

ENFERMERÍA Y EL RESPETO A LA AUTONOMÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: ENTRE LA SOBREPROTECCIÓN Y EL DESCUIDO

NURSING AND RESPECT TO PROFESSIONAL AUTONOMY IN HOSPITAL ENVIRONMENT: OVERPROTECTION OR NEGLIGENCE

ENFERMAGEM E RESPEITO À AUTONOMIA PROFISSIONAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: ENTRE SUPERPROTEÇÃO E NEGLIGÊNCIA

GLORIA LUCÍA ARANGO BAYER*

Resumen

El discurso de la autonomía se asienta en la modernidad, en el reconocimiento de la dignidad humana y de la capacidad que la razón y la voluntad le confieren a una persona para hacer elecciones libres, para auto determinarse. Pero... ¿por qué a los enfermeros, particularmente en el ámbito hospitalario, se nos presentan dificultades al momento de ponerlo en práctica?

En este ensayo se plantean dos de las cuatro principales –aunque no únicas– posibles explicaciones de estas dificultades. La primera de ellas: la falta de claridad en relación con

el significado y el alcance del principio; la segunda, la consideración de los principios de autonomía y beneficencia como divergentes en razón a la historia misma de la profesión, en donde el respeto a la autonomía podría verse como contrario al deber que la profesión obliga: el deber de cuidar. A partir de estos planteamientos se presentan algunas recomendaciones, particularmente para la educación en enfermería, que implicaría incorporar el discurso bioético en la formación.

Palabras clave: autonomía profesional, beneficencia, enfermería, bioética. (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

The discourse on autonomy finds its place in modern times, in the acknowledgement of human dignity and the capacity that reasoning and will confer on a person for making free choices, for self-determining. But...why is it that we nurses – particularly in the hospital environment– are confronted with so many difficulties at the time of putting it into practice?

* Enfermera de la Pontificia Universidad Javeriana, especialista en Bioética y Magister en Administración en Salud de la misma universidad. Doctora en Bioética, Universidad El Bosque. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Dirección electrónica: glarangob@unal.edu.co

Proposed in this essay are two of the major —albeit not the only— possible explanations to these difficulties. The first of them: lack of clarity in relation to the meaning and scope of the principle; the second: the consideration of the principles of autonomy and welfare as divergent regarding the history itself of the profession, where respect of autonomy might be seen as contrary to the duty that we are professionally bound to: the duty of caring for others. Based on these approaches, some recommendations are presented, particularly for education in nursing, which would imply incorporating in formation the bioethics discourse.

Key words: professional autonomy, beneficence, nursing, bioethics. (Source: DeCS, BIREME)

Resumo

O discurso da autonomia assenta-se na modernidade, no reconhecimento da dignidade humana e da capacidade que razão e vontade outorgam a qualquer pessoa para fazer escolhas livres, para se autodeterminar. No entanto... porque nós enfermeiros, particularmente no âmbito hospitalar, faceamos tantos problemas na hora de colocá-los em prática?

Este trabalho coloca duas das quatro principais —embora não únicas— e possíveis explicações dessas dificuldades. A primeira: falta de clareza no tocante ao significado e alcance do princípio; a segunda, a consideração dos princípios autonomia profissional e beneficência como divergentes em razão da história da profissão, na qual o respeito a essa autonomia poderia ser considerado contrário ao dever que a profissão obriga: o dever de cuidar. A partir destas abordagens apresentam-se algumas recomendações, particularmente para o ensino em Enfermagem, que implicaria incorporar o discurso bioético na formação.

Palavras-chave: autonomia profissional, beneficência, enfermagem, bioética. (Fonte: DeCS, BIREME)

Como lo señala Simon Lorda, “la Modernidad trajo consigo la conceptualización de las personas como seres intelectuales y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, y con capacidad para decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas del bien y de la felicidad.” Así pues, el discurso de la autonomía se asienta en la modernidad, en el reconocimiento de la dignidad humana y de la capacidad que la razón y la voluntad le confieren a una persona para hacer elecciones libres, para autodeterminarse.

Este discurso, propio de la Bioética, da un vuelco sustancial a la manera como se entienden las relaciones de los profesionales de salud con los pacientes, poniendo

en crisis el modelo paternalista que sustentó la relación de los profesionales de salud, especialmente del médico, con los pacientes durante siglos. Los antes pacientes, esto es, sujetos pasivos, sometidos y colaboradores pasaron a ser participantes activos en las decisiones que tienen que ver con su salud, su vida y su calidad de vida.

Sin embargo, la consideración del principio del respeto a la autonomía en enfermería es un tema polémico y es un problema importante desde la Bioética, que atiende a la necesidad de situar este principio en el escenario de las decisiones de los profesionales de salud, reconociendo que este es un asunto que trasciende las profesiones, que atañe a la sociedad en su conjunto y que debe reflejarse en la dinámica de los sistemas de salud.

Los enfermeros, especialmente en el ámbito hospitalario, quizás no estamos acostumbrados a entender la autonomía del paciente como hoy se hace y esto genera dificultades prácticas muy importantes en el ejercicio profesional que van desde la “angustia moral” hasta otras expresiones de estos conflictos que resultan abrumadoras. Aunque en el Código Deontológico de Enfermería de Colombia que se expresa en la Ley 911 de 2004 la autonomía es uno de los principios que orientan la responsabilidad deontológica, en lo cotidiano en el ámbito hospitalario en ocasiones parece ser un discurso que, aunque conocido, es ajeno. Pero ¿de dónde proviene la dificultad para comprenderlo? ¿Por qué a los enfermeros se les presentan dificultades al momento de ponerlo en práctica?

Probablemente cuatro son las principales —aunque no las únicas— posibles explicaciones de estas dificultades. La primera de ellas obedece a que no hay claridad en relación con el significado y el alcance del principio, que ha sido asociado en enfermería al de abogacía, al cual se hará referencia más adelante. El enfermero no sabe cómo se expresa el principio en la práctica. En segundo lugar, en enfermería el principio de autonomía y el de beneficencia parecen ser vistos como divergentes en razón a la historia misma de la profesión, y el respeto a la autonomía podría verse como contrario al deber que la profesión obliga: el deber de cuidar. Una tercera dificultad es que la falta de autonomía profesional se transfiere a la no consideración de la autonomía del paciente. Por último, los sistemas de salud basados en las leyes del mercado imponen limitaciones al ejercicio no solamente de la autonomía profesional, sino también a

la autonomía del paciente. Estas “condiciones” pueden generar para el enfermero una tensión permanente entre la sobreprotección al paciente y el descuido.

En este documento se abordan dos de las dificultades que se constituyen en obstáculo para que el enfermero en el ámbito hospitalario haga una efectiva abogacía, que respete la autonomía del paciente sin que ello signifique, de otro lado, faltar a la esencia de la profesión: el cuidado del otro vulnerable.

El significado y alcance del respeto a la autonomía: ¿existe claridad?

El principio de respeto a la autonomía en enfermería surge dentro del lenguaje de los derechos. Sin embargo, no suele ser presentado con suficiente precisión en las publicaciones periódicas de enfermería, aunque está descrito de manera independiente en libros de Ética de enfermería¹, especialmente cuando se hace referencia al principialismo.²

Este concepto, de hecho, ha sido asociado a uno de los cuatro principios básicos considerados en la toma de decisiones éticas en enfermería, la abogacía, que surge del supuesto de que convertirse en paciente resulta en una reducción de la autonomía y que los derechos e intereses de los pacientes, dado esto, pueden no ser respetados. (2) Aquí precisamente se encuentra la primera dificultad para que los enfermeros comprendamos el significado de la autonomía; el término “abogar” podría interpretarse, al igual que ocurre desde su origen en el ámbito legal como “tomar la vocería a favor de alguien” (3), sugiriendo, eventualmente, que de ello se deriva que el paciente no puede decidir por sí mismo.

Efectivamente, hay diversas definiciones del concepto en la literatura de enfermería que ofrecen diferentes formas en que pudiera “operacionalizarse”. A manera de ejemplo, el libro de Ética en la práctica de enfermería de Fry y Johnstone hace referencia a que el principio es interpretado de varias maneras según el modelo que se use para ponerlo en práctica: desde la perspectiva del

1 A manera de ejemplo, consúltese el libro *Ética de la Práctica de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras*, escrito por Sara Fry y Megan-Jane Johnstone.

2 En las búsquedas en bases de datos internacionales realizadas para elaborar este documento, la aparición de este término se encontró en general aplicado a la autonomía del enfermero y no del paciente aunque, por supuesto, se encontraron varios registros.

modelo de la protección de los derechos de los pacientes, la enfermera es la defensora de sus derechos, se asegura de que él los entienda, informa sobre infracciones y previene las violaciones, siendo un árbitro de los derechos humanos y morales de los pacientes. En el **modelo de decisiones basado en los valores**, la enfermera discute con el paciente sus necesidades, intereses y elecciones, de acuerdo con su estilo de vida y sus valores, sin imponer decisiones sino ayudándole a examinar las ventajas y desventajas de varias opciones de salud para que tome las decisiones más consistentes con sus valores y creencias. El último es el **modelo de respeto por las personas**, en el que se ve al paciente como titular de respeto, de manera que como abogada del paciente, la enfermera primero tiene en cuenta sus valores y actúa para proteger su dignidad, privacidad y elecciones (4).

Partiendo solamente de estos modelos queda la duda de si se trata de modelos excluyentes y de qué significado se le da a la autonomía del paciente en cada uno de ellos. ¿Se aboga por un sujeto autónomo? ¿Un sujeto autónomo requiere de la abogacía? ¿Qué debe hacer el enfermero para operacionalizar el principio? En el primer modelo, por ejemplo: ¿qué significa la palabra “árbitro”?³ El uso de esta palabra sugiere que quien decide es el enfermero.

En el segundo modelo, en el que la enfermera discute con el paciente las ventajas y desventajas de varias opciones de salud para que tome las decisiones más consistentes con sus valores y creencias, ¿a quién le corresponde “evaluar” si las decisiones tomadas por el paciente son consistentes con sus valores y creencias? ¿Qué papel juega la enfermera en este sentido?

En el tercer modelo la enfermera protege la dignidad, privacidad y elecciones del paciente y actúa en consecuencia. ¿Cómo se respeta la dignidad? ¿Qué ocurre si las elecciones del paciente no son, a juicio de la enfermera “consistentes con su dignidad”? ¿Qué se debe hacer entonces? ¿Tiene límites la “intervención” de la enfermera en lo que al respeto a la dignidad del paciente se refiere? Tan solo este texto plantea ya varias dudas.

3 En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española la palabra árbitro significa “Dicho de una persona: Que puede hacer algo por sí sola sin dependencia de otro” o “Persona que arbitra en un conflicto entre partes” o “Persona cuyo criterio se considera autoridad”. En cualquiera de los tres casos.

Pero otras definiciones disponibles en la literatura de enfermería ponen de relieve las distintas formas de comprender el respeto a la autonomía, como lo hace Willard (2), quien presenta las de tres autoras: una, Gadow, se refiere a ella como ayudar al paciente a que tenga claro lo que quiere, otra, Clark, considera que la abogacía consiste a informarle de derechos y proteger sus derechos e intereses y la última, Salvage, plantea que la abogacía implica un compañerismo y una alianza entre los enfermeros y consumidores de servicios de salud sobre quienes proveen o hacen políticas de salud.

Webb, citada por Hyland (3), en una propuesta en la que se rescata el término autonomía y a partir de la revisión de diferentes definiciones de abogacía en la literatura concluyó que la enfermera actuando como abogada del paciente debe asegurarse de que este tenga suficiente información para ejercer su autonomía, que sean respetados sus derechos morales y legales y que la asignación de recursos para la atención en salud sean apropiados en calidad y cantidad para el cuidado. En este sentido, la tarea de la enfermera es más de empoderar (entendido como facultar) al paciente que de defenderlo. Esta es una definición que, enlazando el concepto de autonomía con el de abogacía, pone límites a esa abogacía, en tanto que reconoce al paciente como capaz de decidir.

En los párrafos precedentes se ha expuesto cómo desde la literatura se podría estar generando una dificultad para comprender cómo se hace efectivo el respeto de la autonomía de los pacientes; pero además esta dificultad se evidencia en la práctica.

Vaartio *et al.* realizaron un estudio en Finlandia con el objeto de identificar cómo definían los pacientes y los enfermeros la abogacía en enfermería y cómo lo experimentaban. Los investigadores entrevistaron a 22 pacientes y 21 enfermeros, a quienes les formularon tres preguntas: ¿Cómo definiría la abogacía en enfermería? ¿Qué hacen los enfermeros o qué hace usted en situaciones de abogacía? ¿Cómo experimenta o experimentó la abogacía de enfermería?

Los respondientes señalaron que la abogacía es algo que las enfermeras hacen por sus pacientes dando cuenta de su compromiso personal y profesional de ayudarlos más allá de un buen cuidado. Los autores concluyeron que, si bien las respuestas obtenidas apuntan a diferentes niveles de abogacía, no son sinónimos de abogacía en

enfermería, a partir de lo cual sugieren que es necesario hacer más investigaciones para aclarar el concepto. (5)

Hanssen(6) realizó un estudio a partir de una revisión de la literatura y de entrevistas a 23 enfermeras con más de diez años de experiencia clínica, en el cual encontró las dificultades que tienen las enfermeras para tomar decisiones relacionadas con la autonomía. Entre otros hallazgos, encontró que las enfermeras parecen asumir como iguales el respeto y la autonomía. Esto sugiere que aún no hay claridad con respecto a los conceptos de autonomía y abogacía y su relación, así como tampoco es claro cómo han de aplicarse estos principios en la práctica en enfermería.

Hasta aquí se ha señalado que existe dificultad para entender el principio de autonomía y cómo se operacionaliza en la práctica. Pero dado que en el ámbito hospitalario el término es de uso frecuente, los enfermeros reconocen que está allí. En los párrafos sucesivos se busca, reconociendo de base las dificultades para operacionalizar el principio, que las intuiciones acerca de su significado, al igual que el de beneficencia, generan conflictos particularmente difíciles para la enfermera.

Autonomía y beneficencia: ¿principios divergentes?

Los principios de beneficencia y autonomía en enfermería suelen verse como divergentes, en cuyo caso “se presupone que el paciente y la enfermera tendrán nociones conflictivas, separadas y divergentes acerca de las mejores opciones de cuidado.”(7) Este es un aspecto central en el que habrá que trabajar en enfermería.

Para abordar el conflicto que se plantea a la enfermera entre los principios de beneficencia y de autonomía es necesario tener en cuenta, por lo menos, dos elementos: las consideraciones sobre la compasión por un lado, y el eje central de su quehacer, el cuidar, por el otro.

Con respecto a lo primero, hay que decir que históricamente se ha entendido que la enfermera ha de ser una persona compasiva. Durante varios siglos los hospitales fueron dirigidos mayoritariamente por comunidades religiosas, siendo la religión el más importante componente de su historia hasta el siglo XVIII. (8). La enfermería, ejercida por religiosas como una vocación, requería de la virtud de la compasión y la parábola del Buen Samaritano servía de inspiración para ello, como el más famoso

ejemplo de beneficencia, en el que el acto del samaritano excede la moral corriente, al tener compasión y misericordia.(9). Así, la misericordia, desde el cristianismo, es un atributo divino que intentamos imitar y que significa “poner el corazón sobre la miseria”; entonces la persona misericordiosa es aquella que asume una actitud compasiva hacia otro que está en una condición de necesidad. ¿Pero acaso la compasión y la misericordia son “incompatibles” con el respeto a la autonomía? El relato bíblico del buen Samaritano es la parábola que Jesús presenta a un doctor de la Ley para explicarle quién es el prójimo. Se trata de “reconocer” al otro. Sin embargo, ¿acaso ese reconocimiento del otro no implicaría respeto a su autonomía si estuviera en condiciones de decidir? ¿Cómo hubiera terminado el relato de Jesús si hubiera señalado que aquel hombre herido no deseaba ser llevado a una posada? ¿Se hubiera quedado el buen samaritano con él o acaso le hubiera abandonado?

Según Hem y Heggen, (10), la compasión es la obligación moral que impone a la enfermera cuidar de la vulnerabilidad de los pacientes y su dependencia de los profesionales de salud.

Esta frase podría sugerir que efectivamente hay una asimetría de “poder” (de poder actuar, de poder decidir) entre quien compadece y aquel que es compadecido.

Es importante reconocer en este punto que las motivaciones del enfermero suelen ser altruistas, esto es, se procura el bien ajeno aun a costa del propio. Esto conduce en ocasiones a que el enfermero “reclame” cuando las decisiones del “otro” no se “corresponden” con todo el esfuerzo, dedicación y trabajo que le significó su actitud compasiva y por ello se respeta la autonomía del paciente en la medida en que se retribuyen esos esfuerzos. Con esto quiero significar que hay que explorar si este reclamo es legítimo o si se trata de una manipulación. Es posible, y así se documenta en alguna literatura de enfermería, que el enfermero esté dispuesto a ser compasivo y a reconocer al otro siempre y cuando las decisiones de ese otro, el paciente, concuerden con las del enfermero.

El riesgo de una interpretación incorrecta de la compasión conlleva precisamente a la vulneración de la autonomía y a caer en el paternalismo no solicitado. El problema radica en establecer la diferencia. ¿Hasta

qué punto la enfermera actúa con un “paternalismo”⁴ solicitado (¿maternalismo solicitado?) y cuándo deja de hacerlo? Es necesario comprender el verdadero significado de la compasión de manera que no se convierta en sobreprotección.

En párrafos anteriores se señalaba que para abordar el conflicto que se plantea a la enfermera entre los principios de beneficencia y de autonomía, es preciso tener en cuenta dos elementos: las consideraciones sobre la compasión, ya presentada, y el eje central de su quehacer, el cuidar, al que se hace referencia brevemente a continuación.

El eje del quehacer de enfermería es cuidar, entendida la palabra como encargarse de la protección de la salud y el bienestar de alguien. Como ninguna otra profesión, la enfermería se involucra, especialmente en el ámbito hospitalario, con familiares y amigos de los pacientes, y la particular relación enfermera-paciente genera un vínculo afectivo enormemente positivo para cuidar.

Se cuida a aquel con quien se establece un vínculo afectivo que parte del reconocimiento de ese otro vulnerable. El lazo se establece no solo reconociendo un “otro” sino su vulnerabilidad, referida al hecho de que las personas pueden ser dañadas. Pero según Liaschenko (11), a las enfermeras les ha sido conferido el estatus de responder por un tipo de vulnerabilidad particular: aquella asociada con las amenazas a la salud. No obstante, con alguna frecuencia la protección de la salud para responder a ese tipo particular de vulnerabilidad va en contra del bienestar de alguien que espera que se tengan en cuenta sus deseos y no solamente sus necesidades. Por ejemplo: ¿Qué debe hacer la enfermera cuando una paciente hospitalizada por una hipertensión no controlada desea que no se le den los alimentos con bajo contenido de sal? ¿Tiene acaso límites la autonomía? ¿Atender a sus deseos es acaso dejar de cuidar? ¿O acaso no atender a ellos es abusar del poder? Casos como estos se pre-

4 En este punto, es prudente hacer uso de la diferenciación que hacen Wulff, Pedersen y Rosenberg entre tres tipos de paternalismo: el paternalismo genuino, que se aplica a pacientes cuya autonomía está reducida considerablemente, y en donde la conducta paternalista es necesaria (pacientes inconscientes, con delirio, entre otros); el paternalismo solicitado, que implica que la persona involucrada ha dado su consentimiento, reconociendo su derecho a confiar en el médico (la enfermera para nuestro caso) y seguir su consejo; y el paternalismo no solicitado, que para Kant siempre es moralmente inadecuado, porque se descuida la autonomía del paciente.

sentan en la práctica cotidiana y generan conflictos a los enfermeros, aparte de minar en algunas ocasiones sus relaciones con los pacientes.

Es necesario entonces definir con precisión qué significa vulnerabilidad, una palabra que mucho se menciona pero que no parece clara y tiene distintos significados en diferentes contextos. De cualquier forma, como lo expresan Danis y Patrick, citados por Ruof, “[e]tiquetar a los individuos como vulnerables tiene el riesgo de considerar a los otros dignos de misericordia”.(12)

Los dos elementos a los que se ha hecho referencia, la compasión y el cuidar, son problemáticos en relación con el respeto a la autonomía en enfermería. Para algunas enfermeras situar en el escenario a la autonomía significa dejar de cuidar, no ser compasivo, no hacer lo suficiente, esto es, en términos principialistas, no cumplir con el principio de beneficencia o, incluso, caer en la maleficencia. Esto lo mostró el estudio realizado por Hanssen (6), citado arriba, en el que se encontró que las enfermeras tienden a darle prevalencia a los principios de beneficencia y no maleficencia más que al de autonomía.

Otros ejemplos revelan las dificultades de la enfermera al momento de considerar este principio. Se presentan a continuación, para ilustrarlo, algunos casos límite de respeto a la autonomía, que permiten evidenciar lo que aquí se ha presentado: los casos de aplicación de la eutanasia⁵.

En un estudio realizado por Dierckx de Casterlé et al., con entrevistas en profundidad a 12 enfermeras sobre la participación de enfermería en la eutanasia, estas dijeron que su participación se centraba en atender a la solicitud del paciente, comunicarla al médico y acompañarlo a él y a su familia a lo largo del proceso. Pero además, señalaron como algunas de las razones para no estar dispuestas a aplicar la eutanasia personalmente, su resistencia emocional a matar, la naturaleza irrevocable del acto, y sus dudas con respecto a lo correcto de la acción.

Paradójicamente, en la revisión de la literatura que sobre el tema de la eutanasia realizaron De Beer

et al., (14) se encontró que en un estudio realizado con enfermeras australianas que trabajaban con pacientes terminales, estas no solamente apoyaban la eutanasia sino que el 5% de ellas aplicó la eutanasia sin autorización médica, por su sentimiento de responsabilidad con el bienestar del paciente, el deseo de quitarle su sufrimiento y de evitar la obstinación terapéutica de los médicos. Nótese, por ejemplo, que en este caso no se presenta como argumento el respeto a la autonomía del paciente.

Estos dos casos muestran cómo los argumentos que presentan las enfermeras a favor tanto como en contra de la eutanasia proceden de un razonamiento desde el principio de beneficencia, no del de autonomía.

El problema: cómo enfrentarlo desde la formación

Se ha hecho referencia aquí a las dificultades que para enfermería tiene el reconocimiento del principio de autonomía y el texto deja ver que en algunas situaciones la enfermera se mueve en una tensión entre la sobreprotección y el descuido. Pero frente a estas dificultades hay también interesantes retos que abordar desde la academia y las instituciones de salud.

En primer lugar, es importante rescatar en la formación de los enfermeros la importancia del principio de la autonomía en el contexto actual. En este sentido se constituye en un interesante punto de partida la aproximación que hace Pablo Simón Lorda a la autonomía, más que como principio, como un derecho que representa “un cambio de perspectiva radical respecto a lo que deben ser las relaciones humanas”(1) en donde se hace el llamado a unas relaciones simétricas entre sujetos morales autónomos y con obligaciones de no maleficencia, beneficencia y justicia”.

Es necesario trabajar no solamente en dar claridad al término sino en presentar con ejercicios a los estudiantes universitarios cómo se “hace efectivo” el respeto a la autonomía de los pacientes. En este sentido es preciso hacer claridad en relación con las posibles confusiones en que se puede incurrir cuando, asumiendo que se respeta la autonomía del otro, lo que se hace es abusar del poder, como ocurre cuando, a partir de lo que “creemos” son sus valores y creencias, tomamos decisiones por él a partir, no de los suyos, sino de los nuestros.

⁵ Vale retomar aquí lo señalado por Hans Jonas con respecto a que “el rol de tomador de la vida *nunca* (énfasis del escrito original) debe asignarse a un médico[...] la ley nunca debe permitir que el médico haga esto puesto que pondría en peligro e incluso destruiría el rol social del médico. Creo que esto se aplica, por obvias razones, también a enfermería. (Este apartado fue tomado de una entrevista que le hiciera la Condesa Marion Donhoff a Jonas en 1989).

De otro lado, es necesario que desde enfermería se reconozcan los principios de beneficencia y autonomía no necesariamente como excluyentes el uno del otro, como plantea Pablo Simón Lorda, "...además de no hacer daño a las personas y, por tanto, entre otras cosas, de estar obligados a respetar su autonomía, también tenemos la obligación de hacerles el bien en la medida que podamos. Esto es lo que dice el principio de beneficencia. Pues bien, la mejor forma de hacer el bien a la gente es maximizar en lo posible que lleven adelante su propio proyecto de felicidad." (1) Esto debe reforzarse a lo largo de la formación profesional.

La tarea no es fácil, puesto que el vínculo afectivo que se establece con los pacientes en ocasiones conduce a la enfermera hacia una falsa compasión. Como decía Jonas a propósito de la eutanasia como una forma de compasión: "No debemos dejar que nosotros mismos seamos gobernados por una ética de la compasión, sino solo por un sentido de responsabilidad de las consecuencias que surgen de nuestra actitud"

Por último, es necesario que el discurso bioético se inserte más aun y con mayor precisión en los currículos de las escuelas y facultades de enfermería enfatizando en la necesidad de un discurso académico. La Bioética tiene un papel fundamental que jugar en el desarrollo de la profesión de enfermería que, en aspectos como este, ha sido subestimado.

REFERENCIAS

- (1) Lorda P. Problemas prácticos del Consentimiento Informado. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas- N.º 5. Barcelona: Editorial Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2002.
- (2) Willard C. The nurse's role as patient advocate: obligation or imposition?. *J Adv Nurs* 1996; 24(1):60-6 .
- (3) Hyland D. An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice. *Nurs Ethic*. 2002; 9(5):473.
- (4) Fry S, Johnstone MJ, *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making*. Second Edition. United Kingdom: Blackwell Publishing; 2002.
- (5) Vaartio H, Lieno-Kilpi H, Slaantera S, Suominen T. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced?. *Scand J Caring Sci* 2006; (20):282-92.
- (6) Hannsen I. An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nurs Ethics* 2004; 11(1):28-41.
- (7) Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*. 2008; 15(3):363.
- (8) Golden, G. *Historic Hospitals of Europe, 1200-1981* [En línea]. Bruges: National Library of Medicine; Oct1984-Apr1985.p.3. Disponible en: <http://cuwhist.files.wordpress.com/2011/01/historic-hospitals-of-europe-1200-1981.pdf>
- (9) Beauchamp T, Childress JF. *Principios de Etica Biomédica*. 4ª Ed. Masson: España; 1999. (10) Hem MH, Heggen K. Is compassion essential to nursing practice?. *Contemp Nurse* 2004; 17(1):19-31.
- (10) Liaschenko J. Ethics in the work of acting for patients. *Nursing Therapeutics* 1995 dec; 18(2):1-12.
- (11) Ruof MC. Vulnerability, vulnerable populations, and Policy. *Kennedy Inst Ethics J* 2004 dec; 14(1):411-25.
- (12) Dierckx De Casterlé B, Verpoort C, Bal N, Gastmans C. Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *Med Ethics* 2006; 32:187-92.
- (13) De Beer T, Gastmans C, Dierckx De Casterle B. Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *Med Ethics* 2004; 30(5):494-98.
- (14) Dönhoff M, Jonas H, Merkel R, Hannum H. Not Compassion Alone: On Euthanasia and Ethics. *Hastings Cent Rep* 1995; 25(7):44-50.