

Casos Ético-Legales en la Práctica de la Enfermería Familiar y Comunitaria: “*Enfrentarse a la realidad*”

Ethical and legal cases in nursing practice family and community

Emilia Romero de San Pío

*Diplomada en Enfermería. Especialista en cuidados intensivos (Universidad de Oviedo).
Experta en Enfermería legal y forense. Licenciada en Geografía e Historia, especialidad:
Historia. Experta en ética sanitaria.*

*Máster en gestión y participación en comités de ética de la investigación y ética sanitaria
(Univ. Complutense de Madrid).*

La autora declara que el presente trabajo es original y no publicado.

*Manuscrito recibido: 21-04-2013
Manuscrito aceptado: 31-07-2013*

Cómo citar este documento

Romero de San Pío, E. Casos Éticos-Legales en la Práctica de la Enfermería Familiar y Comunitaria: "Enfrentarse a la realidad". RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Dic; 1(4)

Resumen

La formación de Enfermería en el campo de la Bioética es en la actualidad algo muy necesario. Ante casos reales, planteamos dudas éticas que podemos resolver con un proceso deliberativo basado en las leyes existentes y en el respeto por los cuatro principios de la Bioética.

Para ilustrar el conocimiento de dicho proceso deliberativo se plantean cuatro casos reales.

En los cuatro casos expuestos se delibera sobre el derecho a la información clínica, la confidencialidad en sanidad y la intimidad.

Nuestro objetivo final es la corrección en nuestro trabajo y elegir la mejor opción para respetar la ley y los principios éticos.

Palabras clave

Enfermería, Bioética, Obligaciones Morales, Jurisprudencia

Summary

The Nursing Training in the field of bioethics is now very necessary. In real cases that pose ethical questions can be solved with a deliberative process based on existing laws and respect for the four principles of bioethics.

To illustrate the knowledge of the deliberative process we propose four real cases.

In the four cases presented deliberates on the right to medical information, confidentiality and privacy in healthcare.

Our ultimate goal is the correction in our work and make the best choice to respect the law and ethical principles.

Keywords

Nursing, Bioethics, Moral Obligations, Jurisprudence.

Introducción

La formación de Enfermería en Bioética es actualmente algo muy necesario debido a los grandes avances científicos que han determinado la aparición de innumerables dilemas en la práctica clínica como nunca se habían producido hasta ahora. La duda moral, la duda ética de lo que debemos o no debemos realizar nos lleva a la conocida y primera pregunta que nos debemos plantear: ¿qué debo hacer? Nos encontramos de lleno dentro del campo del principialismo ético o también denominado "ética aplicada", pues lo que realizamos es una aplicación de principios éticos a nuestro campo específico del cuidado como profesionales enfermeros.

La relación profesional-paciente es compleja en sus formas y contenidos, las decisiones que se tomen durante ésta necesaria relación se han de basar obligatoriamente en los principios bioéticos, que nos ayudarán en la toma de decisiones a través de un proceso deliberativo junto con el paciente y familia. El objetivo de la deliberación ética es la búsqueda de la solución óptima que no ponga en conflicto los valores éticos y la legislación o norma jurídica vigente^{1,2,3}.

Para acercarnos a algunos de los dilemas morales en los que debemos de poner en la balanza todo lo definido como correcto, todo lo conforme a criterios ético-legales establecidos, vamos a exponer varios ejemplos basados en casos reales.

Objetivos

- Aplicar de forma sistemática y objetiva los conocimientos adquiridos en el campo de la Bioética y del derecho sanitario.
- Desarrollar de una forma eficaz el proceso deliberativo en la toma de decisiones en ética sanitaria.
- Ampliar los conocimientos en el campo ético y legal en Enfermería a través del planteamiento de casos reales para su reflexión.

Desarrollo

1. Primer Caso

El primer caso presentado nos hace reflexionar sobre el derecho reconocido de autonomía de la persona sobre las decisiones que le competen personalmente en materia de salud y también nos hace ser conscientes de nuestra todavía actual tendencia paternalista, como profesionales de la salud, hacia nuestros enfermos.

El caso es el siguiente:

Una señora de 87 años viene a la consulta de Enfermería con sus dos hijas. La señora tiene muchos problemas de salud crónicos: es diabética, hipertensa y hace poco ha sufrido un ictus, tras el cual está desmejorada y desanimada, pero con plenas facultades de raciocinio. Sus hijas comentan que se niega a comer desde hace dos días. Una de las hijas plantea la posibilidad de ponerle una sonda nasogástrica o una PEG para alimentarla. La profesional de Enfermería que atendía a la señora se puso en contacto con su centro hospitalario de referencia donde se indicó que la sonda PEG estaba contraindicada en casos (como era el

presente) de una esperanza de vida estimada inferior a tres meses, pero planteaban la colocación de una sonda convencional de alimentación. El dilema ético planteado es si a la luz de las circunstancias planteadas y de la decisión de la enferma, sería conveniente poner dicha sonda.

En primer lugar, debemos hablar con la propia enferma, pues la señora está consciente, con plenas capacidades mentales y autónoma en sus decisiones. En ésta situación, el obligar a la colocación de una sonda de alimentación por imposición unilateral de los profesionales de Enfermería es considerada desde el punto de vista ético-legal inadmisibles, es una medida extraordinaria y no se debe de plantear en contra de la voluntad consciente de la persona afecta; sería una actitud maleficente .

Enfermería ante el dilema planteado debe aconsejar dicha charla-conversación detenida con la enferma para recabar los motivos de su decisión de no comer, los cuáles pueden ser múltiples, desde la situación de desánimo y depresión por la que está pasando, hasta por la razón de querer morir por verse como una carga para su familia u otra causa que no quiera referir. Otro planteamiento debe de darse si la persona afecta no está en condiciones mentales de decidir por sí misma, entonces la decisión será tomada tras una necesaria reflexión de los pros y de los contras entre los profesionales que la atienden y sus familiares responsables. Éste procedimiento de toma de decisiones se realiza tras un análisis reflexivo y cuidadoso de las diferentes opciones^{3,4,5} , pues en ello consiste el proceso deliberativo con sus dos vertientes, la clínica, donde se ponderan las principales opciones que desde éste punto de vista se tienen para el manejo adecuado de un paciente y la deliberación ética cuando existen situaciones de dilema desde el punto de vista ético, donde se deben de ponderar diferentes aspectos ³ que se exponen a continuación :

- Identificación de los problemas éticos presentes.
- Identificación de los valores en conflicto.
- Identificar actuaciones o acciones que pueden ir en contra de la legislación vigente.
- Reflexión detenida para encontrar posibilidades intermedias de actuación que no pongan en conflicto los anteriores puntos.

El caso planteado es un caso típico donde está comprometido el respeto por la autonomía individual de cada persona en sus decisiones sobre su propia salud (siempre que no afecten a terceros o en situación de peligro para la salud pública) y el respeto activo hacia las opciones legítimas de los enfermos bajo nuestra responsabilidad profesional. Tanto la ley general de sanidad como la importantísima ley 41/2002 de autonomía del paciente son claras en la defensa de las decisiones maduras y no coaccionadas del paciente y como profesionales de la salud debemos tener la obligación de que las decisiones tomadas por éste sean fruto de la información detallada y ajustada a la verdad del profesional. Es importante detenernos a especificar qué es una acción autónoma, para tenerla en cuenta y aceptarla como tal. Pues bien, una acción autónoma es aquella que se realiza de forma intencionada, con comprensión de la acción y sus consecuencias y sin influencias coaccionadoras externas, la cual la realiza libremente el paciente tras información objetiva, clara y veraz del profesional. Como profesionales enfermeros tenemos la obligación ético-legal de respetar dichas acciones autónomas.



Actualmente, las decisiones autónomas en sanidad cobran protagonismo central; la persona que se pone en contacto con la organización sanitaria por un problema de salud es a quién, hoy en día, se le hace partícipe y protagonista de las decisiones que competen a su propia salud. Pero, en ocasiones nos podemos topar con el conflicto moral que se pueden plantear algunos profesionales de la sanidad en el sentido de que si toda decisión individual amparada por el derecho puede vincular a otros que no la comparten. Es decir, ¿es la libertad individual, el derecho autónomo legítimo de un enfermo el valor absoluto que se debe de respetar en todo momento y situación, aun yendo en contra de los principios morales de los profesionales que le atienden? En ésta disyuntiva, algunos estudios del tema indican que sí, que la decisión autónoma de la persona enferma es el valor absoluto a tener en cuenta siempre bajo cualquier circunstancia pues indican que esa autonomía decisoria entraría dentro de la denominada "ética de mínimos" de obligado cumplimiento^{3,4,5}. Sin embargo, en la actualidad, no se ha llegado a una concienciación radical en éste sentido y será necesaria una evolución a múltiples niveles para posicionarla en primera línea de cumplimiento. La defensa de las decisiones maduras y autónomas de una persona sobre su salud y su proceso de enfermedad, es algo a lo que en la actualidad no estamos acostumbrados e incluso, en muchos casos (como el caso presentado) puede entrar dentro del campo de la objeción de conciencia, opción, por otra parte, legítima en el profesional directamente implicado en la actuación. El tema de la objeción de conciencia ha sido profundamente tratado por numerosos autores y que lleva siglos de evolución, las denominadas "razones de conciencia" impulsan a los hombres en general y a los profesionales de Enfermería en particular a la acción y a realizar o no una acción en uno u otro sentido^{6,7,8,9}. El profesional de Enfermería puede indicar razones de conciencia para abstenerse, en éste caso, debido a que no poner una sonda de alimentación puede conducir en un plazo más o menos breve a la muerte de la persona. También, en otro aspecto, los profesionales sanitarios directamente responsables de la enferma pueden caer en un ya trasnochado paternalismo profesional^{8,9} que nos hace pensar que el paciente se está equivocando en una decisión y que sólo nosotros sabemos reconocer lo mejor para cada uno de nuestros enfermos. Muchas veces la toma de decisiones en materia de su propia salud por parte de los pacientes encubre el paternalismo médico y/o el paternalismo enfermero que en éstas décadas de desarrollo de la actividad asistencial debería estar ya perfectamente eliminado; en el paternalismo, el profesional "ofrece" al

usuario la opción que él considera más oportuna en sus circunstancias sin tener en cuenta otras opciones también legítimas. Pero ésta acción muchas veces es algo que surge de forma automática e inocente en el profesional sanitario, todavía con “restos” de una mentalidad sanitaria anterior en la que era el médico o el profesional sanitario, el que decidía la mejor opción para el paciente en la idea de que es el profesional, con sus conocimientos el que mejor determinará lo que le convenía al enfermo en cada momento en materia de salud.

Las decisiones centradas en el paciente y decididas por éste son una de las más novedosas de las últimas décadas y que más han avanzado^{10,11,12}. Debemos de tener en cuenta y no olvidar nunca que el depositario de las informaciones sobre su salud es el propio paciente y que él decide en última instancia en cuestiones que atañen a su propia salud única y exclusivamente. El respeto a las decisiones del paciente debe de ser, por tanto, central en nuestro trabajo como profesionales y debemos de velar por que ello se cumpla en cualquier circunstancia y situación. Sólo de ésta manera contribuiremos al desarrollo sanitario eficiente y ético y es nuestra responsabilidad incuestionable e inalienable. Además no sólo desde el punto de vista de la ética estaríamos cometiendo una grave violación de nuestro código deontológico, sino también desde el punto de vista de la legalidad vigente que apoya y defiende la decisión autónoma e informada del paciente sobre cuestiones que competen a su propia salud y siempre que no ponga en peligro a terceras personas por sus decisiones. Éste derecho de autonomía del paciente es, en resumen, uno de los cuatro principios de la Bioética y el que incorpora cuestiones más actuales a la práctica clínica.^{13,14}

2. Segundo Caso

El segundo caso planteado es el siguiente: viene a consulta el padre de un enfermo nuestro que es esquizofrénico para preguntarnos si se ha puesto cierta medicación indispensable para el control de su afección. El enfermo es plenamente consciente de su enfermedad y con un correcto seguimiento. Nuestro dilema como profesionales de Enfermería es si debemos dar esa información o no a terceras personas sin el consentimiento directo de nuestro paciente aunque esa persona sea un familiar directo del mismo.

En éste caso nos cuestionamos quién es en última instancia el titular de la información clínica y quién debe de recibir la información sobre la salud en concreto. Este es un caso clásico de estudio y de definición fehacientemente de quién es el destinatario legítimo de la información en materia de sanidad y de si dicha información puede divulgarse sin consentimiento expreso de un enfermo o paciente.

Numerosas leyes se han extendido en la matización de dicho derecho sobre información clínica y su eventual divulgación, es el caso de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre sobre protección de datos de carácter personal. Dicha ley califica a los datos relativos a la salud de las personas como de especial protección y custodia. Todo paciente tiene el derecho de saber ante cualquier situación de enfermedad o proceso de salud, toda la información disponible por parte de los profesionales que lo atienden, salvando los supuestos que exceptúa la legalidad vigente. Nuestro deber es proporcionarle la información sobre su proceso de la forma más comprensible posible para que la persona tome decisiones, pues el titular de la información es el propio paciente o las personas que por razones de familia o de hecho están relacionadas, pero siempre que el paciente lo permita ya sea de una forma expresa o tácita. La salvedad a éste derecho es si el paciente no tiene la capacidad de comprender la información que le proporciona el profesional, ya sea por razones de índole física o psíquica o exista un grave problema de salud pública. En el caso que se nos presenta no existe esa salvedad, pues su enfermedad psíquica no lo incapacita para la comprensión y la toma de decisiones maduras y conscientes y no existe un eventual peligro para terceras personas por el correcto seguimiento del tratamiento por parte del paciente. Entonces vemos como a la luz de la legalidad vigente, el titular de la información es siempre el enfermo u

otra persona expresamente indicada por el paciente para recibirla^{15,16} y que existen otras razones para que una tercera persona reciba información de un enfermo o paciente como puede ser: minoría de edad, incapacidad, urgencia vital o razones de salud pública. No existe la razón de incapacidad en éste caso, pues la afección psíquica de nuestro enfermo no le afecta a sus capacidades decisorias, con lo cual, para no violar éste principio de confidencialidad, no se debe de dar dicha información al padre sin conocer la decisión de nuestro enfermo a éste respecto. El profesional de Enfermería si puede romper su obligación deontológica y legal de guardar el secreto profesional sobre datos clínicos de un enfermo bajo su responsabilidad si mediase peligro para la salud o integridad física de terceras personas. Esta importantísima premisa debe de tenerla en cuenta el profesional y en su defecto indicarle al familiar la necesaria comunicación personal entre ambos. Pero, parece ser que en éste caso dicho peligro no está presente por las características concretas de su afección psíquica y el correcto control de la enfermedad por parte del paciente.

Como profesionales sanitarios debemos de guardar en todo momento la confidencialidad de los datos clínicos de nuestros enfermos y pacientes, a ello nos obliga la ley. Desconocemos si existe por parte de la persona enferma una indicación expresa de no información a familiares, éste dato es necesario saberlo pues en dicho caso no se debe de informar salvo al enfermo y a las personas que el indique como autorizadas para recibir dicha información personal. El tener un parentesco directo con el enfermo no asegura legalmente que se pueda depositar en él dicha información confidencial si la persona afecta no lo desease así.

Como resumen final de aspectos a tener en cuenta en éste caso , quisiera destacar las siguientes ideas: el profesional de Enfermería tiene en sus manos la responsabilidad de la información – seguimiento correcto del tratamiento de sus pacientes y tiene la responsabilidad de informar de forma oportuna al equipo multidisciplinar responsable de cualquier irregularidad en el seguimiento del tratamiento que pudiese poner en peligro la propia salud de nuestro paciente o la de terceros, pero también debe velar por la confidencialidad de dicha información .

3. Tercer Caso

En este tercer caso se nos plantea la situación de un paciente de 45 años que vive con su madre. A nuestro paciente le diagnostican un cáncer y muere a los pocos meses de dicho diagnóstico. La madre no fue informada por expreso deseo del hijo y se enteró de la enfermedad cuando su hijo falleció. Ante éste caso nos asaltan una serie de preguntas como profesionales de Enfermería:

- ¿Se debería de haber informado a la madre a pesar del expreso deseo del hijo de no hacerlo?
- ¿Es desde el punto de vista ético correcto el no informar a una madre sobre la gravedad de una enfermedad que afecta a su propio hijo?
- ¿Por qué en muchos casos, se informa siempre de una enfermedad en fase terminal a la familia y no al propio enfermo?

En éste caso estamos también dilucidando a quién se debe de informar de un proceso patológico y a quién no. Bien, ya sabemos que el destinatario último de la información que compete a procesos u procedimientos en materia de salud-enfermedad es la propia persona afecta si en ella se dan los condicionantes de madurez etaria, y psicológica (con una serie de matizaciones, en las que no entro, en el caso de ser una persona menor de edad o incapacitada). Pero como profesionales de la salud debemos de saber que el derecho a ésta información^{17,18,19} no excluye casos en los que el paciente “no quiere saber” diversos aspectos más o menos amplios de su enfermedad o la gravedad de la misma. Y debemos de aceptarlo e informar en la medida de lo que nuestro enfermo “quiera saber”, pues muchas

veces, en el afán actual de informar (precisamente por ese derecho reconocido y reconocible a nivel ético y legal) nos "empecinamos" en informar a toda costa a nuestros enfermos, cuando ellos prefieren "delegar" esa información en sus familiares y se debe de respetar dicha opción por parte de los profesionales enfermeros.

En el caso que nos ocupa, nuestro paciente no quiere que se informe a un familiar suyo (su madre) posiblemente (se debería de indagar las causas) para no preocuparla, disgustarla, por temor si su madre tuviese alguna enfermedad grave que se pudiese agravar si conociese el proceso patológico de su hijo, edad avanzada de la madre, etc.

A la primera pregunta planteada, en principio se debe de respetar los deseos del enfermo, pero sería conveniente también indagar las causas de no querer informarla. Siempre emprender un proceso deliberativo para encontrar la mejor opción que respete (como ya indiqué anteriormente) en última instancia, la ley, los principios de la Bioética y las opiniones legítimas de nuestros enfermos y familiares.

En cuanto a las siguientes preguntas, la razón de que en la mayoría de las veces se informe a la familia del verdadero alcance de la gravedad de una enfermedad y no al propio sujeto afecto, entra de lleno en algo que ya habíamos expuesto con respecto al primer caso estudiado: el "trasnochado" paternalismo profesional que nos hace pensar como prácticamente hasta hace unas décadas, que el enfermo "cuánto menos sepa, mejor", en la idea de que el conocimiento de su proceso patológico grave podía influir en: menos seguimiento del tratamiento, entrar en procesos depresivos, de desánimo, etc. En la actualidad, como profesionales enfermeros, somos conscientes del derecho que tiene el enfermo de saber sobre su propia enfermedad si así lo decide el propio enfermo, es legítimo que conozca su proceso patológico lo cual le ayudará a replantearse su vida, relaciones o incluso "terminar" cosas pendientes. Es, desde el punto de vista ético legítimo que una madre sepa sobre la enfermedad de un hijo, pero es también legítima la opción del hijo de no informarla. Se debe de plantear una charla entre el equipo multidisciplinar y el enfermo para dilucidar éste aspecto que entra de lleno dentro del campo ético del "deber moral".

4. Cuarto Caso

El cuarto y último caso planteado es el de una señora con un carcinoma de pulmón que fallece a menos de un mes del diagnóstico. El proceso patológico sólo lo conocía la hija, ésta no se lo contó ni al marido de la mujer ni a su propio marido ni a su hija que le reprochó que la dejara ir a Madrid de fiesta estando muriéndose su abuela.

Éste es un caso muy interesante pues nos plantea una serie de dilemas éticos al final de la vida sobre los que debemos reflexionar detenidamente. La propia paciente no conoce su procedimiento patológico y no tenemos datos de cuál es la razón, la cuál puede ser muy legítima y decidida por la propia persona afecta (como veíamos en el caso anterior), en cuyo caso se debe de respetar el que la enferma no quiera saber y "delegue" la información en algún familiar. Puede ser éste desconocimiento debido a una actitud paternalista (ya vista también) en que de forma unilateral (por parte de los profesionales) o bilateral (por parte de los familiares y de los profesionales) hayan decidido, por la razón que sea, que no se informe a la enferma. Esta actitud, en principio está deslegitimizada tanto desde el punto de vista ético^{20,21} como legal. La paciente tiene el derecho legítimo a conocer todos los aspectos de su enfermedad y las opciones terapéuticas, para poder decidir de una forma consciente sobre su propio futuro. El respeto por la autonomía decisoria del paciente en materia de su propia salud es algo que se encuentra actualmente perfectamente normalizado desde el punto de vista ético y jurídico^{20,21,22} y como tal aceptado por los profesionales que lo ponen en práctica todos los días. Ante una situación como la planteada, se debe de informar primero a la paciente, verdadera y legítima depositaria de la información, indagar sus

miedos, preocupaciones, informar en la medida que nos lo demande e informar a la familia si la enferma está de acuerdo.

Aquí nos encontramos con el valor en conflicto de la obligación de dar al paciente una información veraz sobre su propio proceso patológico y el evitarle un sufrimiento desde el punto de vista de la familia innecesario si se comenta el verdadero alcance de la enfermedad a la paciente. La paciente tiene el derecho de ser informada, en el proceso deliberativo que debe emprender el profesional enfermero, la familia y el equipo asistencial se debe indagar el por qué no quiere la familia que se informe a la propia enferma (carácter de la paciente, negación del familiar). Se debe de informar a la paciente en el tiempo que nos demande y hasta lo que quiera saber, sin insistir en otros aspectos si la paciente no lo requiere, darle la información que ella nos demande ni más ni menos.

Conclusión

El conocer los aspectos ético-legales en conflicto, el tener formación en Bioética no nos exime de una sensación de incertidumbre y de dudas cuando nos enfrentamos a casos reales donde existen dilemas éticos en juego. Muchas veces es complicado determinar los valores en conflicto en cada caso para realizar un adecuado proceso deliberativo. El respetar los cuatro principios de la Bioética y los aspectos ético-legales implicados en cada caso es siempre la acción válida y correcta^{23,24,25}, pero no por eso las decisiones y el manejo de los dilemas éticos se nos hacen fáciles, aunque sí nos ayuda a tener la seguridad ético –legal de actuar correctamente. Pero no debemos desfallecer en el camino hacia la solución de los diferentes conflictos éticos con los que nos debemos de enfrentar. Como profesionales sanitarios debemos de seguir formándonos en todos estos aspectos concretos para dar a nuestros pacientes la mejor atención no solamente desde el punto de vista clínico.

Nuestra responsabilidad es enorme pues nuestras acciones se basan en el cuidado y la concepción holística de la persona^{26,27}, el fin tradicional que tenía la Medicina y la Enfermería hasta hace unas décadas se ha superado, se ha enriquecido con numerosos aspectos. La corrección profesional nos viene desde la Deontología, en las profesiones sanitarias, se nos remite a la excelencia, la "areté" griega o la "virtus" latina y tiene su relación con las acciones, modos de vida, hábitos y actitudes que nos acercan a un ideal de perfección muy relacionada en la actualidad con la ética de máximos y radica en la personalización de cada caso y no en la aplicación automática de unas normas, también radica en la actitud ética y prudente de todos y cada uno de los profesionales sanitarios.^{28,29,30}



Nuestras principales armas son la formación y la preparación específicas, pero podemos siempre contar con los comités de ética locales que nos pueden asesorar ante cualquier duda en estos aspectos.

Se necesitan múltiples prismas de acercamiento a un problema ético pero siempre desde el prisma Bioético y del respeto a la legalidad y a los valores más importantes puestos en entredicho en cada caso particular.

"Como profesionales sanitarios debemos de seguir formándonos en todos estos aspectos concretos para dar a nuestros pacientes la mejor atención no solamente desde el punto de vista clínico"

Bibliografía

1. Casado A. Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial. Plaza y Valdés, Madrid, 2008; 2(1):100-220.
2. Simón P. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Triacastela, Madrid, 2005;1(1):50-100.
3. Ortega Galán AM (coord.) .Manual de Bioética para los cuidados de Enfermería. ASANEC (asociación andaluza de Enfermería comunitaria), 2010;(5):85-92.
4. Ciurana JC. La sociedad ética. Indicadores para evaluar éticamente una sociedad. Proteus, Barcelona, 2010; 200-330.
5. Aguilar O. El ejercicio profesional del médico. Rev. Medicina y Sociedad. 1997, vol 73,73-9.
6. De Lora P; Marina Gascón M. Bioética, principios, desafíos, debates, Ed Alianza, 2008;(1):80-120.
7. Sánchez-Caro J, Abellán F. Derechos del médico en la relación clínica. Ed. Comares, 2006;(1):209-240.
8. Sieira Mucientes S. La objeción de conciencia sanitaria desde la perspectiva constitucional. VI Congreso nacional de derecho sanitario, 2000.
9. Alarcos Martínez FJ Objeción de conciencia y sanidad. Ed Comares, Madrid 201; 33-100.
10. C.D.: de Mingo, A., García, V., y Junquera, R., Bioética y Bioderecho, Madrid, Moralia, 2006.
11. Junquera de Estèfani, R., Bioética y Bioderecho, Granada, Comares, 2008, 60-150
12. Marcos del Cano, A. M., Bioética, Filosofía y Derecho, Melilla, UNED, 2004.
13. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin 2001; 117(1): 18-23. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j62.pdf>
14. Gracia, D. El qué y el porqué de la bioética, Cuadernos del Programa Regional de Bioética, 1995; (1): 37-53.
15. Cabré L, Abizanda R, Baigorri F, Blanch L, Campos JM, Iri-barren S, et al, y grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva. 2006;30:68-73.

16. Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, Sánchez JM, Bouza C, Quintana M, Saralegui I, Monzón JL. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el consentimiento informado en UCI (2002). *Med Intensiva* 2002; 26: 253-254.
17. Mainetti J. Fundación Mainetti. Bioética. Ed Temas y Perspectivas.; 1997.
18. El portal de la ética aplicada. Disponible: <http://revista.dilemata.net/index.php/dilemata>. Dilemata www.dilemata.net.
19. Cortina A. Ética sin moral. Ed. Tecnos; 1990.
20. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Eudema universidad; 1989.
21. Cortina A, Martínez E. Ética .Ed. AKAL; 1996.
22. Vidal M Bioética, estudios de bioética racional. Ed. Tecnos; 1989.
23. Feito L, Gracia D, Sánchez M. Bioética: el estado de la cuestión. Ed Triacastela, Madrid, 2011; 43-56.
24. Vilva J. Ética profesional de la Enfermería. Desclée de Broker. Bilbao, 2002; 79-100,191-203.
25. Código Deontológico de la Enfermería española, Acta 1988, publ .1989; rs nº 32/89 Consejo internacional de Enfermería. Disponible en: www.rs8.es/cast/Docs/CDEE.htm.
26. Gálvez Toro A. Ética de los Cuidados, una revista necesaria. *Rev Ética de los Cuidados*, 2008. Martínez Ques, Angel Alfredo; Vázquez Campo, Miriam. El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. *Etica de los Cuidados*. 2008 ene-jun; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6760.php>.
27. Cortina A. Ética pública y sociedad. Madrid: Taurus; 1998, (2): 100-138.
28. Camps V. La excelencia de las profesiones sanitarias. *Humanitas*. Humanidades Médicas, Tema del mes on-line-nº 21, Noviembre 2007.
29. Gracia D. Como Arqueros al blanco. *Estudios de bioética*. Triacastela. Madrid, 2004; 270-278.
30. Feito Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*. 2005; 15(3):167-74.

Lecturas recomendadas

1. Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. 1997 abril.
2. Junquera de Estéfani R. El paciente y su capacidad de decidir en el ordenamiento jurídico español". *Bioética y Bioderecho*. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos, Granada, Comares. 2008; 129-154.
3. A. Castro, F. J. Contreras, F. H. Llano, J. M. Panea (coords.) "De Kant a Jonas: el principio de responsabilidad, Biotecnología y Derecho", en A propósito de kant. Estudios conmemorativos en el bicentenario de su muerte. Sevilla, Innovación Editorial Lagares; 2003 (1): 211-227.
4. Ley 41/ 2002 del 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente. BOE-A-2002-22188;nº 274,2002,nov.2002:40126-40132