



## ENSAYOS

### El acto de enfermería, entre prudencia y arte. Algunas reflexiones sobre la ética del cuidado

The act of nursing, between prudence and art. Some reflections on the ethics of care

\*Contreras, Sebastián

\*Facultad de Derecho. Universidad de los Andes, Chile. E-mail: [sca@miuandes.cl](mailto:sca@miuandes.cl)

Palabras clave: acto de enfermería; prudencia; cuidado

Keywords: act of nursing; prudence; care

#### RESUMEN

En el presente trabajo se analiza la naturaleza del acto de enfermería. Desde la perspectiva doctrinal, es claro que el aspecto técnico o artístico es parte de la decisión enfermera: en cuanto actividad profesional, la enfermería supone el manejo y aplicación de una serie de conocimientos específicos que no pueden faltar en la persona del profesional. Junto con este aspecto productivo, el acto enfermero supone una dimensión prudencial. Las decisiones técnicas se apoyan en presupuestos morales que no pueden ser ajenos a la actividad del cuidado, justamente porque se trata de cuidado de personas.

#### ABSTRACT

This paper discusses the nature of the act of nursing. From the doctrinal perspective, it is clear that the technical or artistic aspect of the decision is part nurse, as professional activity, nursing involves the management and implementation of a number of specific skills are a must in the professional person. Along with the production side, the nurse act is a reasonable size. Technical decisions are based on moral assumptions that can not be alien to the care, precisely because they care about people.

#### 1. PLANTEAMIENTO

La enfermería es hoy una profesión autónoma. Implica una tarea específica dentro del ámbito de las carreras de la salud: la gestión del cuidado<sup>1</sup>. Tal es el papel que juega el arte de cuidar en esta actividad profesional, que se le ha llegado a definir, sin más, como la ciencia del cuidado humano<sup>2</sup>.

El cuidado es, de esta manera, el núcleo del acto de enfermería<sup>3</sup>. En su naturaleza, ese acto representa la aplicación de un juicio técnico sobre la planificación,

organización, motivación y control de la provisión de los tratamientos más oportunos, seguros y eficaces para la recuperación del enfermo<sup>4</sup>.

Ahora bien, al igual que la medicina, la enfermería es también una práctica moral. Esto significa que el cuidado no sólo reviste una dimensión técnica o productiva, artística podría decirse, sino, sobre todo, un aspecto fronético, lo que se explica por lo siguiente: la formación y el ejercicio profesional que lleva a cabo el o la enfermera deben estar basados en la observación de los requisitos que permiten que esa práctica sea considerada como buena moralmente<sup>5</sup>. Por tanto, el acto de enfermería no solamente nos permite saber “y hacer lo que se debe en el momento indicado, en el lugar que debe ser y con las personas indicadas”<sup>6</sup> sino hacerlo con miras a la excelencia. No puede olvidarse que no todo lo que se puede hacer (fácticamente) en un caso concreto se debe hacer en sentido moral.

El cuidado, pese a su carácter central, no lo es todo en el acto de enfermería. Resulta un elemento irrenunciable de la práctica clínica, ciertamente. Pero, aunque sea una condición necesaria para el correcto ejercicio de la profesión, no es suficiente para justificar y dar sentido a esa actividad. “En la relación con alguien que ha perdido la salud, la enfermera (y los sanitarios en general) ha de intentar comprender el significado que tal evento tiene en la vida del sujeto, cómo él lo interpreta, qué relevancia tiene para sus proyectos, para el concepto de sí mismo. Sin embargo, dada la diversidad de conceptos existentes sobre la salud y la vida, cualquier proyección de patrones de salud, más allá de lo meramente biológico, será una falta de respeto a la autonomía del paciente y un error de escucha por parte de la enfermera”<sup>11</sup>.

Si la tarea de enfermería está regida por el ideal de la beneficencia, es claro que la relación con el paciente ha de tener en cuenta que esa actitud debe determinarse desde la libertad de decisión del propio enfermo. De ahí que, más allá de las obligaciones de mínimos, como curar heridas o limpiar quemaduras, el resto de las actividades profesionales de la enfermera dependan de esa relación de comunicación con el paciente, en la que se decidirán los procedimientos a realizarse conforme a su expectativa de bienestar<sup>12</sup>, sin que eso signifique, por supuesto, un atentado a los bienes básicos del individuo.

Por último, el cuidado no conlleva la puesta en práctica de un manual de actividades máximamente detallado. Precisamente porque pertenece al ámbito de la razón práctica, es que el acto de enfermería no se comprende sin atención a las circunstancias que lo rodean: es un fenómeno circunstanciado. Es de tal importancia la consideración de las contingencias que envuelven al paciente y su enfermedad, que dejarlas fuera del juicio profesional sería un verdadero acto de injusticia. Y la razón de esto es simple: en el campo de la salud, dar a cada cual lo suyo no significa una distribución geométrica, descontextualizada del caso concreto, de medicamentos, por ejemplo. Significa atender a la realidad que efectivamente está viviendo un sujeto en unas condiciones particulares de tiempo y de lugar, para así entregarle la prestación más adecuada a su situación personal. Luego, el acto de enfermería no supone únicamente la gestión del cuidado. Supone, principalmente, la gestión del cuidado justo.

## **2. NATURALEZA DEL ACTO DE ENFERMERÍA: ENTRE ARTE Y PRUDENCIA**

Desde su nacimiento como disciplina autónoma, la enfermería ha estado vinculada a la obligación profesional de dominar una serie de conocimientos técnicos y especializados, propios del área del cuidado. Tal ha sido la tesis de Florence Nightingale, quien escribe que “el conocimiento de las leyes de la vida y de la muerte y de las leyes de salud para las salas hospitalarias requiere un aprendizaje por la

experiencia y una cuidadosa investigación”<sup>13</sup>. Esto no viene por inspiración o buena conciencia.

Lo anterior significa que el acto de cuidado supone un trabajo sumamente complicado, “ya que incluye la posesión de conocimientos técnicos, una gran cantidad de conocimientos formales, capacidad de comunicación, complicitad emocional y otras muchas cualidades”<sup>14</sup>. Por esta causa, se le considera como un complejo proceso de pensamiento que lleva del conocimiento a la técnica, de la percepción a la acción, de la decisión al tacto y de la observación al diagnóstico<sup>15</sup>.

En particular, el acto de enfermería representa un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo a sus problemas de salud, reales o potenciales<sup>16</sup>. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del paciente, de la adopción de decisiones que culminarán en un plan de cuidados, y de la ejecución de los cursos de acción resueltos como los más pertinentes, incluyendo la colaboración interdisciplinaria y la derivación del paciente a otras unidades, si fuera necesario<sup>17</sup>.

En ese juicio no todo es observación o pasividad, una autocancelación de la propia racionalidad práctica ante los hechos dados. La tarea del cuidado exige un esfuerzo hermenéutico por parte de la profesional, un ejercicio de interpretación, análisis y valoración de la realidad a partir de los problemas de salud, factores etiológicos y síntomas y signos del paciente.

Un buen ejemplo de ese carácter interpretativo-prudencial del acto de enfermería lo vemos en el caso del triage prehospitalario. La medicina prehospitalaria, de la cual forma parte este tipo de triage, tiene como finalidad la “asistencia inmediata, puntual y cualificada de pacientes en situación crítica antes de su ingreso en un hospital”<sup>18</sup>. De esta manera, un adecuado diagnóstico y valoración por parte del profesional a cargo del triage, será de vital importancia para la recuperación de los enfermos, así como para la correcta asignación de recursos en situaciones de emergencia como la de los pacientes que llegan a un servicio de urgencias de atención primaria<sup>19</sup>. Esto sucede porque con su valoración inicial, la enfermera clasifica el grado de urgencia, agiliza la actuación de los otros profesionales sanitarios y soluciona parte de las visitas, optimizando, por consiguiente, la calidad asistencial<sup>20</sup>.

Entre los fundamentos de su decisión, la enfermera a cargo del triage deberá considerar la diversidad de pacientes y de patologías de los individuos que llegan al recinto asistencial. De igual forma, la inevitable escasez de los recursos médicos. Asimismo, deberá tener en cuenta la preparación de los equipos y materiales necesarios para enfrentar las emergencias, así como la correcta priorización de los pacientes que han de ser atendidos. En este tipo de situaciones, la decisión enfermera comporta una mayor dificultad, debido a que en esta distribución en tiempo limitado de recursos insuficientes, se tiene que decidir cómo equilibrar en el caso concreto los principios prácticos de riesgo y beneficio, y de solidaridad y justicia<sup>21</sup>.

A la hora de determinar el nivel de gravedad de los pacientes, no sólo se ponen a prueba los conocimientos técnicos del personal de urgencias, sino, sobre todo, sus idearios morales. Por ejemplo, hay situaciones en donde las necesidades sobrepasan los recursos<sup>22</sup> y el personal de urgencia debe decidir entre atender a una persona con mayores probabilidades de recuperación y dejar a otra que, estando viva aún, no podrá salvarse debido a su gravedad. Por supuesto que se intentará auxiliar al mayor número posible de individuos, pero los recursos disponibles, en la mayoría de los casos, son insuficientes.

Una prueba fehaciente de la necesidad de conciliar técnica y prudencia en el acto de triage está en la forma de llevar adelante la entrevista prehospitolaria: el interrogatorio debe ser abierto y dirigido a obtener la mejor información en el menor tiempo posible. Las preguntas deben ser sencillas y directas. Se debe hacer una pregunta a la vez, y sólo se debe pasar a la pregunta siguiente cuando el paciente (o su acompañante) ha logrado responder a la anterior. Se han de utilizar términos sencillos, se deben evitar los tecnicismos. La idea es que el paciente y su familia puedan entender con claridad la naturaleza y riesgos de la patología de que se trata<sup>23</sup>.

Entonces, en el marco de la atención de urgencia, la presencia de individuos con diversas patologías y distintos niveles de gravedad convierte al triage en la única solución de justicia posible. Esto porque, aunque cada paciente es un fin en sí mismo, y aunque cada uno de ellos deba ser tratado con el mayor cuidado y respeto de su dignidad, la necesidad de ponderar el estado de salud de cada cual en el panorama de todos los sujetos que esperan la atención de urgencia es una obligación por parte del equipo médico.

De este modo, actuar por el bien de un solo paciente, sin tener en cuenta las necesidades de los otros enfermos, conllevaría una transgresión del principio de justicia. Tal es la importancia que reviste el triage en estos casos, que incluso se puede afirmar que “quien no hace triage, o lo hace de forma aleatoria, es maleficiente, es decir, no sólo no actúa en beneficio del colectivo”<sup>24</sup>, sino que decide en contra de la salud y dignidad de cada paciente en particular<sup>25</sup>.

### **3. PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS AL ACTO DE ENFERMERÍA**

Los actos enfermeros suelen involucrar una gran complejidad. El entramado de elementos que deben ser ponderados en el acto de enfermería exige del profesional una preparación técnica del más alto nivel, porque lo que se halla en juego no son una serie de procesos o tratamientos médico-quirúrgicos, sino la vida y la salud de una persona, con dignidad intrínseca y valor en sí misma.

Sin intención de ser exhaustivos, y como una herramienta de apoyo a los profesionales de la enfermería, proponemos a continuación algunos principios o reglas prácticas que debieran regir la actividad profesional del cuidado. No se trata de los únicos principios que puedan presentarse. Sólo consideramos los que, en nuestra opinión, son los más relevantes.

#### **3.1. El acto de enfermería es un acto de prudencia**

En el lenguaje habitual, el término prudencia equivale a cautela o precaución. Prudente, aquí, es el que evita un riesgo<sup>26</sup>. Sin embargo, en el campo de la filosofía práctica, ser prudente no es otra cosa que tener la capacidad para actuar correctamente en el caso concreto, es decir, para saber qué es lo que se debe hacer aquí y ahora.

En este sentido, incumbe a la prudencia determinar de qué manera y con qué medios debe el hombre alcanzar con sus actos el medio racional<sup>27</sup>. Esto se traduce en el hecho de que, por la prudencia, el hombre consigue determinar, en las circunstancias particulares en que realiza la acción, los medios más adecuados para la consecución del fin que se ha propuesto.

Pero en la actividad de la prudencia no todo depende de las circunstancias. El acto virtuoso (prudente) no es posible sin el reconocimiento de unos principios generales de la acción. El pensamiento clásico enseña que, así como en la razón especulativa hay cosas naturalmente conocidas, “así en la razón práctica preexisten ciertas cosas como principios naturales, que son los fines de las virtudes morales”<sup>28</sup>. Tales son los

principios de la ley natural<sup>29</sup>, que el hombre conoce con total evidencia y sin posibilidad alguna de ignorancia o de error<sup>30</sup> y que son como el presupuesto o punto de partida de todo el conocimiento moral.

En el caso de la enfermería, estos límites al juicio prudencial se manifiestan, sobre todo, en el respeto por la dignidad de la persona. El paciente es un otro, y, en cuanto otro, “es aquel en quien me encuentro a mí mismo y que sólo por eso ya tiene derecho a exigirme (implícita o explícitamente) cualquier cosa: lo mínimo es un trato justo”<sup>31</sup>.

Por este motivo, la cuestión principal a la hora de establecer una base sólida de las normas éticas para el desarrollo de la investigación científica y de los cuidados de la salud, es fundamentar y ahondar en el sentido de la dignidad humana<sup>32</sup>. La dignidad del hombre se funda en su ser personal, en su capacidad para entender, querer y autodeterminarse libre y conscientemente<sup>33</sup>.

Supuesta la protección de la dignidad de la persona, el profesional de la salud, en una tarea hermenéutica, intentará alcanzar un conocimiento de la realidad del enfermo del modo más exacto posible. La prudencia es, en este sentido, una cierta «inteligencia de lo concreto», que regula inmediatamente la conducta a realizar aquí y ahora “por un juicio y una decisión proporcionados a la absoluta individualización del caso particular”<sup>34</sup>.

Teniendo esto en consideración, el esfuerzo del o la enfermera consiste en encontrar la relación adecuada entre principios universales y circunstancias particulares. Por eso escribe Santo Tomás que “el prudente precisa conocer tanto los primeros principios de la razón, cuanto las realidades concretas sobre las que versa la acción”<sup>35</sup>, es decir, debe tener un conocimiento lo más acabado posible tanto de lo universal como de lo singular que envuelve a la patología que se encuentra valorando.

De esta manera, la prudencia tiene que ver con el conocimiento. Por eso algunos la llaman también objetividad<sup>36</sup>. “Una persona que conoce mal la realidad no puede ser prudente. Pero no se trata de cualquier conocimiento: se busca conocer no por el simple deseo de saber, sino para actuar”<sup>37</sup>.

Por último, afirmar que los hombres pueden ser prudentes, entender la prudencia como razonabilidad y no como mera cautela, es algo de vital importancia. Significa, en el fondo, reconocer que la acción humana puede ser guiada racionalmente, que cabe discutir acerca de lo bueno y lo malo dando argumentos racionales y, por tanto, que es posible pensar que las decisiones que tomamos en la vida diaria, sea en lo personal o en lo profesional, pueden ser algo más que el resultado de un juego de fuerzas o del simple cálculo de utilidades<sup>38</sup>.

### **3.2. El acto de enfermería se encuentra limitado por el principio de humanidad**

En el centro de la ética kantiana encontramos el imperativo categórico. Éste es una regla de la acción de valor universal e incondicionado, que rige para todos los sujetos racionales. Una de sus formulaciones es la que se conoce como principio de humanidad, y según la cual los hombres no deben ser tratados como medios que conducen a un fin sino como fines en sí mismos<sup>39</sup>.

La tesis de Kant es la siguiente: “suponiendo que haya algo *cuya existencia en sí misma* posea un valor absoluto, algo que, como *fin en sí mismo*, pueda ser fundamento de determinadas leyes, entonces en ello y sólo en ello estaría el fundamento de un posible imperativo categórico, es decir, de la ley práctica”<sup>40</sup>.

Lo que ocurre es que ser persona es un modo peculiar de existir y no un mero atributo accidental de la especie humana<sup>41</sup>. Por ende, las personas no son meros fines subjetivos cuya existencia tiene valor instrumental para nosotros, sino fines objetivos, es decir, cosas cuya existencia en sí misma es un fin, “y un fin de tal condición que en su lugar no se puede colocar otro fin al que ellas debieran servir meramente como medios, porque sin esto no se hallaría en ningún lugar algo de valor absoluto”<sup>42</sup>.

Si esto es llevado a la práctica clínica, se tiene que la norma moral más importante de la ética de la enfermería dice que la persona –cada persona– ha de ser afirmada por sí misma y por su dignidad<sup>43</sup>. “La persona ocupa una posición central en el interior de la profesión médica, porque la medicina es por su naturaleza una relación entre personas. La relación médico-paciente, en efecto, no constituye simplemente un complemento de la praxis médica, sino más bien la esencia misma de la medicina. [...] Sólo refiriéndose a la naturaleza de la persona enferma el médico puede llegar a conocer su identidad profesional”<sup>44</sup>.

Por tanto, señalan Estefo y Paravic, “cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. El cuidado debe ser entendido como ayuda a otra persona que permite el desarrollo, de la misma manera que la amistad aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de las relaciones”<sup>45</sup>.

### **3.3. El acto de enfermería no puede ser contrario al bien básico de la vida**

La protección de la vida humana es el fundamento de la inviolabilidad de los derechos naturales y de los absolutos morales<sup>46</sup>. Todos los sistemas jurídicos (honestos) excluyen la occisión o el daño de personas inocentes como medio para cualquier fin, ya sea público o privado<sup>47</sup>.

En este sentido, sin importar la bondad de las circunstancias o motivos que promueven una decisión terapéutica, la realización de un acto malo *in se*, como atentar contra la vida del paciente, nunca puede ser razonable. Esto se explica, en palabras de Santo Tomás, por lo siguiente: “lo que es malo en sí mismo, ningún buen fin hace lícito”, de tal suerte que “aquello que es pecado *ex genere*, no es lícito hacerlo por ningún fin bueno, según aquello de *Romanos 3, 8*”<sup>48</sup>.

Ocurre, entonces, que la vida humana debe respetarse desde su comienzo, con la fecundación, hasta su muerte natural. Ésta es una exigencia básica del reconocimiento de la dignidad de la persona<sup>49</sup>. La vida humana es valiosa de por sí. Como diría Alfonso Gómez-Lobo, se nos aparece, naturalmente, “como un bien digno de ser disfrutado y celebrado, como de algún modo demostramos cada vez que festejamos un cumpleaños, sea el nuestro o el de otros”<sup>50</sup>.

Por ende, afirmar que la vida humana carece de valor, equivale a negar el valor de la persona, porque la realidad de un individuo no es algo distinto de su vida<sup>51</sup>. En efecto, la vida en cada uno de nosotros no es algo que poseamos, como si se tratara de un bien material. La vida es el mismo ser de los vivientes<sup>52</sup>. Por consiguiente, si al paciente, en cuanto persona, le corresponde un tipo de ser valioso por sí mismo, su vida, que no es algo distinto de él, también ha de ser considerada como valiosa en sí y nunca debe ser dañada injustamente<sup>53</sup>.

## **4. CONSIDERACIONES FINALES**

El acto de enfermería, como acto de cuidado, incluye tanto aspectos psicosociales como aspectos profesionales y técnicos<sup>54</sup>. Incluye, además, el reconocimiento de

valores intrínsecos al ser humano, como el respeto a la vida o la dignidad humana, así como un esfuerzo del profesional por hacer de su trabajo una vía para el logro de la excelencia moral.

Aunque, en una primera mirada, el cuidado pudiera percibirse como un asunto sencillo, “éste constituye un proceso complejo asociado a etapas de la vida, en el que intervienen diversas valoraciones y emociones de carácter universal y al mismo tiempo de tipo individual, tantas como las distintas formas de entender la propia existencia”<sup>55</sup>. Luego, la acción de cuidado es verdaderamente efectiva “cuando asume esta complejidad y se adapta a cada individualidad, para poder devenir una experiencia completa para la persona cuidada principalmente, pero también para la persona cuidadora”<sup>56</sup>.

La dificultad del acto de enfermería se muestra, en este sentido, en el hecho de que los profesionales de la salud, siempre atendiendo a la situación particular del paciente, deberán ponderar las repercusiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales del proceso salud-enfermedad al que se enfrentan, para así implementar estrategias concretas que tengan por objetivo ayudar al enfermo a conseguir la adaptación a su situación particular y la consecución del máximo nivel posible de salud<sup>57</sup>.

Por esta causa, y tal como expresa Torralba, “cuidar de un ser humano en su sufrimiento, en su dolor o en su proceso de muerte, no es un ejercicio automático, ni puede ser jamás una sucesión premeditada de actos, sino que se trata de un arte, de un arte que abarca una profunda sabiduría antropológica, ética y estética”<sup>58</sup>. Luego, cuidar es acompañar al paciente en sus experiencias de vida y contemplar su dignidad como algo siempre compatible con las técnicas y los medios terapéuticos. Cuidar es romper la dicotomía entre técnica y prudencia: ambas coexisten<sup>59</sup>.

## NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> De hecho, se ha escrito: el cuidado es la esencia y el fenómeno central de la enfermería. Éste debe ser valorizado en todas las áreas de su ámbito profesional. Cf. Suzanne Kerouac et al., *El pensamiento enfermero*, Barcelona, Editorial Masson, 2002, pp. 7 ss.

<sup>2</sup> Cf. Jean Watson, *Human Caring Science. A Theory of Nursing*, Londres, Jones and Barlett Learning, 2012, pp. 15 ss. De la misma manera: cf. Dorothy Hall, “The Nature of Nursing and the Education of the Nurse”, en *Journal of Advanced Nursing*, vol. 5, 1980, pp.149-159. Si bien el cuidado es una actividad que concierne a todas las profesiones de la salud, es la enfermería la que destina el mayor esfuerzo, tiempo y dedicación a esa tarea. Cf. Eugenia Urra, Alejandra Jana y Marcela García, “Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales”, en *Ciencia y enfermería*, vol. 17 n. 3, 2011, pp. 11-22.

<sup>3</sup> Cf. Jean Watson, *Le caring. Philosophie et sciences de soins infirmiers*, París, Editions Seli Arslam, 1998, pp. 10 ss.

<sup>4</sup> Cf. Norma general administrativa n. 19 del Ministerio de Salud, *Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada*, resolución exenta n. 1127.

<sup>5</sup> Cf. Lydia Feito, “La ética del cuidado como modelo de la ética enfermera”, en *Metas de enfermería*, vol. 8 n. 8, 2005, p. 1295. Es importante notar que lo que se podría designar como el deber profesional de cuidado que tiene la enfermera supone, en el parecer de la doctrina, estos cuatro comportamientos: promocionar la salud,

prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento. Sobre este asunto: cf. Anna Marta Falcó, *Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos*, Barcelona, Universidad de Barcelona, 2012, tesis de doctorado, p. 40.

<sup>6</sup> María Eugenia Molina y Rosa Castaño, “Aprender a cuidar cuidando”, en *Investigación y educación en enfermería*, vol. 22 n. 2, 2004, p. 169.

<sup>7</sup> Cf. José Luis Medina, *Pedagogía del cuidado. Saberes y prácticas en la formación universitaria*, Barcelona, Editorial Laertes, 1999, pp. 10 ss.

<sup>8</sup> Cf. Edith Stein, *Sobre el problema de la empatía*, Madrid, Trotta, 2004, p. 27.

<sup>9</sup> Cf. Patricia Benner y Judith Wrubel, *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*, Menlo Park, Addison-Wesley, 1989, pp. 20 ss.

<sup>10</sup> Silvana Estefo y Tatiana Paravic, “Enfermería en el rol de gestora de los cuidados”, en *Ciencia y enfermería*, vol. 16 n. 3, 2010, p. 34.

<sup>11</sup> Feito, *La ética del cuidado como modelo de la ética enfermera*, p. 1297.

<sup>12</sup> Cf. Feito, *La ética del cuidado como modelo de la ética enfermera*, pp. 1297-1298.

<sup>13</sup> Florence Nightingale, *Notas sobre la enfermería. Qué es y qué no es*, Barcelona, Masson-Salvat Enfermería, 1990, pp. 15 ss.

<sup>14</sup> Sandra del Valle García, *Enfermería. El arte del cuidado*, San Juan, Universidad Nacional de Cuyo, 2010, p. 51.

<sup>15</sup> Cf. Beverly Witter du Gas, *Tratado de enfermería práctica*, México DF, Nueva Editorial Interamerica, 1998<sup>5</sup>, pp. 53-54.

<sup>16</sup> Cf. NANDA-I, 2005.

<sup>17</sup> Cf. NANDA-I, 2008.

<sup>18</sup> María Sol Carrasco y José de Paz, *Tratado de emergencias médicas*, Madrid, Aran, 2000, t. 2, p. 1925.

<sup>19</sup> Entre los motivos por los que se decide acudir a una urgencia están: problemas de salud agudos o crónicos, necesidad de curaciones, demandas administrativas, etc. Frente a este escenario, es importante canalizar las diferentes demandas de los usuarios según el nivel de gravedad de sus peticiones. De ahí la importancia del triage.

<sup>20</sup> Elena Fernández Valdivieso *et alli*, “Papel de la enfermería en el triaje de urgencias en atención primaria”, en *Atención primaria*, vol. 40 n. 12, 2008, p. 641.

<sup>21</sup> Cf. María Elizabeth de los Ríos, “De la atención a la eutanasia. Consideraciones urgentes en torno a la atención prehospitalaria en México”, en *Revista Etbio*, vol. 1 n. 2, 2011, p. 16.

<sup>22</sup> Cf. Jim Nesbitt, “In Crisis, not all Patients Treated Equally”, en *Kinight Ridder. Tribune Business News*, vol. 2006, 2006. p. 1.

<sup>23</sup> Cf. María del Carmen Álvarez, “El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera”, en *Enfermería clínica*, vol. 11 n. 5, 2001, p. 233.

<sup>24</sup> Alberto Rodríguez, María Nieves Peláez y Luis Jiménez, *Manual de triaje prehospitalario*, Barcelona, Elsevier, 2008, p. 210.

<sup>25</sup> Así, el acto de prudencia pasa, en este caso concreto, por la exigencia de determinar cuáles pacientes están en condiciones de esperar para su atención y cuáles deben ser sometidos inmediatamente a un tratamiento médico o quirúrgico. La decisión de calificar la situación de un individuo como de alta complejidad o de riesgo leve pasa por la existencia de recursos médicos escasos y la necesidad de ejercitar una beneficencia colectiva. Por este motivo, el acto de triaje está lejos de ser, únicamente, una pura tarea de asignar colores o letras a los pacientes. Para una revisión de los parámetros usados por la técnica de triaje: cf. Rodríguez, Peláez y Jiménez, *Manual de triaje prehospitalario*, pp. 9-10.

<sup>26</sup> Cf. Joaquín García-Huidobro, *Una introducción a la tradición central de la ética*, Lima, Palestra, 2008, p. 75. Tal es la razón por la que Josef Pieper ha escrito: “para el

pensamiento vulgar y el uso común del lenguaje de hoy lo prudente, mucho más que un supuesto del bien, parece una manera de eludirlo. La aseveración de que lo bueno es lo prudente no puede menos de sonarnos como algo que no dista gran cosa del absurdo, y ello siempre que nos liberemos del malentendido que la interpreta como fórmula de una ética utilitarista bien poco recatada”. Josef Pieper, *Las virtudes fundamentales*, Madrid, Rialp, 1980, p. 55.

<sup>27</sup> Cf. Santo Tomás, *Summa Theologiae*, II-II, q. 47, a. 7.

<sup>28</sup> Santo Tomás, *Summa Theologiae*, II-II, q. 47, a. 6.

<sup>29</sup> Cf. Santo Tomás, *De Veritate*, q. 16, a. 1. En particular, señala Santo Tomás: “en la inteligencia humana hay un hábito natural de los primeros principios del orden operativo que son los primeros principios del derecho natural; ese hábito pertenece al intelecto práctico”.

<sup>30</sup> Cf. Santo Tomás, *Summa Theologiae*, I-II, q. 94, a. 6.

<sup>31</sup> Francesco D’Agostino, *Bioética. Estudios de filosofía del derecho*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias, 2003, p. 20.

<sup>32</sup> Cf. Francisco Javier León, *Bioética*, Madrid, Palabra, 2011, p. 30.

<sup>33</sup> Francisco Javier León, “Dignidad humana y derechos humanos en bioética”, en *Revista Biomedicina*, vol. 3 n. 1, 2007, p. 240. En este sentido, afirma Wojtyła: tenemos una obligación moral de respetar a la persona por sí misma y por la dignidad que le viene dada por su estructura ontológica. Cf. Karol Wojtyła, *El hombre y su destino*, Madrid, Palabra, 1998, pp. 30 ss.

<sup>34</sup> José María Martínez, *La estructura del conocimiento jurídico*, Pamplona, Eunsa, 1963, p. 24.

<sup>35</sup> Santo Tomás, *Summa Theologiae*, II-II, q. 47, a. 3.

<sup>36</sup> Cf. García-Huidobro, *Una introducción a la tradición central de la ética*, p. 79.

<sup>37</sup> García-Huidobro, *Una introducción a la tradición central de la ética*, p. 79.

<sup>38</sup> Cf. García-Huidobro, *Una introducción a la tradición central de la ética*, p. 75.

<sup>39</sup> Cf. Immanuel Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Alianza, 2002, p. 116. También Santo Tomás había llegado a esta conclusión: la naturaleza ha hecho a todos los hombres iguales en la libertad. “Libre, según Aristóteles en el libro I de la *Metafísica*, es aquello que es causa de sí mismo. Ahora bien, un hombre, por su naturaleza, no se ordena a otro como a su fin”. Santo Tomás, *In Sententiarum*, II, d. 44, q. 1, a. 3.

<sup>40</sup> Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, p. 116.

<sup>41</sup> Cf. Robert Spaemann, *Personas. Acerca de la diferencia entre algo y alguien*, Pamplona, Eunsa, 2010, pp. 56 ss.

<sup>42</sup> Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, p. 116.

<sup>43</sup> Cf. Tadeusz Styczen, *The ABC of Ethics*, manuscrito inédito, 1981.

<sup>44</sup> Nunziata Comoretto, “La centralidad de la persona en la praxis médica”, en Alberto Bochaty (comp.), *Alberto Bioética y persona. Escuela de Elio Sgreccia. Homenaje a S.E.R. Mons. Elio Sgreccia en sus 80 años de vida*, Buenos Aires, Educa, 2008, p. 78.

<sup>45</sup> Estefo y Paravic, *Enfermería en el rol de gestora de los cuidados*, p. 34.

<sup>46</sup> Cf. John Finnis, Joseph Boyle y Germain Grisez, *Nuclear Deterrence, Morality, and Realism*, Oxford, Oxford University Press, 1987, p. 293

<sup>47</sup> Cf. John Finnis, “Commensuration and Public Reason”, en su *Reason in Action*, Nueva York, Oxford University Press, 2011, p. 226.

<sup>48</sup> Santo Tomás, *De Malo*, q. 15, a. 1.

<sup>49</sup> Cf. Alfonso Gómez-Lobo, *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*, Santiago, Mediterráneo, 2006, pp. 33 ss.

<sup>50</sup> Gómez-Lobo, *Los bienes humanos*, p. 34.

<sup>51</sup> Cf. Aristóteles, *De Anima*, II, 4, 415b13.

<sup>52</sup> Cf. Santo Tomás, *Quaestiones De Anima*, a. 15, ad. 8.

<sup>53</sup> Cf. León, *Bioética*, p. 129.

<sup>54</sup> Roger Watson *et alli*, "Caring in Nursing: a Multivariate Analysis", en *Journal of Avanced Nursing*, n. 28, 1998, pp. 662-671.

<sup>55</sup> Falcó, *Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos*, p. 13.

<sup>56</sup> Falcó, *Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos*, p. 13.

<sup>57</sup> Cf. Falcó, *Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos*, p. 13.

<sup>58</sup> Francesc Torralba, *Antropología del cuidar*, Madrid, Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre, 1998, p. 9.

<sup>59</sup> Cf. Montserrat Busquets, "La autonomía en el cuidado de la salud", en *Revista de debat polític. Elements de Bioetica*, n. 9, 2004, p. 120.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia