

**PROBLEMAS  
ÉTICOS Y BIOÉTICOS  
EN ENFERMERÍA**

**María del Carmen Amaro Cano**

**Editorial Ciencias Médicas**

**PROBLEMAS  
ÉTICOS Y BIOÉTICOS  
EN ENFERMERÍA**



# **PROBLEMAS ÉTICOS Y BIOÉTICOS EN ENFERMERÍA**

**María del Carmen Amaro Cano**

**Presidenta de la Cátedra de Bioética de la Facultad  
General Calixto García  
Profesora Auxiliar de Historia de la Medicina y Salud Pública  
Centro de Estudios Humanísticos para las Ciencias Médicas.  
Miembro de la Comisión Nacional de Ética Médica.  
Miembro del Comité nacional Cubano de Bioética**



**La Habana, 2005**

Datos CIP- Editorial Ciencias Médicas

Amaro Cano María del Carmen  
Problemas Éticos y Bioéticos en  
Enfermería. La Habana: Editorial  
Ciencias Médicas; 2005.

52p.

Incluye tabla de contenido. Incluye  
2 listados de bibliografías al final.  
ISBN 959-212-152-4

1.ETICA DE ENFERMERIA 2.BIOÉTICA  
3.CODIGOS DE ETICA 4.ETICA PROFESINAL.  
WY85

Diseño Ac: Luciano Ortelio Sánchez Núñez

@ María del Carmen Amaro Cano, 2005

@ Sobre la presente edición:  
Editorial Ciencias Médicas, 2005

Editorial Ciencias Médicas  
Centro Nacional de Información Ciencias Médicas  
Calle I No 202, esquina a Línea, piso 11, El Vedado,  
Ciudad de La Habana, 10 400, Cuba  
Correo electrónico: [ecimed@infomed.sld.cu](mailto:ecimed@infomed.sld.cu)  
Teléfonos: 55 3375 / 832 5338

## DEDICATORIA

A mis padres, que me nutrieron con sus mejores valores morales.

A las Madres Canadienses de la Orden de la Inmaculada Concepción de María, que me desarrollaron el amor al prójimo y el espíritu de sacrificio.

A mi maestra de primaria, la Dra. Ada Esther Machado Machado, que me enseñó a amar en Martí sus valores éticos.

A mis Profesoras de Enfermería, Concepción Rojas y Rosa Cuesta que me desarrollaron el respeto por la profesión.

A los Profesores de Medicina José Antonio Presno Albarrán, Abelardo Buch y Pedro Valdés Vivó, que me fortalecieron en los principios de la ética médica tradicional y me sugirieron los nuevos principios incorporados por la Bioética, aun antes de que ésta se constituyera en una nueva disciplina.

A la Revolución Cubana, que me ha permitido materializar el sueño de justicia social y el profundo respeto hacia el hombre, el "capital fundamental, el primer valor", como expresara Marx.



## CONTENIDO

Una advertencia necesaria/	8
Introducción/	9
La ética: Ciencia que estudia la moral/	12
Ética profesional. Ética médica. Ética de enfermería/	15
Surgimiento, evolución y situación actual de la bioética. Principios fundamentales/	18
La persona y la comunidad en la bioética/	20
Ética y tecnología reproductiva/	24
Dilemas bioéticos anta la muerte/	27
La función de la enfermera y los problemas bioéticos actuales/	33
Las relaciones enfermera-paciente y enfermera-médico/	38
Los Comités de Ética. Las Comisiones de Ética. Diferencias y coincidencias/	42
La enfermera como miembro de una profesión y la formación de recursos humanos de enfermería/	44
Conclusiones/	47
Notas, citas y referencias bibliográficas/	49
Bibliografía consultada/	51

## UNA ADVERTENCIA NECESARIA

Esta publicación recoge los aspectos fundamentales del curso postgrado de igual título, dirigido especialmente a licenciados en enfermería, docentes y asistenciales, impartido por la autora a más de 300 especialistas, y por tanto tiene un carácter predominantemente didáctico.

Los subtítulos se corresponden con los temas desarrollados en el curso y en cada uno de ellos aparece acotada la bibliografía revisada para su elaboración.

Este material, en un futuro enriquecido con las experiencias de los propios egresados, podría servir de punto de partida para la confección de un texto básico para nuevos cursos postgrados y al propio tiempo, material de consulta para los docentes que están obligados a introducir los aspectos éticos de la profesión en cada uno de los temas de la disciplina rectora de la especialidad.

De igual modo, los profesionales de la enfermería que desarrollan sus actividades en la asistencia, tanto en atención primaria, secundaria como terciaria, podrán utilizar este material para desarrollar talleres en la educación continuada de los profesionales de nueva incorporación.

Especialmente se recomienda esta publicación a los líderes de enfermería, cuyo objetivo actual de rescatar a los mejores exponentes de la especialidad, no puede estar separado del alcance de los mejores valores morales, tanto ciudadanos como profesionales, que respetan al primer valor de la sociedad, al capital fundamental, al hombre.

## INTRODUCCIÓN

En el prólogo que escribiera Marx a su libro *Contribución a la crítica de la economía política* afirma que: "en la producción social de su vida, los hombres contraen determinadas relaciones necesarias e independientes de su voluntad, relaciones que corresponden a una determinada fase del desarrollo de las fuerzas productivas materiales. El conjunto de estas relaciones de producción forma la estructura económica de la sociedad, la base real sobre la que se levanta la superestructura jurídica y política y a la que corresponden determinadas formas de conciencia social".<sup>(1)</sup>

La moral es una de las formas de la conciencia social, en tanto reflejo de las condiciones materiales de vida de los hombres, es histórica y concreta, y por tanto relativa, cambiante, y en desarrollo constante, de acuerdo a la marcha de la sociedad.

El estudio de la moral forma parte actualmente de una ciencia particular, la ética, la cual integra las ciencias sociales, es decir, las ciencias que se ocupan de estudiar las relaciones establecidas entre los hombres en el proceso de producción, reproducción y distribución de su vida material, relaciones que no se limitan, por supuesto, a las relaciones puramente económicas, sino que abarcan todas las relaciones sociales y materiales: producción de bienes, lucha con la naturaleza, consumo, vida familiar, vida social, etc.<sup>(2)</sup>

Si partimos del conocimiento de que la conciencia social, en un sentido amplio, presenta extraordinarias posibilidades de diferenciación, estructura, niveles, formas, etc., constituyen fuente de obligadas reflexiones filosóficas las relaciones entre la conciencia social y la conciencia individual; entre la conciencia común y la teórica; y, entre las formas psicológicas y las formas ideológicas de la conciencia social.

Por otra parte, si admitimos que las aspiraciones forman parte del contenido de las ideas y que constituyen la expresión consciente y anticipada de las necesidades históricas más significativas del hombre, admitiremos también que las aspiraciones existen y se desarrollan en el

sistema de valores que se forman a través de la idealización del significado histórico que la realidad tiene para el hombre, y este sistema de valores se evalúa, no por la forma en que refleja la naturaleza de las cosas, sino por la proporción en que satisface el contenido y la forma de las finalidades humanas.

La moral ha encontrado en la ética una racionalidad, no sólo valorativa en cuanto a sus funciones normativas, sino para la formación consciente de los valores que deben regular la conducta y la coexistencia humanas. Los valores, por su parte, son objetivos, porque objetiva es la actividad práctica material de la cual ellos surgen. Y este propio hecho de que los valores surjan y participen en la actividad práctico material de los hombres provoca que aquellos adquieran una connotación social.

La significación social adquirida por los objetos en el proceso de su inclusión en la actividad práctica de los hombres constituye el objeto del reflejo valorativo. El problema consiste en que como sujeto de la valoración pueden actuar, no sólo la sociedad y los grandes grupos sociales, sino también la persona aislada. Si coinciden o no sus valoraciones con las valoraciones de la sociedad, o de la clase a la que pertenece, es otro asunto.<sup>(3)</sup>

Los valores espirituales son las tendencias del desarrollo social expresadas en forma de ideal, son los intereses de la sociedad traducidos al plano de la conciencia social. Los valores se reflejan en la conciencia de los hombres en forma de valoraciones.<sup>(4)</sup>

La valoración presupone no sólo el reflejo de la significación del objeto para el sujeto, sino además su concientización, la asimilación de la relación entre las necesidades propias y los objetos que las satisfagan.

Valorar puede sólo el hombre poseedor de conciencia y autoconciencia. De tal forma, los valores no existen fuera de las relaciones sociales, fuera de la sociedad y el hombre. Los valores son construcciones sociales. Resulta así una redundancia hablar de valores "humanos", pues todos son construidos por la conciencia del hombre como resultado del acto valorativo. Los valores pueden ser económicos, sociales, políticos, éticos, religiosos, morales, estéticos, pero todos son humanos. Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico concreto. Por eso, como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social. Aquello que favorece el desarrollo progresivo

de la sociedad constituye un valor, aquello que lo dificulta u obstaculiza representa un antivalor.

Si el valor es el resultado de las necesidades más significativas de los hombres, convertidas en aspiraciones e ideales, todos los valores tienen un signo positivo. No puede haber un valor negativo, ya que nadie podría tener como ideal lo contrario de sus necesidades más significativas. De ahí que los valores son todos positivos y lo que se le opone es un anti-valor.

En la misma medida en que las necesidades sociales de una u otra clase, grupo social o persona expresan las tendencias generales del desarrollo histórico social y su proyección se corresponde, por tanto, con el progreso de la humanidad; en esa misma medida, las representaciones de los valores de esos grupos y personas coinciden con los valores objetivamente reales.<sup>(5)</sup>

El primer valor, "el capital fundamental", según expresión de Marx,<sup>(6)</sup> es el propio hombre. De rescatar los mejores valores de ese primer valor trata este curso, como una contribución más a la lucha que se está llevando en la sociedad cubana actual, a la que no puede escapar, de ningún modo, el profesional de enfermería que se respete como ser social.

## LA ÉTICA: CIENCIA QUE ESTUDIA LA MORAL

El término "ética" procede del vocablo griego antiguo *ethos*, que significaba al principio "estancia, vivienda común". Posteriormente adquirió otras significaciones: hábito, temperamento, carácter, modo de pensar.

Partiendo de la significación de *ethos* como carácter (temperamento), Aristóteles formó el adjetivo *ethicos* y designó con él una clase particular de virtudes humanas, precisamente las virtudes del carácter (valor, moderación y otras) que se distinguen de las virtudes de la razón.

Con el fin de designar la ciencia que estudia las virtudes éticas, Aristóteles creó un nuevo sujeto: *ethica*, que figura en los títulos de sus obras. Así, en el siglo VI a.n.e. la ciencia ética recibió su denominación, conservada hasta nuestros días.

La historia del vocablo ética se repite en el terreno romano. El análogo latino aproximado del vocablo *ethos* es la palabra *mos* que se traduce como hábito: costumbre, carácter, comportamiento, propiedad, naturaleza interior; ley, precepto, moda. Cicerón, remitiéndose a la experiencia griega y citando directamente a Aristóteles, formó de la palabra *mos* el adjetivo *moralis* (perteneciente al carácter, a las costumbres), y de éste surge más tarde el término *moralitas* (moral).

Como puede apreciarse, por su contenido etimológico, la ética griega y la moral romana coincidían. Estos términos alcanzaron proyección europea general, recibiendo en el proceso del desarrollo cultural diverso contenido. El término ética reserva su contenido inicial y significa la ciencia, y bajo la moral se entiende el fenómeno real que estudia dicha ciencia, es decir, la ética es la ciencia que trata de la moral.

La ética nace en la sociedad esclavista y su aparición está relacionada con los profundos cambios producidos en las relaciones entre los hombres en el proceso de transición de la sociedad primitiva a la civilización clasista.

En el medioevo los criterios de la distinción entre el bien y el mal se buscaron al margen de la personalidad, y la moral empezó a entenderse

como sistema de normas y leyes que dan sentido valorístico a la conducta humana.

La ética de la edad moderna analiza principalmente la correlación entre las normas sociales y las necesidades individuales.

Kant postula la moral como ley apriorística de la razón; la moralidad es cuestión del deber, y es necesario atenerse a ella a pesar y en contra de todo. Hegel mostró que la moralidad no puede ser comprendida fuera de los profusos nexos reales (de la familia, la sociedad civil y el estado). Feuerbach apuntó su relación con la persona empírica viviente y con su aspiración de la felicidad.

La ética marxista es materialista, considera los ideales, las normas y las virtudes que rigen en la sociedad como reflejo de las relaciones humanas (valorísticas) reales, como expresión de los intereses y mandatos de determinados grupos y clases sociales, afirmando que no existe una moral en general al margen del proceso histórico concreto.

La moralidad está condicionada por el carácter de las relaciones sociales y cuando éstas son cualitativamente heterogéneas dan lugar a la aparición de diversos tipos de moral.

La ética marxista ocupa la postura de reconocimiento de la relación dialéctica entre el condicionamiento social y la relativa independencia de la moralidad. La esencia de la dialéctica de lo subjetivo y lo objetivo en la moral consiste en que lo valioso en sentido general deviene interés personal, comprendido como imperativo íntimo, interior, como grito de la conciencia o voz del deber.

La moral no puede surgir sólo en el sujeto, ni por entero al margen del sujeto, sino en la interacción dialéctica de estos dos aspectos.

El desarrollo de la moralidad es inseparable del movimiento de avance social y se expresa:

- Obrando como orientación en el reino de los valores.(¿Qué sistema de valores tiene la sociedad?).
- Expresando los intereses de las comunidades sociales (depende de la pugna y desarrollo de los intereses de clases).
- Determinando normas, modelos de conducta, adaptados a las situaciones típicas de la vida.

- Regulando la conducta de las personas.(¿Cómo son los otros modos de regulación social: estatales, jurídicos familiares?).
- Utilizando la experiencia moral acumulada (de la sociedad al colectivo, de éste a persona, entre personas, de generación a generación).
- Expresando el ambiente especial de comprensión mutua entre la gente en las actividades y en el trato.
- Expresando el estado de ánimo especial del hombre.(¿Qué cambios se han producido en el estado de la psicología social bajo la influencia de sucesos importantes: revoluciones, guerras, epidemias desastres naturales?).
- Obrando como tipo singular de concepción del mundo. (¿Cómo se expresan las demás esferas del espíritu: la ciencia, el arte, la filosofía, la religión?).<sup>(7)</sup>

## ÉTICA PROFESIONAL. ÉTICA MÉDICA. ÉTICA DE ENFERMERÍA

Las profesiones de mayor connotación social realizan adecuaciones de los principios de la ética general, es decir, de la ética a nivel de la sociedad del país en cuestión, vinculándolos a las características particulares de cada una de ellas.

La existencia de la moral profesional en la sociedad es consecuencia de la división profesional del trabajo establecida históricamente. En algunos casos para ello se necesitaron códigos especiales, “Juramentos” capaces de sostener el prestigio moral de los grupos profesionales en la sociedad.

El surgimiento y desarrollo de los códigos profesionales es uno de los componentes del progreso moral, por cuanto reflejan el acrecentamiento del valor de la personalidad y afirman los principios humanitarios en las relaciones interpersonales.<sup>(8)</sup>

Cualquier profesional universitario, aunque sea muy confusamente, distingue dos ideas fundamentales:

- La profesión no le proporciona una capacidad cualquiera, sino una capacidad peculiar que lo faculta específicamente para contribuir, con inteligencia y eficiencia, al bien común.
- La profesión implica un deber para con la sociedad.

La ciencia que trata de los deberes, o más bien, que se refiere al deber ser de una actividad profesional específica y que, en cierta forma, señala la moral interna de una profesión determinada, se llama *deontología*. En las profesiones de la salud es frecuente encontrar que la deontología se expresa en términos de una codificación que pretende precisión.

Las principales funciones de la deontología son: consolidar la identidad profesional; legitimar socialmente la práctica profesional; y servir de marco para la defensa, ante la crítica social y jurídica, del ejercicio profesional.

La ética médica es una manifestación de los patrones morales de la sociedad en el ejercicio de la medicina. En la actualidad se hace extensiva a todas las profesiones de la salud. En los preceptos de la ética médica hallan reflejo las dificultades y los problemas de la práctica actual para proteger la salud pública. Su norma axial se expresa en forma negativa: no dañarás.<sup>(9)</sup>

La ética de enfermería es la adecuación de los principios éticos que rigen en la sociedad y en el ámbito de los profesionales de la salud, vinculándolos a las características particulares de la profesión.

Desde el surgimiento de la enfermería como profesión gracias a Florencia Nightingale, en la segunda mitad del siglo XIX, esta profesión incorporó dos principios éticos a su actuar: la fidelidad al paciente, entendida como el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente sujeto a su cuidado, entre los cuales se encuentra guardar el secreto profesional acerca de las confidencias hechas por su paciente; y la veracidad, principio de obligatorio cumplimiento aún cuando pueda poner en situación difícil al propio profesional, como es el caso de admitir errores por acción u omisión.<sup>(10)</sup>

Todas las profesiones tienen explícitamente establecidas sus responsabilidades. Esa responsabilidad profesional reconocida no es más que la obligación de sufrir las consecuencias de ciertos errores cometidos en el ejercicio de la profesión, cuyas consecuencias estén jurídicamente previstas por la ley. La responsabilidad culposa comprende la omisión (negligencia, olvido, abandono e incuria o descuido) y la acción dañina (impericia, osadía e imprudencia que, cuando es extrema puede ser considerada como temeridad).

En el caso de los profesionales de la salud el error profesional está definido como todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Cuando ese error produce daño, no intencional, se llama iatrogenia.

Esta palabra procede del griego. El prefijo iatro da significación médica a cualquier palabra que lo contenga; y el sufijo genia, que significa producir. Etimológicamente quiere decir producir o producido por el médico. En la actualidad se hace extensivo a todos los profesionales de la salud. Como definición de iatrogenia se reconoce su traducción etimológica, añadiéndole la noción de nocividad no intencional.

Dentro de la responsabilidad culposa por omisión, la más frecuente es la negligencia, que se define como la omisión, indolencia, desatención, morosidad, inaplicación o frialdad del actuante.

En el caso de la responsabilidad culposa por acción dañina, las más frecuentes son: la impericia, que se caracteriza por la incapacidad, incompetencia, ineptitud o inhabilidad del actuante, que refleja su ignorancia, insuficiencia o inexperiencia; y la imprudencia, que se tipifica por no haber previsto lo que era previsible y no haber hecho nada por evitarlo.

En el caso de Cuba, el delito que se comete por imprudencia está tipificado en el inciso 3 del artículo 9 del Código Penal y está prevista su sanción con 5 días a 8 años de privación de libertad, ó 5 a 1,500 cuotas de multa, en correspondencia con los agravantes o atenuantes del caso en cuestión.<sup>(11)</sup>

## **SURGIMIENTO, EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA BIOÉTICA. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES**

Al inicio de la década de los años setenta, el Dr. Van Rensselaer Potter, oncólogo norteamericano, de la Universidad de Wisconsin, comunicaba al mundo su idea de construir una nueva disciplina, la Bioética, que tuviera como finalidad contribuir a salvaguardar la vida humana y el medio frente a los avances científicos en biomedicina y biotecnología.

En su libro «Bioética, puente hacia el futuro», escrito en 1971, invita a construir un puente entre la ética y la biomedicina. De esta manera se inicia la Bioética en los Estados Unidos de Norteamérica, en ese propio año, hasta constituirse en una disciplina de estudio en varias universidades del mundo, casi al finalizar esa década.<sup>(12)</sup>

En la enciclopedia de Bioética, citada por Conner y Fuenzalida-Puelma (1990) se encuentra la siguiente definición de Bioética: «estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales».<sup>(13)</sup>

Zbigniew Bankowski, en un artículo publicado en la Revista Salud Mundial, en abril de 1989, escribía que «la bioética es el término utilizado para distinguir, de la ética médica tradicional, los problemas de ética que plantean los recientes progresos en biología y medicina».<sup>(14)</sup>

En el modelo predominantemente norteamericano se han planteado tres principios como pilares de la bioética:

- De beneficencia (obligatoriedad de hacer el bien y no el mal).
- De autonomía (aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones).
- De justicia (dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario).

Algunos autores consideran que la bioética abarca la ética médica; pero que no se limita a ella y señalan además que bioética constituye un

concepto más amplio, pues comprende los problemas relacionados con valores, surge en todas las profesiones de la salud afines y aborda una amplia gama de cuestiones sociales.<sup>(15)</sup>

Evidentemente, si es aceptado este enunciado, cabría reflexionar acerca de las virtudes éticas que debe desarrollar el personal de salud. Ante todo, sería conveniente remontarse nuevamente a la antigüedad griega para decir que virtud (areté, para los griegos) quiere decir no sólo una perfección moral propiamente dicha, sino toda excelencia o perfección en general, que de algún modo es valiosa, y contribuye, por ende, a plasmar un tipo mejor de humanidad.

Aristóteles expresaba que virtud era todo hábito acompañado de razón. Establecía una diferenciación entre las virtudes éticas o del carácter, y las virtudes dianoéticas o de la inteligencia.

Toda vez que Aristóteles señalaba que la razón es la que dirige todo el actuar humano, colocaba en primer lugar las virtudes de la inteligencia, señalando la prudencia como la última de estas virtudes, y a continuación enumeraba las del carácter, de modo tal que, la prudencia quedaba como una virtud de enlace entre las relacionadas.

Aristóteles enumeraba las virtudes de la inteligencia o dianoéticas en el siguiente orden: arte, ciencia, sabiduría, intuición y prudencia. Las virtudes éticas o del carácter: continencia, perseverancia o constancia, amistad o concordia, amabilidad, benevolencia, bondad y honestidad.<sup>(16)</sup>

El mundo actual reconoce un grupo de virtudes éticas tales como: la honestidad, limpieza, pureza; el humanismo, comprensión, concordia, amabilidad; la bondad, la abnegación, capacidad de sacrificio, la discreción, tacto, mesura, la perseverancia, constancia, la continencia, probidad, el respeto, la justicia y la responsabilidad, entre otras.

En correspondencia con los principios éticos y las virtudes éticas que debe desarrollar un profesional de la salud, y, en especial las enfermeras, deberían responderse algunas preguntas ante cada paciente objeto de atención:

1. ¿Qué yo haría si el paciente fuera mi.....?
2. ¿Qué es lo mejor para el paciente?
3. ¿Qué tipo de vida (calidad) puede llevar este paciente?
4. ¿Qué es lo que el paciente quiere saber de su enfermedad, cuánto y cuándo?
5. ¿Es una vida que yo pueda apoyar o ayudar?

## LA PERSONA Y LA COMUNIDAD EN LA BIOÉTICA

El actual siglo, con su desarrollo socioeconómico, cultural y político, ha puesto en evidencia que la salud ha dejado de ser una cuestión eminentemente privada para convertirse en problema público, en el cual interviene no sólo el hombre y su familia, sino también la comunidad y las instituciones sociales y políticas de la sociedad. No es posible, por tanto, hablar de salud pública sin mencionar la política sanitaria, no sólo del organismo rector de la salud pública en el país, sino también del gobierno y el partido político gobernante.

Por otra parte, la sociedad en la que vivimos es una sociedad laica, que se ha evidenciado pluralista, por lo que no es ya posible pensar en la absoluta concordancia entre los contrastantes puntos de vista o enfoques éticos de los distintos grupos o personas que interactúan en nuestra sociedad actual.

Materialistas e idealistas pueden ser coincidentes o no frente a los problemas de la realidad cubana actual, y dentro del grupo que opta por la defensa de las principales conquistas de la Revolución pueden haber también coincidencias o discrepancias en el enfoque ético de los problemas de salud, especialmente cuando los intereses o las necesidades (que en cierta medida han determinado los valores morales de la actual época) de las personas en particular entran en contradicción con los de la comunidad a la cual pertenecen.

El personal de salud jerarquiza, desde tiempos de Hipócrates, los principios de: no dañar y de beneficencia en su ejercicio profesional: sin embargo, a partir de la década de los años setenta con el aporte de Potter, y posteriormente Beauchamp y Childress, se han incorporado elementos nuevos en las reflexiones de carácter ético, especialmente relacionados con los dos principios que incorpora la Bioética: la autonomía y la justicia.

Respecto al primero, la autonomía, cierto es que su concepto varía en relación con las posiciones filosóficas que adopte, tanto el sujeto que la ejerce o defiende su derecho a ejercerla como el que le reconoce el

referido derecho. De ahí que autonomía pueda definirse como libertad de elección; derecho o capacidad de elegir por uno mismo; derecho a crear la propia posición moral, aceptar la responsabilidad de su actuar, etc.

En sentido general, las diversas posiciones filosóficas de los estudiosos de la ética tradicional y la bioética admiten que autonomía es una forma de libertad personal, donde lo individual determina el curso de la acción acorde a un plan elegido por sí mismo.

La persona autónoma es alguien que no sólo delibera acerca de algo y escoge los planes, sino que es capaz de actuar sobre las bases de las deliberaciones hechas, justo como un gobierno independiente ejerce el control autónomo sobre sus territorios y su política.

Sin embargo, una cosa es ser autónomo y aceptar que los otros están actuando autónomamente, y otra es ser respetado como un agente autónomo y respetar la autonomía de los demás.<sup>(17)</sup>

Ahora bien, la autonomía o libertad de la persona puede entrar en contradicción, en algún momento, con la de la familia a la cual pertenece, o con la de la comunidad de la cual forma parte, e incluso con la de la sociedad en su conjunto. En estos casos resulta útil recordar que la libertad tiene límites, tanto para los filósofos idealistas (el límite lo establece Dios) como para los materialistas (el límite lo establece el derecho de los otros a ejercer su propia libertad y el respeto al bien de la comunidad) y en correspondencia con esos límites establecidos por la religión o la sociedad se podrá enfocar el análisis ético del problema en cuestión.

En la mayoría de los casos, al analizar esta problemática, se coloca el filósofo o el profesional de la salud ante una categoría más abarcadora aún que la autonomía, que es la integridad del paciente, la cual incluye el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción; pero en este caso está obligado a reconocer la existencia de la integridad del paciente y también del profesional de la salud actuante, en nuestro caso de la enfermera, y que tanto el paciente como la enfermera son personas que tienen sus propios patrones morales, elaborados a partir de sus propias posiciones filosóficas.<sup>(18)</sup>

En el caso de los pacientes, la expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía es el consentimiento informado, el cual *consta de*

dos elementos fundamentales: de información, que a su vez consta de dos aspectos importantes: el descubrimiento de la información (¿Qué quiere saber el paciente?) y la comprensión de la información (necesidad de utilizar un lenguaje claro) y de consentimiento, que comprende dos aspectos: el consentimiento voluntario (sin presiones autoritarias) y la competencia para el consentimiento (física y psicológica).

Por su parte, las funciones del consentimiento informado pueden ser reconstruidas como justificaciones formales para que el mismo sea obtenido: protege a pacientes y sujetos involucrados en una experimentación, por prevención de daños a ellos (basado en el principio de no hacer daño): protege y beneficia a todos en la sociedad, incluyendo a los profesionales de la salud, pacientes e instituciones de práctica y/o investigación médica (basado en el principio de utilidad). Sin embargo, la justificación primaria del consentimiento informado está en el principio de la autonomía. Hay un deber moral de obtener el consentimiento válido porque la parte consentidora es una persona autónoma. Nadie tiene derecho a decidir por él, ni en nombre de posturas paternalistas y mucho menos autoritarias.

Ahora bien, ¿coinciden siempre los elementos que justifican el ejercicio de la autonomía en el caso de la persona con el de la comunidad? De no coincidir, ¿cómo se resolverían estas contradicciones? Evidentemente, todo dependerá de las posiciones filosóficas de quienes participan en el debate, pues además deberán entrar en consideración otros dos principios que constituyen pilares de la bioética: la beneficencia y la justicia, y sobre todo, del principio de la ética médica tradicional, vigente desde la antigua Babilonia y enarbolado como bandera por Hipócrates: No dañar.

Un ejemplo de este conflicto sería el caso de enfermos de SIDA que no quieren comunicar su situación a sus cónyuges; o pretenden continuar una vida promiscua, sin protección para sus eventuales parejas. En estos casos, ¿sería ético guardar el secreto profesional, basado en el principio de autonomía del paciente, que no quiere informar de su estado a las personas con quienes tiene relaciones sexuales, aun cuando esta actitud afecte el derecho de los demás a ejercer su propia autonomía, pues al no ser informados de los riesgos, no podrían manifestar su consentimiento para establecer esas relaciones?

En el caso de los profesionales que entendieran como su responsabilidad el callar la verdad, ¿estarían siendo justos, al no proporcionarles la merecida y necesaria información?... ¿no estarían de hecho convirtiéndose en cómplices de daños a terceros, violando los principios de la ética médica tradicional; no dañar y hacer el bien (principio de la beneficencia)?

## ÉTICA Y TECNOLOGÍA REPRODUCTIVA

Con el aumento progresivo del control en la influencia de las enfermedades infecciosas y nutricionales, las enfermedades dependientes de factores genéticos alcanzan un elevado nivel. Cuatro de cada 100 niños que nacen son portadores de una enfermedad genética.

En nuestro país la prevención de las enfermedades hereditarias se realiza actualmente por dos métodos: la consulta de consejo genético (que termina muchas veces en la aplicación de medidas anticonceptivas) y el diagnóstico pre-natal (que lleva en ocasiones a la interrupción del embarazo).

En ambos casos el genetista y la enfermera están en la obligación de ofrecer a la pareja toda la información necesaria, de manera clara y en forma oportuna, haciendo énfasis en los beneficios, riesgos y costos de cada una de las conductas posibles, recomendando la que a su juicio sea la mejor; pero en cualquier caso corresponde a la pareja, única y exclusivamente, el derecho y deber de expresar, sin compulsión alguna, la conducta que han elegido.

Si bien en Cuba se detectan la mayoría de los defectos del cierre del tubo neural por la determinación de los niveles de alfafetoproteínas en la sangre materna o el líquido amniótico; y es también posible el diagnóstico de la anemia falciforme, el síndrome de Down y otras malformaciones, sólo corresponde a la pareja el decidir si se hacen o no las pruebas diagnósticas, una vez recibida la correspondiente información acerca de los beneficios que ello entraña.

Tanto el realizar la prueba diagnóstica sin el consentimiento de la pareja, como el utilizar algún método compulsivo para lograr su aquiescencia, sería una flagrante violación de carácter ético, al desconocer la autonomía de la pareja, es decir, su derecho a elegir libremente la conducta a seguir.

Lo que sí resulta evidente en un sistema social como el de Cuba, en que el hombre es el centro de atención de la sociedad y de sus instituciones gubernamentales y políticas, que el principio de justicia es respetado

al ofrecer en forma gratuita y accesible para todos, tanto los servicios de carácter diagnóstico como terapéutico en la esfera de la salud reproductiva.

En sentido general el control de la natalidad asume diferentes enfoques según la filosofía imperante en las instituciones de salud, de los propios profesionales del sector y, evidentemente, de las parejas involucradas en las decisiones correspondientes.

Los partidarios de la filosofía idealista, en particular los creyentes que profesan religiones monoteístas, especialmente las cristianas, asumen posiciones muy conservadoras en este sentido, especialmente los católicos en lo concerniente al aborto. Algunas de estas posturas conservadoras abarcan también otros métodos contraceptivos.

El control de la natalidad persigue objetivos biológicos y socioeconómicos (fundamentalmente la prevención de enfermedades). Para efectuar el control de la natalidad se usan diferentes métodos, desde la educación sanitaria, el uso de contraceptivos orales y DIU, hasta la interrupción del embarazo o la esterilización femenina o masculina.

En el caso específico del aborto, como parte del derecho de planificación familiar, cabría preguntarse, ¿cuándo es aceptable desde el punto de vista ético? ¿Cómo se comparte la responsabilidad moral de esta decisión: pareja-profesionales de la salud?

Por otra parte, no son pocas las parejas que, afectadas por infertilidad de uno de ellos o de ambos, acuden a las instituciones de salud en busca de ayuda para lograr que se les aplique algunas de las técnicas reproductivas que se utilizan en la actualidad.

La fertilización in-vitro, usada fundamentalmente en los casos de infertilidad femenina por obstrucción o ausencia bilateral de las trompas de Falopio; y la inseminación artificial, que requiere de un donante de semen por infertilidad masculina, son técnicas de carácter terapéutico, cuyo manejo requiere de una conducta profesional verdaderamente ética, tanto por parte del médico como de la enfermera encargados de la atención de la pareja. ¿Qué problemas éticos podrían enfrentarse con respecto a la mujer que eventualmente podría prestar su útero para concebir?

En el caso específico de la inseminación artificial, ¿cuáles serían los problemas éticos a tratar: con respecto a la pareja que no puede y desea tener hijos, con respecto al hombre dispuesto a aportar el semen?

Otro problema bien distinto es la técnica de *la eugenesia* u obtención de una “especie nueva” de personas, por vía genética. Ese afán de “perfeccionar” premeditadamente la especie humana hacia determinados prototipos de hombres apropiados para los diferentes tipos de trabajos (intelectuales, manuales) o con características raciales específicas, etc., apuntan sin lugar a dudas a mentalidades elitistas muy cercanas a las teorías nazi-fascistas, de tan dolorosas repercusiones en el presente siglo, especialmente en Europa.<sup>(19)</sup> El descubrimiento del Genoma Humano y los experimentos hechos en animales, tales como la clonación reproductiva de la oveja “Dolly”, han planteado la posibilidad de realizar esa misma técnica con fines reproductivos con sujetos humanos, ignorando la dignidad de las personas y el respeto al patrimonio genético de la humanidad. Olvidando también que el hombre se distingue de los animales precisamente en que es un ser social y esa característica no podría ser nunca clonada. Si a nivel internacional no se adoptan rápidamente normas éticas relacionadas con las investigaciones en este campo, pueden ocurrir hechos que la humanidad entera luego lamentará.

## DILEMAS BIOÉTICOS ANTE LA MUERTE

Ocasionalmente, pacientes que tienen la capacidad de dar el consentimiento informado al tratamiento, rehúsan hacerlo. Estas repulsas pueden ocurrir en circunstancias que no amenazan la vida (cirugía estética, tratamiento para adelgazar, etc.); otros casos abarcan la negativa de algunos tratamientos médicos presuntamente necesarios para sostener la vida (transfusiones de sangre, amputaciones, diálisis); sin embargo, las mayores controversias han surgido en contextos amenazantes para la vida.

¿Cuáles son en realidad las implicaciones y los límites del principio de la autonomía en estos casos? El rehusar el tratamiento en circunstancias que amenazan la vida no es el único modo de terminar con su propia vida.

Ordinariamente pensamos que la muerte es un suicidio si es una autoagresión causada intencionalmente y no forzada por la acción de otra persona. Pero, cuando una persona sufre de una enfermedad terminal o una lesión o herida mortal y admite o consiente que ocurra su propia muerte, se cuestiona el llamar a ese acto un suicidio. ¿Cómo se podría determinar si un acto particular de suicidio es o no inmoral? Quizás el reflexionar acerca de tres principios morales, tales como la autonomía, el valor intrínseco de la persona humana y la utilidad, podrían ayudar a un análisis más objetivo del problema.

En los casos de suicidios comúnmente se está fuertemente inclinado a decir que se tienen obligaciones hacia las personas suicidas, aún cuando ellas estén actuando autónomamente. Pero, ¿puede justificarse moralmente la convicción de que la intervención en nombre de salvar una vida es mejor que la no intervención en nombre de la autonomía? Por otra parte, ¿dónde quedaría, en ese caso, la aplicación del principio de la beneficencia – no maleficencia? Si se acepta que el concepto de beneficencia abarca los actos de prevención de daños, de modificación de condiciones dañinas y de búsqueda de positivo bienestar, es decir, de mejor calidad de vida, ¿cuáles deberían ser las preguntas que podrían orientar la mejor conducta?

El término beneficencia incluye los significados de hacer el bien, activa promoción del bien, bondad y solidaridad. Sin embargo, en este caso, beneficencia sería interpretada como deber, un deber distinto al de la mera bondad.

El Juramento Hipocrático reclama de los médicos el beneficiar a los pacientes con su intervención, tanto como evitar el causarles daño, y una de las mayores justificaciones, incluso de las investigaciones biomédicas, es la producción de positivos beneficios para la sociedad.

Beneficencia es, pues, hacer el bien con un balance positivo entre el menor costo/riesgo posible y los mayores beneficios. Todo ello es un modo de expresar el principio de utilidad individual y/o social.

En el ejercicio de la beneficencia se encuentra, al igual que en la autonomía - autoridad, un elemento contradictorio, el paternalismo. ¿Están justificadas las intervenciones paternalistas? Unos dicen que a veces; otros dicen que nunca. Aún no se ha dicho la última palabra.

Uno de los grandes dilemas bioéticos que se enfrentan ante la muerte está vinculado al ejercicio de dos pilares de la bioética: la autonomía y la beneficencia. ¿Cuál de los dos debe ser el rector de la actuación de un profesional de la salud? ¿Cuándo debe ser el rector? Pero, especialmente, ¿por qué debe ser el rector?

Las actitudes hacia la eutanasia y el suicidio asistido por los trabajadores de la salud han cambiado en los últimos años (Brandt, 1988; Cassel y Meier, 1990; Lach, 1990; Miller, 1991; Takeo et al., 1993).

La eutanasia (acto que consiste en matar activa o pasivamente una persona por motivos de piedad) es cada vez más aceptada en el mundo.

La eutanasia pasiva (retiro o suspensión de las disposiciones para mantener la vida a fin de permitir la muerte del paciente) es corrientemente aceptada en la mayoría de los países llamados occidentales.

La eutanasia activa (poner fin activamente a la vida del paciente mediante una inyección o dosis letal de medicación) es menos aceptada; pero aparentemente practicada en algunos países europeos, aunque, con excepción de Holanda, y el estado de Oregón, en Estados Unidos, A. no está oficialmente sancionado por los tribunales.

Muchos profesionales preconizan la aprobación pública de la eutanasia activa por dos razones:

- En primer lugar, porque «pondría al descubierto» una práctica existente (alegando que ya es practicada por numerosos médicos y enfermeras en muchos países) y, al producirse la aceptación pública del hecho, se alentaría la discusión sobre esta práctica y con ello se estaría ayudando a establecer criterios para una decisión al respecto;
- En segundo lugar, la aceptación pública de la eutanasia podría ayudar a establecer procedimientos aceptables, colocándolos a disposición de todos los ciudadanos, y así evitar que la decisión quede en manos de personas privadas, sin responsabilidad alguna. Señalan además que esto prevendría el abuso potencial de la eutanasia activa, y aseguraría que la decisión al respecto fuera racional y no meramente emocional.

Otros profesionales, entre quienes se encuentra la abrumadora mayoría de los cubanos, se oponen terminantemente al papel de la enfermera o cualquier profesional de la salud en actos de eutanasia activa voluntaria o involuntaria hacia los pacientes. Alegan que es incompatible con el papel fundamental del médico o de la enfermera, y que los pacientes perderían su confianza en ellos si la práctica se difundiera. También dicen que la aceptación de una eutanasia activa redundaría en detrimento de la sociedad de suministrar cuidados a los enfermos terminales o agonizantes.

Otro conflicto ético está relacionado con el suicidio asistido (cuando un paciente requiere ayuda, para morir, de alguna otra persona, a menudo de un trabajador de la salud; pero él mismo lleva a cabo el acto letal). Aunque el suicidio asistido solía ser considerado como incompatible con el papel profesional, los medios masivos de comunicación informan sobre crecientes números de médicos que brindan ayuda a personas que enfrentan una enfermedad debilitante, aunque no necesariamente terminal, y que desean poner fin a sus días.

En general, hasta ahora, la participación de los trabajadores de la salud en actos de eutanasia y solicitudes de ayuda para suicidios aún están generalmente relacionadas con la piedad hacia el paciente y el deseo de mitigar sus sufrimientos. Sin embargo, es una pendiente resbaladiza que puede llevar a otras consideraciones no tan humanitarias.

Los códigos de ética de enfermería son harto ambiguos respecto a las medidas que las enfermeras deberían adoptar o dejar de adoptar cuando enfrentan la posibilidad de eutanasia o de asistir a un paciente en su suicidio, especialmente cuando se trata de un paciente terminal, que está sufriendo dolores.

Las enfermeras tienen la responsabilidad de mitigar el sufrimiento, aliviar dolores, y hacer que el paciente se sienta lo mejor posible; no obstante, mitigar el sufrimiento no significa eliminarlo poniendo fin a la vida del paciente. Las enfermeras tienen la responsabilidad de adoptar todos los medios razonables para proteger y preservar la vida humana, cuando hay esperanza de restablecimiento, o una posibilidad razonable de beneficiarse del tratamiento destinado a prolongar la vida.

Durante el proceso de la muerte, los cuidados de enfermería deben estar siempre dirigidos hacia la prevención y mitigación del sufrimiento. No obstante, algunas medidas usadas para mitigar los síntomas del paciente moribundo pueden entrañar un riesgo considerable de apresurar la muerte; pero estas medidas están destinadas a mitigar el dolor y el sufrimiento, no a la muerte del paciente. Si éste fallece mientras se aplican estas medidas, la enfermera no es moralmente responsable por su muerte o por el uso de las medidas.<sup>(20)</sup>

En caso de duda sobre las dimensiones morales de las intervenciones de enfermería con un paciente terminal, o que pide ayuda para el suicidio, la enfermera debe siempre considerar las directrices de la asociación de enfermería de su propio país, las políticas de las instituciones u organismos nacionales, y las pautas morales para la práctica de la enfermería a nivel mundial, sin descuidar sus propios valores morales.<sup>(21)</sup>

Otro aspecto del problema relacionado con el paciente moribundo es el que enfrentan los profesionales de la salud y los familiares de un paciente que se encuentra más allá del coma profundo, en el cual se asocia “un cerebro muerto a un cuerpo vivo”<sup>(22)</sup>, cuyo reconocimiento y aceptación por parte de los familiares posibilita la obtención de órganos y tejidos para la trasplantología y reducen gastos innecesarios por la atención de pacientes que no tienen ninguna posibilidad de recuperación.

En el Código Civil vigente en la República de Cuba la persona jurídica “es todo ser capaz de derechos y obligaciones”, y la personalidad es

“el atributo consustancial al ser humano que consiste en sujeto activo o pasivo de relaciones jurídicas”, según señala el Profesor Tirso Clemente, en la Parte General del Derecho Civil, editado por la Universidad de La Habana, en 1985, citado por el Dr. Calixto Machado Curbelo en su trabajo “Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica”.

De acuerdo con esas definiciones, una vez que se ha establecido el diagnóstico muerte encefálica, el propio estado de irreversibilidad de las funciones del encéfalo ese paciente lo excluye de la condición de ser humano, puesto que, al dejar constituir una unidad socio-psico-biológica ha cesado de ser persona, y por tanto no posee personalidad jurídica.

Pero, ¿está facultado el personal de la salud para tomar decisiones en este caso, sin la aprobación de la familia del paciente en coma profundo sobrepasado? Ante la negativa familiar, ¿podría pensarse en la contradicción autonomía de la familia vs. autonomía de la sociedad? Y, con respecto a la beneficencia, ¿sería justo aplicarla a un cadáver en contra de un paciente vivo, necesitado de un trasplante de órgano vital para continuar siendo un ser social?

En Cuba, donde cientos de miles de personas han dado su consentimiento, avalado por la inscripción en su carné de identidad, para una posible futura donación de órganos, en caso de muerte, ¿podría dársele a sus familiares el derecho de revocar su decisión, post-mortem? Desde el punto de vista eminentemente jurídico, ¿sería posible este actuar? Entonces, ¿sería válido modificar una decisión testamentaria, una vez fallecido el testador, por decisión de sus familiares más allegados?

Una vez más, frente a este dilema cabría hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Qué yo haría si el paciente fuera mi .....
- ¿Qué es lo mejor para el paciente?
- ¿Qué tipo de vida (calidad) puede llevar este paciente?
- ¿Es una vida que yo pueda apoyar o ayudar?<sup>(23)</sup>

Algunos autores consideran que el contenido esencial para la toma de decisiones éticas abarca: convicciones y valores personales del profesional de salud; conceptos éticos en la práctica de enfermería; enfo-

ques éticos y normas de comportamiento ético, todo lo cual conforma el marco de la toma de decisiones éticas.

Por otra parte, es preciso tener en cuenta que en todo conflicto ético está presente un conflicto de valores:

- Personales (formados por valores morales, no morales, culturales y profesionales).
- Morales (integrados por valores individuales que se han formado a partir de los valores culturales y profesionales).
- Culturales (formados a partir de los hábitos, costumbres, tradiciones y desarrollo social).
- Profesionales (integrados por los valores sociales e individuales de carácter moral, no moral y cultural).
- No morales (valores que repercuten en la formación de los valores personales y profesionales y que además ejercen determinada influencia sobre los propios valores morales).<sup>(24)</sup>

Todo lo anterior sugiere la posibilidad de establecer esquemas de posibles soluciones a los conflictos éticos que a diario surgen en la práctica profesional.

Por ello sólo podría recomendarse un modelo de toma de decisiones éticas, de carácter puramente metodológico:

1. Explorar cuáles son los antecedentes del conflicto, es decir, analizar el contexto en el cual surge el conflicto.
2. Investigar cuál es el significado de los valores en cuestión, o lo que es lo mismo, el significado de los valores fundamentales presentes en el problema en cuestión.
3. Evidenciar cuál es el significado de este conflicto para las partes en cuestión: paciente-familia-personal de salud (en algunos casos habría que incluir también a la comunidad del entorno más próximo e incluso en ocasiones habría que tomar en cuenta a la sociedad en general).

Una vez identificadas estas importantes cuestiones, podría arribarse a una respuesta correcta a la pregunta que todos nos hacemos antes de tomar una decisión: ¿Qué hacer?

## LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERA Y LOS PROBLEMAS BIOÉTICOS ACTUALES

La esencia de la enfermería es cuidar y mantener la salud de la persona, la familia y la comunidad y contribuir a satisfacer sus necesidades de atención y bienestar. La enfermera, pues, asume la responsabilidad de hacer el bien y proteger los valores más preciados: la vida, la salud y los derechos de las personas bajo su cuidado. También es responsable de salvaguardar un medio sano: físico, social y emocional; y de promover la calidad de vida del ser humano.

¿Cómo se ha ido avanzando en estos conceptos, en la medida en que se ha desarrollado la profesión de enfermería hacia formas cualitativamente superiores:

- Florencia Nightingale escribía, en 1859, en sus «Notes on Nursing». What it is, what it is not»: La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas... y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella.
- Virginia Henderson, un siglo más tarde, en 1961, en su libro «Bases Conceptuales de la Enfermería», que le valiera el Premio «Christian Reimann», en 1985, con gran regocijo del Consejo Internacional de Enfermeras, señalaba que la enfermería es la asistencia a la persona, enferma o sana, en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma, o una muerte en paz, tareas que él podría realizar sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios.
- Ese propio año de 1961, Orlando planteaba que enfermería es la tarea de proporcionar la ayuda necesaria para que el paciente satisfaga sus necesidades, es decir, para asegurar su bienestar físico y mental al máximo, dentro de lo posible.
- Años más tarde, en 1970, Marta Rogers se pronunciaba en el sentido de que la enfermería es una ciencia y un arte, que posee un cuerpo único de conocimientos que se desarrolla a partir de la investigación

científica y del análisis racional, pudiendo éste ser trasladado a la práctica de enfermería.

- Claire Fagin, en 1978, decía que enfermería es aquello que comprende la promoción y conservación de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de la persona durante las fases agudas de la enfermedad, así como la rehabilitación y la recuperación de la salud.
- La American Nurses Association declaraba, en 1979, que la enfermería comprende el diagnóstico y el tratamiento de las reacciones humanas a los problemas relacionados con la salud, tanto existentes como potenciales.
- En 1986, el Colegio de Enfermeras del Perú exponía su definición de enfermería: «es un servicio esencial en la atención de la salud que se ofrece a través del establecimiento de un proceso interpersonal entre la persona, la familia y/o grupos de la comunidad y personal de Enfermería, por medio del cual identifica y resuelve los problemas de naturaleza biosicosocial, mediante actividades preventivo-promocionales, de curación y rehabilitación.
- Leddy and Pepper señalaban en 1989 que la enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento en los sistemas humanos.
- Iyer, Taptich and Benocchi, en 1989, declaraban que la enfermería es a la vez una ciencia y un arte, tiene su propio cuerpo de conocimientos con base científica, centrado en la salud y bienestar del enfermo. Se preocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona, sin limitarse al estado de salud que diagnostica el médico, en otras palabras, la atención se centra en las respuestas de la persona, como un todo, al relacionarse con el entorno.
- En Cuba, en 1990, María Fenton Tait y otros, señalaban que la enfermería es la profesión que, teniendo como base las necesidades humanas, la importancia de su satisfacción y los aspectos que las modifican y afectan, aplica en sus acciones los principios de las ciencias biológicas, físicas, químicas, sociales, psicológicas y médicas, proporcionando atención integral al hombre sano o enfermo.
- Dos años más tarde, en 1992, el Colectivo Docente de Historia de la

Medicina del ISCM-H, al diseñar el proyecto de investigación sobre la historia de la enfermería en Cuba, en su control semántico exponía que la enfermería es el conjunto de conocimientos teóricos y habilidades intelectuales y prácticas dirigidas a la identificación y satisfacción de las necesidades básicas del hombre sano o enfermo, a fin de promover, preservar o restablecer la salud de la persona, la familia y la comunidad.<sup>(25)</sup>

- En 1993, la autora de este trabajo, al impartir este curso en el Hospital «Hermanos Ameijeiras» declaraba su propia definición al expresar que la enfermería, arte milenario de los cuidados al enfermo, es una ciencia reconocida en este siglo: consta de un cuerpo teórico-conceptual que sustenta sus principios y objetivos y posee un método propio: el Proceso de Atención de Enfermería, el cual incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de la persona, la familia y la comunidad. Los valores morales pertenecientes a la filosofía de esta ciencia están presentes en su código ético, dirigido a la protección del protagonista principal en el proceso salud-enfermedad: la persona, la familia y la comunidad. A las puertas del siglo xx, y frente al impacto producido por la tecnología de avanzada, la enfermería se defiende de la creciente deshumanización con un gesto que sólo es privativo del ser humano: la sonrisa.

Como puede apreciarse, en la segunda mitad de este siglo, las profesionales de enfermería, interesadas en ampliar los fundamentos de la profesión, han trabajado aspectos importantes de ella, tales como su definición, marco conceptual, identidad profesional, autonomía en el quehacer, orientación de la formación de sus propios recursos humanos y, por supuesto, el marco filosófico.

De este trabajo han surgido debates importantes sobre la inclusión de la ética en la formación de estos profesionales. A nivel mundial, el Código para Enfermeras, aprobado por el CIE, en 1973, señala, entre otras cuestiones de interés, lo siguiente:

- La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.

- La enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de la educación permanente.
- Cuando los cuidados que recibe un paciente son puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia.
- Cabe a la enfermera la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería.<sup>(26)</sup>

Estos son, indudablemente, aspectos interesantes; pero en realidad, para que las reflexiones que se realicen con el objetivo de construir una ética profesional en enfermería sean acordes con los tiempos actuales, es necesario, en primer lugar, conocer los orígenes de la profesión y su comportamiento a través de la historia: las condiciones sociales, económicas y políticas bajo las cuales ha tenido que desarrollar su quehacer, así como los avances científicos y técnicos que forman parte de la profesión y la influencia del mundo contemporáneo sobre cada sociedad en particular. Ello contribuirá, de manera decisiva, al reforzamiento de la identidad profesional.

En sentido general, en todos los códigos éticos de las distintas organizaciones de enfermería profesional aparecen aspectos relativos a cuestiones profesionales, tales como la práctica, competencia y relaciones con colaboradores; condiciones de empleo; propósito de la profesión y conducta personal; incompetencia de otros trabajadores de la salud; responsabilidad de desarrollar conocimientos y normas para la profesión, y el papel y responsabilidad en la delegación de funciones a otros.

Los códigos éticos de enfermería abarcan también, por supuesto, cuestiones relativas a los pacientes: respeto de la vida y dignidad del paciente; mantenimiento de la confidencialidad del paciente; no discriminación de personas por motivos de nacionalidad, credo, raza, condición socio-económica, sexo u opiniones políticas; así como la seguridad del paciente, es decir, salvaguardarlo de posibles daños.

Además, los códigos éticos de enfermería contemplan también cuestiones sociales: examinar y mejorar las necesidades sanitarias y sociales de la comunidad; directrices éticas para la investigación; relación de la

enfermera con el estado y el cumplimiento de las leyes del país; y los criterios sobre eutanasia.

No obstante, ¿qué está sucediendo en la sociedad contemporánea que nos obliga al debate permanente sobre estas cuestiones? En todos los campos de la actividad humana del mundo de hoy se habla de la crisis de los valores, de la falta de respeto en las relaciones humanas. Al propio tiempo se oye un urgente llamado para revivir los valores y principios éticos, y esto es evidente en enfermería. ¿Escapa acaso, la sociedad cubana actual de este problema contemporáneo a nivel mundial? ¿Qué debemos hacer con nuestros estudiantes de hoy, futuros profesionales de enfermería?

Es evidente que en educación de enfermería se reclama la necesidad de fortalecer el estudio de la ética profesional, no necesariamente como una asignatura obligatoria, sino como una experiencia práctica, formativa, que la integren todos los docentes de enfermería, en todas las áreas de trabajo y que se amplíe con el apoyo de grupos interdisciplinarios.

¿Y qué hacer con nuestros actuales profesionales de enfermería? En los estudios de post-grado debería profundizarse el análisis de aspectos éticos relacionados con el área de especialización e investigación. Se debería ofrecer educación continuada en aspectos de ética profesional, bioética y situaciones legales.

## **LAS RELACIONES ENFERMERA-PACIENTE Y ENFERMERA-MÉDICO**

Los cambios y ampliaciones de las funciones de la enfermera han influido en los problemas morales relacionados con la profesión. Hasta muy recientemente las enfermeras se han visto y han sido vistas como funcionarias dependientes, actuando bajo la dirección y supervisión de los médicos.

Por otra parte, las funciones de la enfermera han sido vistas frecuentemente, de manera análoga a las funciones de madre y esposa en los hogares, de ahí que en los centros preventivo- asistenciales se les haya considerado durante mucho tiempo, y aún hoy día, en muchos lugares, como la persona responsabilizada con la satisfacción de las necesidades de todos los miembros de la familia, desde los pacientes hasta los médicos.

Pero, ¿cuáles han sido las causas de los recientes cambios en estos modelos estereotipados? En primer lugar, las modificaciones del status social de la mujer gracias a las luchas libradas, desde finales del pasado siglo, por organizaciones femeninas, sindicatos y partidos políticos progresistas, que se han intensificado después de la II Guerra Mundial y que no han cesado hasta nuestros días, en la mayor parte del mundo. Por otra parte, la incorporación de hombres a la actividad de enfermería ha desmitificado el papel de enfermera-madre-esposa.

Unido a estas dos fuertes razones hay que tomar en cuenta que los grandes avances tecnológicos obtenidos a partir de la segunda mitad de este siglo han obligado, cada vez más, a recurrir a la calificación de una mayor cantidad de fuerza de trabajo, entre la que se encuentra, cada vez más creciente, la fuerza femenina, especialmente en el sector de la salud y, por supuesto, en mayor medida en una profesión tradicionalmente femenina.

En este sentido, la aparición de los servicios de cuidados intensivos ha obligado al entrenamiento de enfermeras especializadas en algunas técnicas y procedimientos que, tradicionalmente, hacían los médicos.

Por último, los cambios ocurridos en la distribución de la edad de la población al incrementarse las expectativas de vida ha dado como resultado que en la época actual exista una mayor cantidad de personas que están más necesitadas de satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y sociales que de recibir tratamientos médicos. <sup>(27)</sup>

Ante esta nueva realidad cabría preguntarse: ¿cuáles son, realmente, los deberes y obligaciones de la enfermera con su paciente en el ejercicio de sus actividades profesionales? Es decir, ¿cómo se incorporan los valores éticos a su modo de actuación profesional?

La enfermera, en coordinación con los demás profesionales de la salud, ayuda al paciente a entender cuáles son sus reales necesidades, a conocer qué posibilidades existen para satisfacer esas necesidades y a defenderse de quienes quieran limitar su autonomía; pero sobre todo, ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo.

La enfermera cuenta actualmente con su propio método, puesto que su profesión ha alcanzado, en la segunda mitad de este siglo, la categoría de ciencia. El método reconocido de esta nueva ciencia es el Proceso de Atención de Enfermería, el cual consta, para la mayoría de los autores de más reconocido prestigio mundial en la especialidad, de tres etapas:

- La Valoración: en la que se analiza el problema o situación actual del proceso salud-enfermedad. El objetivo de esta etapa del proceso es establecer el diagnóstico de enfermería, es decir, determinar el grado de dependencia del paciente, el nivel de atención requerido y las prioridades necesarias.
- La Intervención: en la que se realiza la toma de decisiones, trazándose las expectativas del paciente, el término para lograrlas y las acciones necesarias para ello. El objetivo fundamental de esta etapa es, precisamente, lograr el planeamiento de los cuidados de enfermería que el paciente necesita.
- La Evaluación: que se realiza por las observaciones y registros de las respuestas del paciente al Plan de Cuidados. El objetivo de esta etapa es el poder hacer las adecuaciones necesarias del Plan de Cuidados.

Ahora bien, si la primera obligación de una enfermera es con su

paciente, y la responsabilidad fundamental hacia él es respetar su dignidad humana y su individualidad, cuáles serían los aspectos éticos más relevantes a tener en cuenta en el Proceso de Atención de Enfermería. Evidentemente, si el proceso consta de tres etapas y cada una de ellas tiene un objetivo diferente, se hace necesario identificar, al menos, los aspectos éticos más relevantes a tener en cuenta en cada una de las etapas del proceso. Así, podríamos decir que:

- Valoración: Recolección de datos (los principios fundamentales a tomar en cuenta serán los de veracidad y fidelidad).  
Identificación de necesidades (incluir las afectivas y espirituales, respetando la autonomía del paciente).
- . Establecer prioridades (aplicando la justicia, beneficencia y respetando la autonomía del paciente).
- Intervención: Expectativas (aplicando los principios de veracidad, beneficencia y autonomía).  
Plan de cuidados (poniendo en práctica los principios de No dañar, beneficencia, veracidad y autonomía).
- Evaluación: Objetivos cumplidos (aplicando los principios de veracidad y autonomía).  
Modificación del Plan de cuidados (respetando la autonomía del paciente, aplicar también los principios de beneficencia, justicia y veracidad).

Identificadas de este modo las obligaciones morales de la enfermera con su paciente, ¿cuáles serían entonces las obligaciones éticas en las relaciones enfermera-médico? Hasta muy recientemente se consideraba la ética de enfermería como algo que concernía tan sólo a la obligación de cumplir las órdenes médicas y por tanto se infería que ello constituía el problema principal de los problemas morales de enfermería. Una enfermera era acusada de violar la ética profesional cuando incumplía órdenes médicas o cuando “faltaba al respeto y a la consideración del médico”; pero muy raras veces, por no decir casi nunca, era cuestionada por no haber prodigado los cuidados necesarios o haberlos prodigado sin la calidad debida.

Otro tanto ocurría con el aspecto ético del secreto profesional. Muchos consideraban, e incluso algunos siguen considerando, que las violaciones de la ética en este sentido están relacionadas con la ruptura del silencio acerca de los errores de sus colegas y/o de otros profesionales y, en el caso de las enfermeras, muy especialmente, cuando hablan de los errores médicos en presencia de terceros.

A muy pocos, sin embargo, se les ocurre pensar que el secreto profesional está vinculado más íntimamente al silencio de problemas relacionados con el paciente que, o pueden afectarlo o simplemente él no haya autorizado a revelar.

En sus relaciones profesionales, los médicos y enfermeras tienen que reconocerse como iguales, desde el punto de vista profesional, ambos son universitarios, ejercen una profesión determinada, tienen una ciencia constituida que los respalda, aunque una tenga siglos de existencia y la otra todavía no llega a su centenario. Tienen distintas funciones y por ello su formación tiene diferencias; sin embargo, el punto de unión de ambos es el paciente, por tanto sus relaciones deberían estar basadas en el respeto mutuo hacia las contribuciones profesionales del otro en aras del bien del paciente. Ambos deberían respetar la autonomía del paciente y su autonomía respectiva, siguiendo el principio de fidelidad a su paciente común y actuando con justicia, para el paciente y de modo recíproco.

## LOS COMITÉS DE ÉTICA. LAS COMISIONES DE ÉTICA. DIFERENCIAS Y COINCIDENCIAS

Los Comités de Ética son grupos interdisciplinarios que se ocupan de la docencia, investigación y consulta asociadas con los dilemas éticos que surgen durante la práctica profesional en las ciencias de la salud.

Para la toma de decisiones frente a los conflictos éticos, los Comités tendrán en cuenta: los hechos y sus antecedentes, los valores en conflicto, los conceptos científicos, las reglas o normas técnicas y las ideas filosóficas (de la profesión, de los profesionales implicados y del paciente).

Los Comités de Ética existen hoy día en muchos países del mundo, en unos con ese nombre y en otros con el de Comités de Bioética; pero en todos los casos sus funciones están dirigidas a prevenir violaciones éticas, bien educando al personal de salud en el respeto a estos principios, una vez conocidos, bien aconsejando en el momento de surgimiento del conflicto.

En algunos países las funciones de estos Comités abarcan también el aspecto de emisión de juicio de experto ante posibles violaciones cometidas, tanto a solicitud de los pacientes perjudicados, de sus familiares, de alguno de los profesionales implicados, como de la institución de salud.<sup>(28)</sup>

En Cuba, no existen los Comités de Ética de este tipo, sino las Comisiones de Ética. Estas se eligen por un período de dos años, en Asamblea General de Trabajadores, convocada por el Sindicato. La integran 5 miembros: 3 en activo y 2 suplentes.

Estas Comisiones de Ética tienen la función de conocer todas las denuncias o quejas sobre infracciones de la ética médica. Sus conclusiones explicarán si hay o no violación de la ética y su carácter, y así lo harán saber a la dirección de la institución, la que se encargará de tomar las medidas administrativas que corresponda, así como poner en conocimiento a los Órganos de Justicia competentes, en caso necesario.<sup>(29)</sup>

Justicia proviene del latín "iustitia", que quiere decir "virtud que nos hace dar a cada cual lo que le corresponde". Sus sinónimos son: derecho, equidad, imparcialidad, rectitud. Administrar justicia es el dere-

cho de pronunciar sentencias y de castigar los delitos. Por tanto, las Comisiones de Ética no administran justicia, sino que emiten juicios de expertos en relación con la posible existencia o no de una violación de carácter ético. Si ello tiene o no implicaciones legales, no es de su competencia.

De todo lo anterior puede inferirse que los Comités y Comisiones de Ética coinciden en su función de emitir juicios de expertos sobre cuestiones éticas; pero se diferencian en el hecho de que los Comités tienen una función mayormente preventiva (educativa y de asesoría) y las Comisiones han descuidado bastante estas funciones y sus reuniones se asemejan más a las reuniones clínico patológicas, actúan ante el hecho consumado y por tanto sus juicios son retrospectivos.

## **LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DE UNA PROFESIÓN Y LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA**

El desarrollo en la formación, utilización y preparación continuada del personal de enfermería en nuestro país, evidenciado en el indicador de 68,3 x 10,000 habitantes alcanzado en diciembre de 1992, dato muy favorable al compararlo con otros países de América Latina, nos inclinaría a pensar que habríamos sobrepasado las expectativas para este decenio; sin embargo, las continuas deserciones ocurridas en la profesión a lo largo de estos años, con mayor incidencia en los últimos cinco años, ha traído como consecuencia que se cuestione el tradicional liderazgo de esta profesión.

Las tendencias fundamentales que merecen ser analizadas, dentro del fenómeno del estancamiento del liderazgo en enfermería, son: la existencia de una mayor preocupación por la administración de los servicios de enfermería que por el liderazgo, un acento fundamental en el liderazgo de las enfermeras y no en el de la enfermería como profesión!. programas de formación básica y postgraduada carentes de conocimientos y habilidades de liderazgo.

Estas tendencias tienen causales multifactoriales, entre las cuales se encuentran:

- Disminución de la fuerza de trabajo de enfermería debido a pobres condiciones de trabajo y falta de incentivos que permitan mantener una motivación hacia su quehacer y una identificación positiva hacia la profesión.
- Limitada participación de enfermeras calificadas en niveles de toma de decisiones.
- Poca participación de enfermería en desarrollo de políticas de salud.<sup>(30)</sup>

Todo lo expuesto anteriormente puede explicar, en cierta medida, la necesidad de reforzar la identidad profesional, cuestión que sólo podrá ser lograda a través de:

- Dominio del concepto de enfermería.

- Conocimiento del desarrollo histórico de la profesión.
- Dominio del método científico de trabajo: el Proceso de Atención de Enfermería.
- Perfil profesional definido.
- Valores éticos de la profesión incorporados a su modo de actuación profesional.
- Reconocimiento social de la profesión, dentro y fuera del Sistema Nacional de Salud.

Pero, junto al reforzamiento de la identidad profesional es preciso elevar también la autoestima y en esto último desempeña una importante función el autorrespeto hacia su nivel de preparación, es decir, su competencia, y en correspondencia con ella su nivel de desempeño. En la actualidad, en nuestro país, se viene trabajando con fuerza, especialmente en la educación de pre grado, para lograr no sólo el conocimiento teórico del significado de competencia y desempeño y modo de actuación profesional, sino de su incorporación a través del desarrollo de las habilidades necesarias para ello.

El modo de actuación profesional está integrado por los elementos esenciales siguientes: estrategias, métodos, técnicas, intenciones, actitudes, conductas y relaciones de trabajo profesional. Como puede apreciarse a simple vista el factor subjetivo tiene el mayor peso en esta categoría.

La enfermera de hoy debe ser competente (debe saber y debe saber hacer) y tener buen desempeño profesional (ejecutar y tomar decisiones en la práctica cotidiana), sólo así podrá modificar positivamente las actuales tendencias de estancamiento del liderazgo de la profesión.<sup>(31)</sup>

¿Cuál sería pues, el objetivo de lucha por la identidad profesional? Lograr que los modos de actuación se correspondan con los principios y objetivos de la profesión. A partir de estas consideraciones sería preciso definir claramente que una de las responsabilidades del personal de enfermería está relacionada con la formación de los recursos humanos de la profesión: transmitiendo conocimientos teóricos, desarrollándoles habilidades intelectuales y prácticas y fomentándoles valores éticos. Esta responsabilidad es inherente a todo profesional de enfermería, independientemente de su perfil.

Un profesional de la salud: en general, necesita más que ningún otro, tener identidad profesional. Una enfermera, en particular, que actúa como un robot o que se manifiesta frustrada profesionalmente, no está a la altura de su tiempo, del desarrollo actual de esta joven ciencia y mucho menos a la altura de su belleza, respetabilidad y necesidad de existencia.

## CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería deben tratar con respeto a todos sus pacientes, sin distinción de sexo, orientación sexual, color de la piel, etnias, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud. Consecuentemente deben proteger los derechos de las personas, familias y comunidad a su cuidado, impidiendo posibles tratos humillantes que afecten su dignidad personal.

Teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería son los profesionales de salud que permanecen de forma continua junto a sus pacientes, deben asumir la función de defensores de sus derechos, dentro del propio sistema de salud.

Los profesionales de enfermería, en la aplicación de su método científico de actuación profesional, deben tener presente su función de ayuda y orientación al paciente en la identificación de sus propias necesidades, así como el brindar toda la información necesaria para que el paciente pueda tomar sus propias decisiones, acordes a sus propios valores, indicándoles las ventajas e inconvenientes de las diferentes posibles posturas a asumir frente a sus problemas de salud.

Las enfermeras y enfermeros tienen que estar conscientes de que la responsabilidad ética surge de sus propios sistemas de valores personales y profesionales que les hace elegir una conducta y no otra cuando deben asumir una decisión frente a sus pacientes, en el ejercicio profesional, ante el sistema de salud y ante la sociedad, o cuando tienen que responder por lo que han hecho o no han hecho en relación con los cuidados de enfermería.

Relacionado con esto último está la objeción de conciencia. Es muy difícil que una enfermera católica admita trabajar en un servicio clínico destinado a las interrupciones de embarazo, o una enfermera Testigo de Jehová, trabajar en un servicio quirúrgico, donde son frecuentes las transfusiones sanguíneas, de la misma forma que es inadmisibles para una enfermera Adventista del Séptimo Día hacer una guardia el sábado o

para un enfermero materialista ateo trabajar en un servicio en el que se obligue a ofrecer la extremaunción a todos los pacientes moribundos, independientemente de su fe religiosa o la carencia de la misma por ser agnóstico o ateo. Un buen directivo de enfermería no pondría a sus subordinados en esta situación de crisis de conciencia. Un profesional que se respete como ser humano, social y ciudadano tiene la obligación moral de defender sus valores propios, siempre y cuando su objeción de conciencia no ponga en peligro la vida o la salud de sus pacientes.

Las actuales profesionales de enfermería deben estar conscientes de que la profesión no les ha proporcionado una capacidad cualquiera, sino una capacidad peculiar que las faculta específicamente para contribuir, con inteligencia, al bien común, respetando el derecho de autonomía y actuando con justicia.

La persona, la familia, la comunidad, la sociedad, constituyen el centro de atención y el deber ineludible de cualquier profesional de enfermería que se respete como ser social, ciudadano y profesional.

Invitamos pues, a reflexionar sobre la necesidad e importancia del cumplimiento de estos principios y a dejar una tribuna abierta al debate de los distintos puntos de vista sobre el tema.

## NOTAS, CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marx, Carlos. *Contribución a la crítica de la Economía Política*. Editora Política. La Habana, 1965.
2. Colectivo de Autores. *Ética*. Editorial Progreso. Moscú, 1989.
3. Sánchez Linares, F. *¿Es ciencia la filosofía?* Editora Política. La Habana, 1988.
4. *Compendio de Historia de la Filosofía*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, 1980.
5. Rodríguez, Zaira. *Filosofía, ciencia y valor*. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1985.
6. Marx, C. y Engels, F. *Obras Completas*. Tomo 8
7. Colectivo de Autores. *Ética*. Editorial Progreso. Moscú, 1989.
8. Assman, G. y Stollberg, R. *Principios de Sociología Marxista Leninista*. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1986.
9. Colectivo de Autores. *Temas de Ética Médica*. ISCM H. Sin fecha.
10. Amaro Cano, M. del C. "Algunas consideraciones sobre la personalidad histórica de Florence Nightingale", en: *Revista Cubana de Enfermería* No. 1/91.
11. Colectivo de Autores. *Temas de Ética Médica*. ISCM H. Sin fecha.
12. Potter, Van Rensselaer. *Bioethics. Bridge to the Future*. Englewood Cliffs. New Jersey. Prentice Hall, 1971. (Swanson, C.P. ed. Biological Science Series).
13. Connor, S. and Fuenlazida Puelma. "La Ética Sanitaria y la Ley", en: *Revista Salud Mundial*. OMS. Ginebra, Abril, 1989.
14. Bankowski, Zbigniew. "Ética y Salud", en: *Revista Salud Mundial*. OMS. Ginebra, Abril, 1989.
15. Gracia, Diego. "Introducción. La Bioética Médica", en: *Boletín OPS*. Nros. 5 y 6 Mayo Junio, 1990. Volumen 108.
16. Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Editorial Porrúa. S.A. México, 1992.
17. Beauchamp, T. Y Childress, B. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, 1979.
18. Pellegrino, Edmund. "La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica", en: *Boletín OPS*. Números 5 y 6 de mayo junio, 1990. Vol. 108.
19. Bankowski, Z. "Genética, Medicina y Ética". *Revista Salud Mundial*. OMS. Ginebra, Diciembre, 1989.

20. Abiven, Maurice. "Morir dignamente", en: *Foro Mundial de la Salud*. OMS. Ginebra, 1991. Vol.12 No.4.
21. Consejo Internacional de Enfermeras. *La ética en la práctica de la enfermería*. Ginebra, 1994.
22. Machado Curbelo, C. *Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica*. Ecimed. La Habana, 1992.
23. Tate, Bárbara. *Dilema de las enfermeras*. Consideraciones éticas. C.I.E. Ginebra, 1977.
24. Kieffer, G.H. *Toma de decisiones éticas*. Bioética. Madrid, Alhambra, 1983. pp.47-90.
25. Amaro Cano, M. del C. "Evolución histórica de los principales conceptos utilizados en enfermería", en: *Revista Cubana de Enfermería*. No. 2/93.
26. Consejo Internacional de Enfermeras. *Código para enfermeras*. Ginebra, 1973.
27. Muyskens, James. "The Role of the Nurse", in: *Moral Problems in Nursing* Rowman y Littlefield, Totowa, N.J., 1992.
28. Tealdi, J.C. y Mainetti, J.A. "Los Comités Hospitalarios de Ética", en: *Boletín OPS*. Nros. 5 y 6 Mayo-Junio, 1990. Vol. 108.
29. *Principios de la Ética Médica*. Editora Política. La Habana, 1983.
30. Bello, Nilda. "Liderazgo, tendencias y perspectivas en el desarrollo de la profesión de enfermería". Conferencia I Taller sobre Liderazgo y Enfermería. Pinar del Río, 1995.
31. Amaro Cano, M. del C. "La enfermera y los problemas éticos de la profesión". Ponencia a la I Conferencia Científica Internacional de Extensión Universitaria

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Alonso, Daniel. *Ética y Deontología Médica*. MINSAP. La Habana, 1979.
2. Amaro Cano, M. del C. "Características del líder y algunas técnicas para la obtención de liderazgo". Conferencia I Taller sobre Liderazgo y Enfermería. Pinar del Río, 1995.
3. Bertomeu, M.J. "La Ética en los Comités de Ética", en: *Quirón*. La Plata. 19 (1): 81 83, 1988.
4. Cartas de derechos del paciente. *Boletín OPS*. Nros. 5 y 6 Mayo Junio, 1990. Vol. 108.
5. Engels, F. "Introducción a la Dialéctica de la Naturaleza", en: *Obras Escogidas*. Tomo I. Editorial Progreso. Moscú, 1971.
6. \_\_\_\_\_ "Ludwig Feuerbach y el Fin de la Filosofía Clásica Alemana", en: Obra citada.
7. Jordán Rodríguez, José. "La ética médica en el hospital", Conferencia pronunciada en la I Reunión Nacional de Directores de Hospitales. La Habana, 1982.
8. Kathy P.J. y de la Escosura, G. "Panorama bioético en México", en: *Boletín OPS* Nros. 5 y 6 Mayo Junio, 1990. Vol. 108.
9. Llano Escobar, Alfonso. "El morir humano ha cambiado". *Boletín OPS* Nros. 5 y 6 Mayo Junio, 1990. Vol. 108.
10. MINSAP. *Disposiciones generales para el personal de enfermería*. La Habana, 1981.
11. Muyskens, James. "The Nurse as a Member of a Profession", in: *Moral Problems in Nursing*. Rowman y Littlefield, Totowa, N.J. 1992.
12. Páez Armenteros, Jovita. "Calidad en la atención de enfermería", Conferencia I Taller sobre Liderazgo y Enfermería. Pinar del Río, 1995.
13. Pellegrino, Edmund. "Medical Ethics. Education and the Physician's Image", in: *JAMA* Vol. 235 Nro. 10 (1976).
14. Piwonka, M. Angélica y otros. "Saber bien para hacer bien", en: *Boletín OPS* Nros. 5 y 6 Mayo Junio, 1990. Vol. 108.
15. Roatikainen, Ritva. "Values and Ethical principles in Nursing", in: *Journal of Advanced Nursing*, 1989.
16. Robertson, J. "Ethics Committees in Hospitals: Alternative structures and responsibilities. Quality.", in: *Rev. Bull* 10 (1): 6 10, 1984.

17. Roemer, M. I. "Ética médica y orientación social de las enseñanzas de medicina", en: *Foro Mundial de la Salud*. Vol. 3 Nro. 4 (1982).
18. Santiago Garrido, A. "Error e imprudencia médica. Consideraciones médico jurídicas." Tesis de Grado de Especialista, presentada al ISCM H, La Habana, 1991.
19. Serret Rodríguez, Bertha. "El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia". ISCM Santiago de Cuba, Folleto. Sin fecha.
20. Silva, Mary. "Ethical Decisions Making in Nursing Administration", in: *Journal of Advance Nursing*, 1989.

