

EL CUIDADO EN LA DISCIPLINA ENFERMERA COMO DEFENSA DE LO ÉTICO

Valeria Quintero¹

*¿Cómo es posible que los seres humanos,
cuyos contactos con el mundo son breves y personales y limitados,
sean sin embargo capaces de llegar a saber tanto
como en realidad saben?*
Bertrand Russell²

Resumen

La siguiente reflexión surge como un ejercicio intelectual de articulación de algunos componentes claves del ejercicio profesional del cuidado enfermero desde una aproximación ética.

Se definirán ejes conceptuales tales como, cuidado, bioética, profesión y sistemas de salud en intento de ejercicio integrador reflexivo y técnico. La oportunidad de posicionarnos desde el noble sistema de salud de nuestro país genera la oportunidad para una nueva mirada a viejos temas y así preguntarnos ¿qué ha cambiado? Más que plantear conclusiones, este documento intenta contribuir al debate para la disciplina enfermera sobre estrategias, escenarios y construcciones posibles para un mejor y buen cuidado.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería, Bioética, Ética en Enfermería.

¹ Licenciada Enfermera. Especialista en Administración. Profesora Adjunta. Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Jefe de Sector, Hospital de Clínicas, Universidad de la República. Uruguay.

² Cita extraída de: Chomsky N. Conocimiento y libertad. Editorial Océano, México. 2007.

NURSING CARE AS A DEFENSE OF ETHICS

Abstract

The following reflection arises as a intellectual exercise concerning a few components key to professional nursing from an ethical approach. Conceptual guidelines are defined as healthcare, bioethics and healthcare services. These issues are presented from a integrated, technical and thoughtful approach. By positioning ourselves apart from the existing healthcare system in our country, the opportunity arises to take a new look at some old issues and ask, what has changed?

Rather than offering a solution, this paper attempts to contribute to the perennial debate concerning structures, strategies and scenarios for the best possible healthcare.

Keywords: *Nursing care, bioethics, ethics in nursing.*

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COMO UMA DEFESA DA ÉTICA

Resumo

A reflexão a seguir nasceu como um exercício intelectual de articulação de alguns componentes do exercício da profissão e do cuidado enfermeiro vendo-se desde uma aproximação ética.

Se definem estes conceitos, do tipo do cuidado, bioética, profissão, sistema de saúde, em um intento de fazer um exercício integrado reflexivo e técnico.

A oportunidade de nos posicionar no nosso novo sistema de saúde, para uma nova olhada a velhos conceitos para assim perguntarmos qual é a coisa que tem mudado? Mais que achar conclusões, este documento pretende fazer aportes perenes para o debate da disciplina enfermagem ao respeito de estratégia, cenários, e construções possíveis, para melhor e bom cuidado.

Palavras chave: *Cuidado em enfermagem, Bioética, Ética em enfermagem.*

Introducción

La reflexión que aquí se presenta intenta dar cuenta de algunos ejes conceptuales sobre el Cuidado, principios Bioéticos, conceptos deontológicos y relación con la práctica profesional en el ámbito del cuidado de la vida, principio y fin del ser enfermero.

El término "Bioética" es un término antiguo. Nace alrededor de 1970 en torno a las reflexiones del bioquímico Van Rensselaer Potter³ al observar el hecho que la ciencia había realizado avances muy rápidos sin prestar el debido cuidado a los valores. Hechos de gran violencia y maltrato a la vida y a los seres humanos pusieron en tela de juicio valores compartidos por gran parte de la comunidad Internacional. La primera y la segunda Guerras Mundiales, los bombardeos atómicos de las ciudades de Hiroshima y Nagasaki⁴ las pruebas en el Atolón de Munuloa⁵, las investigaciones en seres humanos (experimentación con prisioneros de guerra o políticos, experimentación con débiles mentales, pruebas farmacológicas en poblaciones del tercer mundo, la clonación humana, etc.) generaron el contrapunto entre hechos y valores.

Podemos tomar como referencia el año 1978 cuando se redacta el informe Belmont,⁶ uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En éste se reconocía la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional beneficiante y de la justicia. Un año más

tarde, se introdujeron en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia que es aceptado universalmente como principio de Bioética. El último principio en consolidarse como tal fue el de autonomía, sin embargo ya Boecio⁷ define, por primera vez, a la persona como sujeto independiente del grupo social. Hasta ese momento no se concebía la posibilidad de que una persona actuara según expectativas diferentes a las de la familia y/o el estrato social al que pertenecía.

Hacia el final del siglo XX la reflexión sobre los valores relacionados con el desarrollo de la ciencia había quedado postergada. Por ello a la articulación de los términos citados por V R Potter (1970) que tienen su origen griego: *Bios* (vida): que representa los hechos y las ciencias de la vida y *ethos* (moral) que hace referencia a los valores y los deberes.

Es aquí que se hace explícito un intento de vinculación entre los hechos científicos y los valores en la esfera ambiental y lo diverso de la naturaleza. No es desconocido que es gracias al pujante desarrollo tecnológico en el área salud que se ha logrado entre otras consecuencias la prolongación de la vida en circunstancias hasta hace 10 años impensables.

En el Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948⁸ dice: "(...) todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos". La noción de dignidad humana expresa el valor intrínseco de la persona capaz (como mínimo en potencia o como miembro de una clase natural) de reflexión, sensibilidad, comunicación verbal, libre elección, autodeterminación en su conducta y creatividad. Esta amplia conceptualización adquiere varios matices en sus enunciados de acuerdo al momento socio- histórico- cultural. Desde posiciones religiosas varias (judaísmo,

³ 1911- 2001 bioquímico estadounidense Profesor de Oncología en el *McArdle Laboratory for Cancer Research*, de la Universidad de Wisconsin-Madison.

⁴ Ciudades Japonesas que recibieron bombardeos atómicos por parte del gobierno de Estados Unidos de Norteamérica en 1945 durante la Segunda Guerra Mundial.

⁵ Idem 4.

⁶ Informe realizado Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica llamado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", considerado documento histórico en el campo de la ética médica. Fue creado en abril de 1979, y lleva el nombre del lugar donde se realizó (Centro de Conferencias Belmont California, Estados Unidos de Norteamérica).

⁷ Filósofo, intelectual romano del Siglo V, decapitado por promulgar sus concepciones sobre el hombre y su desafíos identitarios.

⁸ Pacheco M. Los Derechos Humanos. Documentos Básicos. Chile. Editorial Jurídica de Chile. 2000:98.

islam, budismo, etc.), socio- políticas (democráticas, totalitarias), las trasciende ya que se trata de un concepto universal: autoconciencia de la persona y su derecho a ser tratada con respeto.

Algunos conceptos

Para iniciarnos en conceptos previos tomaré la definición de disciplina según Newman MA, Sime AM, Corcoran Perry SA (1991) quienes afirman que se distingue por un área o propiedad específica de indagación que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser.

Duran de Villaslobos (2002) dice que una disciplina puede identificarse por una definición o concepto nuclear, que en general se expresa con una frase sencilla, la cual específica su área de estudio particular.

Según lo expresa Cianciarulo (2006), el saber en las disciplinas prácticas rara vez puede ser expresado por el discurso, pero si experimentado por los actos y acciones de las personas. En la misma línea Cianciarulo (2006) expresa acerca de lo desarrollado por Geertz CO⁹ que la Enfermería al ser una disciplina esencialmente práctica se extiende sobre las experiencias próximas. Sostiene que éstas son las que alguien usaría naturalmente sin esfuerzo para definir lo que sus semejantes ven, sienten, piensan e imaginan y que entendería fácilmente si otro lo utilizase de la misma manera.

Esta experiencia próxima como toda experiencia humana -desde la Teoría del *Caring* -¹⁰ posiciona a la enfermera y su escenario de intervención desde la experiencia próxima; desde allí la habilita e insta en el proceso de deliberación para el ejercicio profesional que le es inherente.

La práctica del cuidado compromete en el cumplimiento de los principios subyacentes de la misma, y para este ejercicio reflexivo se

mencionarán tanto los éticos como los deontológicos. Si se contextualiza la esfera de experiencia próxima como el área “clínica” y se toma el concepto de Clínica del *KLYNI*¹¹ como la actividad que se realiza ante la cama del enfermo para D García (2001) la enfermería reúne un amplio legado histórico que la une a esa definición. Las concepciones teóricas de J.Watson¹², M.Leininger¹³, M. Rogers¹⁴, que pertenecen a las Escuelas de Integración, Efectos deseables y de *Caring*, conceptualizan la intervención profesional “para y con la persona” como elemento distintivo del posicionamiento clásico del rol clínico del personal sanitario en donde se trabaja “para un otro”.

A estas concepciones se agrega la mirada de Martin Heidegger¹⁵ sobre el cuidado¹⁶ cuando expresa que éste en cuanto a totalidad y estructura del *Dasein*¹⁷ se da existencia a

¹¹ *KLYNI* deriva del griego lecho o cama.

¹² Jean Watson – Doctora en Enfermería, Profesora de la Universidad de Denver, Colorado en EU de Norteamérica. Se ha dedicado a estudiar acerca de la filosofía y teoría del cuidado humano y sobre el arte y la ciencia del cuidado en Enfermería. Entre otras publicaciones se consideran importantes en relación a este trabajo: *Enfermería, filosofía y ciencias del cuidado* (1979) y *Evaluación y medición del cuidado* (2008).

¹³ Madeleine Leininger – Doctora en Enfermería, Profesora Emérita de la *Wayne State University, Detroit*, EU de Norteamérica. Fundadora del Movimiento de Enfermería transcultural y líder de la *Human Care Theory Research*.

¹⁴ Martha Rogers – Enfermera norteamericana, nacida en Dallas, creadora de uno de los modelos teóricos de Enfermería, Modelo de la interrelación. Profesora y Directora del Departamento de Enfermería de Nueva York.

¹⁵ Martin Heidegger – Filósofo alemán (1889-1976). Pensador fundamental de la filosofía contemporánea, influyó notablemente en la filosofía del Existencialismo. Su obra más importante es “El Ser y el Tiempo” de 1927.

¹⁶ En: Trevizan M, Costa I, Loureco M. Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff: una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermera gerente. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2003; 11(5) 652-7.

¹⁷ *Dasein* – término alemán que combina *Da-* ahí y *Sein* – ser. Puede traducirse como existencia e indica el modo de existir del ser humano. Es usado por varios filósofos alemanes entre los cuales M. Heidegger.

⁹ CO Geertz - *Saber local*. Petrópolis: Editorial Vozes, 1999.

¹⁰ Teoría que propone que el cuidado sea humanístico y científico, considerando los aspectos de la espiritualidad y cultura.

priori, es decir desde siempre, en todo comportamiento y situación del Dasein. Sigue diciendo Heidegger que este fenómeno no expresa, pues, en modo alguno, una primacía del comportamiento práctico sobre el teórico y que la determinación puramente contemplativa de algo que está ahí no tiene menos el carácter del cuidado que una “acción política” o un distraerse recreativo; “teoría” y “praxis” son posibilidades de ser de un ente (hombre) cuyo ser debe ser definido como cuidado.

En tal sentido se asienta el significado propio del cuidado: el proyectarse a sí mismo y el poder ser del hombre. Si se considera al hombre un ser que se encuentra proyectado hacia un horizonte de posibilidades, es entonces tarea de quien lo “cuida” contribuir hacia ese horizonte de posibilidades “elegidas” por él. Generar todas las posibilidades de reflexión sobre sus actos y hacer uso de la conciencia hacia algunos actos o de su razón para con otros, es ante todo una actitud ética. Las dimensiones del modo- de- ser cuidado, generados por estas experiencia próxima, dan identidad a actos comunicativos esenciales para la reflexión ética del enfermero y para ello se cita el modo- de -ser cuidado propuesto por Leonardo Boff¹⁸.

El cuidado demanda intimidad, sentimiento, acogida, respeto, paz, y tranquilidad. Refiere al *PHATO* palabra de origen griego que significa todo lo que se siente o experimenta: estado del alma, tristeza, pasión, padecimiento, enfermedad. Se identifican así las condiciones para que el ser humano encuentre la posibilidad de vivir la experiencia fundamental del valor de aquello que tiene importancia para él. Boff, sostiene que el sentido de la medida es encontrado en muchos campos, pero que es en el campo de la ética donde la justa medida asume importancia axial¹⁹. La conciliación del saber

racional con el sentimiento profundo en la actuación profesional, se encuentra sostenida por la propuesta de atención de su profesión donde la base es la concreción humanística.

Otras dimensiones o resonancias planteadas por el autor son la re-invencción de este modo – de- ser que es el afecto manifestado por la unión y solidaridad; la ternura, esencial para el cuidado valorado como sabiduría desde lo sensible; la caricia consecuencia del afecto que genera confianza, tranquilidad y respeto, símbolo del encuentro singular del cuidado; la cordialidad que presupone talento y habilidad, ser sensible con el corazón del otro; la aptitud de hacer convivir la producción efectiva y el cuidado afectivo. Al decir de L. Boff (2002) estas resonancias son conceptos afines que se derivan del cuidado y lo revelan en distintos ámbitos que garantizan la humanidad del hombre.

Cabe preguntar ¿cuáles son las herramientas que tiene la profesión enfermera para aproximarse a este Bien mejor en los escenarios asistenciales? El Código Deontológico puede ser una de ellas. Estas pautas o normas que rigen la profesión, y orientan sobre los deberes éticos mínimamente exigibles a los profesionales enfermeros dan elementos de forma al ejercicio de la actividad profesional. Este Código se constituye como un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional enfermero. La difícil articulación entre principios éticos y mandatos deontológicos supone un ejercicio reflexivo filosófico que los tiempos de vértigo actuales ponen a prueba constantemente.

En forma genérica el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) es quien marca los principios generales de actuación para la comunidad enfermera a nivel mundial. Es este Código el que establece que las enfermeras tienen la responsabilidad fundamental de promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento de todas las

¹⁸ Leonardo Boff es teólogo brasileño y autor de numerosos libros, entre ellos: *Ecología: grito de la tierra, grito de los pobres* (2006), *El cuidado esencial, ética de lo humano, compasión por la tierra* (2002).

¹⁹ En: Peña, B. *Aproximación al Ethos de la*

Gerencia del Cuidado. La investigación y el cuidado en América Latina. Editorial Univ. Nacional de Colombia, Fac. de Enfermería, Grupo de Cuidado, 2005.

personas, incluidos los detenidos y prisioneros. Es imprescindible que cada país cuente con un colectivo profesional organizado que adapte y ajuste estos lineamientos con las apreciaciones particulares del entorno (políticas, idiosincrasias, leyes, decretos, asociaciones, comités, etc.) de manera de dar viabilidad estructural y jurisprudencia que afecten y generen escenarios potenciales positivos para los derechos de los seres humanos.

Un ejemplo de ello es el documento firmado en 2004 en Argentina “Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos”. Claro está, que este documento es una declaración y no tiene carácter legislativo ni reglamentario; quienes la suscribieron no tuvieron ese cometido. Pero motivados, por asuntos que les son comunes y con experiencia en el área, suman a la tarea de construir un mejor escenario de igualdad de oportunidades y disminución del daño a través de la exhortación a la reflexión a la comunidad científica y a los líderes del mercado tecnológico. La construcción de marcos normativos y/ o regulatorios puede ser una estrategia para la creación de espacios de discusión sobre el cuidado, la enfermería y los derechos luego de una historia de ausencias al respecto. Quizás legitimando los espacios de acción de la enfermera, reconociendo a estos a través de las estructuras formales, sea uno de los caminos para re- aproximar a la enfermera a su *espacio próximo* natural. Este es el avance necesario realizado para el Colectivo de Enfermería Profesional del país, mediante las acciones, entre otras, del Colegio de Enfermeras del Uruguay (CEDU) y las organizaciones formales vinculadas a la Enfermería. Así es que el proyecto de Ley de Ejercicio de Enfermería espera su aprobación por parte de las dos cámaras del parlamento. Se espera que sea este el comienzo del fin de una de las ausencias más significativas en lo referente a marcos normativos en el plano de la Salud.

Si bien el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en plena vigencia en Uruguay desde el 2008 tímidamente ha integrado a usuarios y trabajadores en algunos espacios, la toma de decisiones en temas de

salud por parte de la población es aún “controlada”. Existen también asociaciones de usuarios en donde se pueden realizar algunas acciones, pero lejos están de tener incidencia directa en el cumplimiento de principios rectores o esenciales planteados por el Sistema Nacional de Salud. Villar H. (2006) lo expresa diciendo que son necesarias la Universalidad, Continuidad, Integralidad, Equidad, Oportunidad, Calidad aceptable, Eficacia y Humanidad en la Atención a la Salud.

Con respecto al marco normativo, el CIE, mediando desde el Código Deontológico, enlaza en forma inequívoca los 4 principios éticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia.

En relación al principio de beneficencia cada vez que la enfermera realiza una atención de calidad se aproxima a cumplir este principio, en el supuesto que obrar con calidad es hacerlo de la mejor manera desde la primera vez. Las condiciones históricas de Enfermería, ubicada en un lugar lejano a la toma de decisiones sobre sus condiciones de trabajo, poco ha contribuido a que este principio tenga garantías para su cumplimiento. Es la voz calificada y oportuna de la enfermera la que puede (y debe) contribuir a generar condiciones para que la calidad de su intervención esté asegurada. La toma de decisiones centrada en la mejor atención (a veces mayor costo) vs el menor costo (riesgo de daño por inadecuada calidad de atención) obliga al trabajador enfermero a la reflexión frecuente sobre cómo está expuesto el paciente a las consecuencias de la no calidad. Lo antedicho atenta, pues, contra el gobierno de sí mismo (autonomía) del paciente, y de esta manera podría estar comprometido en la construcción de alternativas como sujeto- activo de la prestación y no pasivo de la atención. Esto coincide con la actitud paternalista de la ética médica tradicional en donde el único responsable de tomar las decisiones es el profesional y el único principio moral que debía tener en cuenta era el de beneficiar y no perjudicar al paciente.

Sobre el principio de no maleficencia es necesario tener en cuenta la clásica frase

“*primum non nocere*” - primero no dañar - en donde se pueden encontrar ejemplos de aproximación al cumplimiento de este principio en la esfera en donde la enfermería profesional se organiza formalmente y se involucra. Podemos citar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, donde los esfuerzos se centran entre otros en que de las prácticas sanitarias y su contexto complejo, se minimicen aquellas exposiciones al riesgo y / o daño que no es ni debe ser a lo largo de los procesos asistenciales. De gran preocupación es – por ejemplo- el área de la Salud Mental y la fragilidad de quienes padecen trastornos mentales severos considerados en algún momento sujetos plausibles de investigaciones biomédicas experimentales ya que podían o no ser “consciente” de ellos mismos y por tanto ser “utilizados” como conejillos de indias en estudios experimentales exponiéndolos deliberadamente a efectos potencialmente nocivos. Hay varias clasificaciones para efectos nocivos: físicos – psicológicos-morales – sociales. La incertidumbre para la toma de decisiones se plantea entre el riesgo que la persona sufra efectos nocivos y la posibilidad de que obtenga beneficios.

En la práctica de salud el principio de autonomía va de la mano a la premisa de la autodeterminación del paciente. Es clásico el rótulo de “alta contra voluntad médica”. Podría ser sustituido por “alta por voluntad del paciente” como ejemplo de ejercicio de autodeterminación. Así como el profesional de salud sabe *de y desde* su disciplina, el usuario es “experto” en ser – quien -es; por tanto es en la esfera de cada rol, desde donde cada uno debe ser considerado. Cada vez que el paciente toma sus propias decisiones más digna es la atención y menos se explota su condición de vulnerabilidad por la asimetría de roles.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 25 se establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar, consagrándolo como uno de los Derechos Humanos fundamentales y en esto se integran los conceptos de justicia y equidad. Existen varias adjetivaciones

vinculadas al término «justicia», pero desde la bioética la más abordada es la de la justicia social. Está íntimamente ligado a las políticas de los sistemas de salud; más precisamente debería ser uno de los criterios para clasificarlo de acuerdo a sus funciones esenciales.

Por tanto es un tema que puede y debe asumir y ligar indisolublemente a las prestaciones sanitarias y, por consiguiente contribuir a satisfacer todas las necesidades de salud de los ciudadanos. Los sistemas especulativos de mercado y las ortodoxas visiones sobre justicia social consideran que no hay obligaciones de justicia con quienes puedan auto sustentar el cuidado de su propia salud y que, por tanto, las prestaciones de salud desde el escenario público son sólo paliativas y /o complementarias. Desde estos dos extremos se ubica lo que se ha dado en llamar el «mínimo decente» o «mínimo decoroso» de asistencia sanitaria, el cual debería prestarse por igual a todos los ciudadanos, y por tanto en él debería ser considerado injusto cualquier tipo de discriminación, segregación o marginación (Gracia D, 2001). La disyuntiva planteada, para citar un ejemplo, en relación al acceso al tratamiento farmacológico es el que se explora en el artículo de Bergel S. (2007) vinculado a la justicia social y la accesibilidad a estas prestaciones. Es en relación a alguna de estas, que existen acuerdos tales como el de 1975 en la Asamblea Mundial de Salud en donde se introdujo el concepto de *política farmacéutica nacional*; luego ya en 1981 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. La situación de miles de personas del tercer mundo no tenían (ni tienen) posibilidad de cobertura de tratamientos de enfermedades crónicas.

Señala Adela Cortina (2003) que millones de personas estén amenazadas de muerte en los países en desarrollo por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tuberculosis o malaria, que existan fármacos adecuados para el tratamiento y que el derecho de patentes haga absolutamente imposible para esas gentes acceder a ellos, es un crimen contra la humanidad y justamente

contra la humanidad más inerte y por lo tanto más vulnerable. Sobre esto, las Metas de las Naciones Unidas para el nuevo Milenio establecen que hay que propiciar el acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo y que los acuerdos sobre propiedad Industrial son señales de la comunidad internacional que se asemejan a un discreto acto de justicia. En Uruguay se puede citar la política del Fondo Nacional de Recursos (FNR) que, realiza en ocasiones “esfuerzos particulares” a los efectos de asegurar algunos tratamientos que son costosos para toda la población.

Lograr la equidad en salud es un desafío ético a nivel mundial. Si bien se sabe que la salud depende de diversos factores, la bioética se ha

centrado en la equidad en los servicios de salud. El conocimiento de los macro determinantes de la salud y sus efectos en las prácticas y análisis, como también los principios de autonomía y justicia, legitiman a la equidad en salud como un área sustantiva de la bioética.

Referencias bibliográficas

- Bergel S. Responsabilidad social y salud. Revista Latinoamericana de Bioética (Colombia) 2007; 7(12):10-27. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/docs/revbioetik/vol12/bergel.pdf> [consulta: 12 de mayo 2009].
- Boff L. El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la Tierra. Madrid: Editorial Trotta, 2002.
- Carta de Buenos Aires sobre bioética y derechos humanos 2004. Disponible en: http://www.apdh-argentina.org.ar/adultos_mayores/trabajos/carbioet_00000000.asp [consulta: 23 de Abril 2009].
- Castro Peraza ME. *Primum non nocere*. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Evidentia. 2008 ene-feb; 5(19). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n19/412articulo>. Consultado el 22 de julio 2009.
- Cianciarulo T. *et al*. Sistema de asistencia de Enfermagen. 2d. Icone Sao Paolo: Editora Ltda; 2001.
- Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Suiza Imprenta Fornara; 2006.
- Cortinas A. La Arrogancia neoliberal. Publicado en el diario El País de Madrid. 16 de setiembre 2003.
- Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. Rev. Aquichan (Colombia) 2002; 2(2):7-18.
- Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Bar) 2001; 17(1):18-23.
- Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. *The Focus of the discipline of nursing. Advances in Nursisng Science* 14 (1): 1-6, 1991. Universidad de Minnesota. Minneapolis. EU de Norteamérica.
- Peña, B. Aproximación al Ethos de la Gerencia del Cuidado. La investigación y el cuidado en América Latina. Editorial Universidad Nacional de Colombia. 2005
- Vidal, Susana. Bioética y desarrollo Humano Una visión desde América Latina. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/mab/fileadmin/shs/redbioetica/revista_1/BioeticaVidal.pdf [consulta: 3 de mayo, 2009].
- Villar H. La salud, una política de Estado. Hacia un sistema nacional de salud. Publicación del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo. 2006.