

Fundamento ético de las decisiones complejas del profesional de enfermería

Ethical grounds of complex decisions of the nursing professional

José Enrique Gómez-Álvarez¹

¹Facultad de Filosofía, Universidad Panamericana, Distrito Federal, México

Palabras clave:

Ética en enfermería
Filosofía en enfermería

Resumen

Las discusiones acerca de la ética y las reflexiones sobre los compromisos y responsabilidades de los profesionales de enfermería respecto al cuidado de la persona, la familia o la comunidad, constituyen instancias centrales de interpelación de la práctica del cuidado. Dichas discusiones sirven no solamente para indagar sobre el sentido de la práctica misma (surgen interrogantes del porqué, para qué y para quiénes es el cuidado de enfermería como objeto de estudio y cuál es el mejor modo de realizarlo) también pueden ser útiles para problematizar el tipo de relación que el profesional de enfermería establece con las personas, familias o grupos que atiende en sus procesos de salud o enfermedad.

Keywords:

Nursing Ethics
Nursing Philosophy

Abstract

Discussions about ethics and reflections on the commitments and responsibilities of nurses regarding the care they provide to the patient, the family, or the community constitute fundamental questions in the interpellation of care practices. These discussions serve not only to investigate the meaning of the practice itself (questions arise, regarding why, for what and for whom is nursing care, as an object of study, and what is the best way of carrying it out), they can also be useful to question the sort of relation that the nursing professional establishes with patients, families or groups they look after in their health or disease processes.

Correspondencia:

José Enrique Gómez-Álvarez

Correos electrónicos:

jegomezalvarez@yahoo.com
jegomezalvarez@edgarmorin.mx

Fecha de recepción:

03/11/2014

Fecha de dictamen:

23/01/2015

Fecha de aceptación:

20/03/2015

Introducción

Algunas definiciones que aporta la filosofía sobre la ética son el marco de referencia para el abordaje de los niveles de reflexión ética que coexisten y tienen especial relevancia para comprender el fenómeno en el campo de cualquier disciplina. Desde esta perspectiva, vale la pena hacer una distinción entre ética y moral.

Berbeglia señala (citado por Gazzotti):

... la moral es un cúmulo de normas y valores concretos por los que se rige la conducta de un grupo social en un tiempo determinado y que establece, además, la sanción o el encomio de las acciones realizadas por sus miembros. La ética, en tanto, consiste en la reflexión segunda y derivada, efectuada por las filosofías, que se basan en parte, al menos, en la materia prima de las normas y valores aludidos, que le sirven como trampolín para sostener teorías más universalizadoras y fundamentadas racionalmente.¹

En términos filosóficos, la ética consiste en la tematización del *ethos*, entendido como “un conjunto de actitudes, convicciones o creencias morales y formas de conducta de una persona o grupo social”.¹ Cada grupo social tiene su propio código de normas y conductas que no son parámetros establecidos de una vez y para siempre, sino que están en estricta relación con el contexto histórico social del que forman parte. Al respecto, existen cuatro niveles de reflexión ética que conviven generando diversas formas de conceptualizar y entender un problema de naturaleza moral:

- I. La *reflexión moral*, la cual no es estrictamente filosófica; más bien, es una reflexión espontánea, acrítica y asistemática que guía las decisiones cotidianas, acerca de lo que se debe hacer, para luego actuar en consecuencia.
- II. La *ética normativa*, que surge con la pregunta ¿por qué debemos hacer lo que hacemos? Maliandi argumenta que: “cuando se advierte que no todos opinan unánimemente sobre lo que ‘se debe hacer’” la pregunta básica acerca de lo que se debe hacer, y (en caso que se obtenga para ello alguna respuesta) la de ¿por qué se hace lo que se debe hacer? se inicia la ética filosófica, que representa la reconstrucción de los principios que rigen la vida moral, es decir se intenta fundamentar la norma.²
- III. La *metaética*, la cual ocurre cuando se “examina la validez de los argumentos que se utilizan para la fun-

damentación que lleva a cabo la ética normativa. Establece el significado de los términos y enunciados éticos”, es decir cuando se demandan aclaraciones sobre los significados.²

- IV. La *ética descriptiva*, que proviene por fuera del *ethos*, es decir donde se estudian las costumbres, los códigos normativos, las creencias de la facticidad normativa en cuanto a su estructura y funcionamiento, lo que se traduce en todo aquello que juzgamos que no puede ser cambiado (actuemos como actuemos, hagamos lo que hagamos) las cosas van a seguir como están; o, en otras palabras, la expresión “los así llamados hechos de la vida”. En contraparte, existe la posibilidad de que todas aquellas situaciones que permitan ser cambiadas en un margen amplio de acción, podrían ser diferentes a futuro si se actúa en forma efectiva. Una competencia primordial en la vida es aquella que nos permite hacer esta distinción de una manera razonada en todos los actos de nuestra vida.¹

De hecho, todas las personas que vivimos en sociedad operamos sobre un saber moral, es decir, un conjunto no tematizado ni cuestionado de creencias morales, códigos de normas y costumbres.

Existe un principio fundamental conocido con el nombre de *sindéresis*^{2,3} de la ética o moral según el materialismo filosófico, *ley fundamental* o norma generalísima de toda conducta moral o ética, o, si se prefiere, el contenido mismo de la *sindéresis* podría enunciarse de este modo: “Haz el bien y evita el mal”, o bien, obro ética o moralmente en la medida en *que mis acciones puedan contribuir a la preservación de la existencia de los sujetos humanos*, y yo entre ellos, en cuanto son sujetos actuantes, que no se oponen, con sus acciones u operaciones, a esa misma preservación de la comunidad de sujetos humanos. Es muy posible que la mayoría de los profesionales de la salud, si no es que todos, estarían de acuerdo. Sin embargo, la dificultad aparece cuando se añaden cuestionamientos específicos acerca de *lo que es el bien*, una vez que se circunscribe a un espacio o al ejercicio de una profesión en particular, por ejemplo, el ejercicio práctico de la enfermería, con una diversidad de campos y escenarios de acción, como el clínico, comunitario, educativo, de gestión e investigación, entre otros. En todos ellos, el profesional de enfermería deberá favorecer el acceso y la efectividad del *cuidado* a las personas y salvaguardar los principios que lo rigen como la solidaridad, integridad, equidad y calidad, en términos que hacen referencia a la

ética, la humanización y a los conocimientos necesarios para ser llevado a cabo de manera que responda a las necesidades de atención de las personas, familia y sociedad.

La vulnerabilidad humana predispone al sufrimiento físico y espiritual, es decir, que los seres humanos durante una experiencia de enfermedad somos frágiles, en ocasiones sometidos al calor, frío, sed, hambre, inseguridad, fracaso, dolor y muerte. La enfermedad puede sobrepasar las fuerzas de los seres humanos para cuidarse y para cuidar a los demás, pero no sobrepasa la dignidad de las personas y tampoco debe ser obstáculo para ser reconocida por quienes tienen la misión de cuidar. La responsabilidad ética en el cuidado se basa en la relación e interacción con la persona y la familia; su propósito debe ser resolver las necesidades con el máximo de beneficios, el mínimo de riesgos y con respeto a los derechos de los pacientes.

Sin embargo, el desarrollo del conocimiento actual de la medicina ha llevado a intervenir tanto la vida como la muerte de las personas; en el diario acontecer, los profesionales de enfermería enfrentan situaciones que plantean dilemas desde los más simples a los más complejos, por ejemplo: entre la indicación médica de procedimientos invasivos e intervenciones con exposición a riesgos y daños.

Respecto a la decisión propia del profesional de enfermería ante situaciones complejas, pueden surgir algunas otras interrogantes como *¿Es bueno para el paciente este procedimiento o intervención que voy a realizar?* Se puede todavía reducirlo más, por ejemplo, *¿Será bueno decirle la verdad sobre los riesgos de no protegerse con preservativo frente a su esposa?* Dicho de otro modo, más que preguntarnos, tema de larga discusión, en cuanto a la naturaleza del bien en abstracto, más bien lo llevamos al terreno de lo práctico a partir de principios muy generales. En este caso: no debo mentir.

Ahora bien, hay preguntas que nos hacemos y la respuesta (ética) puede resolverse así, *¿Es lícito intervenir sin su consentimiento a un paciente que está consciente de que esa intervención es un procedimiento doloroso?* La respuesta en primera instancia es no. Pero hay ocasiones en que nuestra decisión sí tiene implicaciones en conflicto. En conflicto de valores, claro está. Si trata de estabilizar electrolíticamente a un paciente, usted sabe con certeza que es probable que esto pueda producirle un desequilibrio que ponga en riesgo su vida, ¿qué hace? Esto es un ejemplo de lo que significa *perplejidad moral*. La perplejidad moral no es un mero estado de duda. La perplejidad oscila entre decidirse por lo uno y por lo otro. Pero nadie puede instalarse cómodamente en la contradicción. Se tiene que resolver.

Los principios de perplejidad son criterios de decisión en estos casos. Su finalidad es disminuir el mal o daño y fomentar el bien; esos principios a menudo son invocados para tratar de enfrentarse a situaciones límite y tomar una decisión ética en la que los actos maleficentes se hacen presentes (figura 1).⁵

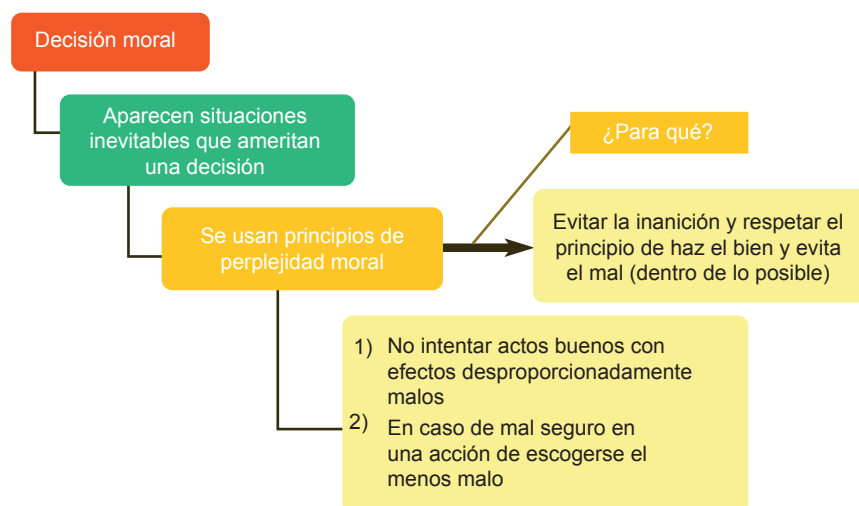
Entre los principios de perplejidad moral se puede mencionar el de *doble efecto* y el de *cooperación con el mal* (PCM). *Cooperar* generalmente es “obrar con otro”, esa ayuda que las personas se prestan puede tener mayor inclinación a actos de maleficencia más que de beneficencia, ya sea por influencia en la voluntad del que ejecuta la acción; por participación en la misma acción; y, al facilitar o dar la posibilidad de actuar. La utilidad práctica de este principio, en el análisis ético-decisional del profesional de enfermería, se contrasta con la *Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería* en el Sistema Nacional de Salud, la cual tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables; en esa lógica, si “cooperación” significa trabajar con otro en la ejecución de una acción, entonces al redelimitar el concepto, *cooperación con el mal* significa trabajar con otro en la ejecución de una acción moralmente errada.^{2,4}

Pero aún persiste la interrogante sobre cuáles son los elementos que permiten valorar un acto humano como bueno o malo, es decir, cuáles son las circunstancias, las motivaciones y el objeto moral que subyace al acto humano en sí mismo. Cabe señalar que si consideramos como “buenas” las acciones que dentro de una profesión resultan promotoras del desarrollo humano. Así, en una perspectiva ética podemos aterrizar los bienes humanos como lo señala Mc Intyre:⁶

Cualquier lista de obstáculos y peligros ha de comenzar mencionando los mismos factores letales... enfermedades predadoras... lesiones, una alimentación defectuosa... hay que añadir todos los factores y estados que suponen una amenaza para el desarrollo...

En otras palabras, son las acciones que condicionan el florecimiento humano, que, como tal, es un elemento crucial que tiene un significado en la dignidad humana, no en cuanto al ser viviente, porque si fuese así, el objetivo de las ciencias de la salud sería mantener la metabolización biológica a toda costa, y de lo que se trata es de mantener al máximo la expresión de la humanidad del paciente; de

Figura 1. Criterios de decisión de acuerdo con el principio de perplejidad moral



ahí que es lícito en ocasiones suspender intervenciones clínicas que aunque mejoren el metabolismo del paciente, ofenden a su persona.

Desde esta perspectiva, se ofrece una definición ampliada de *cooperación con el mal*, que implica trabajar (actuar o apoyar) con otra persona en la ejecución de una acción con objeto moral errado en determinadas circunstancias atenuantes o agravantes del daño moral, y con una intención específica del cooperante, que de algún modo disminuyen la capacidad del desarrollo humano.

Puede suceder que a menudo nos encontremos con situaciones complejas, ante las que se debe tomar la decisión sobre un bien mayor a expensas del daño que tienen sus efectos; por ejemplo, los eventos temporalmente asociados a la vacunación (ETAV)⁷ y el Manual de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI).⁸

Por esa razón es permitido cooperar con acciones que sabemos suponen un daño o mal (PCM), con las siguientes restricciones:

1. La acción del cooperante ha de ser en sí misma buena o indiferente. [Sin entrar, *por mor* (por causa) del argumento si realmente existe el mal o el bien moral]. Al menos, intuitivamente hay actos generalmente calificados como malos. Ejemplo: “No quitar la vida del inocente”.
2. El fin del agente ha de ser honesto, es decir, únicamente debe querer el efecto bueno y rechazar de verdad el malo.

3. El efecto bueno que se pretende (conseguir un bien o evitar un mal) no puede ser consecuencia del efecto malo.
4. Ha de existir una causa proporcionalmente grave a la entidad del daño y a la inmediatez y probabilidad con que se siga a la acción de cooperación en el mal.

Para tener una mejor comprensión de la relación entre el acto humano de cooperar con el mal en la práctica de enfermería, es pertinente comentar sobre los principios científicos que la guían y lo que se considera como buena práctica, concepto que se justifica tan solo por la acción como tal, es decir la posibilidad de intervenir técnicamente con la mayor eficacia o efectividad. A partir de situaciones vividas en unidades de atención de primer nivel y el servicio de unidad de cuidados intensivos (UCI), particularmente en esta última, las indicaciones de tratamiento implican afectación a la dignidad del paciente. Por supuesto que es incuestionable el carácter técnico de la práctica, el deber es cuestionarse sobre la “buena práctica” en la que coexiste la cooperación en el daño a la persona, al sobreponer el hecho tecnológico al de la mera metabolización.^{9,10}

Derivado de lo anterior, surgen algunas preguntas, en caso de que el paciente rechace los tratamientos (en conciencia): ¿*Debemos someterlo?* Si como profesional afirmo que lo que se realiza es una buena práctica basada en estudios clínicos, ¿*Basta para que sea aceptada?* ¿En realidad se actúa para bien del paciente o se voltea (moralmente hablando) hacia otro lado?

Sin pretender dar respuesta a las interrogantes anteriores, Gutiérrez *et al.*¹¹ encontraron que la despersonalización es evidente cuando se analiza el derecho del paciente a un trato digno, y aunque el 69 y 55 % de las enfermeras sabe que los pacientes tienen derecho a la autonomía e intimidad, resulta que más del 70 % considera que no se respeta la decisión e intimidad del paciente, ofrecimientos diagnósticos y terapéuticos.

Sin lugar a duda los profesionales de enfermería pueden aterrizar los principios abstractos (utilitarista, deontologista, personalista) al accionar concreto. Con particular interés, está la formación de los alumnos al prepararlos con una postura y opción ética que exija algo más que el ejercicio de una ética espontánea o innata o una ética especulativa con hermosos razonamientos, pero ausente de una práctica concreta para enfrentar situaciones reales. Las decisiones complejas que cotidianamente enfrentan los profesionales de enfermería deben centrarse en la complejidad de los pacientes, los cuidados críticos, la colaboración y seguimiento de tratamientos médicos que ameritan una elección *in situ*, o a veces una acción que produce daño, tan solo porque que no se puede evitar hacerlo.^{12,13}

Por ejemplo Silen *et al.* reportan que las enfermeras suecas sufren del síndrome de *burnout* relacionado con los dilemas éticos que enfrentan en la práctica (perplejidad

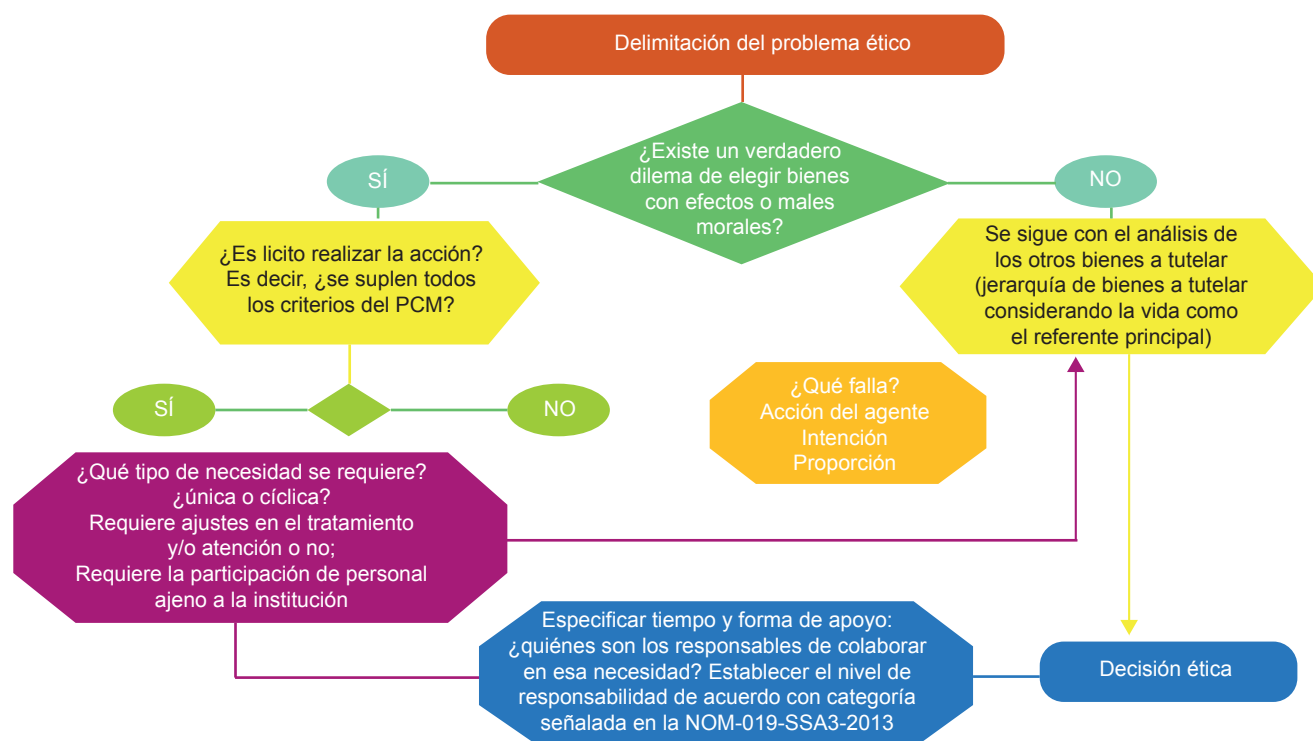
moral). Citan los autores el testimonio de una enfermera “Well, the classic case, I must say, is when a patient comes in and is in a bad way and can’t eat. Do you give no treatment, or do you put the patient on a drip and use a probe and all that? I think that’s dreadfully difficult” (Nurse 8). [“Bueno, el caso clásico, debo decir, es cuando un paciente llega en tan mal estado que eso le impide comer. No se le da tratamiento o solo se instala una venoclisis y se le administra solución gota a gota al paciente y ¿eso es todo? Pienso que eso es muy difícil (Enfermera 8)]. La enfermera, sin expresarlo en términos técnicos habla de la dificultad de aplicar el principio de *sindéresis*, *haz el bien y evita el mal*. A veces no podemos hacer el bien deseable o evitar los males.¹⁴

En relación con la toma de decisiones de acuerdo con el nivel de responsabilidad profesional de enfermería, que según lo expuesto en la NOM-019-SSA3-2013,¹⁵ se definen los niveles de complejidad de los cuidados de enfermería, así como las intervenciones de enfermería de carácter dependiente, interdependiente e independiente (figura 2).

Conforme a la norma oficial la definición del nivel de responsabilidad es el siguiente:

Los cuidados de alta complejidad: son los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde

Figura 2. Algoritmo decisional con base en la NOM-019-SSA3-2013 y el principio de cooperación con el mal



comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

Los cuidados de baja complejidad: son los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

Los cuidados de enfermería de mediana complejidad: son los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.

Conclusión

Los principios éticos de perplejidad moral, sindéresis y de cooperación con el mal son de esos principios que aunque no refutan un modelo científico de la evidencia son fundamentales en la práctica del profesional de enfermería para fortalecer su postura ética ante situaciones complejas al momento de tener que tomar decisiones sobre la atención del paciente. Dicho de otro modo, hay que procurar que la dignidad del paciente esté por encima de cualquier otro interés, de los logros y éxitos de las intervenciones de enfermería. La comprensión del PCM nos ayuda a distinguir los medios por encima de los fines propios de la profesión. Asimismo mejora la autonomía del profesionista respecto a las decisiones que toma. Es notable señalar que también el nivel y el tipo de decisiones, cualitativamente hablando, deben distribuirse de acuerdo con los niveles de responsabilidad ya señalados en la normatividad vigente.

Referencias

1. Gazzotti L. Dilemas de la práctica profesional: cuando la ética y la moral devienen en problemas antropológicos. *Runa*. 2008;28:29-42. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180813905002>
2. Maliandi R, Thüer O, Cecchetto S. Los paradigmas de fundamentación en la ética contemporánea. *Acta Bioethica*. 2009;15(1):11-20. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n1/art02.pdf
3. Cuervo F. Principios morales de uso más frecuente. Madrid: Rialp; 1994.
4. Hayes EJ, Hayes PJ, Kelly DE, Drummey JJ. *Catholicism and ethics. A medical/Moral handbook*. EUA: C.R. Publications; 1997.
5. Falgueras-Salinas I. Perplejidad y Filosofía trascendental en Kant. EUNSA; 1999.
6. Mc Intyre A. *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós; 2001.
7. Saldaña-Hernández PM. Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación. Secretaría de Salud, 23 de octubre de 2013. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/regsan/foros/fv%20hospitales/etav.pdf>
8. Secretaría de Salud. Manual de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI). México: Secretaría de Salud; 2014.
9. Gómez AJE: El consentimiento informado en los procedimientos de laboratorio: calidad y respeto en primer nivel de atención. En: Márquez Mendoza, O. Veytia López, M Guadarrama Guadarrama, R. (compiladores). *Reflexiones latinoamericanas en Bioética*. México: UAEM/Torres Asociados; 2014. pp. 143-156.
10. Gómez AJE. La autonomía del menor, bioética y religión: fuente de paradojas. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010;67:223-9.
11. Gutiérrez RL, Mederos SE, Vásquez OM, Velázquez MA. Derechos del paciente hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2001;9:15.
12. Fraile G. Ciencia, ética y enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2002;8:13.
13. Gálvez T. Evidencias, pruebas científicas, enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Enfermería Global*. 2003;3.
14. Sile M, Tang PF, Wadensten B, Ahlstrom G. Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *The Free Library*. 08/012008. Disponible en: [http://www.thefreelibrary.com/Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing.-a0183489363](http://www.thefreelibrary.com/Workplace+distress+and+ethical+dilemmas+in+neuroscience+nursing.-a0183489363)
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud; 2013.

Cómo citar este artículo:

Gómez-Álvarez JE. Fundamento ético de las decisiones complejas del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(3):197-202.