

## **Retos bioéticos de la enfermería actual**

M<sup>a</sup> Dolores Espejo Arias.

### **1- Enfermería actual:**

**a- Desarrollo y evolución de la Enfermería**

**b- Función primordial de la Enfermería: los cuidados**

### **2- Justificación de la reflexión ética**

### **3- Marco en el que se desenvuelve el profesional de Enfermería**

### **4- Retos bioéticos actuales**

**a- Concepto de Bioética y Principios prácticos**

**b- Retos bioéticos**

### **5- Conclusiones**

### **1.- Enfermería actual: Desarrollo y evolución de la Enfermería**

A lo largo de los siglos, la historia de la asistencia sanitaria se delinea en torno a dos orientaciones:

- Una, la de garantizar el desarrollo de la vida y
- La otra, la de alejar la muerte.

Las dos, han sido relevantes en la historia del desarrollo de la profesión sanitaria.

Entre finales del siglo XIX y comienzos del XX se produce, uno de los mas relevantes progresos en el campo de las asistencia de enfermería. Se realiza en los Estados Unidos. Un país caracterizado, en ese momento, por un fuerte empuje expansionista y progresista en todos los sectores de la sociedad, de la economía y de la cultura; lo que influye en el tenor de vida de la población y en que el nivel de formación profesional mejore sensiblemente de forma muy rápida.

En esta época se desarrollan varios modelos de enfermería:

- 1- El modelo de enfermería inspirado en el de F. Nightingal, aunque tomando sobre todo el aspecto organizativo, lo que lleva a derivarlo en una mujer manager, de clase social elevada, no enfermera, que controla y organiza la actividad de enfermería, desvinculada en cierta forma del control del médico y de la organización hospitalaria.

- 2- El segundo modelo propuesto por Linda Richards plantea la actividad de enfermería bajo el control del médico.
- 3- El tercero, ideado por una canadiense, Isabel Hampton, se funda sobre el concepto de profesión como actividad laboral y con una preparación y competencias propias en su campo de actuación. Para esto amplió el periodo de formación de las estudiantes de uno a tres años. Y ya en 1907 introduce los estudios de enfermería en el ámbito de la universidad y comienzan a impartirse los estudios en la universidad de Columbia (Nueva York)

Unida a este nivel de formación se plantea la autonomía del profesional y sus competencias dentro del ámbito asistencial.

Las áreas de competencia de la enfermera son distintas y su relación interpersonal con el médico, el paciente y la familia se transforman, produciéndose un dialogo de responsabilidad y decisión diferentes, no solo en la forma sino también en el fondo.

Como consecuencia de estas atribuciones se produce un profundo cambio respecto a su responsabilidad ética.

El modelo asistencial va evolucionando desde ser una rígida jerarquización, hasta constituirse en una relación interprofesional de equipos asistenciales integrados por todos aquellos que tienen una actuación que incide de forma más o menos directa en el enfermo.

Hasta finales de los años 60 la autoridad del médico sobre el enfermo y los profesionales de la salud no ofrecía discusión posible. Pero ha ido sufriendo una profunda modificación. Esto ha ocurrido esencialmente por dos motivos: el primero es la progresiva concienciación del enfermo acerca de sus propios derechos y a su libertad de elección; y por otra la, ya comentada, profesionalización del trabajo de enfermería.

Especialmente fluida debe ser la comunicación entre la enfermera y el médico, para lo que nos parece imprescindible el respeto mutuo y la consideración en el desarrollo de sus distintas tareas. Esto que es tan fácil de entender y aún más de decir, resulta en demasiadas ocasiones difícil de llevar a cabo y tiene como consecuencia la sobre el enfermo que no sabe exactamente a quien acudir. Es evidente la reciproca necesidad de una integración entre las dos profesiones. Nos parece que no debe existir una relación de autoridad mayor del médico sobre la enfermera sino que según su formación académica cada uno tendrá conocimientos más valorables respecto al

diagnóstico y tratamiento o a los cuidados más adecuados en cada situación y el tratamiento que se le deberá aplicar en sus necesidades básicas. ¿Cual es el más importante? No sabría definirlo de manera absoluta sino que me parece fundamental la relación del aspecto profesional para llegar a ofrecer al enfermo una atención integral.

La colaboración interprofesional obliga a médicos, enfermeras y a otros profesionales sanitarios a compartir ideales y proyectos comunes, a fin de que sus competencias específicas se integren en su responsabilidad colectiva, servir al enfermo, a través, por un lado, del apoyo mutuo que crea el espíritu de equipo y por otro del seguimiento de unas normas éticas que regulan la comunicación, la resolución coordinada de problemas, la justa distribución de funciones y tareas, la equitativa solución de los conflictos y, finalmente la evaluación objetiva del trabajo y la competencia.

Estas suelen ser en muchas ocasiones los motivos que dificultan el trabajo en equipo, es decir el querer seguir imponiendo una decisión sobre el enfermo sin contar con la opinión del enfermo y sin considerar el trabajo y la información que aportan el resto de compañeros como puede ser la psicóloga, la enfermera, la auxiliar, el capellán. Es evidente que no todos disponen de los mismos datos ni de la misma información pero si es muy importante considerar todos los puntos de vista a la hora de tomar una decisión respecto a un determinado enfermo, ya que cada uno de ellos estarán incidiendo sobre esa misma persona y cada uno tendrá unos datos distintos que pueden ser muy importantes al relacionarnos con él.

Este modelo aún no se encuentra totalmente integrado en el modelo asistencial de nuestro país, excepto en las Unidades de Cuidados Paliativos que también son de tan reciente creación y que tienen una filosofía propia de actuación, que, en mi opinión, con el tiempo deberían ser referente para todas las unidades asistenciales de las distintas especialidades.

## **b. Función primordial de la Enfermería: los cuidados**

Lo que no ha cambiado en ningún momento es la función primordial de la enfermería: CUIDAR

Cuidar es la función esencial de Enfermería. Cuidando restablecemos la salud y cuidando promovemos salud y protegemos de la enfermedad.

La definición clásica de Enfermería, formulada por Virginia Henderson, dice que nuestra función es:

“Ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, que sin duda el sujeto llevaría a cabo él solo si dispusiera de la fuerza necesaria y de los indispensables conocimientos, debiendo desempeñar esta función de tal manera que le ayude además a lograr absoluta independencia cuanto antes”. Yo me atrevo a añadirle algo más a esta definición, y es: el ayudarle a que tenga una muerte apacible y tranquila.

Definiré, a continuación lo que se entiende por cuidados de enfermería.

Según la enfermera Pura Rojas: “Los cuidados en enfermería se pueden considerar como una actividad autónoma e interdependiente mediante la cual se identifican las necesidades del paciente y/o la familia, se determinan los requerimientos y se prevén los medios para satisfacerlos de forma terapéutica, de acuerdo con las posibilidades del paciente y/o la familia y enfermería. Constituyen un conjunto de actividades encaminadas a la conservación y desarrollo de las potencialidades del ser humano, tanto en la esfera bio-fisiológica como psicológica y socio-cultural. La enfermería ayuda al individuo, a la familia y a la comunidad, en la consecución de la satisfacción de sus necesidades básicas, conservación de sus fuerzas, de su recuperación y apoyo en los procesos de adaptación, a través de sus cuidados.”

La enfermera como persona experta en proporcionar cuidados a la población, basa su actividad en cubrir las necesidades del individuo en todos los aspectos del ser humano. Esta concepción del ser humano como un todo indivisible ha proporcionado unos conceptos actuales a la enfermería que nos lleva a dirigir nuestra práctica a la atención integral individualizada.

Es indudable que la función cuidadora al ser tan básica y humana se ha visto y se ve influenciada por cuantos aspectos sociológicos, culturales y antropológicos existan en una determinada sociedad.

Hay quien opina que en la actualidad los avances en la medicina, y el masivo aumento de la tecnología en el campo de la salud, contribuyen a transformar y desvirtuar la función cuidadora que como profesión desarrollábamos, y se va acercando a la imagen de la enfermera como auxiliar de esta nueva situación de tecnificación, perdiendo su papel primordial (cuidar) por presentarse ante sus propias expectativas profesionales como de menor prestigio social y categoría técnica.

De este desequilibrio en la pérdida del concepto de lo que es propio de nuestra profesión, es decir del cuidar, el más perjudicado ha sido el “cliente” de los Servicios de

Salud, a quien se le ha estado prestando una asistencia centrada sólo en el diagnóstico y tratamiento, dejando la valoración de sus necesidades y los cuidados a un lado.

La función cuidadora se ha estado centrando solo en la enfermedad, no teniendo en cuenta que ésta no se limita solo a este aspecto, sino al cuidado de la persona sana para que sea capaz de conservar su salud, obteniendo así el auténtico objetivo de toda sociedad que es mantener niveles óptimos de salud y bienestar.

Todos estos cambios han contribuido a dar contenido a la actuación enfermera y al servicio que tiene que prestar a la sociedad.

La enfermera mantiene relación personal y constante con los enfermos y sus familiares, identifica sus necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales, planifica la actuación a seguir para cubrirlas, y mantiene una observación y evaluación constante de los resultados.

De estar actuando sólo por indicaciones de otros y con el ejercicio de la rutina, ahora trabajamos con una metodología propia y un marco conceptual que orienta nuestra actividad.

He tenido la suerte y la responsabilidad de poner en marcha la Enfermería de un Hospital de esta ciudad, impregnarla de una cultura con unos ideales concretos que definen a la propia Institución.

Mi experiencia en esa gestión directiva, me ha enseñado mucho más de lo que cuentan las teorías literarias, que por su puesto son importantes pero también son incompletas por que les falta el factor de la reacción humana que en muchos casos es imprevisible tanto la de los profesionales como la del enfermo.

### **3- Justificación de la reflexión ética**

Me parece que la justificación de la reflexión ética puede encontrarse, entre otros, en los siguientes puntos:

- 1- **Por la naturaleza de las profesiones sanitarias**, ya que tenemos entre “nuestras manos” las vidas de otros seres humanos que confían en nuestro bien hacer. Tenemos al ser humano como objeto y destinatario de nuestra actuación.

Personalmente, no soy partidaria de utilizar el término cliente o el de usuario de la sanidad, de modo generalizado, al referirme al enfermo; ya que influye en tener una imagen más comercial de la sanidad y de la relación que se entabla entre personal sanitario y el paciente o enfermo.

Me parece adecuado este término para la gestión empresarial, o para las empresas que se plantean como medio de lucro el cubrir unas necesidades que presenta un sector de la población, o que crea unas necesidades en la población para venderles un producto determinado. Esto está a la orden del día y lo podemos ver hecho realidad, por ejemplo, en anuncios televisivos de compañías de seguros, de fármacos, o de otros productos sanitarios.

Desde mi punto de vista, incide en la judicialización de la relación entre el enfermo y el profesional.

Es importante recordar que el profesional de la salud está al servicio del enfermo, no al revés.

- 2- **Por los progresos de las ciencias biomédicas** que han revolucionado el campo de la salud planteando problemas en el plano ético-asistencial que han modificado el modo de pensar, los ritmos naturales (nacimiento, muerte...) y los hábitos sociales más arraigados.
- 3- **Por transformaciones culturales** influidas por las nuevas tecnologías que han llevado a una excesiva medicalización de todas las fases de la vida. La técnica lleva el protagonismo a costa de expropiar el protagonismo correspondiente al enfermo o a su familia.

Los políticos, los medios de comunicación, la población en general, hablan de ética en la sanidad, sintiéndose directamente relacionados con los problemas concretos que van saltando al ámbito de lo público.

- 4- Han aumentado los **medios diagnósticos** sin que se hayan conseguido iguales avances en el desarrollo de los resultados terapéuticos, creándose de esta forma una discrepancia entre el diagnóstico y la terapia.

El progreso tecnológico en el campo de la salud debe ir unido al progreso moral para no correr el riesgo de que el enfermo quede reducido a un conjunto de “cantidad” a quien dar respuestas visibles, medibles, estadísticas, y privado de interpretaciones metafísicas.

### **5- Por la atención a sujetos vulnerables**

Sujetos identificados en los más pequeños (feto-embrión) como sujetos de tantas intervenciones en el campo del diagnóstico prenatal y de la procreación; en el pobre (el extranjero, el marginado) siempre tan presente en el mundo de la sanidad por el camino de los flujos migratorios y de los costes que la sanidad comporta; en el inútil (el discapacitado, el enfermo crónico-terminal, el enfermo geriátrico) que choca con la cultura utilitarista y economicista de la sanidad, y que es el candidato más próximo a las políticas eutanásicas.

### **6- Por nuevas connotaciones del binomio salud-enfermedad**

El concepto de salud va relacionado solo a factores físicos y orgánicos, olvidándose de la unidad de las “dimensiones físicas y espirituales de la persona, que se extienden al ámbito físico, afectivo, social, moral en el que la persona vive y se relaciona.

La enfermedad no es una simple patología, es un malestar existencial, consecuencia de determinadas elecciones de vida, de desplazamientos de valores y de erróneas gestiones que afectan al medio ambiente”.

## **3.- MARCO EN EL QUE SE DESENVUELVE EL PROFESIONAL**

El marco en el que se desenvuelve el profesional de Enfermería, abarca el ámbito social y político-asistencial:

Me detendré en él brevemente:

### **1- La cirugía por procesos.**

Este modelo de gestión de procesos quirúrgicos conlleva un riesgo para el enfermo, cuando no están debidamente protocolizados su atención domiciliaria al alta o la facilidad para su reingreso inmediato en caso de complicaciones no deseadas.

Se debe tener en cuenta que lo que subyace de fondo es conseguir un beneficio cuantificable al buscar rentabilidad de determinadas intervenciones disminuyendo la estancia del enfermo. El ejemplo más extremo y llamativo, en este momento, es el de las clínicas de estética.

2- **Los Convenios por tramos en procesos de media y larga estancia.** Tema muy delicado cuando se aplica en políticas de concertos con Centros asistenciales privados, ya que se les esta obligando a buscar el beneficio económico en el alta del enfermo antes de que llegue a un tramo en el que a pesar de ser enfermos de “cuidados mínimos” suponen un déficit para la institución que los acoge por tratarse de camas hospitalarias.

3- **Máxima producción / Mínimo gasto.** Este planteamiento recae directamente en la partida de recursos humanos, ya que todos sabemos que es la que mas engrosa los presupuestos de cualquier empresa de servicios. Y también en la calidad de los materiales que se utilizan, como pueden ser el material protésico, el quirúrgico, el gasto de farmacia, el de material fungible, etc.

4- **Imagen de calidad asistencial de los Centros Hospitalarios.**

Este punto es muy importante en la actualidad por la importancia en alcanzar el certificado de calidad de servicios, por una determinada empresa de auditorías de Calidad.

\* Algunos Centros se lo plantean en los **éxitos médicos**, lo que esta relacionado directamente con los “No exitus” (no fallecimientos), o disminuir la incidencia de estos. ¿Dónde va un enfermo moribundo? A su domicilio, a un hospital concertado, .....

No me alargaré en este punto comentando la situación de desprotección, no solo para el enfermo moribundo sino también para su familia, y aún más me atrevo a decir para el equipo que los recibe (enfermo y familia) en semejante situación.

\* **Tener un CAE.** Desde el año 1990 han proliferado de forma llamativa en nuestro país, aún a costa de no saber ni que era la Bioética, ni sus competencias, ni considerar si era o no necesaria su creación en determinados centros. Lo importante era tenerlo.

Según una determinada Agencia de Calidad americana, desde el año 1992, se incluye en el manual de acreditación para los Hospitales (del Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)), el disponer de algún mecanismo para ayudar a los profesionales de la salud, pacientes y familias, a abordar aquellos conflictos éticos que puedan surgir durante el proceso asistencial.



De esta acreditación depende que los Hospitales de los EEUU perciban las ayudas de los programas nacionales (Medicaid y Medicare).

\* **Disminuir el tiempo medio de estancia.** Punto también relacionado con las altas precoces, o la derivación de enfermos en los que se prevé una estancia prolongada por patología o problema social.

\* Etc.

#### **5- Protocolos de actuación /¿responsabilidad ética individual del profesional?.**

Este es un tema que nos llevaría a un debate jurídico sobre lo que puede o no puede verse implicado el profesional por haber seguido fielmente el protocolo previsto en su institución ante una actuación concreta denunciada por un usuario disconforme.

A esto yo añadiría, que algunos profesionales vienen manifestándose en contra sobre el uso de los protocolos, cuando inciden sobre actuaciones con las que en conciencia ellos no están de acuerdo.

**6- Carencia / insuficiencia de respeto personal y de trabajo en equipo multidisciplinar.** La incidencia de profesionales distintos sobre el enfermo es cada vez mayor por haberse promocionado de forma espectacular las especializaciones dentro de la sanidad. Hemos pasado de la relación médico – enfermera, a encontrar dentro de un mismo equipo: auxiliares de clínica, psicólogos, terapeutas de distinta índole, trabajadores sociales, técnicos de radiología, laboratorio, de enfermería, coordinadores de voluntariado social, voluntarios, agentes de pastoral, etc. a parte de los alumnos diversos que pululan por los Hospitales.

Por este acumulo de profesionales, la super especialización y por la judicialización de la medicina, la figura del médico y de la enfermera ocupan lugares distintos a los de comienzo de siglo. Ahora me parece que es fundamental la capacidad de respeto y de escucha dentro del equipo para que sea realmente eficaz la actuación del profesional sobre el enfermo, y cada uno ocupe el lugar que le corresponde.

#### **4.- Retos bioéticos actuales:**

##### **a- Concepto y Principios prácticos de la Bioética**

El término Bioética comienza a utilizarse a partir de los años 70. Lo que pretende la Bioética es tender un puente entre los aspectos técnicos y los humanísticos de las ciencias de la salud, tanto a nivel de investigación como de praxis.

La Bioética fundamenta la acción moral en el respeto al ser humano como realidad poseedora de una excelencia ontológica particular.

La bondad de una acción radica en el respeto a la dignidad del ser humano y en la búsqueda del bien de la persona. El ser humano es la medida, el punto de referencia entre lo éticamente bueno y lo reprobable.

De manera muy resumida trataré algunos Principios de carácter práctico:

- Principio de defensa de la vida.

La vida se constituye en el bien primordial sobre el que descansan todos los demás bienes del ser humano. De ello se desprende que el derecho a la vida es el derecho más fundamental que posibilita la existencia de los demás derechos del hombre.

- Principio de libertad y responsabilidad.

La relación clínica es una relación entre personas. Todos los implicados en esta relación son seres libres y responsables de sus actos. Esta libertad debe ser respetada por todos los que toman parte en la relación clínica.

- Principio de sociabilidad y subsidiaridad.

La sociabilidad es una característica fundamental y constitutiva del ser humano. En la sociedad actual, de marcado carácter individualista, se ha olvidado este carácter social del hombre, que por otra parte constituye la razón de ser del Estado. La solidaridad que nos une a todos los seres humanos es mucho más que un lema, socialmente apreciado y escasamente practicado. La sociedad, mediante la intervención subsidiaria del Estado, debe buscar el bien común, que no es otro sino el bien de todas y cada una de las personas en particular

Desde el principio de respeto a la dignidad del ser humano, como fundamento de nuestro quehacer profesional, se desarrollan las exigencias éticas que hacen referencia a la actuación del profesional de Enfermería.

### **b- Retos bioéticos actuales**

Como se puede deducir de todo lo expuesto hasta el momento, el profesional de enfermería se encuentra con múltiples problemas bioéticos de más o menos difícil resolución.

Los de mayor relevancia podrían ser los siguientes:

- La Confidencialidad e informatización de los Hospitales.
  
- La objeción de conciencia de los profesionales, unida a la subordinación, relacionada con el disentimiento ante ordenes médicas, protocolos de actuación (testigos de Jehová), la política asistencial de determinadas instituciones sanitarias.
  
- La autonomía del enfermo que en ocasiones se presenta de manera radical. Y relacionado con esa autonomía:
  - el consentimiento informado
  - las demandas judiciales
  - el gasto sanitario
  - las voluntades anticipadas

En este punto sería interesante, aunque no lo voy a hacer, detenernos a analizar la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica

- El concepto de calidad de vida y su aplicación en la toma de decisiones.
  
- La obstinación terapéutica, definida como el empeño desmedido de prolongar la vida utilizando medidas desproporcionadas que no llevan a mejorar el pronóstico del enfermo y que en muchas ocasiones le aumentan el sufrimiento.
  
- La aplicación de la analgesia y la sedación
  
- La reanimación y el soporte vital

Sólo añadiré, para ir terminando mi intervención, que.....

Los avances de la medicina en estas tres últimas décadas han sido espectaculares. Es preciso destacar aquellos que permiten mantener la vida en situaciones, hasta hace poco tiempo, impensables. El desarrollo de las técnicas de reanimación cardiopulmonar, los métodos empeñados en las unidades de cuidados intensivos y los avances científicos realizados en el campo de especialidades tales como la Cardiología, la Neurología y la Oncología han provocado la aparición de nuevas situaciones clínicas que han suscitado graves problemas éticos, principalmente a la hora de decidir si es o no conveniente su aplicación en determinados tipos de pacientes.

Así mismo el aumento de la media de vida, debido al progreso médico, ha provocado principalmente en Europa, un crecimiento en el número de enfermos crónicos. La medicina en su afán de servir a la vida, ha llegado a propiciar situaciones en las que, junto a una excesiva dependencia técnica, el enfermo se ha visto invadido por procedimientos que aunque le alargan la vida, le sumen en una dependencia de la misma técnica y arrastran a unas condiciones de vida muy limitadas y penosas.

Lo que ha alentado siempre el quehacer de la profesión médica y de enfermería es: “tutelar y defender la vida humana, y en particular aquellas que se encuentran más indefensas, débiles y desprotegidas”.

En contra posición cada vez se habla más de eutanasia, que ha sido definida como homicidio por compasión. Es efectivamente un acto determinado por estas dos características:

- Es homicidio porque consiste en eliminar la vida de otra persona, bien a petición propia o bien por decisión de quien la realiza.

- Es un acto que suele estar movido con frecuencia por la “compasión”, escrita entre comillas, ya que la verdadera compasión es la que conduce a ayudar a superar el problema, a padecer con el otro, a ayudar a mejorar su situación. Y en este caso a lo que conduce no es a eliminar el problema sino a la persona que lo padece.

En el informe Remelinck sobre la eutanasia en Holanda, en los casos de la “enfermeras de la muerte” de Austria, y en la legislación holandesa sobre la eutanasia, se describen situaciones en las que el equipo asistencial o la propia familia son quienes deciden la muerte del enfermo, no porque les conste su sufrimiento, sino porque “suponen que sufre”, como en el caso de enfermos con graves alteraciones de la conciencia o de la personalidad. Más parece que se quiere eliminar a una persona que

causa molestias a sus familiares o conciudadanos o requiere cuidados de terceros o, lo que puede parecer más grave, consume recursos sanitarios.

Este último motivo de la distribución de los recursos sanitarios que se adjudican para la atención o tratamiento de enfermos con graves minusvalías contrapuesto al de la falta de recursos para atender otro tipo de necesidades que pueden parecer más urgentes como las listas de espera quirúrgicas, los trasplantes de órganos, etc., está cada vez más extendido y lo defienden diversos autores a favor de la eutanasia. Es un planteamiento que lesiona gravemente la igualdad de todos los seres humanos y que sería contrario al principio de Justicia.

En varias ocasiones ha saltado a los medios de comunicación la noticia de enfermeras que quitaban la vida a los enfermos o a los ancianos que estaban a su cargo, alegando a su favor motivos humanitarios. De ninguna manera defiendo esos planteamientos de mis colegas, pero sí estoy convencida de que hay situaciones personales y profesionales que pueden llevarnos a tener un planteamiento favorable a terminar con la vida de un enfermo aunque no lleguemos a ponerlo en práctica. Y son las siguientes:

- Por compasión hacia la persona que sufre dolor constante e incontrolable.
- Por falta de medios para paliar síntomas agobiantes para el enfermo que le llevan a pedir o a desear “morir cuanto antes” haciendo partícipes de este pensamiento tanto a sus familiares como a los componentes del equipo asistencial.
- Por agotamiento físico y tensión del propio profesional, como resultado de mantenerse en el tiempo una situación de inadecuación entre cargas de trabajo y recursos humanos.
- Por insuficiente formación profesional específica para tratar a determinados enfermos y situaciones límite a las que se puede llegar en el transcurso de una determinada enfermedad. En ocasiones el profesional sobrelleva un importante desgaste emocional.

La eutanasia en cualquier caso supone una derrota de quien la teoriza, la decide y la practica. Al contrario de ser un gesto de compasión, se convierte en acto de autocompasión y de fuga, individual y social, de una situación probada como insostenible. Para las ciencias de la salud y los profesionales que las ejercen, los planteamientos pro-eutanasia y su ejercicio marcan un momento de decadencia y abdicación, además de una ofensa a la dignidad del moribundo y a su persona.

## CONCLUSIONES:

- 1- Desarrollar una mayor formación sobre las cuestiones éticas relativas a la profesión.

Se trata de hacer emerger una dote sin la que no existe ningún comportamiento moral, es la conciencia ética, que en el creyente viene iluminada por la fe y facilita un marco de valores antropológicos de los que la Revelación es depositaria. Pero aunque, un profesional, no sea creyente debe tener un marco de valores de referencia para su conciencia, porque no es imaginable que en el ejercicio de la profesión sanitaria exista un comportamiento que este totalmente privado de conciencia ética. Son por tanto posibles y deseable el dialogo y la confrontación de profesionales con distintos marcos de valores puesto que todos vemos la necesidad de que se promuevan valores concretos dentro del ámbito asistencial.

Es imprescindible el estudio de las situaciones que han llevado al incremento de factores éticos en el mundo de la sanidad y que representan un punto de partida imprescindible para cada discusión ética.

- 2- Desarrollar las actitudes de la conciencia crítica, en relación a las decisiones concretas.

Es decir incrementar las propias motivaciones, teniendo no solo la calidad profesional necesaria sino también los conocimientos éticos en su propia área de actividad, lo que supone una COHERENCIA, es decir, el haber identificado los valores antropológicos de referencia como paso sucesivo a la actividad profesional cotidiana. La coherencia es el punto de encuentro entre la competencia profesional y la conciencia; sin coherencia, la competencia y la conciencia se verían banalizadas o traicionadas.

- 3- Preparar a los estudiantes para afrontar su responsabilidad derivada de su rol de profesionales de la salud sea de forma individual o formando parte de un equipo.

RESPONSABILIDAD, que se manifiesta, en primer lugar, en conocer e interpretar las necesidades de las personas enfermas. Esta es la función de los profesionales de la salud: médicos, enfermeras, matronas, etc., estando junto al enfermo en situación de advertir (poner de manifiesto) las necesidades de tipo físico y psicológico.

No es una profesión de simples ejecutores de órdenes médicas o administrativas, o de medidas impuestas por la gerencia, sino que reclama la responsabilidad personal de los profesionales de la salud.

También es indispensable que el docente y los alumnos tengan en consideración la figura y el perfil profesional de cada uno de los profesionales sanitarios, definidos por ley, con el fin de aclarar las competencias y la colaboración con los otros profesionales que integran los distintos equipos asistenciales.

Para esta formación integral del alumno me parece muy importante el papel del tutor universitario.

“Conoce la ética de los que te cuidan y conocerás gran parte de tu futuro....”

#### **BIBLIOGRAFIA:**

- 1- Temes J.L., “Manual de Gestión Hospitalaria”, Interamericana, Madrid 1992.
- 2- Rojas P., La enfermería frente a la salud y la enfermedad del paciente. Los cuidados de Enfermería y la formación continuada en enfermería”. Manual de ética y legislación en enfermería. Mosby. Madrid, 1996.
- 3- Maloney, Elizabeth M., Etica de la Gestión. Cap 8 Dirección y Administración en Enfermería. Doyma. Madrid, 1994
- 4- Sgreccia E., Bioética. Manual para Diplomados Universitarios de Enfermería. Vita e Pensiero. Milán, 1999.
- 5- La Monica, Elaine L., Dirección y Administración en Enfermería. Mosby Madrid, 1994.
- 6- Sgreccia, E. Manual de Bioética. Diana. México, 1996.
- 7- Herranz G., “¿Eutanasia o Cuidados Paliativos?”. Revista Bioética y Ciencias de la Salud n<sup>o</sup>0, Junio 1994.
- 8- Spagnolo A., Bioetica nella ricerca e nella prassi medica”. Edz.Camilliane 1997.
- 9- Pastor L.M., “Manual de ética y legislación en enfermería”. Edit. Mosby 1996.
- 10- Astudillo W., “Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia”. Edit. Eunsa 1997

- 11- Espejo M<sup>a</sup>D. Y Castilla A., Bioética en las Ciencias de la Salud. Edit. Comares, 2001
- 12- Tomas G. Manual de Bioética. Edit Ariel, 2002
- 13- Iceta M. “Aproximación bioética al soporte nutritivo”, Mezclas intravenosas y nutrición artificial, pp. 543-562. Edit. CONVASER, 4<sup>a</sup> Edición 1999