

Dilemas éticos

Ehtical dilemma

Elizabeth Villarreal Cantillo¹, Gloria Visbal Illera²

Resumen

Son múltiples los dilemas éticos que enfrentan los profesionales de enfermería en el cumplimiento de su labor y que sugieren una toma de decisión fundamentada en los conocimientos, habilidades y en la experiencia, pero donde la ética y la moral es la que posibilita que esta se soporte en valores, principios y argumentos éticos.

Aplicar la Bioética y cumplir con los Derechos Humanos requiere una profunda modificación en toda la cultura sanitaria; ya sea en los propios profesionales, en sus relaciones inter- e intraprofesionales, ya en la organización y gestión de los servicios. No basta con tener normativas, hay que realizar cambios y aportaciones delimitando el quehacer y estableciendo la corresponsabilización que permita la contribución de cada grupo profesional. En este artículo se realiza una reflexión sobre algunos dilemas éticos en el ámbito hospitalario, planteando situaciones dilemáticas que nos sirvan para tomar conciencia sobre la importancia de cuestiones tan relevantes como el respeto a la autonomía del paciente, el consentimiento informado, la justicia distributiva de los recursos sanitarios, entre otros.

Palabras clave: Dilema, bioética, enfermería.

Abstract

There are many ethical dilemmas that nursing professionals have to face in fulfilling their work and that suggest decision making should be based on knowledge, ability, skills and experience, but where ethics and morality are the ones that enable this work to be supported on values, principles and ethical arguments.

Applying Bioethics and Human Rights requires a radical change in the whole culture of health; whether professionals themselves, in their personal and intraprofessional relations, and in the organization and management of services. It is not enough to have rules, you have to make changes and contributions delineating the work and establishing joint responsibility, that allows the contribution of each professional group.

This article is a reflection on ethical dilemmas taking place in hospitals, raising controversial situations that serve as awareness on the importance of such relevant issues as respect for patient autonomy, informed consent, and distributive justice of health resources, among others.

Keywords: Dilemma, bioethics, nursing.

¹ Enfermera Mg en Educación. Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia).

² Magister en Bioética. Universidad del Bosque.

Correspondencia: Elizabeth Villarreal Cantillo. Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia), Km 5, vía a Puerto Colombia. A. A.: 1509 (Colombia). evillare@uninorte.edu.co

INTRODUCCIÓN

El concepto de *cuidar* ha estado presente desde nuestros orígenes, pero el de la *ética del cuidado* inicia desde la mitad del siglo XIX, cuando surge la enfermería como profesión por los aportes de Florence Nightingale, quien incorporó dos principios éticos en el actuar: 1) *la fidelidad al paciente*, comprendida como el cumplimiento de obligaciones y compromisos con el ser cuidado, tal como guardar secreto profesional sobre las confidencias de los pacientes, y 2) *la veracidad*, principio de obligatorio cumplimiento aun cuando el profesional de enfermería enfrente situaciones difíciles, como en el caso de admisión de errores por acción u omisión (1). Para la enfermería, esto representa el respeto por la dignidad de las personas, expresado claramente por el CIE en su código deontológico: “La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto” (2).

MORALIDAD EN LA ÉTICA DEL CUIDADO

El concepto de *ética del cuidado*, como ya se indicó, se origina con Nightingale, pero toma cuerpo con los estudios de investigación en Psicología, con los trabajos de Jean Piaget (1932), a fin de describir el comportamiento moral del ser humano.

Pero fue Lawrence Kohlberg (1981 - 1984) quien estudió los dilemas morales o situaciones hipotéticas en la toma de decisiones de una persona, enriqueciendo el conocimiento sobre la forma de cómo ocurre el desarrollo moral, apoyando la asociación entre madurez cognitiva y madurez moral.

Desafortunadamente, el hecho de excluir a las mujeres en su estudio lo condujo a concluir que estas tenían menor desarrollo moral que los hombres, lo cual llevó a los críticos a poner en tela de juicio su concepto de moralidad en las mujeres (3, 4).

Carol Gilligan (1982), avanzando en este análisis, indica que las mujeres definen la moralidad y basan sus decisiones morales en hechos distintos a los de los hombres. Las mujeres entienden la moralidad en términos de egoísmo versus responsabilidad y no en términos de imparcialidad o de justicia. Mientras los hombres construyen su identidad como “sujeto” activo y con poder, que buscan satisfacer sus necesidades, las mujeres son el objeto complementario pasivo y sin poder, entregadas a la satisfacción de las necesidades ajenas, por encima incluso de las propias. La mujer tiene mayor sensibilidad, en consecuencia, su juicio moral se enfoca hacia la responsabilidad y la moral centrada en el cuidado a otros (5).

Esto, en términos de lo que Gilligan plantea como voces diferentes, no lo asocia al sexo, sino al manejo del tema con diferentes aproximaciones por la forma de pensar y enfocar el análisis de una situación. Así, Gilligan en su análisis plantea que las mujeres identifican en la ética del cuidado lo bueno, lo justo en términos de responsabilidad social frente al otro, y se refiere a esto como la búsqueda del bienestar de las personas. Los hombres, por su parte, desarrollan el juicio autónomo, decisiones claras, la moral centrada en los derechos de las personas (5).

Según Francesc Torralba, *cuidar* se constituye en el fundamento moral, a partir del cual debe concebirse la praxis profesional.

Cuidar requiere tiempo, espacio, dedicación, técnica, ciencia, sabiduría, conocimiento teórico y probada pericia, enmarcados institucionalmente en una política social que haga posible cuidar a un ser humano, es decir, donde las condiciones estructurales sean favorables para el ejercicio profesional del cuidado (6).

De este modo, el cuidado ético involucra una relación de contacto moral entre dos personas. El valor de los cuidados se apoya en una ética de enfermería tendiente a proteger y respetar la dignidad de las personas que reciben atención de salud (Gadow) (7). Los cuidados los establece en la relación enfermera - paciente como compromiso.

La ética del cuidado es una disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre personas, motivadas por una solicitud y cuyo fin último es alcanzar el cuidado propio y el de sus semejantes (8).

La enfermera tiene el compromiso moral y social de cuidar con calidad humana, científica y ética a las personas sanas/enfermas, familia y colectivos para mantener la salud, promover calidad de vida, prevenir las enfermedades, ayudar a las personas a sobrellevar sus limitaciones con dignidad. Este compromiso exige a los profesionales de enfermería capacitación, sensibilidad ética, humanismo y capacidad de razonamiento para una toma de decisiones ética ante dilemas éticos en su práctica profesional.

Simone Roach (9), enfermera y filósofa canadiense, sostiene que "el cuidado es esencial en el ser humano y que lo verdaderamente humano es el cuidar". La capacidad de cuidar tiene profundas raíces en la naturaleza humana, lo cual es importante en

el desarrollo humano. Roach estableció que cuidar tiene 5 características:

- **Compasión:** Virtud moral no exclusiva de ninguna religión ni filosofía moral, es percibir como propio el sufrimiento ajeno, es interiorizar el padecimiento de otro ser humano y vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. No es empatía, dado que esta es espontánea.
- **Competencia:** Estado en el que se posee conocimientos, capacidad de raciocinio, habilidades, energía, experiencia y motivación para enfrentar las responsabilidades profesionales.
- **Confianza:** Cualidad que fomenta relaciones confiadas; las dos partes requieren sentirse seguras.
- **Conciencia:** Entendida como virtud significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de las cosas; es la más espiritual de todas, y la que permite actuar según la recta conducta.
- **Compromiso:** Es una respuesta afectiva en la que convergen deseos y obligaciones y la acción deliberada de actuar de acuerdo con estos.

Estas características deben ser inherentes al cuidado ofrecido por los profesionales de la salud.

¿Y CÓMO INSERTAR LA BIOÉTICA EN EL CUIDADO?

Entendido este cuidado como lo atinente a la vida con seres humanos y no humanos. Las responsabilidades con los seres vivos.

La bioética exige de la sociedad la necesidad de reflexionar y deliberar sobre los problemas relacionados con el medio ambiente, el cuerpo y la vida de las personas presentes y de nuestros deberes con las futuras generaciones (10).

El arte de cuidar está implícito en la bioética desde el principalismo; es una acción cuyo destino es el bien del ser humano (acciones Beneficentes). Además, cuidar a un ser humano implica acompañamiento, velar por su autonomía, no dañarlo y proceder con justicia, relacionado con los 4 principios universales. Debemos asistirle en su vulnerabilidad. Justamente si no fuéramos vulnerables, no requeriríamos de cuidado.

Recordemos que la bioética protege al más débil (11); contrario a la teoría evolucionista, que sostiene que debe vivir el más fuerte. Lo que cuestiona si la bioética es o no antievolucionista: la respuesta es No: la bioética apoya el desarrollo tecnocientífico pero manejado con RESPONSABILIDAD; promueve la inteligencia genética positiva, la que busca mejorar la especie. No en forma irresponsable o en que prevalezcan intereses particulares.

La tarea de cuidar no solo se circunscribe a la dimensión somática del ser humano, sino que incluye las otras dimensiones: la psicológica, la social y espiritual. Lo que el paciente nos muestra en su rostro, con su gestualidad, con lo que siente y lo que vive en su interioridad. El profesional de enfermería debe ser receptivo a lo que observa para ahondar en el estado anímico del ser cuidado.

El *dilema ético* surge cuando el profesional se enfrenta a dos o más alternativas de actuación posibles y válidas, e incluye principios

éticos y valores. En la práctica se presentan un conflicto de principios éticos, por ejemplo: beneficencia y autonomía; un conflicto de valores, por ejemplo: el valor de la vida y el respeto a los bienes del otro; conflicto de evidencias, por ejemplo: el deseo del paciente y lo que quieren los familiares; conflictos de ética personal y las obligaciones del rol profesional; conflicto entre ética y ley (12).

En el dilema ético, la cuestión es de carácter moral, es decir, asegurar el respeto a los principios fundamentales (13), que son los que favorecen la toma de decisiones en momentos determinados, dado que exige de las personas la reflexión, el análisis, pensar lo que es mejor para la persona.

El profesional de la salud debe prevenir los problemas, anticiparse a ellos. De ahí la importancia de la actualización permanente que debe recibir el personal de enfermería, para que ante un dilema ético tenga las herramientas necesarias al analizar la situación, argumentarla y poder darles diferentes soluciones. ¿Informo o me callo?

Un ejemplo: En la actualidad estamos en el “boom” de la seguridad del paciente, en el cual ante la aparición de eventos adversos se han identificado problemas técnicos, procesos no documentados, afanes. En este sentido, el dilema se presenta cuando el profesional decide ocultarlo, no reportarlo. Se presenta una disyuntiva puesta en conjunto: lo decide en su autonomía enfrentado a la consecuencia del daño causado (no maleficencia). Lo importante es evaluar el daño, respetando la dignidad y seguridad de la persona, de los pacientes.

De allí que, al analizar los principios fundamentales de la bioética, la *autonomía* es en-

tendida como la forma de libertad personal, en la que lo individual determina el curso de acción de acuerdo con un plan elegido por uno mismo. En los pacientes, esta autonomía es expresada a través del Consentimiento Informado (14), el cual contiene tres elementos sustanciales: a) de *información* (qué quiere saber el paciente y la necesidad de utilizar un lenguaje comprensible; b) de *confidencialidad*, que implica el compromiso de no revelar ninguna información confidencial obtenida durante un desempeño profesional, excepto cuando el cliente lo permita; y c) *consentimiento* (voluntario, sin presiones, con la capacidad física y psicológica para realizarlo. Los trabajadores de la salud no pueden decidir por el paciente, ni aun asumiendo posturas paternalistas ni autoritarias.

El deber de cuidado se valora a la luz de lo que un profesional razonable y prudente puede hacer en circunstancias similares. De lo que se trata es de valorar las consecuencias y lograr el beneficio para el mayor número de personas. Pero ¿cómo lograr el mayor bienestar a un gran número de personas a partir de las consecuencias que generen nuestros actos? (25).

1. *Identificando la situación presentada*: Reconociendo la existencia de un dilema, al cual estamos en capacidad de enfrentar basados en valores que favorezcan la mejor toma de decisiones. Enfrentado a los 4 principios: qué tanta autonomía presenta la persona, qué tan beneficiante es el acto, qué tanto daño se causó o causará, qué tan justa es.
2. *Conocimiento claro de la situación*: Relacionado con el actuar del profesional. En este punto son importantes las compe-

tencias que haya logrado desarrollar el profesional de enfermería para ponerlas en juego, que le ayudarán a tomar las mejores decisiones. Entre estas encontramos: la *competencia científico-técnica*, con la actualización de conocimientos y desarrollo de habilidades de la práctica diaria. La *competencia relacional*, que favorece una relación más fuerte con el paciente, teniendo como base un trato amable, respetuoso, un contacto visual, un contacto corporal, en el que al final el ser cuidado identifica lo que espera del cuidador. La *competencia emocional*, referente a los sentimientos expresados por el personal de enfermería y el paciente y cómo se relacionan. La *competencia moral*, relacionada con el actuar correcto ante una situación. Los profesionales asumen la responsabilidad de los cuidados teniendo como punto de partida sus conocimientos, competencia, educación y experiencia práctica (15).

3. *Analizar opciones, los referentes éticos y las consecuencias*: Se deben analizar de acuerdo con la metodología más adecuada (principalismo o casuística): para la corriente americana, autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia. Corriente europea: defensa a la vida, libertad y responsabilidad, sensibilidad y subsidiaridad, universalidad, reciprocidad.
4. *Decidir la mejor alternativa de acción*: Con base en claros argumentos a favor y en contra, la posibilidad de elegir entre diferentes opciones.
5. *Actuar y evaluar*: Una vez tomada la mejor alternativa, continuar con quién, cómo, dónde, cuándo, para su implementación y análisis de resultados.

Ejemplos de situaciones dilemáticas que enfrentamos los profesionales de la salud

Es importante partir del siguiente cuestionamiento: ¿Será que siempre coincide el ejercicio de la autonomía de la persona con el de la sociedad? Si no es así, ¿cómo podría resolverse? Esto depende de quiénes participen en la decisión y dónde entran en juego dos principios pilares: el de No Malevolencia y JUSTICIA (principios universales públicos, de obligatorio cumplimiento), y asimismo (los de segundo orden o privados) de beneficencia y autonomía.

Un ejemplo de conflicto lo constituyen las personas que padecen enfermedades crónicas como el sida, que no desean comunicar. ¿Sería ético guardar el secreto profesional, partiendo de la autonomía del paciente, aun cuando esto afecte a las demás personas para ejercer su autonomía, impidiéndoles consentir esa relación? Si de lo que se trata es de guardar el secreto o callar la verdad, ¿se está procediendo con justicia al no informarlo? ¿Será que estaremos siendo cómplices haciendo daño a los otros, violando el principio de beneficencia?

La postura ética en este caso debe estar encaminada a inducir a que la persona voluntariamente acepte comunicar a su pareja el problema que enfrenta y evitar ponerla en riesgo. (Aquí prevalece el principio de NO MALEFICENCIA, lo que lleva a acompañar a la persona para que tome la decisión de informar).

Otra situación dilemática es el caso del aborto (15) como parte del proceso de planificación familiar. Desde el punto de vista ético, ¿cuándo se acepta? La responsabilidad moral de esta decisión ¿cómo se com-

parte entre los profesionales y la pareja? Recordemos que los profesionales podemos ejercer la objeción de conciencia (16), la cual nos lleva a tomar la mejor decisión.

El punto central de la discusión debe estar centrado en que el profesional se acoge a la ley de su país. En Colombia, la lucha por la despenalización del mismo es un proyecto de ley rechazado la última oportunidad, porque no brindó las garantías necesarias para que se diera un debate justo, sustentado en que darían un durísimo golpe al derecho a la vida de los niños y niñas por nacer (16, 17). La situación que se enfrenta es permitiéndolo en determinadas circunstancias (cuando el embarazo ha sido el resultado de una violación, cuando el feto tiene malformaciones graves o cuando pone en riesgo la salud y la vida de la mujer).

En este sentido, la acción del profesional debe encaminarse a instruir a la pareja o la persona sobre las inconveniencias de la decisión, asumiendo la objeción de conciencia y aceptando su postura de rechazo, orientarlos sobre las instituciones que le pueden garantizar un acto seguro.

No debemos olvidar que la responsabilidad expresa la capacidad de decidir y actuar con autonomía y libertad y tiene como deber implícito proteger los derechos fundamentales de la persona, siendo el primero de ellos el derecho a la vida.

La fertilización *in vitro*, dilema que exige una conducta profesional ética de los profesionales, plantea los siguientes interrogantes: ¿Cuáles problemas éticos puede enfrentar una mujer que eventualmente preste su útero para concebir? ¿Y qué ocurre con los óvulos sobrantes? (¿los venden?, ¿los bo-

tan?), ¿cómo se protege la relación parental entre hermanos? O ¿serán los óvulos potenciales seres humanos? ¿Cuándo se considera que son persona? ¿Cuándo tiene derechos?, ¿entonces, los óvulos tiene derechos?

Con respecto a la *eugenesia*, esta busca la obtención de una especie nueva de personas por vía genética (18), en un afán de perfeccionar la especie humana, ignorando el respeto al patrimonio genético de la humanidad y la dignidad de las personas. Sin embargo, no se puede desconocer que el hombre se distingue de los animales precisamente porque es un ser social, y eso nunca podría clonarse.

Este aspecto se constituye en un punto de análisis y de reflexión para los profesionales en salud, cuestionándonos sobre si esta práctica incesante de eliminar genes dañados busca seres perfectos que excluya a los incapacitados o a los de diferentes razas. Como se aprecia, este dilema plantea aspectos positivos para la humanidad, pero solo si es utilizado en forma responsable; no así si lo que se pretende es la perfección del hombre para alcanzar poder.

Al analizar el tema de la eutanasia –muerte piadosa o muerte por compasión con el deseo de mitigar el sufrimiento– se aprecia que esta es cada vez más aceptada en el mundo (1), y al respecto existen diferentes posturas legales (como las de Holanda y Bélgica, países que la aprobaron). Pasiva: retiro o suspensión de dispositivos para mantener la vida. Activa: utilizando una inyección o dosis letal de un fármaco, menos aceptada.

Cuando una persona sufre de una enfermedad terminal o una lesión y conscientemente admite que se produzca su propia muerte, resulta determinante interrogarse

si este acto puede llamarse “suicidio”. En estos casos hay una tendencia a pensar que existen obligaciones hacia ellos, a pesar de su actuar autónomo. Sin embargo, ¿moralmente se justifica la necesidad de que la actuación para salvar una vida es mejor que la no actuación por la autonomía?

La *muerte encefálica* es otro dilema que se enfrenta en la práctica, asociada a un cerebro muerto en un cuerpo vivo, respecto al cual la aceptación por parte de los familiares plantea la obtención de órganos y tejidos para los trasplantes (18). ¿Pero tiene el personal de salud la potestad de tomar decisiones sin la aprobación de la familia? Y entonces, ¿dónde está el límite?

Es válido considerar que resulta más objetivo, humano, altruista y solidario determinar el fin utilitario que pueden tener los órganos después de la muerte; la muerte de un ser humano puede salvar y mejorar la calidad de vida de otros si sus diferentes órganos y tejidos se usan para trasplantes (19, 20). Pero si a pesar de que el fallecido decidiera en vida donar sus órganos, si el familiar no lo acepta, no se procede a la extracción porque se respeta la decisión familiar como responsable del cadáver.

Libertad de culto versus el bien del paciente. Las transfusiones sanguíneas a testigos de Jehová, quienes se rehúsan por la preferencia religiosa (21). Los seres humanos se respetan en la diversidad. Respetar creencias religiosas sí, pero dar alternativas (agregados sanguíneos). Importantísimo, si la persona lo manifestó antes de ingresar a la institución, debe respetarse presentándole las alternativas existentes. Si no lo manifestó y no está consciente, prima el derecho a la vida. El profesional no es juzgado ni amonestado.

Biotecnología y cuidado de enfermería (22): los interrogantes éticos que deben plantearse apuntan a: ¿es ético administrar un fármaco del que no conocemos resultados? O si es absolutamente necesario, porque no hay más alternativas, ¿le damos al paciente la información completa y veraz de los posibles riesgos y/o beneficios? Igual para el procedimiento invasivo. ¿Hay proporcionalidad justa entre participantes? ¿Son población vulnerable, femenina, raza, discapacitados mentalmente o se prueba por igual en todas las poblaciones?

En cuanto a los interrogantes que se deben considerar para diseñar protocolos de manejo que contemplen situaciones que puedan constituirse en dilemas, en los servicios de urgencias y las UCI:

- ¿Se toman medidas extremas?
- ¿Se envía para la casa o no?
- ¿Se inicia el soporte vital humano?

Partiendo del principio de beneficencia, que busca prevención de daños y de una de mejor calidad de vida, debe primar mitigar el dolor (sin sobrepasar límites).

Los códigos de ética en enfermería son ambiguos con relación a las medidas que deben seguirse en casos de eutanasia, cuando un paciente está padeciendo mucho dolor.

Es claro para el CIE, "considerar que la función de la Enfermera es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales" (23).

Los profesionales en enfermería son responsables entonces de mitigar el sufrimiento, aliviar el dolor y conseguir que el paciente se sienta bien, pero esto no implica ponerle fin a la vida del paciente. Enfermería es responsable de utilizar formas razonables para la preservación y conservación de la vida humana cuando existe la posibilidad de beneficio con tratamientos para alargar la vida.

En ocasiones, algunas medidas empleadas para mitigar el dolor o el sufrimiento en la persona pueden implicar un riesgo de apresurar la muerte. Al fallecer el paciente mientras se aplican estas medidas, enfermería no es moralmente responsable por su muerte.

Las instituciones deberían plantearse si dentro de sus protocolos contemplan análisis de situaciones dilemáticas en espacios que favorezcan las discusiones:

Ante las limitaciones administrativas versus el "bien del paciente", cuestiones relacionadas con la interrupción de tratamientos vitales, de cuidados, de medicamentos o dispositivos necesarios para el paciente, pero no autorizados.

La responsabilidad de los profesionales les debe llevar a la toma de decisiones anticipadas que no aumenten el problema ético. Cuestiones relacionadas con el inicio de una reanimación cuando el paciente muere de forma inesperada (no encarnizamiento terapéutico- (conectar o no a un ventilador para luego tener que tomar la decisión de desconectarlo (implicaría matar), sino, actuar en la preservación de cuidados mínimos necesarios de soporte vital.

Presencia o no de la familia en procedimientos invasivos: ¿debo dejar o no a los padres du-

rante el procedimiento de venopunción? Prima el derecho de la familia y los padres.

Retener información a pacientes y familiares: ¿se lo digo?, ¿cuándo se lo digo? En estos casos es imprescindible considerar el derecho a la información veraz, clara y completa.

Distribución de escasos recursos. Solo tengo material suficiente para realizar 3 curaciones. ¿A quiénes se las hago? Justicia distributiva: lo hago de acuerdo con la severidad. Frente a todos estos dilemas es válido plantearse los siguientes interrogantes y que el marco de la discusión en los espacios que se plantean favorezca respuestas a ellos (1):

- ¿Qué haría yo si el paciente fuera mi...?
- ¿Qué es lo mejor para el paciente?
- ¿Cuál es la calidad de vida que puede tener este paciente?
- ¿Es una vida que yo puedo ayudar?

Pero en este proceso de toma de decisiones, el profesional debe asumir sus propios valores (respetando los del otro), las directrices de la asociación de su país (códigos deontológicos de la profesión CIE el deber ser de los profesionales - Ley 911 de 2004 (24), código de ética de los profesionales de Enfermería en Colombia), las políticas de las instituciones (directrices y legislación) y las pautas morales para la práctica de los profesionales en el mundo. (Basadas en principios universales y valores éticos de los profesionales).

Recordemos que los profesionales de la salud no necesitamos códigos de ética para actuar con ética; es inherente y nuestra responsabilidad es actuar éticamente. Se requieren los códigos deontológicos porque regulan a

los profesionales, permiten promulgar sanciones, suspensiones, amonestaciones.

RECOMENDACIONES

Circunscribir la enseñanza de la bioética en la identificación de problemas éticos bajo la mirada de los cuatro principios no es el único camino. Se requieren de habilidades específicas que permiten con fundamento sólido resolver los dilemas que plantea la relación clínica.

Es evidente que en la medida en que somos capaces de reconocer los dilemas ganaremos habilidad en su análisis y en la capacidad de resolverlos, lo cual nos ayudará a progresar en nuestra propia humanización y profesionalización, en el arte de cuidar y de respetar la dignidad humana.

La educación en ética para los profesionales de la salud demanda la necesidad de fortalecer el estudio de la ética no como una asignatura sino como una experiencia práctica formativa, que debe estar integrada en todas las áreas del saber incluidas en los planes de estudios. Lo ideal debe ser planificar la enseñanza transversalmente y en dos momentos distintos, en donde en los primeros semestres se aborde el concepto de ética y de bioética, sus principios y el Consentimiento Informado y en semestres avanzados se realice la resolución de casos y con la participación de grupos interdisciplinarios y multiprofesionales.

Los actuales profesionales deben recibir educación continua en aspectos relacionados con la ética, bioética y aspectos legales, dado que requieren avanzar en su habilidad para la toma de decisiones éticas.

Es recomendable crear espacios en las instituciones para el análisis y reflexión de situaciones dilemáticas, con una mirada pluridisciplinaria, con el objetivo de favorecer la toma de decisiones consensuadas; no debe dejarse la decisión solo en manos de los profesionales a quienes les tocó o correspondió enfrentar el dilema.

Conflicto de interés: Ninguno.

Financiación: Universidad del Norte.

REFERENCIAS

- (1) Amaro-Cano M. *Problemas éticos y bioéticos en Enfermería*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 16.
- (2) Torregrosa S, Lloréns B. *La bioética y la clínica – I, una aproximación a la práctica diaria*. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2005. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/17284358/la-biotica-y-laclinica-una-aproximacion-a-la-practica-diaria>.
- (3) Aguirre D. Aproximación pragmática a la teoría del juicio moral, desde la crítica a Kohlberg. *Formación ética: teoría, hallazgos y sugerencias*. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez* 2009; 7 (2): 1273-99. Disponible en <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>.
- (4) Cervera Vallejo M. *Ética del cuidado: conceptualización*. Disponible en: <http://eticamirtha.galeon.com/Mirtha10.htm>.
- (5) Bonilla-Ballesteros A. *Análisis comparativo de cinco teorías sobre el desarrollo moral*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2005. p 13.
- (6) Estrada-Sánchez T. La ética de la Enfermería posmoderna. *Revista Enfermería Universitaria* 2010; 7(3):3 - 6.
- (7) Moreno N. *Ética en el cuidado de enfermería*. Noviembre de 2006.
- (8) Sánchez E, Orosco P, Aguilar A et al. *Ética del cuidado*. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/23251714/Etica-Del-Cuidado>.
- (9) Torralba F. Constructos éticos del cuidar. *Enferm intensiva* 2000; 11(3):136 -41. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-intensiva-142/constructos-eticos-cuidar-10017627-articulos-especiales-2000>
- (10) Gracia-Guillén D. de la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. *Acta bioeth* 2002; 8 (1):27 - 39. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2002000100004&lng=es. doi: 10.4067/S1726-569X2002000100004.
- (11) Schramm R. Información y manipulación: ¿cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(1): 18 - 27. Disponible en: <http://www.rbbioetica.com.br/submissao/index.php/RBB/article/viewFile/3/3>
- (12) Suarez M, Téllez E, Jasso M, Hernández M. *La bioética y la praxis de la enfermería* 2002; 72 (1): S286-S290. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2002/ac-s021bc.pdf>
- (13) Gómez A, Espinosa Á. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. *Aquichan* 2006; 6(1): 54 - 67. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100006&lng=en.
- (14) Colombia. Ministerio de Salud. *Resolución n° 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá.
- (15) Fry T. La ética en la práctica de Enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas. *Consejo Internacional de Enfermería* 1994;198 -199.
- (16) Zárata A. Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordena-

- miento jurídico colombiano. *Prolegómenos - Derechos y Valores* 2011; XIV (27) 43 - 56.
- (17) García E. Aborto, Un dilema para el siglo XXI. *Revista de Enfermería* 2000; 11: 32 - 6. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2011/aborto.htm>.
- (18) Villela-Cortés F, Linares-Salgado J. Eugenesia: Un análisis histórico y una posible propuesta. *Acta bioeth* 2011; 17(2): 189-97. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000200005&lng=es. doi: 10.4067/S1726-569X2011000200005
- (19) Gracia D. Transplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología* 2001; XXI (4) 13 - 29. Disponible en: <http://ieszurbarannav.juntaextremadura.net/downloads/Profesores/Filosof%C3%ADa/Manuel%20Pozo/transplantes-tica.pdf>.
- (20) Instituto Nacional de Salud, Colombia. *Trasplante de órganos y tejidos*. Septiembre de 2009.
- (21) Pérez-Triviño J. Testigos de Jehová: entre la autonomía del paciente y el paternalismo justificado. *Revista para el análisis del derecho* 2010; 2: 2 - 24. Disponible en: http://www.indret.com/pdf/740_es.pdf
- (22) Palacios D. Implicaciones éticas del uso de la técnica y la tecnología en la aplicación de cuidados. *Rev. Cubana de Enfermería* 2008; 24(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000100007.
- (23) Consejo Internacional de Enfermeras. *Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería*. Ginebra (Suiza); 2000. Disponible en: www.icn.ch.
- (24) Ley 911 de 2004. *Diario Oficial* n° 45.693, de 6 de octubre de 2004. Colombia.
- (25) Díaz A. Dilemas éticos en el cuidado de enfermería. Conferencia dictada en el marco del *Segundo Congreso Nacional de Enfermería Clínica*, realizado por la Clínica Medellín en 2011.