, en un quirófano, en una unidad de paliativos, en una planta de cardiología, etc. Por ello, una mejor formación específica para las distintas labores de cuidado sería una buena vía para ofrecer un cuidado excelente.

Como ya se indicó, la razón de ser de la enfermería es el cuidado, pero *la meta final que se persigue es la salud*, entendida como restablecimiento de las capacidades que previamente tenía el sujeto o, al menos, la reducción de las secuelas. Pero *la salud tampoco es un fin en sí, sino un medio para la realización de la propia vida*. Por ello, lo que determina la búsqueda de la salud es hacer posibles los proyectos vitales personales que cada individuo considere importantes y que sean acordes con sus capacidades. Esto es lo que obliga al profesional de enfermería a entender la comunicación con el paciente como un proceso de puesta en práctica de todas las herramientas a su alcance para que el sujeto pueda realizar su vida.

El enfoque en el sujeto hace que el cuidado tenga como primer principio de su actuación la *beneficencia*. Es una tarea regida por el ideal de la búsqueda del bien, en dos sentidos: porque pretende hacer un bien al otro (el cuidado) y porque promueve la realización de los bienes determinados por el propio paciente. Esto quiere decir que, puesto que la beneficencia no puede ser entendida sin la autonomía, so pena de incurrir en el paternalismo, las obligaciones del profesional de enfermería son, por encima de todo, con el enfermo. Por eso es tan importante esa relación de comunicación con el paciente, en la que se decidirán los bienes a realizar conforme a su expectativa de bienestar.

No obstante, el ejercicio del cuidado, desde el binomio beneficencia-autonomía, debe realizarse *en el marco de la justicia y la no maleficencia*, principios estos de rango superior que se refieren al marco social. El elemento de cuidado tiene, como ya se dijo, aspectos de exigencia de mínimos, y también niveles de máximos, y es preciso no olvidar estos dos niveles.

Por otro lado, el profesional de enfermería está capacitado para realizar las labores de cuidado, en las que es experto. Aunque también la medicina incluya labores de cuidado, es evidente que la enfermería es el lugar específico para su desarrollo. Por ello, en ese aspecto, y teniendo en cuenta que el cuidado ha sido defendido como su bien interno y su razón de ser, el profesional de enfermería puede ser considerado como la máxima autoridad. Desde aquí es desde donde puede entenderse la *autonomía de los profesionales de enfermería*. Parece lógico pensar que el profesional de enfermería, experto en cuidados, debería ser quien tuviera la máxima capacidad de decisión en este ámbito, y por tanto también la responsabilidad por sus consecuencias. Si esto es así, la

colaboración entre médico y enfermero debe ser tal que, aunque en algunas ocasiones se mezclen las competencias o se trabaje en equipo, haya un respeto mutuo a la especialidad de cada uno.

Ideas clave

- La comunicación con el paciente es un proceso esencial en la relación asistencial entre el profesional de enfermería y el paciente.
- El fracaso de esa relación afecta negativamente al miembro más vulnerable: el paciente.
- Es esencial el respeto a la persona enferma y la atención a su condición, a su personalidad y a sus valores.
- La comunicación permite establecer una relación de confianza y tener información para determinar los objetivos del cuidado.
- Es deber de los profesionales sanitarios formarse en herramientas de comunicación.
- El respeto a la intimidad en el aspecto físico (corporal) se refiere a la sensibilidad y atención a los valores, costumbres y preferencias de la persona enferma, extremando la delicadeza en el trato.
- El respeto a la intimidad en el aspecto moral supone afirmar el derecho a la confidencialidad de los datos sensibles por parte del paciente y el correlativo deber de secreto por parte de los profesionales.
- Los datos o informaciones del paciente no deben ser divulgados.
- El consentimiento informado es el proceso de comunicación por medio del cual se informa al paciente de todos los datos relevantes de su enfermedad y de los cursos de acción posibles, con sus beneficios y riesgos, a fin de que pueda tomar una decisión sobre dichas acciones conforme a su sistema de valores.
- El consentimiento informado es la expresión del ejercicio de la autonomía.
- El consentimiento informado es un proceso de comunicación, que forma parte del contenido moral del acto sanitario.
- El consentimiento informado está constituido por tres elementos: la capacidad (evaluación de la aptitud del paciente para tomar decisiones), la información (en su triple dimensión de revelación, comprensión y aceptación) y la voluntariedad (el ejercicio libre de la toma de decisiones).
- Todo paciente es, en principio, capaz. La evaluación de la capacidad es imprescindible para determinar si un paciente no puede tomar decisiones, en cuyo caso debe sustituirle un representante (decisiones de sustitución).
- La información que se ofrezca a los pacientes ha de ser de calidad. Debe ser clara, precisa, progresiva y adaptada al paciente.
- El profesional sanitario debe asegurarse de que la información ha sido comprendida y aceptada por el paciente.
- El profesional de enfermería colabora en el proceso de consentimiento informado y, además, es el responsable del consentimiento informado de enfermería, referido a los cuidados.

- El profesional de enfermería promueve la autonomía de los pacientes con su labor. Su tarea está regida por la beneficencia, si bien se inscribe en el marco de la no-maleficencia y la justicia.
- El profesional de enfermería también es un/a profesional autónomo y responsable.

Lecturas

- ALTISENT R. (1998), *Confidencialidad y secreto profesional en la atención sanitaria. Análisis ético y justificación de sus límites*, Dimensión Humana 2, pp. 17-22.
- COUCEIRO A. (ed.) (1999), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid.
- JÚDEZ J. ET AL. (2002), *La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información*, Medicina Clínica 118 (1) pp. 18-37.
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (2005), *Guías de ética en la práctica médica. Intimidad, confidencialidad y secreto*, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid.
- ROMEO C. M.-CASTELLANO M. (1993), *La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica*, Derecho y Salud 1, pp. 5-17.
- SÁNCHEZ CARAZO C. (2000), *La intimidad y el secreto médico*, Díaz de Santos, Madrid.
- SIMÓN P.-BARRIO I. (1995), *El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral*, Jano, vol. 48, nº 1117, pp. 55-65.
- SIMÓN P.-BARRIO I. M.-CONCHEIRO L. (1996), *Legibilidad de los formularios escritos de consentimiento informado*, Medicina Clínica 107, pp. 524-529.
- SIMÓN P. (2000), *El consentimiento informado*, Triacastela, Madrid.
- SIMÓN P.-JÚDEZ J. (2001), *Consentimiento informado*, Medicina Clínica 117 pp. 99-106.
- SIMÓN P. (2002), *El consentimiento informado: abriendo nuevas brechas*, en *Problemas prácticos del consentimiento informado*, Fundación Víctor Grífols i Lucas, Barcelona.
- SIMÓN P.-BARRIO I. M. (2004), *¿Quién decidirá por mí?*, Triacastela, Madrid.

Conclusión: La deliberación moral como clave de la toma de decisiones

La sabiduría práctica exige la deliberación. Probablemente no se puedan dar pautas rígidas de actuación y cualquier propuesta, como este libro, ha de ser tomada como un ejercicio y una invitación a la deliberación. Ya se comentó que los recetarios tienen poca utilidad, son escasamente convenientes a la pluralidad y diversidad de un mundo cambiante como el nuestro, tienen una pretensión de «acotamiento» de la realidad poco viable y, sobre todo, son sólo pistas para el análisis. Ningún código o conjunto de normas puede ser más que una guía que establezca los mínimos de una actividad. Si pretende ser más está errando el camino, porque la excelencia no se juega en los terrenos de lo normativo.

Por eso es necesaria la deliberación, sobre los fines a perseguir y los medios apropiados para lograrlos. Una deliberación prudencial que atienda a los principios que orientan la acción y a las consecuencias que se derivan de ella. Que no se instale en una férrea convicción sin teñirla de la confrontación con la experiencia, que nos obliga a ser responsables. Y tampoco al contrario, que evalúe sólo las consecuencias, eliminando las convicciones, dejando que sea la arbitrariedad de lo coyuntural lo que determine los actos.

Ante una decisión ética, es preciso pararse a pensar. Esto, que parece una obviedad, es sin embargo, la mejor pauta de acción. El profesional de enfermería, como cualquier otro profesional, puede verse obligada/o a actuar rápidamente, a tomar decisiones sin tener tiempo para evaluar los elementos en juego con calma, operando con un sistema aprendido que se implanta acríticamente. Tres son las vías posibles para evitarlo:

- Una *vía estratégica*: aprender buenos procedimientos que garanticen que, en caso de urgencia o cuando las circunstancias así lo exijan, se estén aplicando métodos de decisión tendentes a asegurar la legitimidad moral del acto (tal sería, la propuesta de aplicación de la bioética).
- Una *vía de consejo*: buscar el asesoramiento del comité de ética, cuya función es precisamente esa.
- Una *vía prudencial*: esta es la más importante, y la que debe implantarse siempre que sea posible. Se trata de la «vía regia de la ética»: la deliberación prudencial que ya defendiera Aristóteles. El profesional de enfermería no puede trabajar sólo con decisiones técnicamente correctas y tampoco sólo con actitudes adecuadas. No cabe la elección por una perfecta formación teórica que sea ajena a la experiencia, y tampoco por una larga experiencia acumulada que no disponga de una capacitación teórica. No cabe un sistema normativo inflexible y tampoco una laxitud en las acciones que permitan cualquier cosa. Hay que pararse a pensar, deliberar para buscar el modo de situarse en un término medio ponderado que sea justificable y razonable. Para ello hay que diseñar bien los fines que se persiguen. Desde ellos es desde donde se puede guiar la acción. Y esto que es aplicable al ámbito individual,

exige distinguir dos niveles cuando entra en lo social: mínimos exigibles y máximos deseables. Sabiendo que la excelencia ha de ser lo que garantice una buena labor profesional, y por ello ha de ser un horizonte obligado hacia el que tender.

Aristóteles, padre de la ética, considera que la determinación de los bienes del ser humano –de su perfección– y el logro de la justicia –como virtud fundamental–, están basados en una peculiar característica del ser humano: el *logos*, el lenguaje, el pensamiento. Con él es posible entablar un diálogo, argumentar aduciendo razones en la discusión, decidir la acción más adecuada y encontrar el justo medio, un punto de equilibrio entre dos extremos en donde se sitúa la virtud. Si el exceso de cautela es ser timorato, y el defecto de la misma es temeridad, el justo medio es la prudencia. La *prudencia* es la guía que ha de regir ese proceso de búsqueda de la mejor de las acciones posibles. Esa búsqueda, a través del diálogo, es la deliberación. Porque el justo medio no está dado, no es un punto determinado que haya que descubrir, es una construcción derivada de la evaluación de las características de la situación, así, lo que sería desmesura para uno, será escasez para otro, la guía de la acción no nos ofrece una única verdad.

Así pues, el trabajo de la ética queda abierto, de ahí que resulte apasionante y también inquietante. Los profesionales de enfermería han de reflexionar sobre su propio quehacer, sobre la legitimidad de los fines que persiguen y sobre la idoneidad y validez de los medios que emplean. Desde el bien interno que define la enfermería, el cuidado, han de establecer los requisitos mínimos y las exigencias de máximos que forman parte de las obligaciones profesionales, para no conformarse con el mero cumplimiento, sino aspirar a la más alta calidad ética, a la excelencia. Los problemas éticos que suscite la labor profesional han de ser evaluados con cautela. Las herramientas aprendidas y las reflexiones apuntadas no eximen de la labor de análisis. Estamos obligados a deliberar sobre las posibles soluciones, con prudencia y responsabilidad. La tarea del pensar está abierta y es una invitación.

Casos para analizar

Caso 1

Un grupo de profesionales de enfermería que trabajan en la comunidad están a favor de la creación de un centro de día para las personas con Alzheimer. Después de mucho trabajo logran poner en marcha su proyecto.

Un hombre, el Sr. D., que estaría solo si no entrara en este programa, es atendido en el centro. El problema es que cuando se le lleva a casa al final del día, algunas veces no reconoce su domicilio y no quiere quedarse allí.

A la hora a la que se le lleva a casa no hay nadie allí, pues su hija no llega hasta dos horas más tarde. Varios enfermeros, incluyendo la supervisora, están preocupados porque consideran que, si lo dejan solo fuera de su casa, peligra la seguridad del Sr. D. y también la de todo el programa que están llevando a cabo.

Han hablado del problema con la familia del Sr. D. y les han pedido que se hagan cargo de él en esas dos horas. Pero la familia se niega, aduciendo que su padre sólo está engañándoles para estar acompañado, y que en realidad está perfectamente seguro.

Después de mucha discusión la supervisora está considerando la posibilidad de sacar al Sr. D. del centro, y dejar de tener la responsabilidad de su seguridad, pero tampoco le parece la mejor opción.

¿Cuál sería la mejor manera de afrontar el problema?

Caso 2

La Sra. H. es una madre soltera de 20 años que tuvo su primer hijo hace seis meses. El bebé necesitó reanimación en el momento del nacimiento, y ha estado conectado a un ventilador mecánico casi dos semanas.

Después de seis semanas en el hospital, la condición del bebé mejoró y se le dio el alta. Sin embargo el bebé estaba muy irritable, era difícil alimentarlo, tuvo un par de ataques, y tenía un cierto retraso en el desarrollo. Por todo ello se le ha seguido evaluando médicamente.

La enfermera que ha estado cuidando a la Sra. H. en el seguimiento neonatal los últimos meses tiene una buena relación con ella. La Sra. H. ha compartido con su enfermera algunas de sus preocupaciones sobre el estado del niño. Está algo deprimida, pero sobre todo preocupada por la posibilidad de que el niño tenga algún retraso mental. Siente que emocionalmente no podría soportar la perspectiva de tener que luchar con este problema además de lo que ya supone el cuidado normal de un bebé con dificultades para comer, y con ataques periódicos.

En una ocasión, la Sra. H. les dijo a su médico y a la enfermera: «Si encuentran que mi bebé es deficiente mental, no me lo digan. No podría soportarlo. Déjenme mantener la esperanza de que mi hijo estará bien. No sé qué haría si supiera que mi niño no va a tener nunca una vida normal».

Hace poco que los médicos han confirmado, como se temían, que el bebé sufre un retraso mental. A la vista de la buena relación que tiene la enfermera con la madre, el médico tiene muy en cuenta su opinión, y le pregunta si considera que hay que decirle la verdad a la Sra. H. en la próxima visita. El médico está preocupado porque, si se retrasa más la noticia, las consecuencias para el bebé y para la propia madre podrían ser graves.

¿Qué debería aconsejar la enfermera? ¿Cómo debería enfocarse esta cuestión?

Caso 3

La Sra. A. es una madre joven que ha ingresado en el hospital para explorar la causa de un dolor abdominal que padece desde hace días. No se ha encontrado razón fisiológica para el dolor, y los médicos se plantean una consulta psiquiátrica. La enfermera X ha estado cuidando de la Sra. A. estos días y se siente capaz de hablar con ella sobre su actual estado.

La Sra. A. es muy reservada respecto a su vida personal, pero admite que está deprimida. Atribuye su depresión a estar confinada en casa sola con sus dos niños, muy pequeños. Ha estado intentando hablar con su marido sobre sus sentimientos, pero él no comprende por qué ella es infeliz. Él es inmigrante de un país en el que la estructura familiar es rígidamente patriarcal, y en el que las mujeres casadas están bajo la autoridad de sus maridos. El Sr. A. espera que su esposa esté contenta siendo madre y ama de casa.

La Sra. A. procede del mismo país, pero lleva mucho más tiempo en nuestro país. Antes de conocer a su marido trabajaba como ayudante de profesora en una escuela elemental y estaba muy contenta con su labor. Cuando se casó no se dio cuenta de lo conservador y estricto que era su marido en este aspecto.

El Sr. A. está muy en contra del asesoramiento psicológico y la Sra. A. es reacia a hacer algo en contra de los deseos de su marido.

La enfermera no está convencida de que el problema del dolor abdominal sea psicológico, al menos no exclusivamente, pero está segura de que a la Sra. A. le vendría muy bien un asesoramiento, y también considera que debería volver a su actividad laboral.

¿Qué debería hacer la enfermera? ¿Cómo puede buscar el mayor beneficio para su paciente?

Caso 4

En un hospital, en la sección de obstetricia, concretamente en las habitaciones de las mujeres que acaban de dar a luz, trabajan varias enfermeras en el turno de noche. Una de ellas, María, hace una ronda por las habitaciones hacia las diez de la noche, para desear a las mujeres un buen descanso y preguntarles si necesitan algo antes de dormir. María sabe que las reacciones de cada una de ellas son distintas ante sus hijos recién nacidos: las hay muy angustiadas, otras están ilusionadas, algunas cansadas, etc.

En esta última ronda antes de la noche, María se encuentra en la habitación nº 3 a Isabel, una mujer de 34 años que acaba de tener su primer hijo. Isabel le comenta a

María que le gustaría mucho tener a su niño con ella durante la noche. María le explica que las normas del hospital no permiten que los niños estén en las habitaciones con sus madres salvo en las horas previstas para ello. Isabel le pide con insistencia que haga una excepción. María reitera su negativa, ante lo que Isabel rompe a llorar muy desconsolada y angustiada. María no comprende por qué le concede tanta importancia e intenta tranquilizarla. Isabel entonces le comenta que una amiga suya muy cercana tuvo una experiencia muy desagradable y trágica porque mientras ella dormía tranquilamente, su hijo recién nacido tuvo una crisis repentina y murió rápidamente. Desde entonces su amiga vive aterrorizada por las noches y se pasa el tiempo en la habitación de sus otros dos hijos, vigilando para que no ocurra nada. Isabel ahora, recordando la experiencia de su amiga, quiere estar el mayor tiempo posible con su hijo, especialmente durante la noche.

María se siente un tanto abrumada por la historia que le ha narrado. De hecho, Isabel está expresando una petición que María comparte, nunca ha podido entender por qué no pueden estar los bebés sanos con sus madres. Isabel insiste y sigue llorando, pero María no se decide porque sabe que eso significa transgredir las normas del hospital. De hecho, las otras enfermeras comentan muchas veces que no pueden estar pendientes de todas las peticiones caprichosas de las mujeres, pues entonces el hospital sería un caos.

María no sabe qué hacer. Si atiende a la petición de Isabel, sabe que le producirá una gran alegría y, en el fondo, estará respondiendo a sus propias convicciones. Sin embargo, estará rompiendo la norma del hospital que, por otra parte, no es arbitraria, sino que responde a una decisión para solventar una serie de problemas. Además, María recibirá una amonestación –o algún tipo de sanción más grave– por parte de sus superiores, y no puede arriesgarse a perder su trabajo.

Por el contrario, si María no hace caso de la petición de Isabel estará cumpliendo la norma y tendrá menos problemas, pero su conciencia no la dejará tranquila y además estará produciendo una gran infelicidad que podría evitarse.

¿Cómo debe analizarse este dilema? ¿Debe María acceder a la petición de Isabel?

Caso 5

Este es un caso real. Barbara Huttman es una enfermera docente americana. En un artículo publicado en Nursing Life, explicó cómo contravino las órdenes médicas y la ley estatal norteamericana para permitir morir a su paciente Mac.

Mac era un hombre joven, casado y con tres hijos, diagnosticado de cáncer de pulmón. Estuvo ingresado en un hospital durante seis meses. Tanto él como su familia desarrollaron una magnífica relación con el personal de enfermería y todos ellos lucharon juntos contra la enfermedad. En esos seis meses, Mac perdió su juventud, su aspecto sano, su humor, su pelo, los sentidos del gusto y del olfato, el control de sus esfínteres, su capacidad para hacer la más mínima cosa por sí mismo. Al mismo tiempo, su mujer fue transformándose en una anciana a su lado.

Cuando Mac era ya poco más que un esqueleto mantenido con vida por medio de alimento y soluciones intravenosas y con una mascarilla de oxígeno en la cara, pidió:

«Compasión... por amor de Dios, por favor, déjenme ir».

Cada vez que dejaba de respirar se implantaba el «código azul» y un equipo lo reanimaba. Esa situación se repetía, en ocasiones, dos y tres veces en un día. Los médicos hacían su trabajo y se marchaban, las enfermeras se quedaban para limpiarlo, evitar su deterioro, curar sus escaras, etc. Barbara (la enfermera), viendo el sufrimiento terrible de Mac, rezaba porque muriera y que nunca volviera a pedirle que le dejara morir. Cada mañana, le pedía al doctor que escribiera una orden de no reanimación. Sin embargo, el médico era de los que creen que debe prolongarse la vida hasta el máximo posible con los medios y conocimientos que se tengan. No hacerlo era, desde su punto de vista, negligencia. Y así pensaban también algunas enfermeras.

Después de cincuenta y dos veces en que se reanimó a Mac, con el paciente todavía lúcido para seguir pidiendo la muerte, la esposa destrozada y sin posibilidad de evitar su agonía con medicamentos para el dolor, Barbara se preguntaba qué sentido tenía tanto sufrimiento y si la comunidad médica no estaba pecando de arrogancia creyendo en una ilusión de salvación a través de la ciencia. Por la mañana, ante un nuevo episodio, mientras lo lavaba y la esposa no estaba presente, ella tomó una decisión. Se sentó en la cama y sostuvo las manos de Mac. Él le susurró «Gracias». Cuando su respiración se detuvo, ella dudó si llamar para que lo reanimaran de nuevo. Fue una decisión dura y difícil. Pero sólo llamó cuando pensó que los esfuerzos de reanimación serían en vano. Cuando llegó el equipo e intentaron la reanimación, la esposa también entró en la habitación y pidió: «No... no dejes que le hagan esto... por amor de Dios... por favor, no más». No pudieron reanimarlo. Mac murió.

Posteriormente, el caso fue conocido por la prensa, y Barbara fue considerada una asesina. Su enfrentamiento a la orden del médico, que se negaba a retirar la reanimación, estaba basado en la convicción moral de que el paciente tenía derecho a morir y de que no se estaban respetando sus deseos. Pero la ley no permite esas actuaciones.

Bibliografía

- ANTÓN ALMENARA P. (1995), *Ética y legislación en enfermería*, Masson, Barcelona.
- ARROYO M. P.-CORTINA A.-TORRALBA M. J.-ZUGASTI J. (1996), *Ética y legislación en enfermería*, Interamericana/McGraw-Hill, Madrid.
- BANDMAN E. L.-BANDMAN B. (1990), *Nursing ethics through the life span*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
- BARRIO I. M.-MOLINA A.-SÁNCHEZ C. M.-AYUDARTE M. L. (2006), *Ética de enfermería y nuevos retos*, Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 29 (Supl. 3), pp. 41-47.
- BENJAMIN M.-CURTIS J. (1992), *Ethics in nursing*, Oxford University Press, Nueva York.
- BENNER P. (1984), *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.
- BENNER P.-WRUBEL J. (1989), *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*, Addison-Wesley, California.
- BISHOP A. H.-SCUDDER J. (eds.) (1985), *Caring, curing, coping: nurse, physician, patient relationships*, University of Alabama Press, Tuscaloosa.
- BISHOP A. H.-SCUDDER J. (1990), *The practical, moral and personal sense of nursing: a phenomenological philosophy of practice*, State University of New York Press, Nueva York.
- (1991), *Nursing: the practice of Caring*, National League for Nursing, Nueva York.
- (1996), *Nursing ethics: therapeutic caring presence*, Jones and Barlett, Sudbury, Massachusetts.
- BROWN J.-KITSON A.-MCKNIGHT (1992), *Challenges in caring. Explorations in nursing and ethics*, Chapman-Hall, Londres.
- BUTTS J. B.-RICH K. L. (2005), *Nursing ethics: Across the curriculum and into practice*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts.
- CHAMBLISS D. (1996), *Beyond caring: hospital nurses, and the social organization of ethics*, University of Chicago Press, Chicago.
- COLLIÈRE M. F. (1993), *Promover la vida*, Interamericana, McGraw-Hill, Madrid.
- CURTIN L.-FLAHERTY M. J. (1982), *Nursing ethics, Theories and pragmatics*, Prentice-Hall, Maryland.
- DAVIS A. J.-AROSKAR M. A.-LIASCHENKO J. D.-THERESA S. (1997), *Ethical Dilemmas and Nursing Practice*, Appleton and Lange, Stanford.
- DAVIS A. J.-TSCHUDIN V.-RAEVE L. (2006), *Essentials of teaching and learning in nursing ethics; perspectives and methods*, Butterworth-Heinemann/Elsevier, Edimburgo.
- FAGERSTROM L. (2006), *The dialectic tension between “being” and “not being” a good nurse*, Nursing Ethics 13, pp. 622-632.
- FEITO L. (2000), *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, PPC, Madrid.
- FLETCHER N.-HOLT J.-BRAZIER M.-HARRIS J. (1995), *Ethics, law and nursing*, Manchester University Press, Manchester.
- FRY S. T. (1994), *Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making*, International Council of Nurses,

Ginebra.

- FRY S. T.-JOHNSTONE M. J. (2002), *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision-making in nursing*, Blackwell Publishing, Oxford.
- GAFO J. (1994), *Ética y legislación en enfermería*, Universitas, Madrid.
- GASULL M.-REYES M. (coords.) (2003), *Aspectos éticos en la práctica de la enfermería. Autonomía, privacidad y consentimiento informado en cinco países europeos*, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid.
- GUIDO G. W. (2006), *Legal and ethical issues in nursing*, Pearson-Prentice Hall, Upper Saddle River, Nueva Jersey.
- HARTRICK DOANE G. A. (2002), *Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity*, *Nursing Ethics* 9, pp. 623-635.
- HUNT G. (ed.) (1994), *Ethical issues in nursing*, Routledge, Londres.
- JAMETON A. (1984), *Nursing practice: the ethical issues*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
- JOHNSTONE M.J. (1995), *Bioethics: A Nursing Perspective*. Harcourt Brace, Sydney.
- JOLLEY M.-BRYKCYNSKA G. (1992), *Nursing care: the challenge to change*, Edward Arnold, Londres.
- KÉROUAC S. (1996), *El pensamiento enfermero*, Masson, Barcelona.
- KUHSE H. (1997), *Caring: Nurses, women and ethics*, Blackwell, Oxford.
- LEININGER M. (1990), *Ethical and Moral Dimensions of Care*, Wayne State University Press, Detroit.
- MARRINER-TOMEY A. (1994), *Modelos y teorías en enfermería*, Mosby/Doyma, Madrid.
- MILLER J. F. (2006), *Opportunities and obstacles for good work in nursing*, *Nursing Ethics* 13, pp. 471-486.
- NATIONAL CARING CONFERENCE (1981), *Caring: an essential human need, Proceedings of three National Caring Conferences*, M. M. LEININGER (ed.), Charles B. Slack, Nueva Jersey.
- NIGHTINGALE F. (1990), *Notas sobre la Enfermería: qué es y qué no es*, Masson-Salvat Enfermería, Barcelona.
- NODDINGS N. (1984), *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*, University of California Press, Berkeley.
- ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA (1989) *Código Deontológico de la enfermería española*, Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, Madrid.
- PASTOR GARCÍA L. M.-LEÓN CORREA F. J. (1997), *Manual de ética y legislación en enfermería*, Mosby, Madrid.
- PEACOCK J. W.-NOLAN P. W. (2000), *Care under threat in the modern world*, *Journal of Advanced Nursing* 32, pp. 1066-1070.
- RASSIN M. (2008), *Nurses' professional and personal values*, *Nursing Ethics* 15 (5), pp. 614-630.
- ROACH M. S. (1987), *The human act of caring: a blueprint for the health profession*, Canadian Hospital Association, Ottawa.
- RUMBOLD G. (1993), *Ethics in Nursing Practice*, Bailliere Tindall, Philadelphia.
- SÁNCHEZ CARO J.-ABELLÁN F. (2007), *Enfermería y paciente. Cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*. Comares. Granada.
- SASSO L.-STIEVANO A.-GONZÁLEZ M.-ROCCO G. (2008), *Code of ethics and conduct for european nursing*, *Nursing Ethics* 15 (6), pp. 821-836.

- SAWYER L. M. (1989), *Nursing codes of ethics: an international comparison*, International Nursing Review, vol. 36, nº 5, pp. 145-148.
- TATE B. L. (ed.) (1977), *Dilemas de las enfermeras. Consideraciones éticas del ejercicio de la enfermería*, Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra.
- THOMPSON I. E.-MELIA K. M.-BOYD K. M. (1994), *Nursing ethics*, Churchill Livingstone, Londres.
- TORRALBA F. (1998), *Antropología del cuidar*, Institut Borja de Bioética, Fundación Mapfre Medicina. Madrid.
- TSCHUDIN V. (1992), *Ethics in nursing: The caring relationship*, Butterworth-Heinemann, Londres.
- (ed.) (1993), *Ethics: Aspects of Nursing Care*, Scutari Press, Londres.
- (2003), *Approaches to ethics: nursing beyond boundaries*, Butterworth Heinemann, Londres.
- VALLS MOLINS R. (1996), *Ética para enfermería*, Rol S.A., Barcelona.
- VEATCH R. M.-FRY S.T. (1987), *Case studies in nursing ethics*, J. B. Lippincott, Philadelphia.
- VIELVA J. (2002), *Ética Profesional de la enfermería*, Descleé de Brouwer, Bilbao.
- VOLBRECHT R. M. (2002), *Nursing ethics: communities in dialogue*, Prentice Hall, Nueva Jersey.
- WATSON J.-RAY M. A. (eds.) (1988), *The ethics of care and the ethics of cure: synthesis and chronicity*, National League for Nursing, Nueva York.
- WATSON J. (1999), *Nursing: human science and human caring: a theory of nursing*, Jones and Bartlett, Sudbury, Massachusetts.
- (2002), *Assessing and measuring caring in nursing and health science*, Springer, Nueva York.
- (2004), *Caring science: a core science for health professions*, FA Davis, Philadelphia.

Revistas donde puede encontrarse información sobre estos temas

Advances in Nursing Science
Bioética i Debat
Hastings Center Report
Index de Enfermería
International Nursing Review
Journal of Advanced Nursing
Journal of Professional Nursing
Kennedy Institute of Ethics Journal
Metas de Enfermería
Nursing Ethics
Revista Ética de los Cuidados
Rol de Enfermería

Páginas web de interés

<http://www.nursingworld.org> *Nursingworld*
<http://www.internurse.com> *Internurse*
<http://www.iupui.edu/~ikux100/petra/ethics.htm> *Nursing Ethics Home Page*
<http://www.nursing.upenn.edu> *Pennsylvania University*
<http://www.son.jhmi.edu/CNR/nsgorgs.htm> *Johns Hopkins University. Center for Nursing Research*
http://www.bc.edu/be_org/avp/son/ethics *Nursing Ethics Network*
<http://www.icn.ch/spanish.htm> Consejo Internacional de Enfermeras
<http://www.ocenf.org> Organización Colegial de Enfermería
<http://www.cge.enfermundi.com> Consejo General de Enfermería de España
<http://www.nursing-ethics.org/index.php> *The International Centre for Nursing Ethics*
<http://www.nursingethics.ca/index.html> Nursing Ethics.ca (Página de Chris MacDonald)
<http://jmrileyrn.tripod.com/nen/nen.html> *Nursing Ethics Network (NEN)*
<http://www.enfermeria21.com/> Enfermería 21
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/revista.php> Revista Index de Enfermería (digital)
<http://www.doc6.es/index/> CUIDEN Base de datos de enfermería en español

Índice

Introducción: La necesidad de la ética en la profesión de enfermería

Parte I: Qué es la bioética

1. El quehacer ético

1. Qué es la ética

2. La universalidad de la ética

3. Ética de mínimos y ética de máximos

2. La bioética como respuesta a los problemas éticos en las profesiones sanitarias

1. La bioética, ética de la vida

2. Características del quehacer bioético

3. Bioética, ética profesional y deontología

3. Cómo trabaja la bioética

1. La fundamentación de la bioética

2. Los principios de la bioética

2.1. Los principios de no maleficencia y beneficencia

2.2. El principio de autonomía y el consentimiento informado

2.3. Los principios de no maleficencia y beneficencia a la luz de la autonomía

2.4. El principio de justicia

3. Jerarquización de los principios

4. Metodología de la bioética

4.1. El método principialista

4.2. El método casuístico

4.3. El método mixto

4.4. La deliberación

5. Los comités de bioética

Parte II: La ética de la enfermería

4. La profesión de enfermería

1. Qué es una profesión. La enfermería como profesión

2. Aspectos históricos de la constitución de la enfermería como profesión

3. La identidad de los profesionales de enfermería

4. La autonomía del profesional de enfermería y las relaciones interprofesionales

5. Las profesiones como prácticas morales. La ética profesional

6. La responsabilidad en el ejercicio profesional

7. El nivel de la excelencia

5. La ética del cuidado

1. La actitud del cuidado

2. La ética del cuidado y el debate con la ética de la justicia

3. La ética del cuidado en la enfermería

4. La integración de la justicia y el cuidado

5. El cuidado: bien interno de la enfermería

6. Rasgos morales de la profesión de enfermería

Parte III: Problemas éticos en enfermería

7. Tareas de la enfermería

1. La investigación en enfermería

2. La labor docente

3. La tarea de administración y gestión en el entorno de la ética de las organizaciones

3.1. Las prácticas morales

3.2. La responsabilidad como clave en sociedades multiculturales

3.3. El compromiso basado en la confianza

4. El profesional de enfermería en el entorno asistencial

8. La relación entre profesional de enfermería y paciente

1. La comunicación con el paciente

2. La intimidad

3. La confidencialidad

4. El consentimiento informado

4.1. El consentimiento informado como ejercicio de autonomía

4.2. Características y elementos del consentimiento informado

4.3. El consentimiento informado en enfermería

5. Aportaciones del profesional de enfermería a la autonomía

Conclusión: La deliberación moral como clave de la toma de decisiones

Casos para analizar

Bibliografía

^[1]Para no hacer más farragoso el texto, no se hará distinción de género. Nos referimos en general a «los profesionales de enfermería», incluyendo en esa denominación por igual a mujeres y hombres. Del mismo modo, hablamos en general de «el paciente» o «el médico».

Índice

Introducción: La necesidad de la ética en la profesión de enfermería	3
Parte I: Qué es la bioética	9
1. El quehacer ético	11
1. Qué es la ética	11
2. La universalidad de la ética	12
3. Ética de mínimos y ética de máximos	13
2. La bioética como respuesta a los problemas éticos en las profesiones sanitarias	17
1. La bioética, ética de la vida	17
2. Características del quehacer bioético	19
3. Bioética, ética profesional y deontología	21
3. Cómo trabaja la bioética	24
1. La fundamentación de la bioética	24
2. Los principios de la bioética	25
2.1. Los principios de no maleficencia y beneficencia	26
2.2. El principio de autonomía y el consentimiento informado	28
2.3. Los principios de no maleficencia y beneficencia a la luz de la autonomía	29
2.4. El principio de justicia	30
3. Jerarquización de los principios	32
4. Metodología de la bioética	34
4.1. El método principialista	35
4.2. El método casuístico	35
4.3. El método mixto	37
4.4. La deliberación	39
5. Los comités de bioética	40
Parte II: La ética de la enfermería	46
4. La profesión de enfermería	48
1. Qué es una profesión. La enfermería como profesión	49
2. Aspectos históricos de la constitución de la enfermería como profesión	51

3. La identidad de los profesionales de enfermería	56
4. La autonomía del profesional de enfermería y las relaciones interprofesionales	57
5. Las profesiones como prácticas morales. La ética profesional	59
6. La responsabilidad en el ejercicio profesional	60
7. El nivel de la excelencia	61
5. La ética del cuidado	66
1. La actitud del cuidado	66
2. La ética del cuidado y el debate con la ética de la justicia	66
3. La ética del cuidado en la enfermería	69
4. La integración de la justicia y el cuidado	72
5. El cuidado: bien interno de la enfermería	75
6. Rasgos morales de la profesión de enfermería	81
Parte III: Problemas éticos en enfermería	86
7. Tareas de la enfermería	88
1. La investigación en enfermería	91
2. La labor docente	94
3. La tarea de administración y gestión en el entorno de la ética de las organizaciones	96
3.1. Las prácticas morales	97
3.2. La responsabilidad como clave en sociedades multiculturales	98
3.3. El compromiso basado en la confianza	100
4. El profesional de enfermería en el entorno asistencial	101
8. La relación entre profesional de enfermería y paciente	105
1. La comunicación con el paciente	105
2. La intimidad	107
3. La confidencialidad	108
4. El consentimiento informado	109
4.1. El consentimiento informado como ejercicio de autonomía	109
4.2. Características y elementos del consentimiento informado	112
4.3. El consentimiento informado en enfermería	118
5. Aportaciones del profesional de enfermería a la autonomía	119

Conclusión: La deliberación moral como clave de la toma de decisiones	123
Casos para analizar	125
Bibliografía	129