

Facultad de Ciencias Médicas "10 de Octubre" Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas
"Victoria de Girón"

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA APLICACIÓN DE UNA ÉTICA RENOVADA AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Lic. Mainé Abascal Ramos¹ y Dr. José Ramón Acosta Sariego²

RESUMEN

A pesar de los cambios en la esfera de la salud, la ética de Enfermería ha permanecido muy apegada aún a los esquemas tradicionales centrados en la beneficencia y el cuidado. Sin embargo, las nuevas exigencias de la profesión requieren de un cambio cualitativo del modelo de atención que considere con mayor énfasis el papel de los valores en la toma de decisiones. Con este propósito se analizan diferentes enfoques en la literatura acerca de los procedimientos de discusión sobre el tema. Se realiza una revisión de los principales aportes acerca de los procedimientos de análisis y decisión en ética clínica, así como su probable aplicación al proceso de Atención de Enfermería. Se concluye que las ideas básicas para la estructuración de una propuesta cubana en este campo, debe estructurarse sobre la base de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, tener un basamento moral en la filosofía marxista y una escala ética que establezca como regla deontológica, la jerarquía superior de los valores sociales sobre los individuales.

DeCS: BIOÉTICA; ÉTICA DE ENFERMERÍA; ÉTICA MÉDICA; TOMA DE DECISIONES; ATENCIÓN DE ENFERMERÍA; CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

La situación política económica y social del mundo emergido de la segunda conflagración bélica global y el decursar impetuoso de la revolución científico-técnica, favorecieron el nacimiento de la Bioética como disciplina científica.

En el terreno de la salud pública y la biomedicina este proceso se expresó por el

acelerado ritmo de los avances en ramas tales como la terapia intensiva, la trasplantología, la biología molecular, la ingeniería genética, las tecnologías reproductivas y las neurociencias, así como el incremento de los costos y la acentuada comercialización de la asistencia médica, con el consiguiente peligro de deshumanización.

¹ Instructora y Profesora Principal.

² Especialista de II Grado en Salud Pública. Máster en Bioética y Profesor Titular.

zación ante el tecnologismo desenfrenado y la injusticia social en la asignación y distribución de recursos y el acceso a los servicios de salud.¹

A pesar de todos estos cambios globales, y particulares de la esfera de la salud, la ética de Enfermería ha permanecido muy apegada aún a los esquemas tradicionales, centrados en la beneficencia y el cuidado. El problema de investigación de este trabajo es analizar los diferentes enfoques acerca de los procedimientos de decisión sobre cuestiones éticas presentes en situaciones de salud, así como su probable aplicación al Proceso de Atención de Enfermería como posible contribución a un cambio positivo en el modelo de la profesión.

LOS PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS Y DECISIÓN EN ÉTICA CLÍNICA

La consideración del papel de los valores en la toma de decisiones ante los problemas inherentes a la atención de salud y la investigación biomédica bajo las nuevas condiciones, ha motivado la necesidad del estudio y estructuración de procedimientos que han adoptado diversos enfoques, para cuya referencia en este trabajo partiremos del excelente ensayo de *Diego Gracia* sobre el tema.²

Según el mencionado autor, los procedimientos de análisis y decisión en Ética clínica pueden agruparse en 3 tendencias fundamentales:

- Procedimientos de orientación utilitarista (principalismo y casuismo).
- Procedimientos de orientación deontologista (ética de la virtud y procedimiento narrativo).
- Procedimientos sincréticos que tratan de combinar elementos de los anteriores (el

del Hastings Center y el de *Diego Gracia*).

Los métodos utilitaristas hacen mayor énfasis en las acciones y consecuencias de éstas, mientras que los deontologistas tienen mayor preocupación por los principios morales subyacentes, que por la mayor utilidad de las acciones.

APROXIMACIONES CUBANAS

En Cuba, según *José Acosta* (Transculturación e identidad en la perspectiva cubana de la Bioética. Tesis para optar por el Grado de Magister en Bioética. Universidad de Chile, 1998) no se ha desarrollado un método de decisiones en Ética clínica propiamente dicho; sin embargo, en la obra de varios profesionales de la salud humanistas cubanos, existen referencias explícitas en la inclusión de los factores psicosociales y los valores morales en la toma de decisiones médicas, entre ellas se destaca la obra del profesor *José Ángel Bustamante*³ que, en fechas tan tempranas como 1965, estructuró una visión de la relación médico-paciente y consideraba los valores morales, individuales, con los de los grupos microsociales y la sociedad en su conjunto, por ejemplo: motivaciones del enfermo; motivaciones del médico; los procesos psicológicos de la relación médico-paciente; el carácter de la enfermedad; las características de personalidad del enfermo; las condiciones de vida y la actitud ante la enfermedad y la muerte.

Continuador de la obra del profesor *Bustamante*, el doctor *Ricardo González* también ha realizado aportes significativos en cuanto a la necesidad de sistematizar y relacionar los valores obtenidos en la exploración psicosocial del hombre sano o enfermo: objetivos de la exploración

psicosocial; sistematización; actitud filosófica y política; y la historia clínica integral.⁴

Más recientemente, *Fernando Núñez de Villavicencio* ha precisado que en la clínica de la Atención Primaria de Salud es un error identificar la beneficencia con el paternalismo; el derecho de autonomía es irrenunciable, sin embargo, en la atención primaria de salud con poca frecuencia se presentan situaciones extremas de autonomía y que el médico de familia trabaja más con los riesgos de personas sanas que con enfermos, por lo tanto, no puede limitarse a informar y obtener el consentimiento, tiene que educar.⁵

Otro aspecto del enfoque que los cubanos hemos ido elaborando se inscribe en la obra de *Silvia Martínez* sobre los valores éticos en los problemas de salud comunitaria. Sobre esta problemática ha señalado que:

- En la investigación biomédica o clínica el investigador se enfrenta a objetos complejos, pero bien estructurados.
- Al contrario, el objeto comunidad se transforma en objeto-sujeto de la investigación. Esto explica entre otros factores, la carencia de herramientas técnicas-metodológicas.
- La particular y necesaria relación gobierno-comunidad en la búsqueda de soluciones a los problemas comunitarios.
- Tendencia primermundista a exagerar la responsabilidad individual.
- La necesidad de obviar el consentimiento de individuos y poblaciones en caso de emergencias.⁶

Por último, cabe señalar el aporte de *Rafael Araujo*, quien al analizar las insuficiencias del principalismo anglosajón, ha conformado una propuesta que en gran medida complementa y redondea la aprecia-

ción de *Diego Gracia*.⁷ Para *Araujo* se hace necesario la conformación de un sistema de principios de verdadero alcance social, sin que por ello niegue la utilidad del principalismo anglosajón, que en los problemas de la clínica basa su propuesta en la interrelación de 3 principios: accesibilidad, participación y equidad.

Accesibilidad: constituye el primer principio que permite la garantía de la prestación. A partir de aquélla puede entonces comenzarse hablar de la posibilidad de autonomía. La accesibilidad es un valor colectivo que debe ser garantizado por el Estado en cualesquiera de sus variantes. Cuando hablamos de garantía nos referimos a la planificación, control, y exigencia del acceso, sea realizado directamente por el estado, exigido por la sociedad civil o compartido por ambos.

Participación: frente a la accesibilidad como valor colectivo, la participación es el principio que garantiza la libertad de tomar parte en la planificación, control, organización y disfrute de las acciones de salud. Ella constituye la base de la producción social de la salud frente al concepto de *Salud por todos y para todos* a través de la cual la sociedad organizada es sujeto de su propia historia y conductora de los procesos para producir o mantener la salud.

Equidad: como valor garantiza la justicia, la que desde nuestro punto de vista debe ser comprendida en salud como *Darle a cada cual lo suyo*, entendido esto último como lo necesario en cada caso. En el plano social, en materia de salud, no es correcto valorar la adecuación de una acción de salud a las responsabilidades individuales del enfermo, cuando de por medio se encuentra la decisión de la existencia misma del paciente. Mucho menos debe ser subordinada la atención a razones económicas, que muchas veces no dependen si-

quiera de la voluntad de la persona que debe ser asistida.

EN BÚSQUEDA DE UN NUEVO MODELO PARA LA ÉTICA DE ENFERMERÍA

Florence Nightingale, reconocida como la primera enfermera profesional, reseñó un elenco de virtudes que deben caracterizar a una buena enfermera: "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." ⁸

Ha sido una búsqueda incansable el definir cuál es la misión de la Enfermería. La abundante bibliografía al respecto nos presenta variadas acepciones de la misión de cuidado: cuidado como trato humano ("un modo humano de ser") al que se le incorporan conocimientos y habilidades para llegar a profesionalizarse; cuidado como imperativo moral (compromiso personal de mantener la dignidad e integralidad de las personas); cuidado como afecto (implicación emocional, empatía, intimidad); cuidado como atención biológica (búsqueda de resultados fisiológicos como indicadores de cuidados) y por último, cuidado como acción terapéutica en la que el paciente percibe sus necesidades y demanda el tipo de cuidado que precisa y la enfermera ofrece acciones encaminadas a satisfacer dichas necesidades. ⁸

El personal de Enfermería se apoya en el Proceso de Atención de Enfermería, que es un método científico para brindar cuidados integrales a personas sanas o enfermas, acorde con las necesidades o problemas del paciente, para el cual es necesario partir de un diagnóstico de Enfermería que sirva de base para la acción y materialización del plan de cuidados.

Iyer, Taptich, Losey en su obra *Proceso de Atención de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería*, hacen referencia a un trabajo que en 1989 realizaron *Cassells* y *Redman*, en el cual una muestra de 742 enfermeras describieron los tipos de dilemas éticos que habían tenido en su práctica clínica un año después de su graduación. ⁹

Las cuestiones éticas más frecuentes a las que se enfrentaron son las siguientes:

- Cuestiones sobre consentimiento informado por los clientes antes de someterse a procedimientos quirúrgicos y pruebas o tratamientos arriesgados.
- Cuestiones específicas sobre el inicio de una reanimación cuando el cliente muere de forma inesperada.
- Cuestiones relacionadas con la interrupción de tratamientos vitales.
- Dilemas morales a la hora de atender a clientes con un mal pronóstico o una enfermedad terminal.
- Evaluación del grado de capacidad del cliente a la hora de tomar sus propias decisiones.
- Clientes que rechazan el tratamiento.
- Cuestiones específicas en cuanto a retener información a los clientes.
- Distribución de recursos escasos.

En Cuba no conocemos que se hayan hecho trabajos de esta envergadura, sin embargo, si tomamos en consideración la interrelación entre los patrones diagnósticos e intervenciones de Enfermería en el

Proceso de Atención de Enfermería, podemos tomar esto como referencia para una reflexión inicial sobre una probable propuesta de procedimientos para la toma de decisiones éticas en Enfermería. Los elementos comprendidos en los patrones del Proceso de Atención de Enfermería que se asocian a diagnósticos y, por tanto, subyacen bajo las decisiones que deben asumir los enfermeros en este país son:

Biofísicos	Emocionales
Percepción de la salud-control de la salud.	Percepción del sí mismo-concepto de uno mismo
Nutricional-metabólico	Rol-relaciones
Eliminación	Sexualidad-reproducción
Actividad-ejercicio	Afrontamiento tolerancia al <i>stress</i>
Sueño-reposo	Valores-creencias
Cognoscitivo de la percepción	

"La teoría del consentimiento informado está llamada a ser un factor fundamental de transformación, tanto de las relaciones sanitarias como de la forma de comprender la actividad terapéutica. La Enfermería puede convertirse en uno de los pilares de esta transformación, si se supiera tanto el esquema tradicional paterno-materno-filial de relación sanitaria, como el más moderno de la enfermera como representante y abogada del paciente, donde su origen como profesión es el de mantener la salud y prevenir la aparición de enfermedades, colaborar con los otros profesionales sanitarios en el restablecimiento de la salud cuando ésta se pierde y aliviar al máximo posible el malestar y el sufrimiento del paciente."¹⁰

Según *Pablo Simón e Inés M. Barrio*, la Enfermería se encuentra en una posición privilegiada para poder actuar como un elemento fundamental en la realización del proceso integral de consentimiento informado. Esta posición estriba en su contacto

mucho más continuado, prolongado e intenso con los enfermos, que el que poseen habitualmente los médicos, sobre todo en el nivel hospitalario. Esto implica que el personal de Enfermería con frecuencia establece relaciones de mayor cordialidad con los pacientes y, por consiguiente, la comunicación es más fluida. Se hace imprescindible desarrollar un enfoque adecuado a nuestro contexto que nos permita aplicar los elementos valiosos de estos aportes a las nuevas condiciones y problemas que enfrenta la práctica de la Atención de Enfermería.

En un trabajo anterior hemos planteado las ideas preliminares para la conformación de un procedimiento de decisión para las cuestiones éticas que surjan en la atención de salud en las condiciones de nuestro país (Acosta J. Propuesta metodológica para un procedimiento de análisis y decisión en ética clínica. Ponencia para optar por el II Grado de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1998). Se trata en él de conciliar los aportes nacionales con los internacionales en una propuesta metodológica que a continuación desarrollaremos, aplicándolas a las distintas etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Etapas de valoración: en esta etapa se deben identificar los factores concurrentes en el problema, tanto los hechos clínicos advertidos en la exploración, en el caso que estemos abordando un problema individual o los hechos epidemiológicos si estamos abordando un problema comunitario. Los valores morales individuales y colectivos que influyen en la situación, así como los factores económicos y sociales generales constituyen el contexto de la situación a la cual nos enfrentamos.

Etapas de intervención: comienza con el diagnóstico de la situación de salud individual o colectiva sobre la base de los fac-

tores concurrentes, así como los posibles conflictos éticos subyacentes, una vez realizado este diagnóstico integral de problemas estamos en condiciones de poner en práctica el proceso de decisión.

Partimos de un sistema de referencia moral, cuya premisa ontológica es el aserto marxista de que el hombre es el conjunto de todas las relaciones sociales y, por tanto, en esencia social y una premisa deontológica sustentada en una escala ética que incluye en un primer nivel los principios propuestos por *Araujo* de accesibilidad, participación y equidad y 2 niveles subsecuentes de acuerdo con el ordenamiento jerárquico planteado por *Diego Gracia*, o sea, un segundo nivel que incluye los principios de justicia y no maleficencia y un último representado por los principios individuales de beneficencia y autonomía.

Esta escala ética, por tanto, preconiza como regla la priorización del papel de los valores sociales y grupales sobre los individuales. Deben identificarse todas las alternativas de decisión posibles que ponderarán las consecuencias previsibles con relación a la regla y la escala ética establecida. La toma de decisión es la selección de la alternativa que responda de la forma más adecuada con la regla establecida. La ejecución consistiría en la puesta en práctica de la decisión.

Etapas de evaluación: última etapa, consiste en el análisis de las consecuencias y resultados de las acciones producto de la toma de decisión y las posibles acciones correctoras.

Teniendo en cuenta estas valoraciones sobre Bioética, decimos que la ética aplicada tiene como función la búsqueda de solución a problemas concretos que para la salud y la vida han surgido del desarrollo económico, social y científico contemporáneo, en cuyo empeño es esencial no sólo la pregunta por el fundamento moral de las acciones, sino también el diseño de procedimientos de análisis y decisión que guíen las mismas. La Bioética es un fenómeno transcultural, pero que a la vez se sustenta en la multiculturalidad. Por tanto, sería un error transplantar miméticamente construcciones propias de contextos primermundistas a nuestras culturas periféricas. Los procedimientos de análisis y decisión producidos por la Bioética hasta el momento se dirigen fundamentalmente a la solución de los problemas clínicos. La Ética de Enfermería se ha centrado en la cuestión de la virtud y el cuidado, sin embargo, las nuevas exigencias de la profesión requieren de un cambio cualitativo del modelo de atención que considere con mayor énfasis el papel de los valores en la toma de decisiones. Las ideas básicas para la estructuración de una propuesta cubana de procedimientos de decisión ética en Enfermería debe estructurarse sobre la base de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, debe tener un basamento moral en la ética marxista y una escala ética que establezca como regla deontológica la jerarquía superior de los valores éticos sociales sobre los individuales.

SUMMARY

In spite of the changes occurred in the health sphere, nursing ethics has remained very attached to the traditional schemes centered on beneficence and care. However, the new demands of the profession require a qualitative change of the care pattern that makes more emphasis on the role of values in the decision making process. To this end, different approaches are analyzed in literature regarding the procedures of discussion on this topic. A review of the main contributions made in relation to the analysis and decision procedures in the field of clinical ethics as well as their probable application to the Nursing Care process is made. It is concluded that the basic ideas

for making a Cuban proposal in this sphere should be structured on the basis of the stages of the Nursing Care Process, have a marxist moral foundation and an ethic scale that establishes as a deontological rule the higher hierarchy of the social values over the individual ones.

Subject headings: BIOETHICS; ETHICS; NURSING; ETHICS, MEDICAL; DECISION MAKING; NURSING CARE; QUALITY OF HEALTH CARE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta J. ¿Quién debe decidir? *Avan Méd Cuba* 1996;(6):59-62.
2. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica Madrid: Editorial Eudema Universidad, 1991.
3. Bustamante JA. Psicología médica. 2a ed. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1967.
4. González R. Psicología para médicos generales. 2a ed. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1984.
5. Núñez de Villavicencio F. Bioética: el médico, un educador. En: Bioética. Desde una perspectiva cubana. La Habana: ed. Centro Félix Varela, 1997:128-9.
6. Martínez S. La investigación comunitaria y los valores éticos. En: Bioética. Desde una perspectiva cubana. La Habana: ed. Centro Félix Varela, 1997:67-72.
7. ____ Ibidem 3:30.
8. Barrio IM. Humanización de enfermería y bioética. En: Bermedo JC. Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería. Madrid: San Pablo, 1997:51-67.
9. Iyer P, Tptich B, Losey D. Cuestiones legales y éticas y el proceso de enfermería. En: Proceso de enfermería y diagnósticos. 2 ed. Madrid: 1993:300-28.
10. Simón P, Barrio LM. El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral. *JANO* 1995;48(1117):55-64.

Recibido: 16 de mayo del 2000. Aprobado: 18 de septiembre del 2000.

Lic. *Mainé Abascal Ramos*. Facultad de Ciencias Médicas "10 de Octubre". Ciudad de La Habana, Cuba.