
Ética de enfermería y nuevos retos

Nursing ethics and new challenges

I. M. Barrio, A. Molina, C. M. Sánchez, M. L. Ayudarte

RESUMEN

La profesión de enfermería ha concedido siempre una gran relevancia a las exigencias éticas vinculadas a su quehacer. Sin embargo, la forma de entender y dar contenido a este quehacer ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Dos han sido los enfoques principalmente desarrollados para tematizar la ética de enfermería: la ética de la virtud y la ética de los principios. El primer acercamiento se pregunta por las actitudes que ha de poseer una persona para llegar a actuar como una buena enfermera. El segundo, recorre el camino inverso e indaga sobre las actuaciones y los principios que deben respetarse para ser una buena profesional.

Una aproximación que armonice ambas perspectivas debería hacerse tres preguntas: ¿qué entendemos por cuidados de enfermería?, ¿en qué principios éticos se fundamenta esa forma de entender el cuidado?, ¿qué actitudes morales se relacionan con cuidar correctamente?

En un modelo profesional moderno, la definición y el ejercicio del cuidado incluyen necesariamente la consideración del trabajo en equipo. De igual modo, el desempeño de una buena función cuidadora, y por lo tanto de una enfermería de calidad, precisa por un lado del aprendizaje teórico y práctico de los principios éticos en que se apoya la tarea de cuidar y, por otro, de la asimilación de las actitudes que son exigibles a la persona que cuida. Ambos elementos mejoran la capacidad de los profesionales para prevenir y resolver los conflictos éticos en la práctica asistencial.

Palabras clave. Ética de enfermería. Principios de la bioética. Ética de la virtud. Trabajo en equipo. Cuidados de enfermería.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 41-47.

Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental Alejandro Otero (FIBAO), Granada.

ABSTRACT

The nursing profession has always placed great importance on the ethical requirements linked to its activities. However, the understanding and content to these activities has evolved over the course of history. Two approaches have been developed as the principal issues of nursing ethics: the ethics of virtue and the ethics of principles. The first approach enquires into the attitudes that must be held by a person in order to act as a good nurse. The second follows an inverse course and considers the actions and principles that must be respected in order to be a good professional.

An approach that harmonises both perspectives must pose the following questions: What do we understand by nursing care? On what ethical principles is this form of understanding care based? What moral attitudes are related to caring correctly?

In a modern professional model, the definition and exercise of care necessarily include consideration of team work. Similarly, carrying out a good caring function, that is to say quality nursing, requires apprenticeship on the one hand, and, on the other, the assimilation of the attitudes that are required in a person involved in caring. Both elements improve the capacity of the professionals to prevent and resolve ethical conflicts in the practice of care.

Key words. Nursing ethics. Bioethical principles. Ethics of virtue. Team work. Nursing care.

Correspondencia:

E-mail: inesm.barrio.exts@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha sido una actividad que, a pesar de los cambios experimentados en su historia, ha concedido siempre una gran relevancia a las exigencias éticas vinculadas a su quehacer. El trabajo de las enfermeras se ha centrado siempre en el cuidado de los otros¹. Esta acción de cuidado ha variado a lo largo del tiempo y, por este motivo, la profesión enfermera se ha concebido de distintas maneras en cada momento histórico^{2,4}.

Durante el largo periodo en el que la enfermería estuvo asociada al mundo religioso, los contenidos de la moral profesional tuvieron una fuerte influencia de la confesión predominante en cada país. Este componente religioso ha estado presente mucho tiempo después de que las órdenes religiosas dejaran de monopolizar los cuidados enfermeros⁵. Florence Nightingale (1820-1910) representa el relevo de los agentes de cuidado tradicionales, y la secularización y profesionalización de la tarea de cuidar. Ella estableció instituciones para la enseñanza de enfermeras convencida de que *“el conocimiento de las leyes de la vida y de la muerte y de las leyes de salud para las salas hospitalarias requiere un aprendizaje por la experiencia y una cuidadosa investigación... Esto no viene por inspiración”*⁶. Sin embargo, al mismo tiempo que daba el paso de afianzar la profesión en una sólida preparación teórica y técnica, entendía que la enfermera debía ser *“una mujer religiosa y devota”*⁶. La autoevaluación que propone el párroco alemán Theodor Fliedner (1822-1882) para las enfermeras de su hospital de Kaiserswerth, recuerda en su formato a los exámenes de conciencia de la espiritualidad de la época:

- ¿Me preocupo de disponer todo en debida forma? ¿He escuchado con atención todo cuanto me ha dicho el médico? ¿He acatado sus instrucciones al pie de la letra? ¿He sido cortés, suave, delicada y bondadosa con mi paciente? ¿He sido prudente y económica con las provisiones y con el equipo del hospital? ¿He sido siempre servicial, optimista, paciente y atenta?.

Apoyar la ética profesional en la moral religiosa no ha sido privativo de la enfermería. La ética secular es una novedad de la modernidad. Hoy en día la aceptación de valores morales y religiosos no es tan unánime como en el pasado. Por este motivo la elaboración de un código deontológico profesional trata de plasmar el ideal moral tal como es entendido por el propio colectivo de profesionales. El carácter general y teórico de esta declaración de principios hace, sin embargo, que estos códigos sean insuficientes para resolver los conflictos éticos de la práctica cotidiana. Por ello, ha sido necesario buscar una vía que, además de orientar éticamente la práctica de la enfermería, sea operativa ante los conflictos. A esta situación responde la aparición, hace más de treinta años, de una disciplina llamada Bioética.

EL SIGLO XX Y LA BIOÉTICA

El origen de la Bioética tiene que ver con la búsqueda de un lenguaje común que nos ponga de acuerdo en qué valores han de ser respetados en la práctica sanitaria. Éste fue el propósito del informe Belmont⁸ cuando estableció en 1978 los cuatro principios éticos –tres originariamente– que debían guiar la experimentación científica con seres humanos. Destinado en un principio a investigadores y científicos, hoy en día prácticamente todas las profesiones sanitarias han asumido los cuatro principios como el núcleo de las exigencias éticas de su quehacer asistencial.

El elevado nivel de acuerdo sobre estos principios hace difícilmente justificable expresar el contenido de la ética de enfermería prescindiendo de ellos. Es más, quizás también haya que cuestionar la existencia de una “ética de enfermería” totalmente al margen de la “ética biosanitaria o biomédica”. Convendría plantearse más bien que la ética de enfermería es una aplicación de la ética biomédica a una actividad con características singulares y conflictos específicos.

El respeto de estos principios exige que el profesional posea determinadas actitudes. Éste es el eje que centra el desarrollo de la llamada *ética de la virtud*, que es aquella que se pregunta: ¿qué tipo de

persona debo ser para llegar a ser una buena enfermera?"⁹. Pero la reflexión puede hacerse en el camino inverso: ¿qué principios debo respetar o qué actuaciones debo llevar a cabo para ser una buena profesional? Esta pregunta centra lo que conocemos por *ética de los principios*¹⁰. Ambos acercamientos no son excluyentes: la persona virtuosa realizará actos correctos conforme a los principios éticos; y el profesional respetuoso con los principios éticos en la rutina de su práctica profesional adquirirá esas actitudes. Las actitudes morales o virtudes se relacionan con los principios bien como condición de posibilidad de los mismos, o como efecto de su observancia.

LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA Y LA VIRTUD ENFERMERA

Para saber cómo los cuatro principios de la bioética orientan la práctica profesional y cómo conforman el carácter enfermero, planteamos una triple pregunta: ¿qué son los cuidados de enfermería? ¿En qué principios éticos se fundamenta esa forma de entender el cuidado? ¿Qué actitudes morales se relacionan con cuidar correctamente?

La respuesta será diferente dependiendo del modelo profesional vigente en cada momento de la historia de la enfermería.

El modelo clásico

Florence Nightingale, representante del modelo clásico, lideró el primer intento de establecer las bases lógicas de la enfermería y de dotarle de un cuerpo de conocimientos teóricos sistematizados. Para ella, el concepto de cuidado se traduce en: "*Colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él*"⁶. Esta idea de cuidado va estrechamente unida a la obediencia y a la capacidad de ejecutar eficazmente las órdenes del médico: "*Cultiva todo aquello que conduce a la observación..., que es el camino para acabar con las afiebradas a hacer de médicos, y si los médicos les obligaran a obedecerles, ellas les ayudarían, en lugar de servirles de estorbo*"⁶.

La obligación ética de dar cuidados se apoya en el principio de beneficencia, entendida desde un modelo de relación que llamamos *paternalismo médico*, y que tiene su correlato en la relación enfermera-paciente como algo que podríamos llamar *maternalismo en enfermería*. Lo más característico de este tipo de relación es la desigualdad radical que se establece entre los dos interlocutores: uno manda y otro obedece, uno decide y otro acata.

Según diferentes autoras¹¹, Florence Nightingale asigna al paciente un papel inactivo, en el que sus deseos y necesidades son satisfechos por el sabio criterio de la enfermera:

"No me cansaré de repetir que generalmente los enfermos están demasiado débiles... Generalmente se supone que la enfermera está allí para ahorrarle al enfermo ejercicio físico -y yo más bien diría para evitar que tenga que pensar por sí mismo".

Sobre qué actitudes hay que desarrollar para cuidar correctamente, se recoge un largo elenco:

"Una enfermera debe ser una persona de la que se pueda uno fiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera "de confianza"... No puede ser chismosa, ni ligera charlatana; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo...; debe ser estrictamente moderada y honesta, pero, más que esto, debe ser una mujer religiosa y devota; ha de respetar su propia vocación, porque con frecuencia se coloca en sus manos el precioso don de la vida; debe ser una minuciosa, fiel y rápida observadora, y ha de ser una mujer de buenos y delicados sentimientos"⁶.

De forma semejante se expresan los manuales posteriores:

"Ante todo debe tener una inalterable paciencia... La obediencia debe consistir en ejecutar las órdenes con el espíritu de quien las ha dictado. De todas las virtudes de las que ella necesita, ninguna es tan necesaria como la de decir siempre y en toda ocasión la verdad, sin exageración ni falsa interpretación. El médico y el paciente deben poder confiar completamente en su palabra"¹².

Obediencia ciega a los superiores, lealtad incondicional al médico y entrega

total a sus pacientes son la divisa en este modelo.

La enfermera-representante de los pacientes

En las décadas de los 60 y 70 la imagen de la enfermera experimenta un gran cambio. La figura de la enfermera como "abogada o defensora del paciente" entiende de manera diferente la tarea de cuidar: proteger y defender los derechos del paciente; preparar al paciente física y psíquicamente para que se defienda de las agresiones potenciales de médicos y estructuras sanitarias¹³.

El fundamento ético de la obligación de cuidar es el principio de autonomía; auto-

nomía que reivindica para ella como profesión independiente, y autonomía para el paciente que es amenazado por un ambiente hospitalario hostil que menoscaba sus derechos¹⁴. La enfermera se hace baluarte de un paciente intimidado y busca modos de poner en sus manos las decisiones sanitarias que le afectan^{15,16}. La tabla 1 presenta cómo recoge el Código Deontológico de la Enfermería Española esta visión-misión de la enfermería.

Coherente con esta postura, para dar unos buenos cuidados, la enfermera tiene que desarrollar una actitud reivindicativa, contestataria y rebelde; ha de ser leal e incondicional, ya no al médico, sino al paciente; y ha de destacar por la máxima independencia profesional.

Tabla 1. "Enfermera-abogada del paciente" en el Código Deontológico de la Enfermería española, 1989.

54. La enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

55. La enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.

61. La enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Un nuevo modelo de la profesión

Nunca como en los últimos veinte años se ha investigado tanto sobre el contenido de los cuidados de enfermería. El objetivo no sólo ha sido buscar una definición para los cuidados, sino hacer que esta definición sea operativa y susceptible de un lenguaje común en la práctica enfermera, en los sistemas de registro y en la formación profesional¹⁷.

Existen numerosas y variadas acepciones de los cuidados de enfermería, desde las más existenciales a las más técnicas: cuidado como trato humano; como imperativo y compromiso moral de mantener la dignidad e integridad de las personas; como afecto, implicación emocional, empatía e intimidad; como atención biológica, asociada a la búsqueda de resultados fisiológicos; cuidado como acto terapéutico en el que el paciente

percibe necesidades y la enfermera interviene en la satisfacción de las mismas.

La noción de cuidado se hace operativa definiendo funciones concretas a realizar. Según las OMS, las funciones principales de la enfermera son: participar en la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, desarrollar programas educativos sobre salud, trabajar de forma efectiva en un equipo de salud, e investigar¹⁸.

Todas estas tareas se integran en el concepto de cuidado y son tanto más efectivas en la medida que se estructuran en las fases lógicas que llamamos el proceso de enfermería. A la vez, la definición de las funciones de enfermería y su práctica sistemática obligan a entender la profesión como parte del compromiso, compartido con otros profesionales, de sustentar y promover la salud. En el equipo sanitario, no todos hacen todo, cada uno tiene una

tarea particular que realizar. Una atención sanitaria que considere al individuo en su totalidad necesita de un equipo caracterizado por la corresponsabilidad.

Organización interna y coordinación externa, sistematización de tareas y trabajo en equipo son las grandes conquistas de las que el nuevo modelo profesional no puede prescindir^{19,20}. El objetivo común del equipo sanitario es el bienestar del enfermo y en esta tarea, la enfermera tiene una responsabilidad compartida con los otros colaboradores²¹. La contribución de la enfermera al trabajo cooperativo ha de ser flexible y adaptarse a la situación concreta del paciente, de los miembros del equipo y al contexto donde se realice la atención. La descripción de funciones de enfermería recogida en la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) ha supuesto un avance importante en la diferenciación de los cuidados enfermeros. Sin embargo, en determinadas situaciones prácticas, conviene no conformarse con la aplicación mecánica de una declaración rígida de funciones sino adaptar a cada situación la distribución de tareas a través del consenso del equipo de salud. El equipo ha de ser una plataforma de diálogo maduro y efectivo que sitúe a cada miembro donde mejor puede realizar la misión para la que está preparado.

En el nuevo modelo profesional, además de una preparación técnica esmerada, las enfermeras deberían recibir una formación ética que les capacite para resolver conflictos morales que se presentan en la práctica sanitaria habitual²². Hoy en día es necesario integrar en el concepto de cuidado la forma de entender la relación sanitaria que sitúa al paciente como agente fundamental de su salud.

La obligación de cuidar en este modelo profesional se fundamenta en los cuatro principios: los principios de justicia y no maleficencia comprometen a la enfermera, como al resto de profesionales sanitarios, a la distribución justa de recursos y a la minimización del daño al paciente. Pero el principio que más interpela al ejercicio de la enfermería es la nueva formulación del principio de beneficencia: el propio paciente define qué es bueno o malo para él. El principio de beneficencia así entendido incorpora necesariamente el reconocimiento de la autonomía del paciente. Es imposible hacer un bien al paciente si no reconocemos su capacidad para participar en las decisiones que le afectan. La tabla 2 resume el pensamiento de Dorotea Orem sobre la necesidad de fomentar la participación del paciente en las decisiones de cuidado que le afectan.

Tabla 2. Dorotea Orem y la participación del paciente.

“El paciente ve su situación de cuidado sanitario desde una perspectiva única. Está influido por su educación, experiencia, pensamiento acerca de la vida y la gente, conocimientos de cuidado sanitario y actitudes hacia este cuidado. Su intuición sobre sus propias necesidades sanitarias, lo que significan para él los síntomas y señales presentes y la consciencia sobre su capacidad o incapacidad para participar eficazmente en el autocuidado necesario y para trabajar en cooperación con médicos y enfermeras, es información esencial para que la enfermera la tenga en cuenta y la use cuando tenga que ayudar a los pacientes. Cada enfermera debe desarrollar maneras de captar rápidamente los distintos puntos de vista de sus pacientes sobre sus situaciones de cuidado sanitario y de identificar los intereses y preocupaciones de los mismos”.

Siguiendo a Pablo Simón²³, la vulneración de la autonomía de un paciente no es la lesión de un principio independiente sino que también supone una trasgresión del principio de beneficencia o, en ocasiones, incluso del de no-maleficencia.

El correcto cuidado de un paciente debe decidirse con la participación del propio paciente y con la implicación de todos los

miembros del equipo de salud. La tabla 3 recoge las intervenciones y resultados de enfermería que se hacen eco de esta forma de entender el cuidado enfermero.

En el modelo clásico de enfermería, las relaciones de la enfermera con el personal médico se caracterizaban por la obediencia y la sumisión; en el modelo de la enfermera como representante del paciente

estas relaciones eran fundamentalmente de hostilidad y confrontación; el nuevo modelo busca relaciones de cooperación con todas las profesiones sanitarias.

Por último, realizar acciones de cuidado como las que estamos describiendo precisa de cierta disposición personal²⁴. Según Mayeroff no todas las personas están capacitadas para dar unos buenos cuidados. El cuidador ha de incorporar una serie de actitudes para desempeñar bien su labor: conocimiento, alternancia del ritmo, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y coraje²⁵.

CONCLUSIÓN

Tres cosas van a caracterizan el desempeño de una buena función cuidadora y, por lo tanto, de una enfermería de calidad: un concepto de cuidado que incluya la participación de otros profesionales y del propio paciente; el respeto de los principios éticos en que se apoya la tarea de cuidar; y las actitudes que se exigen de la persona que cuida. Incorporar los tres elementos en los programas formativos de la enfermería mejorará la capacidad de los profesionales para prevenir y resolver los conflictos éticos en la práctica asistencial²⁶.

Tabla 3. NOC y NIC relacionados con participación del paciente y del equipo de salud.

NOC: CÓDIGO	NOC: ETIQUETA
1613	Autogestión de los cuidados
1601	Conducta de búsqueda de cumplimiento
1823	Conocimiento: fomento de la salud
1803	Conocimiento: proceso de la enfermedad
1700	Creencias sobre la salud
0300	Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD)
1502	Habilidades de interacción social
1503	Implicación social
1705	Orientación sobre la salud
1504	Soporte social
0906	Toma de decisiones
NIC: CÓDIGO	NIC: ETIQUETA
4420	Acuerdo con el paciente
1800, y siguientes	Ayuda al autocuidado
4470	Ayuda en la modificación de sí mismo
5480	Clarificación de valores
7910	Consulta
5470	Declarar la verdad al paciente
5612, y siguientes	Enseñanza
4920	Escucha activa
4410	Establecimiento de objetivos comunes
5520	Facilitar el aprendizaje
4480	Facilitar la autorresponsabilidad
5210	Guías de anticipación
7400	Guías del sistema sanitario
6450	Manejo de ideas ilusorias
4350, 4354	Manejo de la conducta
7120	Movilización familiar
4820	Orientación de la realidad
5400	Potenciación de la autoestima
5390	Potenciación de la conciencia de sí mismo
5340	Presencia
7460	Protección de los derechos del paciente
4700	Reestructuración cognitiva

BIBLIOGRAFÍA

1. COLLIÈRE MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill 1993.
2. ESEVERRI C. Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana. Ed Universitas S.A. 1995.
3. GARCÍA C, MARTÍNEZ ML. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Harcourt 2001.
4. DONAHUE P. Historia de la Enfermería. Barcelona. Doyma 1985.
5. JUAN RP. Moral profesional del Ayudante Técnico Sanitario. Santander: Sal Terrae 1963: 28.
6. NIGHTINGALE F. Notas sobre la Enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería 1990.
7. GAFO J. Ética y Legislación en Enfermería. Madrid: Ed. Universitas, S.A. 1994: 409.
8. Comisión Nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. The Belmont Report. En VV.AA. Ensayos Clínicos en España (1982-1988). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Monografías Técnicas nº 17, 1990 Anexo 4.
9. TSCHUDIN V. Ethics in nursing. The caring relationship (2ª ed.) Londres: Butterworth Heinemann 1993; 29-45.
10. DAVIS AJ. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enfermería Clínica 9: 21-34.
11. GRAAF KR, MOSSMAN CL, SLEBODNIK M, NIGHTINGALE F. Enfermería moderna: en Marrier A. Modelos y teoría de Enfermería. Barcelona 1989: Ed. Rol S.A.: 53-59.
12. CHAPTAL L. Le livre de l'infirmière. París: Masson et Cie 1992: 14.
13. SCHROETER K. Advocacy in perioperative nursing practice AORN Journal 2000; 71: 1207-1228.
14. KELLY-POWELL ML. Personalizing choices: patients' experiences with making treatment decisions. Res Nurs Health 1997; 20: 219-227.
15. ROTHMAN DJ. The origins and consequences of patient autonomy: a 25-year perspective. Health. Care Anal 2001; 9: 255-264.
16. TAUBER AI. Sick autonomy. Perspect Biol Med 2003; 46: 484-495.
17. JONSON M, BULECHEK G, MCCLOSKEY J, MAAS M, MOORHEAD S. Diagnósticos enfermeros resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona: Elsevier 2002.
18. OMS. Enfermería en acción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1993.
19. BEYERS M. Ask AONE's experts about multidisciplinary teams. Nurs Manag 1998; 29: 64.
20. DEL LLANO J, OTÚN V, MARTÍN JM, MILLÁN J, GENÉ J. Gestión Sanitaria, innovaciones y desafíos. Barcelona, Masson 1999: 313-332.
21. PEACOCK JW, NOLAN PW. Care under threat in the modern world. J Adv Nurs 2000; 32: 1066-1070.
22. MILLER JF. Opportunities and obstacles for good work in nursing. Nursing Ethics 2006; 13: 471-486.
23. SIMÓN P. El consentimiento informado. Madrid, Triacastela 2000; 170-171.
24. FAGERSTROM L. The dialectic tension between 'being' and 'not being' a good nurse. Nurs Ethics 2006; 13: 622-632.
25. MAYEROFF M, JOHNSON M, MAAS M. Editors. Iowa Outcome Project. Nursing Outcome Classification (NOC). St. Louis: Mosby 1997.
26. DAVIS AJ, TSCHUDIN V, RAEVE L. Essentials of teaching and learning in nursing ethics; perspectives and methods. Edinburgh, 2006: Butterworth-Heinemann/Elsevier.