

Instituto para Consulta y Especialización Bioética (Fundación Bioética)

Universitat Internacional de Catalunya (Centro de Estudios de Bioética)

**BIOÉTICA Y ENFERMERÍA EN LA ESPAÑA
CONTEMPORÁNEA**

Tesina para la obtención del título de Master en Bioética Clínica

Autora

Beatriz Fornell Puertas

Diplomada en Enfermería, Especialista en Enfermería de Salud Mental

Directoras

D^a María Dolores Espejo Arias

Dra. D^a Elena Postigo Solana

Granada, 12 de mayo de 2005, Día Internacional de la Enfermería

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. BIOÉTICA.	7
2.1. Terminología: ética, moral, deontología.	7
2.2. Breve historia de la bioética: conceptos y teorías.	10
2.3. Desarrollo y corrientes actuales de la bioética en España.	17
3. ENFERMERÍA.	24
3.1. Antecedentes históricos de la Enfermería en España.	24
3.2. Breve historia de la diplomatura de Enfermería en España.	28
3.3. Perspectiva de cambios en la Enfermería española en los comienzos del siglo XXI.....	30
4. ENSEÑANZA DE BIOÉTICA EN ENFERMERÍA.	35
4.1. Formación pregrado.	36
4.2. Formación postgrado.....	43
5. CONCLUSIONES.....	46
6. ANEXOS.....	48
A) Código de Nuremberg (1946).	49

B) El informe Belmont (1979).	52
C) Código Internacional de Ética de Enfermería (1953).....	70
D) Código Deontológico de la Enfermería española (1988).....	72
7. BIBLIOGRAFÍA.....	93

1. INTRODUCCIÓN.

El objetivo de esta tesina es profundizar en el conocimiento del desarrollo de la bioética y la enfermería en el último cuarto del siglo XX y comienzos del XXI en nuestro país, así como esbozar la situación actual de ambas y de la enseñanza de bioética dirigida a los profesionales de enfermería, tanto en su periodo de formación como en la oferta formativa postgrado, poniendo de manifiesto la relación entre ambas disciplinas.

El método seguido para conseguirlo ha sido la investigación documental y bibliográfica, ya que es la más apropiada para esta temática y su enfoque histórico. Me ha parecido interesante adoptar esta visión porque el nacimiento de la bioética, a comienzos de la década de los setenta, ha ido casi en paralelo con el de la diplomatura de enfermería en España (julio de 1977), y, además, ninguna de dichas disciplinas ha surgido de la nada, sino que deben ser vistas en el contexto del trasfondo histórico previo al momento de su “origen oficial”. Por este motivo, abordaremos cada una de ellas desde una perspectiva histórica, para –conociendo su origen- comprender su desarrollo así como la situación en la que ambas disciplinas se encuentran hoy en día.

La tesina se estructura en cinco partes:

- 1) Esta introducción, que pretende servir a quien la lea para situarse ante el resto de la tesina.
- 2) Un bloque centrado en la bioética y dividido en:
 - Un primer apartado, para aclarar la terminología más usual al abordar la bioética (ética, moral, deontología).
 - Un segundo apartado, que resume la historia del nacimiento y desarrollo de la bioética, sobre todo en EE.UU. pero también en

- Europa (Italia), así como los principales conceptos y teorías en esta disciplina.
- Un tercer apartado, que expone el desarrollo y las corrientes actuales de la bioética en España.
- 3) Un bloque dedicado a la enfermería y dividido en:
- Un primer apartado, realizando una síntesis de los antecedentes históricos de la Enfermería en España.
 - Un segundo apartado, que refiere brevemente la historia de la diplomatura de Enfermería en España.
 - Un tercer apartado, que ofrece la perspectiva de cambios en la Enfermería española en los comienzos del siglo XXI.
- 4) Un bloque sobre la enseñanza de bioética en enfermería, esbozando el panorama actual de esta enseñanza durante los estudios universitarios pregrado, de importancia fundamental para la formación de los futuros profesionales, ya que será para muchos el principal referente que tengan a la hora de enfrentarse a las diferentes cuestiones éticas que surgirán a lo largo de su vida laboral. También dedicaremos espacio a la oferta formativa en bioética para titulados universitarios, centrándonos en los cursos de larga duración (masters) que se realizan actualmente en nuestro país, ya que incluir los cursos cortos excedería, por su amplitud, la pretensión de este trabajo.
- 5) Por último, ofreceremos unas primeras conclusiones personales tras este acercamiento a la bioética, la enfermería y la relación entre ambas como disciplinas interconectadas.

El texto final se complementa con cuatro anexos (el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Código Internacional de Ética de Enfermería y el Código Deontológico de la Enfermería española), citados a lo largo del mismo, y la bibliografía consultada.

No quisiera terminar esta introducción sin manifestar mi agradecimiento:

- A Doña María Dolores Espejo Arias, coordinadora de este Master en Bioética Clínica, y a la Dra. Elena Postigo Solana, directoras de esta tesina, por su generosa disponibilidad y su permanente interés.

- A mis compañeros de Master, por el tiempo y las impresiones que hemos compartido en este proceso de formación y cuyo entusiasmo por la bioética ha constituido un gran apoyo en los momentos de mayor dificultad y esfuerzo.

- A mi familia, por sus consejos y su respaldo incondicional, a la que debo quien soy.

- A mi marido, Antonio M^a, por desentrañar para mí los misterios del Word y del PowerPoint (y, próximamente, los del Excel), y porque su amor me da fuerzas para todo.

2. BIOÉTICA.

2.1. Terminología: ética, moral, deontología.

Antes de comenzar a desarrollar cualquier tema, especialmente cuando es de carácter filosófico, conviene realizar una clarificación terminológica que nos permita comprender los planteamientos posteriores. En este caso, al acercarnos a la bibliografía, nos encontramos con diversos términos relacionados con la *bioética*, disciplina que nos ocupa. Éstos son, fundamentalmente, los de *ética*, *moral* y *deontología*.

Etimológicamente, la palabra *ética* proviene del griego *éthos*, antónimo de *páthos*. *Éthos* haría referencia al esfuerzo activo y libre de la persona por dar forma humana a lo recibido. Por el contrario, *páthos* haría referencia a todo lo que viene dado por la naturaleza, a todo lo recibido pasivamente. A esto hay que añadir que la *e* de *éthos*, en griego, puede escribirse con eta o con épsilon. En el primer caso, con eta, vendría a significar *morada*, *lugar de residencia* y, por extensión, *país*; con el paso del tiempo, adquiriría en la tradición filosófica occidental el significado de *carácter*, *talante* (la disposición personal que cada ser humano presenta ante la vida, pero no la debida a su personalidad psicológica -que le vendría dada de forma innata, perteneciendo a la esfera del *páthos*- sino a sus actitudes y hábitos estrictamente morales, lo que la persona elige ser, dentro de su libertad humana, aunque condicionada por sus elecciones anteriores, no con libertad absoluta). En el segundo caso, con épsilon, *éthos* significaría *hábito*, *costumbre*, refiriéndose a las elecciones concretas que van conformando el carácter moral de la persona (Aranguren, 1993).

Ahora bien, todas las lenguas evolucionan y, centrándonos en lo que sería el concepto actual, podemos definir la *ética* como la parte de la filosofía que estudia la moralidad del obrar humano; es decir, considera los actos humanos en cuanto son buenos o malos (Rodríguez Luño, 1986). Dicha moralidad es una cualidad exclusiva de los llamados actos humanos, que son los que proceden de la libertad en orden a un fin último, y que hay que distinguir de los llamados actos del hombre, que son los

que éste realiza sin verdadera libertad (sea por falta de conocimiento o voluntariedad, sea porque dichos actos no estén bajo el dominio directo de la voluntad). Por tanto, la *ética* estudia los actos humanos desde el punto de vista de su moralidad, entendiendo ésta como rectitud moral en el sentido de adecuación del acto libre con el fin último y definitivo del hombre. En definitiva, la *ética* sería una ciencia práctica –o normativa, al tener como finalidad el recto actuar humano- de carácter filosófico -por lo que también se ha denominado filosofía moral-, fundamentada en la metafísica -ya que los juicios sobre el deber ser se basan en el conocimiento del ser-.

La palabra *moral* viene del latín *mos* (plural, *mores*), de donde procede el término *moralis*, neologismo con el que Cicerón quiso traducir el griego *éthika* (Hortelano, 1981), por lo que, etimológicamente, habría que decir que *ética* y *moral* significan lo mismo, y así diversos autores utilizan dichos términos como sinónimos. Sin embargo, ambos términos tienen diferente significado hoy en día. En general, entendemos por *moral* el razonamiento humano sobre lo que es bueno o malo, realizado desde una perspectiva teológica, que será diferente según la creencia religiosa concreta de quien la realiza (católica, anglicana, luterana...). La *moral* sería, por tanto, la ética teológica o reflexión racional desde la teología sobre la moralidad de los actos humanos. Otros autores definen la *moral* como el sistema de normas, principios y valores por el cual se regulan las relaciones mutuas entre los individuos, o entre ellos y la comunidad, de tal manera que dichas normas se acaten libre y conscientemente (Arroyo y Serrano, 1988), distinguiéndola de la ética considerada como disciplina filosófica. Pienso que, en realidad, ambas definiciones están estrechamente relacionadas, en virtud de la función socializadora de la religión en nuestro entorno, que transmite esas normas, principios y valores, los cuales son interiorizados por la sociedad.

El término *deontología* fue acuñado por Jeremy Bentham, padre del utilitarismo, y viene del griego *déon*, que significa *lo obligatorio, lo justo, lo adecuado*. Para Bentham, que publicó en 1834 su obra *Deontology or the Science of Morality*, la deontología es la ciencia de los deberes. Posteriormente, se ha definido la deontología como una disciplina descriptiva y empírica cuyo fin es la

determinación de los deberes que han de cumplirse en determinadas circunstancias sociales, y muy especialmente dentro de una profesión determinada (Ferrater Mora, 1979). Circunscribiéndose a la deontología médica, Somonetti (1994) nos dice -en el sentido que tiene habitualmente cuando se habla de las deontologías profesionales- que es la que “estudia las problemáticas relacionadas con las relaciones entre el ejercicio de la medicina y las reglas sociales, examina e identifica los derechos y deberes del que ejerce la profesión médica y codifica la gestión de la potestad del médico en relación a las necesidades y expectativas de los individuos y de la comunidad”.

En la misma línea, Barrio Maestre (2001, pp. 27-32) hace notar que la deontología es un capítulo de la ética general, concretamente la teoría de los deberes (*tá déonta*), señalando que los deberes profesionales son sólo una parte muy restrictiva de los deberes en general y que la relación entre ética y deontología es análoga a la que se establece entre felicidad y deber, que constituirían sus respectivos núcleos temáticos. Asimismo, destaca el valor de los códigos deontológicos elaborados por los colegios profesionales para, entre otros fines, garantizar la calidad en la prestación del correspondiente servicio, respaldando su ejercicio decoroso y previniendo malas prácticas al establecer mecanismos de control y sanciones.

Por otro lado, en el discurso bioético la deontología también suele entenderse como una manera peculiar de concebir la ética y el razonamiento moral. Así, autores como Mappes y Zembaty (1981) clasifican las distintas teorías éticas en teleológicas (del griego *télos*, que significa *fin*, que hacen depender la corrección o incorrección de las acciones humanas única y exclusivamente de sus consecuencias; por ejemplo, el utilitarismo de actos o clásico y el utilitarismo de reglas o de normas) y deontológicas (que afirman que la rectitud de las acciones humanas no depende única y exclusivamente de sus consecuencias, existiendo valores y normas que nos obligan siempre; por ejemplo, la filosofía moral de Kant o el principialismo de Beauchamp y Childress). Esta clasificación no debe confundirse con la de Broad (1930), para quien las teorías deontológicas son las que admiten normas materiales absolutas (algunas acciones serían siempre correctas o incorrectas, independientemente de sus

consecuencias; por ejemplo, la moral kantiana) mientras que las teorías teleológicas pueden admitir principios absolutos con tal de que sean formales y no materiales (los principios obligan, pero siempre y cuando las consecuencias no justifiquen una excepción; por ejemplo, cualquier utilitarismo pero también el principialismo de Beauchamp y Childress).

2.2. Breve historia de la bioética: conceptos y teorías.

El primer autor que utilizó la palabra *bioética* fue el oncólogo estadounidense - investigador en la Universidad de Wisconsin, en Madison- Van Rensselaer Potter (enero de 1971) y la definió como la parte de la Biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas de modo que se obtenga, con su uso correcto, una mejor calidad de vida. Afirmaba que la ruptura entre el saber científico y el humanístico ponía en peligro la supervivencia de la humanidad y proponía como única solución establecer un puente entre dichos saberes, que sería considerada, con el paso del tiempo, la nueva disciplina de la bioética. Esta *perspectiva ecológica*, aunque siempre ha inspirado a diversas corrientes en el mundo de la bioética, tuvo relativa influencia en el desarrollo inicial de ésta y es en el momento actual cuando está resurgiendo con fuerza como bioética global (*Global Bioethics*), desarrollada por el antropólogo Brunetto Chiarelli (1993), para quien la bioética es la ciencia que junta, de modo interdisciplinar, informaciones procedentes de las disciplinas biológicas -incluyendo la ecología y la etología- y de la sociología, integrándolas en una reflexión filosófica, con el principio básico de la conservación del ADN típico de la especie humana y el mantenimiento de su variabilidad intraespecífica, sin perjuicio del respeto debido a todas las formas de vida. Siguiendo a Potter, sostiene que la bioética debe concentrarse en los problemas relacionados con la supervivencia (presente y futura) del ser humano, tanto en su carácter de individuo como de especie. Asimismo, conviene notar la influencia ejercida por el desarrollo progresivo de la sensibilidad medioambiental junto con el de unas políticas sanitarias que deben buscar el equilibrio en la gestión equitativa de los recursos, revalorizándose el principio de justicia -que se comenta más adelante- y las consideraciones comunitarias (Jonsen, 1998). Sin embargo, se diferencia de aquella en que entonces

no se incidía tanto en la gestión de los recursos (cuestión cada vez más grave, dado que hemos pasado del extremo del paternalismo médico al extremo de la medicina defensiva, que derrocha los limitados recursos disponibles sin atender a criterios éticos) sino más bien en las repercusiones de la degradación del medio ambiente en la salud del ser humano a lo largo de su vida. En cualquier caso, hoy sigue siendo válido el planteamiento de Potter, para quien la ética no se debe referir sólo al ser humano sino también a cualquier intervención científica del hombre sobre la vida en general, por la repercusión que tiene sobre el proceso de su desarrollo, enseñando cómo utilizar el conocimiento en el campo científico-biológico (Ruiz-Canela López y Espejo Arias, 2001). Ante los nuevos problemas que surgen en el campo de la bioética, y un ejemplo evidente es el de las tecnologías genéticas, pienso que Potter seguiría proponiendo la bioética como una disciplina dirigida a todo ser humano para que tenga un comportamiento responsable, dada su importancia para el equilibrio del ecosistema, el futuro del hombre y su supervivencia centrada en la cualidad de la vida del ambiente y del ecosistema entero (Russo, 1998).

Casi en paralelo a Potter, el obstetra holandés -investigador en la Universidad de Georgetown, en Washington, D.C.- André Hellegers fundó el primer instituto universitario dedicado a la investigación teniendo en cuenta su repercusión ética (julio de 1971), con el apoyo económico de la Fundación Kennedy (*The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*). En ese ambiente, se reivindica la creación del término *bioética* (puede que así fuera, ya que en ocasiones aparece casi simultáneamente el mismo hallazgo o avance científico en distintos lugares, sin conexión entre ellos), lo que se puede discutir. Según Ferrer y Álvarez (2003), fue esta bioética desarrollada en Georgetown, distinta de la de Potter por su *perspectiva biomédica* y por su origen en una universidad católica, la que prevaleció, no como una nueva disciplina -tal y como la consideraba Potter- sino como una rama de la Ética aplicada al mundo de la biomedicina, por tres razones fundamentales:

- a) De fondo: el contenido desarrollado era más cercano al sentir popular y a la coyuntura política de la época (años 70 y 80); interesaban más

los problemas biomédicos concretos que los planteamientos globales de Potter.

- b) De forma: el lenguaje filosófico utilizado, propio de la tradición occidental, era más comprensible que el de Potter para los interesados en la bioética.
- c) De medios: mientras que Potter se dedicó principalmente a la oncología y sólo a tiempo parcial -sin apoyo institucional- a la bioética, Hellegger y su grupo contaron con numerosos medios para el estudio y desarrollo de la nueva disciplina: el respaldo académico de una universidad con diversos departamentos de ciencias y de humanidades y con un ideario católico, la generosa financiación a cargo de la Fundación Kennedy para investigación y el fácil acceso, por encontrarse en la capital de EE.UU., a otros fondos para la investigación y a la participación en la política pública relativa a la biomedicina.

Poco después, bajo el patrocinio de la fundación citada, Warren Thomas Reich dirigió la edición, en cuatro volúmenes, de la *Encyclopedia of Bioethics*, en cuya introducción general definió la bioética como “el estudio sistemático de las dimensiones morales -incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas- de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario” (Reich, 1978).

Aquilino Cayuela (2004) hace notar que la estructuración académica de la Bioética tuvo lugar así en el Instituto Kennedy de Ética mientras que su estructuración orgánica –por lo que Villalaín Blanco (2001) le considera la primera piedra en la construcción de la bioética- había sido desarrollada por el *Hastings Center* del *Institute of Society, Ethics and the Life Sciences* de Nueva York, que -bajo la dirección de Daniel Callahan y la presidencia de William Gaylin- empezaría sus trabajos en 1971 y publica sus primeros resultados en 1979 en la revista *IRB: A*

Review of Human Subjects Research). El Hastings Center desarrolló programas sobre:

- Prioridad de la enfermedad mental.
- Prioridad clínica en la aplicación de la investigación del genoma humano.
- Contracepción: Línea guía para la política social.
- Determinar nuevos objetivos a la Medicina.
- Hombre, animales y ambiente: responsabilidad ética.
- Biotecnología animal.

Asimismo, el *Hastings Center* impartió formación en bioética, destacando el programa internacional para estudiantes, el programa para estudiantes internos y su habilitación de Bioética, no impartándose anteriormente una formación ética sistemática en el ámbito de las ciencias médicas y biológicas si exceptuamos algunas instituciones católicas (Villalaín Blanco, 2001).

En todo caso, la bioética no surge de la nada sino que llega por la necesidad de afrontar nuevos problemas que se plantean por la conjunción de una serie de circunstancias:

- 1) El enorme avance científico-tecnológico, y en particular de la medicina, que se produce desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta ese momento (descubrimiento y desarrollo de antibióticos, psicofármacos, nuevas vacunas, técnicas quirúrgicas, pruebas diagnósticas, hemodiálisis, reanimación cardiopulmonar ...), lo que amplía las posibilidades de actuación ante diversas situaciones poniendo sobre la mesa cuestiones éticas como la del

trasplante de órganos, el aborto por motivos eugenésicos o la anticoncepción hormonal.

- 2) Los cambios culturales, gestados en la década anterior mediante una serie de movimientos sociales que cuestionaban la autoridad del poder establecido y propugnaban valores como la paz, la libertad, la justicia, la igualdad... (en EE.UU., cuna de la bioética, son los años de la lucha por los derechos civiles y contra la discriminación racial, de protestas contra la guerra de Vietnam y del escándalo Watergate, del movimiento *hippy* y del *flower power*), lo que lleva a privilegiar el principio de autonomía en el desarrollo inicial de la bioética.

- 3) El conocimiento por la opinión pública de los múltiples abusos cometidos en la investigación biomédica con seres humanos. Destacan los experimentos de los médicos nazis para comprobar los efectos de las bajas temperaturas, de la malaria, del gas mostaza..., que salieron a la palestra en los procesos de Nuremberg, de donde surgió -como recopilación de principios éticos- el Código de Nuremberg (1947, que -por su importancia y no poder extenderme aquí- transcribo como anexo A), pero también otros realizados en EE.UU. como el terrible estudio de Tuskegee (Alabama): iniciado en 1932 para estudiar la historia natural de la sífilis, engañando desde el principio a los sujetos del estudio, mantuvo a los afectados sin tratamiento a pesar de contar con la penicilina desde los años cuarenta y sólo fue interrumpido al ser difundido por la prensa en 1972. También destacan dos estudios realizados en Nueva York: en 1956, Samuel Krugman y Joan Giles inyectaron el virus de la hepatitis a una cohorte de niños con deficiencia mental institucionalizados en el *Willowbrook State School* de Staten Island, para desarrollar una vacuna; en 1963, Chester Southam inyectó células cancerosas a pacientes ancianos en el *Jewish Chronic Disease Hospital* de Brooklyn, buscando el origen de la capacidad del cuerpo para rechazarlas (Ruiz-Canela López, 2001).

- 4) El nuevo interés por la ética normativa con el que una serie de filósofos norteamericanos reaccionaron ante el predominio del neopositivismo lógico en la filosofía moral, que no les ayudaba a responder a los problemas sociales y políticos de su época. Destacan John Rawls (cuya obra *A Theory of Justice*, 1971, inicia una nueva etapa en la filosofía moral norteamericana), Hans Jonas, Samuel Gorotvitz, Ruth Macklin, K. Danner Clouser, Stephen Toulmin, Baruch Brody y Stuart Spicker.

En este ambiente, el Congreso de los Estados Unidos dispone por ley (*National Research Act*, 1974) la creación de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, que debía identificar los principios éticos fundamentales para la investigación científica en medicina y en ciencias de la conducta, así como desarrollar directrices concretas que garantizaran su cumplimiento. De los trabajos de la llamada Comisión Nacional (1975-1978), compuesta por once miembros, salió -entre otros documentos- el Informe Belmont (*The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, 1979, que transcribo como anexo B, dada su importancia como núcleo a partir del cual se desarrollarían posteriormente los llamados “principios de la bioética”), que identifica tres principios fundamentales: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Posteriormente hubo una segunda Comisión, la Comisión Presidencial (*The President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, 1980-1983), que también publicó importantes documentos pero sin enunciar principios generales.

El informe Belmont, sin embargo, planteó un problema: se limitó a los problemas de experimentación, dejando fuera el amplio campo de la clínica. Para liberar a la práctica médica de códigos y juramentos, Beauchamp y Childress publicaron *Principles of Biomedical Ethics* (1978), aportando los conceptos fundamentales y separados de no-maleficencia y beneficencia. En esta obra, ofrecen la formulación clásica del principialismo o principlismo, uno de los modelos teóricos que más influencia han ejercido en la fundamentación de la bioética, que establece

cuatro principios básicos para orientar moralmente las decisiones de los investigadores y de los clínicos en el ámbito de la biomedicina:

- 1) Respeto por la autonomía.
- 2) Beneficencia.
- 3) No-maleficencia.
- 4) Justicia.

La propuesta de Beauchamp y Childress tuvo un claro predominio en la bioética hasta 1990, en que Clouser y Gert publicaron un artículo en el que criticaban el principialismo, fundamentalmente porque no ofrece una justificación convincente de la tabla de principios adoptada como canónica y no explica suficientemente la vinculación entre dichos principios ni el significado de éstos. Esto era tan evidente, que los propios Beauchamp y Childress tuvieron en cuenta estas críticas y modificaron su obra. Sin embargo, se les puede seguir criticando la falta de una teoría filosófica que fundamente una teoría ética fundante de su propuesta, por lo que no pueden explicitar los presupuestos de los que parten ni, por consiguiente, justificar la moralidad misma. Ni siquiera remiten a ninguna ley moral universal que pueda delimitar formalmente los juicios y normas morales de los que no lo son. Esto implica la falta de justificación de los principios morales propuestos. Asimismo, al carecer de una teoría ética fundante, no pueden justificar ni los principios ni su contenido, por lo que se les puede criticar su arbitrariedad y su vaguedad. Es más, el principialismo fracasaría en su pretendido acierto de lograr acuerdos morales entre personas con distintos sistemas de valores, ya que dichos acuerdos –al amparo de los principios- deberían mucho al acuerdo tácito entre personas con una visión moral de fondo bastante similar. De hecho, hay autores que señalan el utilitarismo como teoría subyacente al principialismo. Otro fallo de esta propuesta es que carece de una jerarquización que ayude a resolver los conflictos entre los principios, a pesar de las reglas de ponderación que Beauchamp y Childress introducen en sucesivas ediciones,

respondiendo a las críticas que se les hace. Esta ausencia de orden jerárquico – contradictoria con la tradición occidental- podría deberse a la falta de un método de toma de decisiones morales claramente definido (Ferrer y Álvarez, 2003).

Frente al principialismo, una propuesta alternativa capaz de responder a la exigencia de ofrecer indicaciones y orientaciones “de peso” dando razones con el valor axiológico-prescriptivo que debe estar contenido en la elección que atañe a las intervenciones sobre la vida del hombre y de todo el ecosistema (Sgreccia, 1994), la constituye una antropología personalista fundamentada ontológicamente, ya que puede establecer una relación coherente entre varios principios, independientemente de su designación semántica, dado que sólo la referencia a un bien objetivo integral, como el de la persona, puede evitar el gran riesgo de desembocar en el más absoluto relativismo y reduccionismo ético (Spagnolo, 1998). De hecho, en los mismos EE.UU. se han replanteado “reconstruir la ética médica”, volviendo a los planteamientos que basan la bioética en la virtud del médico (Pellegrino y Thomasma, 1988).

2.3. Desarrollo y corrientes actuales de la bioética en España.

En 1971, en Madrid, se creó el Instituto Superior de Ciencias Morales, un Centro Superior Eclesiástico de docencia e investigación en el campo de la Moral cristiana, fundado por los redentoristas e incorporado a la Facultad de Teología de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid), dentro del cual existió un Departamento de Psiquiatría y Moral, que dirigió por Ruiz Mateos. La Universidad Pontificia de Comillas ha generado un importante núcleo de propagación de la bioética, con personalidades como Marciano Vidal, Elizari, Hortelano o Gafo. También en Madrid, en la Universidad Complutense, la Cátedra de Historia de la Medicina que dirige Diego Gracia Guillén constituye un importante núcleo de difusión, a través de los numerosos cursos y del master de especialización que organiza. En la misma universidad, conviene destacar asimismo la influencia de Aquilino Polaino Llorente, catedrático de Psicopatología, que ha sabido crear escuela en medios universitarios.

El primer centro de bioética se organizó en España en 1976 en Barcelona, con la denominación de Instituto Borja de Bioética, donde enseñaron profesores como los jesuitas Manuel Cuyás i Matas – que enseñó en Roma deontología médica y Bioética en la Gregoriana y en la Academia Alfonsiana- y Francesc Abel i Fabre –fundador del Instituto, médico, especialista en obstetricia y ginecología y formado en Georgetown- que trajo el modelo americano de comités de ética, los cuales impulsaron a su vez la formación en bioética, algo muy necesario porque en España se estaban dando problemas éticos relacionados con el comienzo de la vida, siendo precursores en el establecimiento de dichos comités de ética los hospitales dirigidos por instituciones religiosas como los Hermanos de San Juan de Dios, de Barcelona.

Recientemente, se ha creado en España una cátedra UNESCO de Bioética y Biojurídica, dirigida por la jurista María Dolores Vila-Coro. Dicha Cátedra ha creado un Programa de Doctorado que supone una innovadora iniciativa en el contexto español, europeo e iberoamericano. Este Doctorado en Bioética y Biojurídica es el primero y único de esta especialidad. La realización de estos estudios de tercer ciclo supone la obtención del Diploma de Estudios Avanzados que implica el reconocimiento de la suficiencia investigadora y faculta al alumno para hacer la tesis doctoral y conseguir el título de Doctor. Dichos estudios, además de estar avalados por la UNESCO, cuentan con la convalidación de la Universidad Rey Juan Carlos, teniendo reconocimiento nacional.

Por otra parte, en la Universidad de Navarra hay que destacar el Departamento de Humanidades Biomédicas, aprobado en 1998 por fusión de los Departamentos de Historia de la Medicina (que existe en la Facultad desde sus orígenes) y de Bioética (que nació en 1984 como Grupo de Trabajo Interfacultativo, a fin de estudiar y desde distintos puntos de vista los temas relacionados con la Ética y la Deontología de las profesiones biomédicas: Medicina, Farmacia, Biología, Enfermería y Ciencias Químicas), dirigido hasta 2001 por el Dr. Gonzalo Herranz y actualmente por la Dra. Pilar León. De este departamento depende el Centro de Documentación de Bioética, un centro virtual de documentación sobre bioética y deontología en el ámbito biosanitario, situado en Internet con acceso abierto.

En cuanto a las diversas corrientes actuales de bioética que de alguna manera han influido en su desarrollo en España, mencionándolas por orden cronológico, podemos destacar:

A. Principialismo, que en sus orígenes no se manifiesta en contra de lo religioso, teniendo como referente la obra de T. L. Beauchamp y J. F. Childress.

B. Corrientes de bioética laica/laicista:

B.1.- Principialismo de D. Gracia.

B.2.- Utilitarismo, con P. Singer como el más conocido exponente a nivel mundial.

B.3.- Contractualismo, que sigue los postulados de H. T. Engelhardt.

B.4.- Ética de mínimos, cuyos máximos representantes en nuestro país serían A. Cortina, V. Camps y J. Sádaba.

C. Corrientes de bioética personalista/humanista:

C.1.- Bioética personalista de E. Sgreccia.

C.2.- Bioética de la virtud, con los referentes contemporáneos de E. D. Pellegrino y A. MacIntyre.

D. Otras corrientes de bioética:

D.1.- Ética del cuidado, teoría de la psicóloga feminista C. Gilligan inspirada en el filósofo francés P. Ricoeur.

D.2.- Ética narrativa, descrita por A. Hudson Jones y H. Brody, para quienes la ética clínica sería un diálogo o síntesis entre lo “principios recibidos, colectivos” y las “particularidades de cada persona, la historia que narra”.

D.3.- Bioética casuística, que llega al relativismo y subjetivismo del utilitarismo y del contractualismo, proponiendo que hay que decidir caso por caso, representada por A. R. Jonson y S. E. Toulmin.

Estos diferentes enfoques pueden observarse al acercarnos a los planteamientos de las distintas asociaciones y sociedades de bioética en nuestro país, entre las que cabría destacar las siguientes:

a) AEBI.

La Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI, con sede en Madrid y presidida por el endocrinólogo Manuel de Santiago Corchado) se orienta a promover la dimensión ética en la medicina y en la investigación científica relacionada con la vida y con el hombre. De enfoque personalista, forman parte de ella y/o cuenta con la colaboración de una serie de asociaciones autonómicas:

- Grupo de Investigación en Bioética de Galicia.
- Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid.
- Associació Catalana d'Estudis Bioetics.
- Sociedad Valenciana de Bioética.
- Sociedad Murciana de Bioética (SMB).
- Asociación Canaria de Bioética (ACABI).
- Sociedad Murciana de Bioética (SMB).

Destacan entre sus fines promover estudios sobre los valores éticos en la investigación y en la práctica de los profesionales relacionados con las ciencias de la vida, informar y formar a la opinión pública sobre la trascendencia de la Bioética para la sociedad, organizar reuniones, cursos y congresos de carácter multidisciplinar sobre bioética, biojurídica y materias afines nacionales e internacionales, promover publicaciones y libros de bioética y hacer llegar a sus socios la revista *Cuadernos de Bioética* (la primera revista española de bioética, publicada desde 1990 por el Grupo de Investigación en Bioética de Galicia y actualmente por la AEBI nacional, desde Murcia) y poner a su disposición un amplio servicio de información, que incluye un rico fondo documental de las más importantes revistas y publicaciones de esta especialidad.

b) SAIB.

La Sociedad Andaluza de Investigación Bioética (con sede en Córdoba y presidida por el filósofo José Luis del Barco), es una asociación científica española no lucrativa, constituida para el estudio de los aspectos éticos, deontológicos, jurídicos y filosóficos del ejercicio de la medicina y disciplinas asociadas. También es de orientación personalista. Publica semestralmente la revista *Bioética y Ciencias de la Salud*, que incluye secciones sobre investigación, casos clínicos, traducción de textos de actualidad de revistas extranjeras, etc. Pretende alcanzar varias metas para lograr una plena integración de la bioética en todos los ámbitos científicos que ésta ocupa, entre las que se encuentran la concienciación social sobre la necesidad de formación continuada en Bioética. SAIB pone a disposición de sus asociados todos los medios posibles para conocer las últimas cuestiones publicadas sobre bioética, el establecimiento de un foro de comunicación e investigación, el asesoramiento científico, deontológico y jurídico en temas bioéticos a cualquier persona o entidad que lo solicitase con la supervisión y el apoyo de catedráticos y profesores de diversas áreas del saber, la organización de cursos de formación, seminarios de opinión y congresos de bioética a nivel nacional e internacional, la publicación de su citada revista y la constitución de un fondo bibliográfico actualizado en bioética y temas afines para todo aquel que lo precise.

Está relacionada con la Fundación Bioética (presidida por M^a Dolores Espejo), de la que depende el Instituto para Consulta y Especialización Bioética (ICEB), una de cuyas actividades la constituye el Master en Bioética Clínica para el que se realiza esta tesina.

c) ABFyC.

La Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (con sede en Madrid y presidida por el cardiólogo Manuel de los Reyes López) se orienta en la línea del principialismo de Diego Gracia. Subrayan que el enfoque de la bioética debe ser plural, crítico y racional, aceptando el hecho pluricreencial de nuestro mundo contemporáneo, debiendo evitar los sectarismos de cualquier tipo, ya sean ideológicos, laicistas o confesionales, huyendo de dogmatismos y buscando el diálogo respetuoso entre todos los afectados. Destacan como valores de su asociación la capacidad de diálogo, tolerancia crítica, búsqueda afanosa de la verdad, humildad intelectual y esfuerzo continuado por lograr la máxima competencia profesional en temas de bioética. Pretenden ofrecer una reflexión rigurosa sobre los conflictos bioéticos actuales y convertirse en lugar de encuentro pluridisciplinar donde tengan cabida el diálogo racional, el discernimiento crítico, las actitudes prudentiales y el consenso social.

d) SIBI.

La Sociedad Internacional de Bioética, con sede en Gijón, presidida por su fundador el cirujano y traumatólogo Marcelo Palacios en torno a la firma del Convenio de Oviedo (Convención sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de la Persona en relación con las aplicaciones de la Biología y la Medicina, también conocida como Convención de Asturias de Bioética, tal y como solicitó el propio Palacios). El objetivo exclusivo y con fines de carácter general de la SIBI se orienta a cubrir las posibilidades de reflexión, deliberación abierta y propuestas sobre los variados campos de la bioética. Entre sus tareas, que realiza a través de su comité científico, están las de difundir la Convención de Asturias de Bioética y promover,

apoyar, extender y consolidar el conocimiento de la bioética, con la finalidad de lograr su plena aplicación fundamentalmente en los ámbitos de las ciencias y tecnologías médicas, biológicas, medioambientales y alimentarias; a procurar los desarrollos jurídico y pedagógico de la bioética, tanto a nivel nacional como internacional, y a estimular el análisis de los problemas concretos de la aplicación de los avances científicos y en particular de la medicina y la biotecnología desde los puntos de vista ético, legal, jurídico y social.

La SIBI fue presentada tras la constitución de la fundación SIBI y publica semestralmente la *Revista SIBI*.

3. ENFERMERÍA.

3.1. Antecedentes históricos de la Enfermería en España.

En España, hasta la segunda mitad del siglo XIX, la enfermería no existía como profesión, ejerciéndose actividades relacionadas con la misma por el barbero sangrador y el cirujano menor, que se formaban en los hospitales y órdenes religiosas.

Por otra parte, dado que la situación sanitaria pública en España era mala, los gobiernos comenzaron a plantearse que tenían que reformar y regular las profesiones sanitarias.

En septiembre de 1857 se promulga la Ley de Bases para la Instrucción Pública, conocida popularmente como Ley Moyano por el ministro responsable de ella, que regularía las profesiones sanitarias en España. De acuerdo con ella, el 21 de noviembre de 1861 se publica el Reglamento para las enseñanzas de practicante y matrona, regulándose todo lo relacionado con dichas profesiones. El practicante será el que sustituya al cirujano menor y al barbero sangrador mientras que la matrona será la encargada de asistir partos y de dar los primeros y urgentes auxilios al recién nacido, incluyendo la administración del agua de socorro (bautismo de urgencia en peligro de muerte). Sin embargo, aún no se contempla la figura de la enfermera.

Según Hernández Conesa (1995), desde la segunda mitad del siglo XIX se dan una serie de circunstancias históricas que llevan a la Enfermería a constituirse como disciplina científica y universitaria, distinguiendo causas intrínsecas (el modelo de F. Nightingale, el surgimiento de asociaciones enfermeras, la creación de literatura científica propia, los programas de formación específicos y unificados y la necesidad de acreditar un título para el ejercicio de la enfermería) y extrínsecas (la situación social de la mujer, el avance de la técnica, la expansión de los hospitales, la participación en las contiendas bélicas y la institucionalización estatal del auxilio

social) que convergen para configurar la identidad profesional y la construcción disciplinar de la Enfermería en la Universidad.

En España, la primera escuela de enfermería, no relacionada con la universidad, fue fundada en 1898 por el Dr. Federico Rubio Gali en su Instituto Quirúrgico (Madrid), con el nombre de Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, de orientación religiosa y técnica.

En 1904 se promulga la Ley de Instrucción General Pública, que supuso una modificación y un avance en la organización de las profesiones sanitarias (reguladas por distintos decretos desde la Ley de Instrucción Pública de 1857). Reconoce como tales las de “medicina y cirugía, farmacia, veterinaria, arte de los partos, dentista, practicante y las complementarias que, con título oficial, pudieran crearse” (García Barrios, 1992). Por tanto, en dicha ley se habla de los títulos de practicante y matrona pero todavía no de enfermera. Más tarde, el 7 de mayo de 1915, a petición de una orden religiosa femenina dedicada al cuidado de enfermos -la Congregación de las Siervas de María-, se crea el título de enfermera, distinto al de practicante. Ese mismo año, la Cruz Roja Española crea su Cuerpo de Auxiliares Femeninos.

En 1917 se crea la Escuela de Enfermeras de Santa Madrona y, dos años más tarde, la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya, en 1919.

La primera escuela de matronas de la que hay referencia legal en España fue fundada en 1925 con el nombre de Escuela de Matronas de Santa Cristina.

En 1929 se funda la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla, cuyo director, el Dr. Usandizaga, publicó en 1934 su “Manual de la Enfermería”.

Dos años más tarde, en 1931, se crea el Cuerpo de Enfermeros Especializados en la Lucha Antituberculosa.

En 1933 se crea la Escuela de Enfermeras de la Generalitat de Cataluña, dirigida por Ripol Noble (formada en EE.UU.), de orientación renovadora y vanguardista.

En 1935, por Orden del 14 de junio, se constituye el Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria (APD).

Durante la Guerra Civil Española (1936-1939) se interrumpieron todas las enseñanzas oficiales de practicantes, matronas y enfermeras en las Facultades de Medicina. Durante la misma, proliferaron las enfermeras y damas voluntarias creándose, a su vez, los cuerpos de enfermeros militares. En estos años, tuvieron un importante papel las enfermeras de la Cruz Roja y el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española (posteriormente, en 1942, se dará carácter legal a esta formación de enfermeras).

En 1941, por orden de 21 de mayo, se aprueba el programa oficial para los estudios que deben seguir las enfermeras en las Facultades de Medicina, programa que contiene una parte teórica y otra práctica, con dos vertientes en la formación (masculina y femenina) y dejando clara la subordinación al médico, especialmente marcada para las enfermeras (Hernández Conesa, 1995).

En 1944 se promulga la Ley de Bases de Sanidad Nacional, por la cual se obliga a la creación, en cada provincia, de un Colegio de Auxiliares Sanitarios que englobaría a practicantes, matronas y enfermeras tituladas. Un año más tarde, en 1945, se aprueban los Estatutos del Consejo Nacional de Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios y se crea un solo Consejo Nacional y un solo Consejo Provincial, estando su estructura dividida en tres secciones correspondientes a los títulos de practicante, matrona y enfermera. A partir de ese momento, la colegiación es obligatoria para el ejercicio de la profesión. Asimismo, se establecen las competencias profesionales de los tres grupos sanitarios diferenciados entre sí, con la característica común de su dependencia del médico.

El espectacular avance de la medicina tras la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) y las transformaciones del sistema sanitario exigen que los enfermeros posean unas características muy concretas. El 27 de junio de 1952 se establece por ley la unificación de todos los estudios de enfermería, basándose en estas necesidades, con una sola titulación: Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Los estudios adquieren un mayor nivel ya que se exige el título de Bachillerato elemental o laboral. Las enseñanzas están divididas en dos partes, teórica y práctica, y la duración de los estudios es de tres cursos académicos. La formación se orienta al servicio de la medicina y se centra en la enfermedad y la técnica. En su momento, supone una mejora de la calidad asistencial y una revalorización social de la profesión.

El 10 de julio de 1953 tiene lugar, en el ámbito internacional, un hecho importante para la profesión enfermera en relación con su autorregulación ética: la adopción en São Paulo, por el Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.), de un Código Internacional de Ética de Enfermería que da las directrices generales para que cada país cree su propio Código Deontológico de la Enfermería (que transcribo, por su importancia, como anexo C).

Posteriormente, en España, se crean especialidades de ATS. El Decreto de 4 de diciembre de 1953, en sus artículos 6 y 7, faculta al Ministerio de Educación y Ciencia para autorizar la creación de las especialidades que se considerasen convenientes y expedir los respectivos diplomas.

La primera de ellas, en 1957, consiste en el Diploma de Asistencia Obstétrica (Matrona). Después vendrán las especialidades de Fisioterapia (1957, convertida en diplomatura por Real Decreto 2965/1980 de 12 de diciembre), Radiología y Electrología (1961), Podología (1962, convertida en diplomatura por Real Decreto 649/88 de 24 de junio), Pediatría y Puericultura (1964), Neurología (1970), Psiquiatría (1970), Análisis Clínicos (1971) y Urología y Nefrología (1975). Dichas especialidades surgieron por la necesidad de conocimiento de las enfermeras que

trabajaban con determinado tipo de enfermos y la formación se daba más por demanda profesional en el propio hospital que por iniciativa de las instituciones académicas, lo que favoreció que surgieran tantas.

En esta época, en las Escuelas de ATS se imparte la asignatura “Moral profesional para ATS” – y con el mismo nombre se publican diversos textos para su enseñanza, como los del jesuita Juan Rey en los años cincuenta y sesenta o los del redentorista Marciano Vidal en los años setenta-, asignatura que venía a ser una aplicación de la teología moral católica, dado que se estaba en una época en que el Estado era confesional y católico. Destaca la influencia de las ramas religiosas hospitalarias femeninas y masculinas, que aportan su perspectiva de servicio al enfermo y necesitado, así como valores relacionados con este carisma: abnegación, sacrificio, prudencia, solicitud, dulzura... (Chamizo Vega, 2004).

3.2. Breve historia de la diplomatura de Enfermería en España.

En la década de los setenta empezó a cuestionarse la verdadera identidad del trabajo de enfermería en nuestro país. La nueva visión que traían los enfermeros que habían trabajado en el extranjero, especialmente en Reino Unido, y la orientación anglosajona que la enfermería en sí tenía en estos países, hizo surgir una corriente que intenta cambiar los planteamientos profesionales.

En 1971 se promulgó la Ley General de Educación, que incluía los estudios de Ayudante Técnico Sanitario entre los que podrían o bien integrarse en la Universidad o bien pasar a ser estudios de Formación Profesional, prevaleciendo progresivamente entre los profesionales la apuesta por la primera de dichas opciones (Mompart, 2004).

El 23 de julio de 1977 se aprobó la integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería y el 26 de noviembre del mismo año (por orden de 31 de octubre, que sería derogada años más tarde) se publicaron las directrices para la elaboración del plan de estudios de dichas Escuelas,

con la finalidad de formar a los Diplomados de Enfermería. Con esta nueva titulación se recuperó el término “enfermería” y se volvió a elevar el nivel de preparación necesario para acceder a estos estudios (Hernández Conesa, 1995), requiriéndose tener aprobado el Curso de Orientación Universitaria (COU) -y, en la práctica, también la prueba de Selectividad- o bien contar con un título de Formación Profesional de 2º Grado, otro título universitario o la superación de pruebas de acceso a la universidad para mayores de 25 años.

Se ofreció a los ATS convalidar su título con el nuevo mediante un Curso de Nivelación, que permitió que más de ochenta mil enfermeras obtuvieran un título universitario (Mompert, 1989). En 2003, una orden del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (la Orden ECD/2314/2003, de 1 de agosto, publicada el 14 de agosto, BOE núm. 194) abre un nuevo plazo –que abarca el período comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 30 de diciembre de 2008- para la realización del Curso de Nivelación, de 200 horas lectivas, siendo la UNED la institución responsable de llevar a cabo este proceso especial.

El ingreso en la universidad fomentó asimismo el incremento de la producción científica por parte de los enfermeros españoles, ya que se refuerza la perspectiva científica tanto en los contenidos teóricos como en los prácticos. Además, el nuevo plan de estudios reconoce a la enfermera un papel definido dentro del equipo de salud y destaca la importancia de dirigir los cuidados de enfermería a la atención holística del individuo, su familia y la comunidad.

En el terreno de las especialidades, la obtención del título de enfermero especialista se reguló por Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, creándose siete nuevas especialidades que sustituirían a las anteriores (Enfermería Obstétrico-Ginecológica –Matronas-, Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería) de las cuales sólo llegarían a desarrollarse la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica –Matronas- (a partir de 1993) y la de Enfermería de Salud Mental (a partir de 1998). Este panorama se ha visto

recientemente modificado por Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (publicado el 6 de mayo, en BOE núm. 108), sobre el que me extenderé en el apartado correspondiente.

En España, el Consejo General de Colegios de ATS y Diplomados de Enfermería es la representación máxima de todos los colegios profesionales provinciales. En 1978, por Real Decreto de 29 de junio, se aprobaron los nuevos estatutos de la organización colegial de ATS y Diplomados de Enfermería.

El 14 de diciembre de 1987 se publica el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, que establecerá las directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, incluyendo el plan de estudios de Enfermería.

Pronto se vio la necesidad de contar con un Código Deontológico para la Enfermería española, por lo que el Consejo General de Enfermería lo creó y aprobó por Resolución nº 32/89 (que transcribo, por su importancia, como anexo D).

Tres años más tarde, en 1992, se produce una reforma del plan de estudios de Diplomado en Enfermería con el objetivo de incluir en el currículum del alumno materias optativas y créditos de libre elección.

El 11 de junio de 1994 se publica el Real Decreto 1267/1994, de 10 de junio, que modifica el Real Decreto 1497/1987, ya mencionado, estableciendo directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial.

3.3. Perspectiva de cambios en la Enfermería española en los comienzos del siglo XXI.

Desde finales del siglo XX se vislumbran importantes cambios en la Enfermería española. Actualmente, es una diplomatura de tres años, como hemos visto. Pero en poco tiempo, con la nueva reforma que ya está en proceso, la

consecución del título universitario de Grado en Enfermería cumplirá una aspiración clásica de la Enfermería universitaria: homologarse académicamente al resto de titulados universitarios, sin diferenciación entre diplomaturas y licenciaturas, con la posibilidad de un desarrollo universitario completo.

El 25 de mayo de 1998, los máximos responsables de Educación de Francia, Italia, Reino Unido y Alemania, reunidos en La Sorbona (París), firmaron una Declaración (Declaración de La Sorbona) donde se recogieron las necesidades de reformar la Universidad Europea. Plantearon instaurar únicamente dos ciclos de estudios universitarios antes de 2010 (Grado y Postgrado), así como un Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (por lo que los créditos europeos se identifican con las siglas ETCS, de *European Credit Transfer System*). Un crédito europeo es la unidad de valoración de la actividad académica. En ella se integran enseñanzas teóricas y prácticas, actividades académicas dirigidas y cantidad de trabajo que el estudiante debe realizar para alcanzar los objetivos formativos en cada una de las materias del plan de estudios. Eso significa que no sólo se contabilizarán las horas de clase teóricas y prácticas sino también las horas de estudio para la preparación de exámenes, horas de seminarios, trabajos, prácticas externas y horas invertidas en exámenes. Un crédito equivaldrá a 25-30 horas y un curso académico estará compuesto por 60 créditos. En España, el sistema europeo de créditos se estableció por el Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre (publicado el 18 de septiembre, BOE núm. 224).

Un año después, el 19 de junio de 1999, los ministros de Educación de 29 países europeos suscribieron la Declaración de Bolonia, en la que se marcaron seis objetivos para una mayor comparabilidad y compatibilidad de los títulos en el EEES. Además, se ratificó el sistema de dos ciclos (Grado y Postgrado) y el sistema de créditos europeos. Entre los objetivos marcados, destacó la implantación de un Suplemento Europeo al Título. Se trata de un documento que acompañará al título obtenido por cada universitario, con el fin de incrementar la transparencia de las titulaciones impartidas en países europeos para facilitar su reconocimiento académico y profesional por las instituciones. Su formato se ajusta al modelo por la

Comisión Europea, el Consejo de Europa y UNESCO/CEPES (Centro Europeo para la Enseñanza Superior). Contiene datos del estudiante, información de la titulación y de la Institución que lo expide, nivel y duración del programa, contenidos del programa de estudios y calificaciones (expediente en créditos), información adicional, información sobre la función de la titulación y certificación. En España, el procedimiento para su expedición por las universidades fue establecido por el Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto (publicado el 11 de septiembre, BOE núm. 218).

Dos años más tarde, el 19 de mayo de 2001, los ministros europeos de Educación Superior firmaron el Comunicado de Praga y dos años después, el 19 de septiembre de 2003, la Conferencia de Berlín, en la que se revisaron los progresos alcanzados y se fijaron las líneas y prioridades de acción que se analizarán en la siguiente reunión, la 4ª reunión de ministros europeos de Educación, que tendrá lugar en Bergen los días 19-20 de mayo de 2005.

Como hemos dicho, el proceso de homologación europea deberá estar terminado antes de 2010. La Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades (publicada el 24 de diciembre, BOE núm. 307), conocida como LOU, ya contempla la integración de España en el EEES. Por lo tanto, el sistema actual de titulaciones español (diplomaturas y licenciaturas) va a desaparecer. A partir de 2010, todos los universitarios obtendrán el título de Grado (Licenciado), independientemente de la carrera que hayan estudiado, no existiendo para entonces los actuales primer y segundo ciclo. En general, durará cuatro cursos académicos (240 créditos), aunque excepcionalmente puede durar tres (180 créditos), con lo que cada curso académico equivaldría a 60 créditos. El Gobierno aún tiene que decidir la duración de cada titulación académica. Este título tendrá una orientación generalista y capacitará al alumno para integrarse en el mercado laboral. Asimismo, le permitirá acceder a la formación de Postgrado, que será el segundo ciclo y estará orientado a la profundización y la especialización. Estará compuesto por dos títulos:

- el Master, de 60-120 créditos, que podrá durar uno o dos años y estará compuesto por una primera parte de formación académica avanzada y una segunda parte de iniciación a la investigación;
- el Doctorado, titulación más elevada, para cuyo acceso se requerirá haber cursado al menos 300 créditos, contabilizando los del Grado y el Master.

En nuestro país, el 19 de septiembre de 2003 se publica el Real Decreto 1171/2003, de 12 de septiembre, incorpora a nuestro ordenamiento jurídico la Directiva 2001/19/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2001, por la que se modifican directivas sobre reconocimiento profesional, y modifica los correspondientes reales decretos de transposición (BOE núm. 225). Desde el 30 de septiembre de 2003, no se pueden aprobar títulos universitarios a través del sistema anterior, abriéndose un periodo (desde el 1 de octubre de 2003 hasta finales del 2006) para elaborar el nuevo Catálogo de Títulos Universitarios Oficiales, acordes al EEES.

Otro reciente paso importante para la enfermería española lo constituye, en lo laboral, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE núm. 280).

En lo académico, en enero de este año fueron aprobados el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado (BOE núm. 21) y el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado (BOE núm. 21).

En lo profesional, hay que destacar la publicación del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (BOE núm. 108), vigente desde el 7 de mayo, que actualiza el catálogo de especialidades de Enfermería y reconoce la experiencia profesional de los enfermeros dando la opción de obtener la titulación de

enfermero especialista a quien lleve un mínimo de dos años de prestación de servicios en el área de la correspondiente especialidad y reúna ciertos requisitos. Las especialidades reconocidas son:

- a) Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- b) Enfermería de Salud Mental
- c) Enfermería Geriátrica
- d) Enfermería del Trabajo
- e) Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
- f) Enfermería Familiar y Comunitaria
- g) Enfermería Pediátrica.

4. ENSEÑANZA DE BIOÉTICA EN ENFERMERÍA.

Siguiendo la definición de bioética dada por Elena Postigo en el transcurso de este Master en Bioética Clínica (2ª edición, 2003-2005), consideramos esta disciplina como el “estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida y el ambiente, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre y las futuras generaciones, y encontrar una normativa jurídica adecuada”.

Asimismo, como ha dicho Sánchez González (1997), la enseñanza de bioética dirigida a los profesionales sanitarios, entre los que se encuentran los de enfermería, (titulados o en formación) tiene como objetivo fundamental el prepararlos para que manejen adecuadamente los aspectos éticos de su práctica profesional. En todo caso, la toma de decisiones debe ser fruto de la prudencia en cuanto reflexión sobre los medios para alcanzar el bien del ser humano. Para lograrlo, es necesario conseguir otros objetivos intermedios, entre los que estarían:

1. Reconocer los aspectos éticos tal y como surgen en la práctica profesional, sabiendo identificar los valores implícitos y los conflictos latentes.
2. Pensar clara y críticamente sobre esos aspectos éticos para elegir cursos de acción éticamente justificables.
3. Aplicar las habilidades prácticas que se necesitan para poner en práctica esos cursos de acción.

El nivel de la enseñanza de ética debe ser congruente con el nivel de los estudios que llevan a una determinada titulación. En el caso de la carrera de enfermería, dicho nivel de la enseñanza de ética debe tener la categoría suficiente que requiere el nivel universitario. La enfermera siempre se ha regido por una ética, referida a su actuación. En otros tiempos, dicha ética venía dada por una serie de circunstancias socio-políticas –como hemos visto- o personales –por ejemplo, para

una religiosa enfermera, era ética religiosa-. Hoy, dado el nivel universitario de la enfermería, la enseñanza de la ética dirigida a los profesionales de enfermería debe ser acorde a dicho nivel.

La formación en esta disciplina se imparte durante la carrera (formación pregrado) o tras su finalización (formación postgrado). Desafortunadamente, debemos decir que ni siquiera la formación pregrado es obligatoria en los planes de estudio del sistema público.

A continuación haremos un pequeño esbozo de la oferta formativa en ambas etapas.

4.1. Formación pregrado.

La enseñanza de la ética y la bioética varía considerablemente según la universidad en que se estudie la carrera de Enfermería. El espacio de este trabajo no permite analizar uno a uno todos los programas de la asignatura “Ética y legislación” que se dan en los diversos planes de estudio de Enfermería, ni investigar en qué universidades se ofrece “Bioética” o alguna asignatura similar como optativa, además de la mencionada “Ética y legislación”, cuya oferta es obligatoria (no así su elección).

Por ello, a modo de ejemplo, ofrezco los programas de dos universidades, una pública y una privada, de la asignatura “Ética y legislación” así la bibliografía recomendada como apoyo a dicha asignatura, ya que puede resultar bastante esclarecedora. En general, son las universidades privadas –por su ideario fundacional- las que ofrecen más formación relacionada con la ética y la bioética. En el ejemplo que nos ocupa, la universidad privada que mencionamos ofrece una asignatura más, “Ética General y Bioética”, y lo hace en un curso anterior a la citada de “Ética y legislación”.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (pública).

Imparte la asignatura de “Ética y legislación” en el segundo cuatrimestre del primer curso de Enfermería, como troncal con 2.5 créditos teóricos y ninguno práctico. Divide sus contenidos en tres unidades temáticas:

UNIDAD I. Introducción a la Ética.

Tema 1: Noción general de ética: Introducción. Conceptos. Fundamento y obligatoriedad de la norma moral. La toma de decisiones prudentes. Los valores morales. El juicio moral.

Tema 2: Sistemas éticos: Introducción. El hedonismo. La ética en Aristóteles El cristianismo. La ética Kantiana. Los utilitaristas. La nueva filosofía moral.

Tema 3: Diferencias entre Moral, Deontología y Derecho: Introducción. Ética y Derecho. Origen y obligatoriedad de la norma jurídica. Diferencias entre normas morales y normas jurídicas. Las éticas aplicadas. La deontología.

Tema 4: Ética de las profesiones: Introducción. Características de la actividad profesional.. Estructura de la actividad profesional. La excelencia como paradigma.

Para esta unidad temática, recomienda bibliografía de Singer (1991), Augusto Viano (1977), López Aranguren (1990), MacIntyre (4ª reimpresión, 1.991), Calvo Martínez y Navarro Cordón (1988), Cohen (1.991), Díaz y Quesada (1978), Gracia (1989) y King (1.984).

UNIDAD II. Derechos de las personas.

Tema 1: Derechos humanos: Introducción. Los derechos humanos: concepto. La fundamentación de los derechos humanos. La obligatoriedad de las declaraciones derechos.

Tema 2: Derechos fundamentales: Derecho a la vida: Concepto. Alcance y contenido. Derecho a la libertad: Concepto. Alcance y contenido. Derecho a la intimidad: Concepto. Alcance y contenido.

Tema 3: Los derechos de los usuarios: Introducción. Antecedentes. El derecho a la protección de la salud. El artículo 10 de la Ley General de Sanidad: autonomía, libertad, veracidad y privacidad como principios de la relación enfermera-paciente.

Para esta unidad temática, recomienda como bibliografía: Antón Almenara (1994), Thompson y Thompson (1984), Gracia (1989), Robles (1992), Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986 (BOE nº 102 de 29 de abril) y la Constitución Española.

UNIDAD III. Deontología.

Tema 1: Códigos deontológicos: Concepto. Antecedentes. El Juramento Hipocrático. El Juramento “Florence Nightingale”. Código del Consejo Internacional de Enfermería. Código de conducta profesional del Royal College of Nursing. Código de la American Nurses Association.

Tema 2: El Código Deontológico de la Enfermería Española: Introducción. Estructura. Ámbito de aplicación. La Enfermería y el ser humano. Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería. La enfermera ante la sociedad y la promoción de la salud y el bienestar social. La enfermera ante colectivos especiales. La enfermera y el derecho a la libertad y la seguridad. Normas comunes al ejercicio de la profesión. La educación y la investigación en Enfermería. Condiciones de trabajo. La participación de la enfermera en la planificación sanitaria. Normas adicionales.

Para esta unidad temática, recomienda bibliografía de Arroyo (1997), Redrados y De Llanos (Servicio Pastoral del Hospital de San Juan de Dios, Barcelona) y Antón Almenara (1994).

Universidad de Navarra (privada).

Imparte la asignatura de “Legislación y Ética profesional” en el segundo semestre del tercer curso de Enfermería, como troncal con 2.5 créditos. Divide sus contenidos en tres unidades temáticas:

Primera parte.

La dimensión ética de la persona: el bien moral y el fin del obrar humano.

El obrar ético. El acto humano su libertad y su valoración.

La persona humana y su dignidad como valor prioritario en las ciencias de la salud. El respeto.

Ética de las profesiones: claves de la ética sanitaria.

Segunda parte.

Ética en enfermería: principios y valores del trabajo de enfermería.

Código deontológico de la enfermería española.

El secreto profesional en enfermería.

El consentimiento informado.

Aspectos ético-legales en el inicio de la vida humana: aborto, experimentación con embriones, manipulación genética.

Aspectos ético-legales al final de la vida humana: eutanasia, agresividad terapéutica, trasplante de órganos.

Tercera parte.

Nociones generales sobre justicia y derecho. Ética y derecho.

Formas de culpabilidad. Dolo y culpa.

Clases de culpa en el código penal: imprudencia o negligencia profesional, imprudencia temeraria, pericia.

Como apoyo, recomienda bibliografía de Aristóteles, Aparisi (1997), Arendt (1993), González (1996), López Moratalla (1990), Llano (1999), Martínez Pérez de Rodríguez (1994), Pellegrino (1974), Santos (1986), Sánchez Andrés (1995) y Spaeman (1991).

Además, imparte la asignatura de “Ética General y Bioética” en el primer semestre del segundo curso de Enfermería, como obligatoria con 4.5 créditos. Divide sus contenidos en dos partes:

Ética General.

I. LA ENSEÑANZA DE LA ÉTICA.

II. LA CUESTIÓN DE LA AUTODETERMINACIÓN.

1. Libertad significa responsabilidad.

2. Persona y placer.

3. Las personas se complementan entre sí.

III. EL BIEN.

1. ¿Sabemos lo que es bueno para nosotros?

2. Los bienes humanos: razones para elegir.

3. El deber ser apunta hacia la plenitud del ser.

IV. ¿CÓMO SE LLEGA AL BIEN?

1. El primer principio de la moral.

2. La nueva moral.

3. Guías para amar.

4. Personas, medios y fines.

5. La acción ambigua.

6. Hacia una sociedad más justa.

7. Libertad y conciencia.

8. Evolución y progreso.

Como apoyo a esta parte de “Ética General”, recomienda bibliografía de Martí García (1992), Dostoiewski (1985), Lorda (1993), Spaemann (1987) y Ayllón (1992, 1998).

Bioética.

I. CUESTIONES HISTÓRICAS Y DE MÉTODO.

1. La aparición de la Bioética en Estados Unidos. Contexto cultural: la división de ciencias humanas y ciencias naturales. La filosofía política ilustrada.

2. El contexto profesional: el desarrollo técnico y la necesidad de protocolos de actuación profesional. La bioética principlista de Beauchamp y Childress. Fundamentación de los principios: deontologismo, consecuencialismo; éticas de tercera persona; éticas de modelos; ética de la virtud.

3. La Bioética como parte de la ética. Bioética fundamental y Bioética especial. Método de trabajo en cada una de ellas: interdisciplinariedad.

II. BIOÉTICA FUNDAMENTAL.

1. Naturaleza de la Enfermería. Objetivos (qué es la salud) y medios (la ayuda técnica y humana). La amistad terapéutica. La degeneración contemporánea: comercialismo, medicina defensiva. La futilidad.

2. El diálogo en la relación enfermera–paciente: relación de amistad para un fin común. Paternalismo y consentimiento informado en la atención clínica. La discusión sobre la conducta de la enfermería entendida como consenso en un conflicto de intereses: el relativismo moral en Bioética.

III. BIOÉTICA ESPECIAL.

A. Valor de la vida humana.

1. La dignidad humana. Concepciones y actitud ética.

2. Comienzo del hombre. Embrión y preembrión. El término persona y sus distintos empleos.

3. Diagnóstico prenatal. Eugenesia negativa y positiva.

4. El aborto. Trayectoria histórica reciente. La píldora abortiva.

5. El dolor y la muerte. Concepciones y actitud ética. La eutanasia.

B. La sexualidad humana.

1. La sexualidad humana. Concepciones y actitud ética.
2. Contracepción. Métodos hormonales, de barrera y naturales.
3. Técnicas de reproducción asistida: IA, fecundación in vitro, GIFT. Ante la esterilidad.
4. Transexuación.

C. Práctica clínica y experimentación.

1. Experimentación clínica; el consentimiento en investigación. Experimentación con embriones humanos.
2. La clonación humana reproductiva. La clonación “terapéutica”.
3. Trasplantes de órganos. El anencéfalo como donante.
4. El proyecto Genoma. La manipulación genética.

Como apoyo a esta parte de “Bioética”, recomienda bibliografía de Polaina (1994) y Monge (1991).

4.2. Formación postgrado.

En este apartado, daremos una breve pincelada sobre la oferta formativa en bioética para titulados universitarios, centrándonos en los cursos de larga duración (masters), ya que la extensión de este trabajo no permite hacer una comparativa en profundidad de todos ellos ni incluir los numerosos cursos cortos, congresos, jornadas, seminarios, simposios ... que se organizan en torno a la bioética. Tampoco abordaremos los masters ya desaparecidos.

En España, actualmente, se pueden realizar los siguientes masters relacionados con la bioética:

- “Master en Bioética Clínica” (para licenciados y diplomados, con 50 créditos), del Instituto para Consulta y Especialización Bioética (ICEB), dirigido por Mario Iceta Gavicagogeascoa, con sede en Córdoba y con el reconocimiento de la Universitat Internacional de Catalunya, a través de su Centro de Estudios de Bioética, dirigido por M^a Victoria Roqué.

- “Master en Bioética y Derecho” (para licenciados y diplomados, con 50 créditos), dirigido por María Casado, de la Universidad de Barcelona (de la que depende el Observatori de Bioètica i Dret, en el que se ha consolidado un grupo de investigación en torno al master), vía Internet con sesiones presenciales en Barcelona.

- “Master en Bioética” (para licenciados, con 40 créditos) y “Postgrado en Bioética” (para diplomados, con 30 créditos), con sede en Barcelona, coordinado por Francesc Abel i Fabre y Jaume Aymar, del Instituto Borja de Bioética y la Universitat Ramon Llull.

- “Magister en Bioética” (para licenciados, con 60 créditos) y “Experto en Bioética” (para diplomados, con 30 créditos) de la Universidad Complutense de Madrid, con sede en Madrid, dirigido por Diego Gracia.

- “Master en Bioética” (para licenciados y diplomados, con 50 créditos) de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas, con sede en Madrid, dirigido por Juan Masiá.

- “Master en Bioética” (para licenciados y diplomados en enfermería, con 60 créditos) de la Universidad de Navarra, con sede en Pamplona, dirigido por José López Guzmán.

- “Master en Bioética” (con 40 créditos), con sede en Castellón, dirigido por Vicente Bellver, de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, dependiente de la Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

- “Master de Bioética” (para licenciados y diplomados, con 50 créditos) de la Universidad de Murcia, con sede en Murcia, dirigido por Luis Miguel Pastor.

- “Master de Bioética y Humanización de la Asistencia” (con 50 créditos), con sede en Sevilla, organizado por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Curia Provincial Bética) y la Facultad de Teología de Granada (Compañía de Jesús), con la dirección académica de Eduardo López Azpitarte y la dirección organizativa de José María Galán González-Serna. Los licenciados obtienen el título de “Master en Bioética” y los diplomados el de “Experto Universitario en Bioética”.

- “Master en Bioética” (para licenciados, con 100 créditos) y “Especialista Universitario en Bioética” (para licenciados y diplomados, con 50 créditos) de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), dirigido por Joaquín Rodríguez Feo.

- “Master de Bioética de Canarias” (con 60 créditos), dirigido por Emilio J. Sanz, Carlos Romeo y María José Amérigo, que se realiza vía Internet con sesiones presenciales y está avalado por las universidades canarias (La Laguna y Las Palmas de Gran Canaria).

- “Master en Salud Mental y Bioética” (para licenciados y –con ciertas condiciones- diplomados, con 75 créditos), de la Universidad de León y el Instituto de Neurociencias y Salud Mental, que se realiza vía Internet.

5. CONCLUSIONES.

El avance de la disciplina enfermera ha ido en paralelo con el de los conocimientos científicos en general y biosanitarios en particular. Hace más de un cuarto de siglo que la enfermería adquirió rango de carrera universitaria, y esto ha llevado a un progreso exponencial en el campo de la investigación y del saber enfermero en nuestro país.

Conforme han ido avanzando los conocimientos científicos exigidos a los profesionales de enfermería, se ha ido incrementando la capacidad de éstos para decidir en el ámbito de sus competencias. Muchas de estas se encuentran íntimamente relacionadas con diversos problemas bioéticos, principalmente por la especial relación que se establece entre el profesional de enfermería y el usuario de los servicios del sistema sanitario. Esta relación tiene en su base no sólo la extensa formación del profesional sino de igual modo la singular confianza que deposita en éste el paciente que acude con una demanda de salud, ya que las actuaciones de enfermería tienen que ver, mayoritariamente, con una serie de intervenciones que tienen lugar en lo más personal del paciente -su corporeidad- y en situaciones que suelen estar mediatizadas por experiencias tan profundas para el ser humano como la enfermedad, el dolor y la muerte, que no pueden evadirse del compromiso con una serie de valores éticos.

Por tanto, al ser mayor la capacidad de los profesionales de enfermería para tomar decisiones que tienen que ver con la bioética, se hace cada vez más urgente que su formación en este terreno sea también mayor. De hecho, experiencias personales dan fe del interés y la especial sensibilidad que los profesionales de enfermería tienen hacia la bioética (Galdámez y González-Cajal, 1998), ya que se sienten concernidos por esta necesidad de formación.

La amplia acogida de las ofertas formativas en bioética por parte de enfermería contrasta con las escasas horas dedicadas a esta disciplina en las escuelas

universitarias del sistema público, que –aprovechando el cambio al título de Grado en Enfermería- deberían ser incrementadas.

Otra oportunidad que ofrece el cambio al título de Grado en Enfermería es la de lograr una consideración universitaria plena, que acabe con las extrañas distinciones que se hacen en determinados masters de bioética, que ofrecen “dos versiones”: una con menos horas, para diplomados, y otra con más horas, para licenciados. Estamos hablando de formación postgrado, para titulados universitarios, en bioética. En todo caso, podríamos hacer distinciones como bioética clínica o biojurídica, como campos dentro de la bioética. Pero la bioética, como tal disciplina, tiene unos contenidos concretos, que no deben “rebajarse” en su nivel para los diplomados sanitarios, que se enfrentan en el día a día a problemas bioéticos similares a los que tienen que afrontar los licenciados sanitarios.

En mi opinión, dada la complejidad creciente en el ámbito de la bioética clínica, los titulados universitarios en cualquier carrera relacionada con las ciencias de la salud deberíamos tener la máxima formación posible para hacer frente a la problemática con que nos encontramos, cada vez con mayor frecuencia y que nos supone una mayor dificultad, para tomar una decisión acertada que redunde en beneficio de la vida del ser humano.

6. ANEXOS.

A) Código de Nuremberg (1946).

B) Declaración de Helsinki (1964).

C) Código Internacional de Ética de Enfermería (1953).

D) Código Deontológico de la Enfermería española (1988).

A) CÓDIGO DE NUREMBERG (1946).

La prueba de crímenes de guerra y de crímenes contra la humanidad.

Aplicando cualquier criterio reconocido de evaluación, el juicio muestra que se han cometido crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad tal como se alega en los puntos dos y tres de la querrela. Desde el comienzo de la Segunda Guerra Mundial se realizaron, en Alemania y en los países ocupados, experimentos médicos criminales en gran escala sobre ciudadanos no alemanes, tanto prisioneros de guerra como civiles, incluidos judíos y personas "asociales". Tales experimentos no fueron acciones aisladas o casuales de médicos o científicos que trabajaran aislados o por su propia responsabilidad, sino que fueron el resultado de una normativa y planeamiento coordinados al más alto nivel del gobierno, del ejército y del partido nazi, practicado como parte del esfuerzo de guerra total. Fueron ordenados, aprobados, permitidos o sancionados por personas que ocupaban cargos de autoridad, las cuales estaban obligadas, de acuerdo con los principios de la ley, a conocer esos hechos y a tomar las medidas necesarias para impedirlos y ponerles fin.

Experimentos médicos permisibles.

Existen pruebas de gran peso que nos muestran que ciertos tipos de experimentos sobre seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites razonablemente definidos, son conformes con la ética general de la profesión médica. Quienes practican la experimentación humana justifican su actitud en que esos experimentos proporcionan resultados que benefician a humanidad y que no pueden obtenerse por otros métodos o medios de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben observarse ciertos principios básicos a fin de satisfacer los requisitos de la moral, la ética y el derecho:

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.

Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide. Este último elemento exige que, antes de aceptar una respuesta afirmativa por parte de un sujeto experimental, el investigador tiene que haberle dado a conocer la naturaleza, duración y propósito del experimento; los métodos y medios conforme a los que se llevará a cabo; los inconvenientes y riesgos que razonablemente pueden esperarse; y los efectos que para su salud o personalidad podrían derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de evaluar la calidad del consentimiento corren de la cuenta de todos y cada uno de los individuos que inician o dirigen el experimento o que colaboran en él. es un deber y una responsabilidad personal que no puede ser impunemente delegado en otro.

2. El experimento debería ser tal que prometiera dar resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, y que no pudieran ser obtenidos por otros medios de estudio. No podrán ser de naturaleza caprichosa o innecesaria.

3. El experimento deberá diseñarse y basarse sobre los datos de la experimentación animal previa y sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan prometer resultados que justifiquen la realización del experimento.

4. El experimento deberá llevarse a cabo de modo que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.

5. No se podrán realizar experimentos de los que haya razones a priori para creer que puedan producir la muerte o daños incapacitantes graves; excepto, quizás, en aquellos experimentos en los que los mismos experimentadores sirvan como sujetos.

6. El grado de riesgo que se corre nunca podrá exceder el determinado por la importancia humanitaria del problema que el experimento pretende resolver.

7. Deben tomarse las medidas apropiadas y se proporcionaran los dispositivos adecuados para proteger al sujeto de las posibilidades, aun de las más remotas, de lesión, incapacidad o muerte.

8. Los experimentos deberían ser realizados sólo por personas calificadas científicamente. Deberá exigirse de los que dirigen o participan en el experimento el grado más alto de competencia y solicitud a lo largo de todas sus fases.

9. En el curso del experimento el sujeto será libre de hacer terminar el experimento, si considera que ha llegado a un estado físico o mental en que le parece imposible continuar en él.

10. En el curso del experimento el científico responsable debe estar dispuesto a ponerle fin en cualquier momento, si tiene razones para creer, en el ejercicio de su buena fe, de su habilidad comprobada y de su juicio clínico, que la continuación del experimento puede probablemente dar por resultado la lesión, la incapacidad o la muerte del sujeto experimental.

B) EL INFORME BELMONT (1979).

PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN.

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento.

U.S.A., 18 de Abril de 1979.

Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación.

La investigación científica ha dado como resultado beneficios substanciales. También ha planteado desconcertantes problemas éticos. La denuncia de abusos cometidos contra sujetos humanos en experimentos biomédicos, especialmente durante la segunda guerra mundial, atrajo al interés público hacia estas cuestiones. Durante los procesos de Nuremberg contra los crímenes de guerra, se esbozó el código de Nuremberg como un conjunto de criterios para juzgar a médicos y a científicos que llevaron a cabo experimentos biomédicos en prisioneros en campos de concentración. Este código se convirtió en el prototipo de muchos códigos posteriores [1] para asegurar que la investigación con sujetos humanos se lleve a cabo de modo ético.

Los códigos consisten en reglas, algunas generales, otras específicas, que guían en su trabajo a investigadores o a evaluadores de la investigación. Estas reglas son con frecuencia inadecuadas, para que sean aplicadas en situaciones complejas; a veces están en mutuo conflicto y son, con frecuencia, difíciles de interpretar y aplicar. Unos principios éticos más amplios deberían proveer las bases sobre las cuales algunas reglas específicas podrían ser formuladas, criticadas e interpretadas.

Tres principios, o normas generales prescriptivas, relevantes en la investigación en la que se emplean sujetos humanos son identificados en esta declaración. Otros principios pueden ser también relevantes. Sin embargo, estos tres son comprensivos y están formulados en un nivel de generalización que debería ayudar a los científicos, a los críticos y a los ciudadanos interesados en comprender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos. Estos principios no siempre pueden ser aplicados de tal manera que resuelvan sin lugar a dudas un problema ético particular. Su objetivo es proveer un marco analítico para resolver problemas éticos que se originen en la investigación con sujetos humanos.

Esta declaración contiene una distinción entre investigación y práctica, una discusión de los tres principios éticos básicos, y observaciones sobre la aplicación de estos principios.

A. Límites entre práctica e investigación.

Es importante distinguir de una parte la investigación biomédica y de conducta y de otra la aplicación de una terapia aceptada, a fin de averiguar qué actividades deberían ser revisadas a fin de proteger a los sujetos de investigación. La distinción entre investigación y práctica es borrosa en parte porque con frecuencia se dan simultáneamente (como en la investigación diseñada para la valoración de una terapia) y en parte porque notables desviaciones de la práctica comúnmente aceptada reciben con frecuencia el nombre de "experimentales" cuando los términos "experimental" e "investigación" no son definidos cuidadosamente.

En la mayoría de casos, el término "práctica" se refiere a intervenciones cuyo fin es acrecentar el bienestar de un paciente individual o de un cliente, y hay motivos razonables para esperar un éxito. El fin de la práctica médica es ofrecer un diagnóstico, un tratamiento preventivo o una terapia a individuos concretos [2]. Como contraste, el término "investigación" denota una actividad designada a comprobar una hipótesis, que permite sacar conclusiones, y como consecuencia contribuya a obtener un conocimiento generalizable (expresado, por ejemplo, en

teorías, principios, y declaraciones de relaciones). La investigación se describe generalmente en un protocolo formal que presenta un objetivo y un conjunto de procedimientos diseñados para alcanzar este objetivo.

Cuando un clínico se aparta de manera significativa de una práctica normalmente aceptada, la innovación no constituye, en sí misma o por sí misma, una investigación. El hecho de que una forma de proceder sea "experimental", en un sentido nuevo, no comprobado, o diferente, no lo incluye automáticamente en la categoría de investigación. Modos de proceder radicalmente nuevos deberían ser objeto de una investigación formal lo antes posible para cerciorarse si son seguros y eficaces. Así pues, los comités de práctica médica tienen la responsabilidad de insistir en que una innovación de importancia sea incorporada en un proyecto formal de investigación. [3]

La investigación y la práctica pueden ser llevadas a cabo conjuntamente cuando la investigación va encaminada a la valoración de la seguridad y eficacia de un tratamiento. Esto no debería confundirse con la necesidad de revisión que una actividad pueda o no tener; la regla general es que en cualquier actividad donde haya un elemento de investigación, esta actividad debería someterse a revisión para la protección de los sujetos humanos.

B. Principios éticos básicos.

La expresión "principios éticos básicos" se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

1. Respeto a las personas.

El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida.

Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás. Mostrar falta de respeto a un agente autónomo es repudiar los criterios de aquella persona, negar a un individuo la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados, o privarle de la información que se requiere para formar un juicio meditado, cuando no hay razones que obliguen a obrar de este modo.

Sin embargo, no todo ser humano es capaz de autodeterminación. El poder de autodeterminación madura a la largo de la vida del individuo, y algunos de estos pierden este poder completamente o en parte, a causa de enfermedad, de disminución mental, o de circunstancias que restringen severamente su libertad. El respeto por los que no han llegado a la madurez y por los incapacitados puede requerir que se les proteja hasta su madurez o mientras dure la incapacidad.

Algunas personas necesitan protección extensiva, hasta tal punto, que es necesario excluirles del ejercicio de actividades que pueden serles perjudiciales; otras personas necesitarán protección en menor grado, no más allá de asegurarse de que pueden ejercer actividades con libertad y de que pueden darse cuenta de sus posibles consecuencias adversas. El grado de protección que se les ofrece debería depender del riesgo que corren de sufrir daño y de la probabilidad de obtener un beneficio. El

juicio con el que se decide si un individuo carece de autonomía debería ser reevaluado periódicamente y variará según la diversidad de las situaciones.

En la mayoría de las investigaciones en los que se emplean sujetos humanos, el respeto a las personas exige que los sujetos entren en la investigación voluntariamente y con la información adecuada. Sin embargo, en algunos casos, la aplicación del principio no es obvia. El uso de prisioneros como sujetos de investigación nos ofrece un ejemplo instructivo. De una parte, parecería que el principio de respeto a las personas requiere que no se excluya a los prisioneros de la oportunidad de ofrecerse para la investigación. Por otra parte, bajo las condiciones de vida en la cárcel, pueden ser obligados o ser influenciados de manera sutil, a tomar parte en actividades, a las que, en otras circunstancias, no se prestarían de manera voluntaria. El respeto a las personas exigiría que se protegiera a los prisioneros. El dilema que se presenta es o permitir a los prisioneros que se presenten "voluntariamente" o "protegerles". Respetar a las personas, en los casos más difíciles, consiste con frecuencia en poner en la balanza demandas opuestas, urgidas por el mismo principio de respeto.

2. Beneficencia.

Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: (1) No causar ningún daño, y (2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

La máxima hipocrática "no causar ningún daño" ha sido durante mucho tiempo un principio fundamental de la ética médica. Claude Bernard la aplicó al campo de la

investigación, diciendo que no se puede lesionar a una persona a costa del beneficio que se podría obtener para otros. Sin embargo, incluso evitar daño requiere aprender lo que es perjudicial; y en el proceso para la obtención de esta información, algunas personas pueden estar expuestas al riesgo de sufrirlo. Más aún, el juramento hipocrático exige de los médicos que busquen el beneficio de sus pacientes "según su mejor juicio". Aprender lo que producirá un beneficio puede de hecho requerir exponer personas a algún riesgo. El problema planteado por estos imperativos es decidir cuándo buscar ciertos beneficios puede estar justificado, a pesar de los riesgos que pueda conllevar, y cuándo los beneficios deben ser abandonados debido a los riesgos que conllevan.

Las obligaciones del principio de beneficencia afectan a los investigadores individuales y a la sociedad en general, pues se extienden a los proyectos determinados de investigación y a todo el campo de investigación en su conjunto. En el caso de proyectos particulares, los investigadores y los miembros de la institución tienen obligación de poner los medios que permitan la obtención del máximo beneficio y el mínimo riesgo que puedan ocurrir como resultado del estudio e investigación. En el caso de investigación científica en general, los miembros de la sociedad tienen la obligación de reconocer los beneficios que se seguirán a largo plazo, y los riesgos que pueden ser el resultado de la adquisición de un mayor conocimiento y del desarrollo de nuevas formas de proceder en medicina, psicoterapia y ciencias sociales.

El principio de beneficencia con frecuencia juega un papel bien definido y justificado en muchas de las áreas de investigación con seres humanos. Tenemos un ejemplo en la investigación infantil. Maneras efectivas de tratar las enfermedades de la infancia y el favorecimiento de un desarrollo saludable son beneficios que sirven para justificar la investigación realizada con niños –incluso cuando los propios sujetos de la investigación no sean los beneficiarios directos. La investigación también ofrece la posibilidad de evitar el daño que puede seguirse de la aplicación de prácticas rutinarias previamente aceptadas cuando nuevas investigaciones hayan demostrado que son peligrosas. Pero el papel del principio de beneficencia no es

siempre tan claro. Queda todavía un problema ético difícil, por ejemplo, en el caso de una investigación que presenta más que un riesgo mínimo sin una perspectiva inmediata de beneficio directo para los niños que participan en la misma. Algunos han argüido que tal investigación es inadmisibles, mientras otros han señalado que esta limitación descartaría mucha experimentación, que promete grandes beneficios para los niños en el futuro. Aquí, de nuevo, como en todos los casos difíciles, las distintas demandas que exige el principio de beneficencia pueden entrar en conflicto y exigir opciones difíciles.

3. Justicia.

¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación ¿Quién es igual y quién es desigual?

¿Qué motivos pueden justificar el desvío en la distribución por igual? Casi todos los comentaristas están de acuerdo en que la distribución basada en experiencia, edad, necesidad, competencia, mérito y posición constituye a veces criterios que justifican las diferencias en el trato por ciertos fines. Es, pues, necesario, explicar bajo qué consideraciones la gente debería ser tratada con igualdad. Existen varias formulaciones ampliamente aceptadas sobre la justa distribución de cargas y beneficios. Cada una de ellas menciona una cualidad importante que establece la base para la distribución de cargas y beneficios. Estas formulaciones son: (1) a cada persona una parte igual, (2) a cada persona según su necesidad individual, (3) a cada persona según su propio esfuerzo, (4) a cada persona según su contribución a la sociedad, y (5) a cada persona según su mérito.

Las cuestiones de justicia se han relacionado durante mucho tiempo con prácticas sociales como el castigo, contribución fiscal y representación política. Ninguna de estas cuestiones ha sido generalmente relacionada con la investigación científica, hasta este momento. Sin embargo, ya fueron presagiadas en las reflexiones más primitivas sobre la ética de la investigación con sujetos humanos: Por ejemplo, en el siglo XIX y a comienzos del siglo XX, generalmente eran los enfermos pobres quienes cargaban con los agobios propios del sujeto de experimentación, mientras los beneficios derivados del progreso del cuidado médico se dirigían de manera especial a los pacientes de clínicas privadas. Posteriormente, la explotación de prisioneros como sujetos de experimentación en los campos de concentración nazis, fue condenada como caso especial de flagrante injusticia. En este país (USA), en los años cuarenta, el estudio de la sífilis de Tuskegee utilizó negros de áreas rurales en situación desventajosa para estudiar el curso que seguía aquella enfermedad al abandonar el tratamiento, una enfermedad que no era sólo propia de aquella población. A estos sujetos se les privó de todo tratamiento ya demostrado efectivo a fin de que el proyecto no sufriera interrupción, y esto mucho tiempo después de que el uso de este tratamiento fuese una práctica generalizada.

Confrontados con este marco histórico, se puede apreciar cómo las nociones de justicia tienen importancia en la investigación con sujetos humanos. Por ejemplo, la selección de sujetos de investigación necesita ser examinada a fin de determinar si algunas clases (p.e., pacientes de la seguridad social, grupos raciales particulares y minorías étnicas o personas aisladas en instituciones) se seleccionan de manera sistemática por la sencilla razón de que son fácilmente asequibles, su posición es comprometida, o pueden ser manipulados, más que por razones directamente relacionadas con el problema que se estudia. Finalmente, cuando una investigación subvencionada con fondos públicos conduce al descubrimiento de mecanismos y modos de proceder de tipo terapéutico, la justicia exige que estos no sean ventajosos sólo para los que pueden pagar por ellos y que tal investigación no debería indebidamente usar personas que pertenecen a grupos que muy probablemente no se contarán entre los beneficiarios de las subsiguientes aplicaciones de la investigación.

C. Aplicaciones

La aplicación de los principios generales de la conducta que se debe seguir en la investigación nos lleva a la consideración de los siguientes requerimientos: consentimiento informado, valoración de beneficios y riesgos, selección de los sujetos de investigación.

1. Consentimiento informado.

El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse.

Aunque nadie duda de la importancia del consentimiento informado, con todo, existe una gran controversia sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento informado. Sin embargo, prevalece de manera muy general el acuerdo de que el procedimiento debe constar de tres elementos: información, comprensión y voluntariedad.

Información. La mayoría de códigos de investigación contienen puntos específicos a desarrollar con el fin de asegurar que el sujeto tenga la información suficiente. Estos puntos incluyen: el procedimiento de la investigación, sus fines, riesgos y beneficios que se esperan, procedimientos alternativos (cuando el estudio está relacionado con la terapia), y ofrecer al sujeto la oportunidad de preguntar y retirarse libremente de la investigación en cualquier momento de la misma. Se han propuesto otros puntos adicionales, tales como la forma en que se debe seleccionar a los sujetos, la persona responsable de la investigación, etc.

Sin embargo, la simple enumeración de puntos no da una respuesta a la pregunta de cuál debería ser el criterio para juzgar la cantidad y la clase de información que debería ser facilitada. Un criterio que se invoca con frecuencia en la

práctica médica, es decir, la información que comúnmente dan los médicos de cabecera o los que ejercen en instituciones, es inadecuada, puesto que la investigación tiene lugar cuando precisamente no hay un acuerdo común en un determinado campo. Otro criterio, corrientemente muy popular en los juicios legales por "mal praxis", exige que el que practica la medicina revele aquella información que personas razonables querrían saber a fin de ejercer una opción en cuanto se refiere a su cuidado. Esto, también, parece insuficiente, ya que el sujeto de investigación, siendo en esencia voluntario, puede desear saber mucho más sobre los riesgos que asume de manera voluntaria, que los pacientes que se ponen en manos de los clínicos porque necesitan sus cuidados. Quizás debería proponerse un criterio para el "voluntario razonable": la medida y naturaleza de la información debería ser tal que las personas, sabiendo que el procedimiento no es necesario para su cuidado ni quizás tampoco comprendido por completo, puedan decidir si quieren tomar parte en el progreso del conocimiento. Incluso en aquellas ocasiones en las que quizás se pueda prever algún beneficio directamente a su favor, los sujetos deberían comprender con claridad la escala por donde se mueve el riesgo y la naturaleza voluntaria de su participación.

Un problema especial relacionado con el consentimiento surge cuando el informar a los sujetos de algún aspecto pertinente de la investigación es probable que perjudique la validez del estudio. En muchos casos, es suficiente indicar a los sujetos, que se les invita a participar en una investigación, y que algunos de los aspectos no serán revelados hasta que esté concluida. En todos los casos de investigación que requieren la revelación incompleta, esto estará justificado sólo si queda claro:

1) que la información incompleta es verdaderamente necesaria para conseguir los objetivos de la investigación

2) que no se le ha ocultado al sujeto ninguno de los riesgos a no ser que sea mínimo

3) que existe un plan adecuado para informar a los sujetos, cuando sea preciso, y también para comunicarles los resultados del experimento.

La información sobre los riesgos no deberla nunca ser ocultada para asegurar la cooperación de los sujetos, y a sus preguntas directas sobre el experimento deberían siempre darse respuestas verdaderas. Se deberían tomar medidas para distinguir aquellos casos en los que la manifestación destruiría o invalidarla la investigación de aquellos otros en los que la revelación causaría simplemente inconvenientes al investigador.

Comprensión. El modo y el contexto en los que se comunica la información es tan importante como la misma información. Por ejemplo, presentando la información de modo desorganizado y con rapidez, no dejando casi tiempo para su consideración, o disminuyendo el número de oportunidades de hacer preguntas, puede todo ello afectar de manera adversa la habilidad del sujeto en el ejercicio de una opción informada.

Puesto que la habilidad del sujeto para comprender es una función de inteligencia, de madurez y de lenguaje, es preciso adaptar la presentación del informe a sus capacidades. Los investigadores tienen la responsabilidad de cerciorarse de que el sujeto ha comprendido la información. Puesto que siempre existe la obligación de asegurarse de que la información en cuanto se refiere a los riesgos a sujetos es completa y comprendida adecuadamente, cuando los riesgos son más serios, la obligación también aumenta. En algunas ocasiones puede ser apropiado administrar un test de comprensión, verbal o escrito.

Habrá que adoptar medidas especiales cuando la capacidad de comprensión está limitada severamente - por ejemplo, por condiciones de inmadurez o disminución mental. Cada clase de sujetos que podrían ser considerados incapaces (e.g., infantes, niños de poca edad, pacientes con insuficiencia mental, enfermos terminales y los que están en coma) deberá considerarse por separado y de acuerdo con sus condiciones. Incluso tratándose de estas personas, sin embargo, el respeto

exige se les ofrezca la oportunidad de escoger, en cuanto les sea posible, si quieren o no participar en la investigación. Sus objeciones en contra de tomar parte en la investigación deberían ser respetadas, a menos que la investigación les proporcione una terapia a la que no tendrían acceso de otra forma. El respeto a las personas también exige la obtención de la autorización a terceras partes a fin de proteger a los sujetos de cualquier daño. Se respeta así a estas personas al reconocer sus deseos y por el recurso a terceros para protegerles de todo mal.

Las personas que se escogen deberían ser aquellas que entenderán con mayor probabilidad la situación del sujeto incapaz y que obrarán teniendo en cuenta el mejor interés de éste. Se debería dar a la persona que actúa en lugar del sujeto, la oportunidad de observar los pasos que sigue la investigación a fin de pueda retirar al sujeto de la misma, si esto parece ser lo más conveniente para éste.

Voluntariedad. Un acuerdo de participar en un experimento constituye un consentimiento válido si ha sido dado voluntariamente. Este elemento del consentimiento informado exige unas condiciones libres de coerción e influencia indebida. Se da coerción cuando se presenta intencionadamente una exageración del peligro de la enfermedad con el fin de obtener el consentimiento. La influencia indebida, por contraste, ocurre cuando se ofrece una recompensa excesiva, sin garantía, desproporcionada o inapropiada o cualquier ofrecimiento con el objeto de conseguir el consentimiento. Del mismo modo, incentivos que ordinariamente serían aceptables pueden convertirse en influencia indebida si el sujeto es especialmente vulnerable.

Se dan presiones injustificadas cuando personas que ocupan posiciones de autoridad o que gozan de influencia - especialmente cuando hay de por medio sanciones posibles- urgen al sujeto a participar. Sin embargo existe siempre algún tipo de influencia de este tipo y es imposible delimitar con precisión dónde termina la persuasión justificable y dónde empieza la influencia indebida. Pero la influencia indebida incluye acciones como la manipulación de las opciones de una persona,

controlando la influencia de sus allegados más próximos o amenazando con retirar los servicios médicos a un individuo que tiene derecho a ellos.

2. Valoración de riesgos y beneficios.

La valoración de riesgos y beneficios necesita un cuidadoso examen de datos relevantes, incluyendo, en algunos casos, formas alternativas de obtener los beneficios previstos en la investigación. Así, la valoración representa una oportunidad y una responsabilidad de acumular información sistemática y global sobre la experimentación que se propone. Para el investigador, es un medio de examinar si la investigación está correctamente diseñada. Para el comité de revisión, es un método con el que se determinan si los riesgos a los que se expondrán los sujetos están justificados. Para los futuros participantes, la valoración les ayudará a decidir si van a participar o no.

Naturaleza y alcance de los riesgos y beneficios. La condición de que la investigación se puede justificar si está basada en una valoración favorable de la relación de riesgo/beneficio está relacionada muy de cerca con el principio de beneficencia, de la misma manera que el pre-requisito moral que exige la obtención de un consentimiento informado se deriva primariamente del principio del respeto a las personas. El término "riesgo" se refiere a la posibilidad de que ocurra algún daño. Sin embargo, el uso de expresiones como "pequeño riesgo" o "gran riesgo", generalmente se refiere (con frecuencia ambiguamente) a la posibilidad (probabilidad) de que surja algún daño y a la severidad (magnitud) del daño que se prevé.

El término "beneficio", en el contexto de la investigación, significa algo con un valor positivo para la salud o para el bienestar. A diferencia de "riesgo", no es un término que exprese probabilidades. Riesgo se contrapone con toda propiedad a la probabilidad de beneficios, y los beneficios se contrastan propiamente al daño, más que a los riesgos del mismo. Por consiguiente, la así llamada valoración de riesgos/beneficios se refiere a las probabilidades y a las magnitudes de daños

posibles y a los beneficios anticipados. Hay que considerar muchas clases de daños y beneficios posibles. Existen por ejemplo, riesgos de daño psicológico, físico, legal, social y económico y los beneficios correspondientes. A pesar de que los daños más característicos sufridos por los sujetos de investigación sean el dolor psicológico o el dolor físico o las lesiones, no deberían dejarse de lado otras clases posibles de daño.

Los riesgos y los beneficios de la investigación pueden afectar al propio individuo, a su familia, o a la sociedad en general (o a grupos especiales de sujetos en la sociedad). Los códigos anteriores y las reglas federales han requerido que los riesgos de los sujetos sean superados por la suma de los beneficios que se prevén para el sujeto, si se prevé alguno, y los beneficios que se prevén para la sociedad, en forma de conocimiento que se obtendrá de la investigación. Al contraponer estos dos elementos distintos, los riesgos y los beneficios que afectan al sujeto inmediato de la investigación tendrán normalmente un peso especial. Por otra parte, los intereses que no corresponden al sujeto, pueden, en algunos casos, ser suficientes por sí mismos para justificar los riesgos que necesariamente se correrán, siempre que los derechos del sujeto hayan sido protegidos. Así, la beneficencia requiere que protejamos a los sujetos contra el riesgo de daño y también que nos preocupemos de la pérdida de beneficios sustanciales que podrían obtenerse con la investigación.

Sistemática valoración de los riesgos y beneficios. Se dice comúnmente que los riesgos y los beneficios deben ser "balanceados" para comprobar que obtienen "una proporción favorable". El carácter metafórico de estos términos llama nuestra atención a la dificultad que hay en formar juicios precisos. Solamente en raras ocasiones, tendremos a nuestra disposición las técnicas cuantitativas para el escrutinio de los protocolos de investigación. Sin embargo, la idea de un análisis sistemático, no arbitrario, de riesgos y beneficios debería ser emulado en cuanto fuera posible. Este ideal requiere que aquellos que toman las decisiones para justificar la investigación sean muy cuidadosos, en el proceso de acumulación y valoración de la información, en todos los aspectos de la investigación, y consideren las alternativas de manera sistemática. Este modo de proceder convierte la valoración de la investigación, en más rigurosa y precisa, mientras convierten la comunicación

entre los miembros del consejo y los investigadores, en menos sujeta a interpretaciones erróneas, a informaciones deficientes y a juicios conflictivos. Así, debería haber en primer lugar, una determinación de la validez de los presupuestos de investigación; luego, se deberían distinguir con la mayor claridad posible, la naturaleza, la probabilidad y la magnitud del riesgo. El método de cerciorarse de los riesgos debería ser explícito, especialmente donde no hay más alternativa que el uso de vagas categorías, como riesgos pequeños o tenues. Se debería también determinar si los cálculos del investigador, en cuanto a las probabilidades de daños o beneficios son razonables, si se juzgan con hechos que se conocen u otros estudios alternativos a los que se disponen.

Finalmente la valoración de la justificación del experimento debería reflejar las consideraciones siguientes: (i) El tratamiento brutal o inhumano de los sujetos humanos nunca puede ser justificado moralmente. (ii) Los riesgos deberían quedar reducidos a los estrictamente necesarios para obtener el fin de la investigación. Debería determinarse si de hecho el uso de sujetos humanos es del todo necesario. Quizás no sea posible eliminar el riesgo por completo, pero con frecuencia puede reducirse a un mínimo empleando procedimientos alternativos. (iii) Cuando la investigación lleva consigo un riesgo que indica un perjuicio serio, los comités de revisión deberían ser especialmente insistentes en la justificación de los riesgos (atendiendo especialmente a la probabilidad del beneficio para el sujeto, y a la manifiesta voluntariedad en la participación). (iv) Cuando el sujeto de la investigación lo constituyen grupos vulnerables, la conveniencia misma de su participación debería ser demostrada. Un gran número de variables entran en el juicio, incluyendo la naturaleza y grado del riesgo, la condición de la población particular afectada, y la naturaleza y nivel de los beneficios que se anticipan. (v) Los riesgos y beneficios pertinentes deben ser cabalmente recopilados en los documentos y procedimientos que se emplean en el proceso de obtención del consentimiento informado.

3. Selección de los sujetos.

Así como el principio de respeto a las personas está expresado en los requerimientos para el consentimiento, y el principio de beneficencia en la evaluación de la relación riesgo/beneficio, el principio de justicia da lugar a los requerimientos morales de que habrán de ser justos los procedimientos y consecuencias de la selección de los sujetos de la investigación. La justicia es relevante en la selección de los sujetos de investigación a dos niveles: el social y el individual. La justicia individual en la selección de los sujetos podría requerir que los investigadores exhibieran imparcialidad, así, ellos no deberían ofrecer una investigación potencialmente beneficiosa a aquellos pacientes por los que tienen simpatía o seleccionar solo personas "indeseables" para la investigación más arriesgada. La justicia social requiere que se distinga entre clases de sujetos que deben y no deben participar en un determinado tipo de investigación, en base a la capacidad de los miembros de esa clase para llevar cargas y en lo apropiado de añadir otras cargas a personas ya de por sí cargadas. Por tanto, debe ser considerado un problema de justicia social que exista un orden de preferencia en la selección de clases de sujetos (ejemplo, adultos antes que niños) y que algunas clases de sujetos potenciales (ejemplo, los reclusos en centros psiquiátricos o los prisioneros) puedan ser utilizados como sujetos de investigación solo en ciertas condiciones.

Se puede cometer una injusticia en la selección de los sujetos, incluso si cada uno de los sujetos son seleccionados con imparcialidad por los investigadores y tratados equitativamente en el curso de la investigación. Esta injusticia procede de sesgos sociales, raciales, sexuales y culturales que están institucionalizados en la sociedad. Por tanto, incluso si cada uno de los investigadores trata a los sujetos de la investigación equitativamente y los Comités Éticos tienen cuidado de asegurar que los sujetos han sido seleccionados de forma justa, en una institución particular pueden aparecer patrones sociales injustos en la distribución global de las cargas y beneficios de la investigación. Aunque instituciones individuales o investigadores pueden no estar preparados para resolver un problema que está omnipresente en su ambiente social, ellos pueden aplicar justicia a la hora de seleccionar los sujetos de la investigación.

Algunas poblaciones, especialmente las recluidas en instituciones cerradas, sufren habitualmente mayores cargas por sus características ambientales y su debilidad. Cuando la investigación que se propone conlleva riesgos y no incluye un componente terapéutico, otros grupos de personas menos lastradas socialmente, deberían ser llamados en primer lugar para aceptar este riesgo de la investigación, excepto cuando la investigación está directamente relacionada con las condiciones específicas de este tipo de personas. También, aunque los fondos públicos para la investigación pueden a menudo ir en la misma dirección que los fondos públicos para el cuidado de la salud, parece injusto que las poblaciones dependientes de los sistemas públicos de salud constituyan el grupo de sujetos preferidos para realizar investigaciones, cuando otras poblaciones más aventajadas socialmente probablemente vayan a disfrutar el beneficio de la investigación.

Un caso especial de injusticia resulta al realizar investigación con sujetos vulnerables. Ciertos grupos, tales como minorías raciales, las económicamente más débiles, los muy enfermos, y los recluidos en instituciones pueden ser continuamente buscados como sujetos de investigación, debido a su fácil disponibilidad en los lugares donde se realiza ésta. Dado su estado de dependencia y su capacidad frecuentemente comprometida para dar un consentimiento libre, deberían ser protegidos frente al peligro de ser incluidos en investigaciones únicamente por una conveniencia administrativa, o porque son fáciles de manipular como resultado de su enfermedad o su condición socioeconómica.

[1] Desde que 1945, distintas organizaciones han elaborado códigos conducta reguladores de las pautas apropiadas para la experimentación humana en la investigación médica. Los más conocidos son el Código de Nuremberg de 1947, la Declaración de Helsinki de 1964 (revisada varias veces), y las 1971 Pautas (codificada en Regulaciones Federales en 1974) publicada por el Departamento de Sanidad y Educación de los Estados Unidos. También se han adoptado códigos de

conducta en investigación social y conductual de los cuales el más conocido es que de la Asociación Psicológica Americana, publicado en 1973.

[2] Aunque la práctica (médica) generalmente supone intervenciones cuyo fin es sólo acrecentar el bienestar de un individuo en particular, en algunas ocasiones estas intervenciones se aplican a un individuo con el fin de acrecentar el bienestar de otro (p.e. transfusión de sangre, injertos de piel o trasplante de órganos) o, en otros casos, una intervención tiene el doble fin de ampliar el bienestar de un individuo en particular, y al mismo tiempo, beneficiar a otros (p.e., la vacuna que protege al que la recibe y a la sociedad en general). El hecho de que algunas formas de práctica además de favorecer inmediatamente al individuo que se somete a la intervención contenga otros elementos no debería crear confusión en la distinción entre investigación y práctica. Incluso cuando una forma de proceder que se aplica en la práctica puede producir un beneficio a un tercero, sigue siendo una intervención cuyo fin es acrecentar el bienestar de un individuo en particular o a grupos de individuos; por consiguiente se trata de práctica y no hay necesidad de someterla a una revisión como si se tratara de una investigación.

[3] Debido a que los problemas relacionados a la experimentación social pueden diferir sustancialmente de los de la investigación biomédica y conductual, la Comisión específicamente declina, por el momento, elaborar orientaciones con respecto a tales investigaciones. La Comisión considera que el problema debe ser redirigido a otras organizaciones que se ocupen del tema.

C) CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA DE ENFERMERÍA (1953).

Este Código fue adoptado por el Consejo del Internacional de Enfermeras (C.I.E.) en São Paulo, Brasil, el 10 de julio de 1953, y da las directrices generales para que cada país cree su propio Código Deontológico de la Enfermería.

1. La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.
2. La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.
3. La enfermera no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.
4. Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.
5. La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba.
6. La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.
7. La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.
8. La enfermera mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.

9. La enfermera tiene derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.
10. La enfermera no permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.
11. La enfermera coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería.
12. La enfermera en su vida privada mantiene una conducta irreprochable que acredite a su profesión.
13. La conducta personal de la enfermera no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.
14. La enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.

D) CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA (1988).

Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio.

Introducción

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1973 por el Consejo internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico especialmente concebido para los Enfermeros y Enfermeras españolas, se estaba haciendo sentir cada vez más claramente. Por ello, en el mes de abril de 1988, Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un Comité formado por profesionales, Enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un primer proyecto que, posteriormente, fuese sometido a la opinión general del colectivo de Enfermería, para asegurar que el nuevo Código tuviera un alcance verdaderamente estatal.

Ahora, finalizado este proceso, agradecemos las valiosas aportaciones recibas por los Colegiados y Organizaciones de Enfermería, que hemos tenido en cuenta en la elaboración del presente Código.

Pensamos que nuestro Código Deontológico Nacional es un elemento vivo, basado en una ética inspirada en el bienestar de las personas, para las que actuamos profesionalmente; convencidos que contribuirá a mantener un nivel profesional y un estatus social digno de nuestra profesión.

Máximo A. González Jurado.

Presidente del Consejo General de Enfermería de España.

Resolución nº 32/89: por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio.

Preámbulo

Conforme el artículo 75, párrafo 16, de los Estatutos de la Organización Colegial aprobados por el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, se establece que el Consejo General aprobará las normas deontológicas que ordenen el ejercicio de la profesión, las cuales tendrán carácter de obligatorias.

En consecuencia, el Pleno del Consejo General, tras los oportunos informes jurídicos, así como el de los diferentes Colegios Provinciales, tal como preceptúa el artículo 75 de los Estatutos anteriormente citados y solicitados a éstos, con fecha 18 de mayo del presente año, entre otros, y por unanimidad de sus miembros; tomó el siguiente Acuerdo-Resolución, cuyo expediente completo obre en el archivo de este Consejo, sección de Resoluciones.

Primero. Se aprueba el Código Deontológico de la Profesión de Enfermería que se adjunta como anexo a la presente Resolución.

Segundo. El cumplimiento del mismo tendrá carácter obligatorio para todos los profesionales de Enfermería del Estado.

Tercero. El incumplimiento de dicho Código llevará implícito las sanciones disciplinarias previstas en los Estatutos de la Organización Colegial.

Disposición transitoria

Por el Consejo General se tomarán las medidas oportunas para la difusión a todos los profesionales de Enfermería del documento que tenga dicho Código.

Disposición final

El Código Deontológico de la Profesión de Enfermería entrará en vigor en el día de la fecha.

Y para que conste, expido y firmo la presente en Madrid a catorce de julio de mil novecientos ochenta y nueve.

PRÓLOGO

El establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional ha de partir, necesariamente, de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan.

El hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es, a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positivamente o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral.

Por ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Respecto al papel de los Enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:

1º Prevención de las enfermedades.

2º Mantenimiento de la salud.

3º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.

4º Educación para la salud.

5º Formación, administración e investigación en Enfermería.

Debemos estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación, siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país.

Partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, debemos tener presente que las/os Enfermeros/as, han de enfatizar de manera prioritaria, dentro de sus programas.

a) La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.

b) La participación activa en sociedad.

c) Reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de ética profesional.

d) La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.

Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos la dignidad de la naturaleza humana y de ahí nuestra mayor responsabilidad como profesionales de Enfermería. Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general y de la profesión de Enfermería en particular.

Por ello, tal vez sea el momento más idóneo para hablar de ética profesional, sin temor a moralismos trasnochados, sino sencillamente abordando, en el marco de un Código Deontológico, lo que constituye el armazón de nuestra profesión, más allá de sus elementos técnicos.

De lo anteriormente expuesto, extraemos las siguientes conclusiones:

1. En nuestro Código Deontológico deberán darse la mano continuidad y actualidad. Los valores básicos, permanentes e irrenunciables en Enfermería, han de ser conservados también en el futuro, pero habrá que examinar una y otra vez las antiguas concreciones de esos valores fundamentales para ver si todavía pueden cumplir su función. Si ya no logran asumir y hacer fructíferas las experiencias de la época, si desconocen la progresiva complejidad de la vida, deberán ser repensadas de nuevo y reformadas en confrontación con los modos de entender el nuevo tiempo.

2. A la hora de fijar instrucciones concretas, conviene ser discretos; será preferible mostrar el sentido último, total y humano de nuestra profesión. Construir modelos concretos es competencia de la conciencia individual de cada profesional responsable.

3. La evaluación presente y futura nos pedirá un esfuerzo, un decidido valor, para emprender experiencias y aceptar lo provisional. A la vista de la complejidad de las condiciones de vida cada vez más diferenciadas, sería utópico que quisiéramos afrontar de antemano soluciones concretas a todos los problemas que se presentan

hoy y se presentarán en el futuro. En suma, debemos ser conscientes que por muchos Códigos Deontológicos que tengamos, el riesgo de la conciencia aumenta considerablemente.

Con estas reflexiones hemos elaborado un Código Deontológico para la Profesión de Enfermería en España, que sea un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional. Insistir en esto parece, no pocas veces, una reiteración innecesaria ya que se da por supuesta en nuestra profesión; sin embargo, cada vez con mayor fuerza van aumentando las voces que hablan de falta de ética, y de deshumanización. Por ello, es necesario articular el contenido de nuestra responsabilidad profesional, no sea que con la evolución de la Enfermería como ciencia se nos vaya escapando su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén.

Se equivoca quien piensa que la ciencia nada tiene que ver con los valores; si la ciencia está hoy en crisis, probablemente sea por esta divergencia antinatural. Ha de correr paralela con esta dimensión humana y, por ello, situarse en el ámbito de lo moral.

Desearíamos que este Código sirviera para tener conciencia de que los valores que manejamos son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en una palabra, la vida humana, y nos ayudará a los profesionales de Enfermería a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que tomemos.

Estamos convencidos, por último, de que un Código Deontológico, en cuanto a criterio ético, es estrictamente necesario para el buen desempeño de nuestra profesión, no sólo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar a través de él en aquellas situaciones diarias en las que se pueden lesionar o infravalorar los derechos humanos.

Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica; nuestras actitudes han de trascender al limitado marco que nos otorga un Código Deontológico, ya que

ser Enfermero/a es gozar de un talante ante la vida, su origen creación, más allá de los límites del ser humano, para cuyo estímulo ojalá nos sirva este Código Deontológico.

En el presente Código están prácticamente incardinados los tres grandes grupos, correspondientes a la distintas obligaciones morales:

1. La Enfermera/o y ser el humano.
2. La Enfermería y la sociedad.
3. La Enfermera/o y el ejercicio profesional.

Declaración previa

La Moral Profesional no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional.

La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que han de inspirar su conducta.

CAPÍTULO I: ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuera la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc). También serán de aplicación, para el resto de los extranjeros que por convenios, tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.

Artículo 2. Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de

los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.

Artículo 3. De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los derechos deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

CAPÍTULO II: LA ENFERMERÍA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS

Artículo 4. La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5. Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6. En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7. El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste.

Artículo 8. Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9. La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 11. De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado.

Artículo 12. La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por si mismo.

Artículo 13. Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

CAPÍTULO III: DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Artículo 14. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15. La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas.

Artículo 16. En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental de ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17. La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18. Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19. La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20. La Enfermera/o informará de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21. Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Artículo 22. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante

cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

CAPÍTULO IV: LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD

Artículo 23. Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombre.

Artículo 24. Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

Artículo 25. Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas y/o curativas que se deban adoptar.

Artículo 26. La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

Artículo 27. Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de salud comunitaria.

Artículo 28. Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

Artículo 29. La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la población.

Artículo 30. La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud de la mejora de vida y trabajo determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

CAPÍTULO V: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Artículo 31. El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32. Los proyectos y programas de promoción de la salud, han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33. El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social de derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34. En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de la justicia social de dar más al más necesitado. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

CAPÍTULO VI: LA ENFERMERÍA Y LOS DISMINUÍDOS FÍSICOS, PSÍQUICOS E INCAPACITADOS

Artículo 35. Como consecuencia del Derecho Público, que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que

individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Artículo 36. Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la reacción y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

Artículo 37. Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ellas, en la Sociedad.

CAPÍTULO VII: EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACIÓN ÉTICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

Artículo 38. Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39. La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40. En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41. La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42. La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados

CAPÍTULO VIII: LA ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MÁS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ COMO CONTRIBUCIÓN ÉTICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD

Artículo 43. Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida.

Artículo 44. En el ámbito de su competencia profesional, la Enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Artículo 45. Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá entre otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Artículo 46. La Enfermera/o debe incluir en su programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

CAPÍTULO IX: EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS

Artículo 47. Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

Artículo 48. Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

Artículo 49. Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

Artículo 50. En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

Artículo 51. La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida.

CAPÍTULO X: NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

Artículo 52. La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53. La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54. La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55. La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia.

Artículo 56. La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.

Artículo 57. La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58. La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito de la competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59. La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

Artículo 60. Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61. La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62. Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63. Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.

Artículo 64. La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65. Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66. La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

Artículo 67. La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de Enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

Artículo 68. La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

CAPÍTULO XI: LA EDUCACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Artículo 69. La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la Lex Artis, exige en cada momento a la Enfermera competente.

Artículo 70. La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.

Artículo 71. La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

Artículo 72. La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.

Artículo 73. La Enfermera/o debe procurar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

Artículo 74. Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

Artículo 75. La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

CAPÍTULO XII: CONDICIONES DE TRABAJO

Artículo 76. La Enfermera/o que accede a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.

Artículo 77. La Enfermera/o deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

Artículo 78. Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

Artículo 79. La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes.

Artículo 80. Cuando la Enfermera/o observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

CAPÍTULO XIII: PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

Artículo 81. La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:

a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten.

b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

Artículo 82. La Enfermera/o deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se deciden las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

Artículo 83. La Enfermera/o forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de Enfermería que dirigen.

Artículo 84. La Enfermera/o procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.

Artículo final. El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

NORMAS ADICIONALES

Primera. Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorregulación en el control de las condiciones de trabajo, velando porque los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

Segunda. Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de Enfermería y de las personas que reciben sus cuidados.

Tercera. Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

Cuarta. Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial, que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

Quinta. Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

Sexta. Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno u otros órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejo Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57.a) y c) y 58.a) del R.D. 1856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Aranguren JL. *Ética*. Alianza Editorial, Madrid; 1993.

Arroyo MP, Serrano A. *Ética y legislación en enfermería*. Interamericana/McGraw-Hill, Madrid; 1988.

Ayllón JR. *En torno al hombre*. Rialp, Madrid; 1992.

Ayllón JR. *Ética razonada*. Palabra, Libros MC, Madrid; 1998.

Barrio Maestre JM. Analogías y diferencias entre *Ética, Deontología y Bioética*. En: Tomás G (coord.). *Manual de Bioética*. Ariel, Barcelona; 2001.

Barrio Maestre JM. La bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda. Una interpretación crítica del principialismo. *Cuadernos de Bioética* 2000; XI (43), 291-300.

Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York; 1979.

Broad CD. *Five Types of Ethical Theory*. Routledge & Kegan Paul, London; 1930.

Cayuela Cayuela A, Vara Martín J, Romero FJ, Villar Amigo V (eds). *Ética, bioética y desarrollo. El hombre como ser dependiente*. Editorial Comares, Granada; 2004.

Chamizo Vega C. The perspective of gender in the spanish nursing. *Index Enferm*. [online]. autumn 2004, vol.13, no.46 [cited 26 April 2005], p.40-44. Available from World Wide Web: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.

Chiarelli B. Bioetica globale. Angelo Ponticorboli Editore, Firenze; 1993.

Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería, Madrid; 1988.

Cortina A. La ética de la sociedad civil. Anaya, Madrid; 1995.

Clouser KD, Gert B. A Critique of Principlism. *Journal of Medicine and Philosophy* 1990; 15: 219-36.

D'Agostino F. Bioética. Estudios de filosofía del Derecho. EIUNSA, Madrid; 2003.

Eco U. Cómo se hace una tesis. Gedisa, Barcelona; 2001.

Espejo Arias MD, Castilla García A (coords). Bioética en las Ciencias de la Salud. Asociación Alcalá / ediciones El Partal, Granada; 2001.

Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial, Madrid; 1979.

Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la bioética. Universidad Pontificia Comillas / Desclée De Brouwer, Bilbao; 2003.

Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macro-estudio de base. Consejo General de Enfermería, Madrid; 1998.

Galdámez C, González-Cajal J. Participación de la Enfermería en la Docencia Bioética y en los Comités Asistenciales de Ética: una experiencia personal. *Bioética y Ciencias de la Salud* 1998; 3(1): 144-7.

García Barrios S, Calvo Charro E. Historia de la Enfermería. Textos mínimos. Universidad de Málaga, Málaga; 1992.

Gert B, Culver CM, Clouser KD. Bioethics. A Return to Fundamentals. Oxford University Press, New York; 1997.

González AM. Dignidad y naturaleza. Eunsa, Pamplona; 1996.

Habermas J. Escritos sobre moralidad y eticidad. Paidós, Barcelona; 1991.

Hernández Conesa J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid; 1995.

Hortelano A. Problemas actuales de moral. Sígueme, Salamanca; 1981.

Lewis CS. Mere Christianity. Macmillan Publishing Company (Collier Books), New York; 1960.

Llano A. Gnoseología. Eunsa, Pamplona; 1991.

Llano A. Humanismo cívico. Ariel, Barcelona; 1999.

Llano A. La vida lograda. Ariel, Barcelona; 2002.

Lorda JL. Moral. El arte de vivir. Palabra, Madrid; 1993.

MacIntyre A. Tres versiones rivales de la ética. Ediciones Rialp, Colección Cuestiones Fundamentales, Madrid; 1992.

Mappes TA, Zembaty JS. Biomedical Ethics. McGraw-Hill Book Company, New York; 1981.

Marcuello Franco CA (dir), Jurado Grau MD, Serrano Sastre MR (coords). Seminarios de Ética en Enfermería. Cursos I (1985) y II (1986). EUNSA, Pamplona; 1987.

Millán-Puelles A. Ética y realismo. Rialp, Madrid; 1996.

Mompart MP. Diez años de Enfermería en España: Análisis de una situación. Décimas sesiones de trabajo de la AEED. Madrid; 1989.

Mompart MP. Rebelión en las aulas: de las escuelas de ATS a las Universitarias de Enfermería. Rev ROL Enf 2004; 27(10): 646-56.

Monge MA. Ética, salud, enfermedad. Palabra, Madrid; 1991.

Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good. Oxford University Press, New York; 1988.

Polaino Llorente A. Manual de Bioética General. Rialp, Madrid; 1994.

Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1971.

Reich WT. The Encyclopedia of Bioethics. Simon & Schuster Macmillan, New York; 1995.

Rodríguez Luño A. Ética. EUNSA, Pamplona; 1986.

Ruiz-Canela López M. Ética de la investigación: historia y fundamentos. En: Espejo Arias MD, Castilla García A (coords). Bioética en las Ciencias de la Salud. Asociación Alcalá / ediciones El Partal, Granada; 2001.

Ruiz-Canela López M, Espejo Arias MD. Historia y definición de la Bioética. En: Espejo Arias MD, Castilla García A (coords). Bioética en las Ciencias de la Salud. Asociación Alcalá / ediciones El Partal, Granada; 2001.

Russo G. Bioetica ambientale. Elledice, Turín; 1998.

Sánchez González MA. Los interrogantes fundamentales en la enseñanza de la Bioética: La experiencia en la Universidad Complutense. Bioética y Ciencias de la Salud 1997; 2(4): 15-21.

Sgreccia E. Manuale di bioetica. Vita e Pensiero, Milano; 1994.

Siles González J. Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epistemológica. CECOVA, Alicante; 1996.

Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. Un marco histórico para una nueva disciplina. Medicina Clínica 1995; 105: 583-97.

Somonetti N. Deontologia medica. En: Leone S, Privitera S (eds). Disionario di Bioetica. Edizione Dehoniane - Istituto Siciliano di Bioetica, Bologna y Acireale; 1994.

Spaeman R. Felicidad y benevolencia. Rialp, Madrid; 1991.

Spaeman R. Ética: Cuestiones fundamentales. EUNSA, Pamplona; 1993.

Spagnolo AG. Principios de la Bioética Norteamericana y Crítica del Principismo. Bioética y Ciencias de la Salud 1998; 3(1): 102-10.

Tomás Garrido GM (coord). Manual de Bioética. Ariel Ciencia, Barcelona; 2001.

Torralba Madrid MJ, Morales Moreno I. De la ética y la deontología, a la bioética: una mirada desde la evolución y desarrollo profesional en Enfermería. *Bioética y Ciencias de la Salud* 2001; 4(4): 68-77.

Vico Peinado J. *Éticas teológicas ayer y hoy*. Ediciones Paulinas, Madrid; 1993.

Vidal M. *Moral profesional para A.T.S.: enfermeras*. PS editorial, colección Eas, Madrid; 1978.

Villalaín Blanco JD. El origen de la Bioética y su desarrollo. En: Tomás G (coord.). *Manual de Bioética*. Ariel, Barcelona; 2001.