

## **Estado y perspectivas del nuevo modelo ético de enfermería en servicios quirúrgicos de mínimo acceso**

**Status and prospects of the new ethical model of nursing in minimal access surgical services**

**Yaquelín Rodríguez Ramírez,<sup>I</sup> José Ramón Acosta Sariago,<sup>II</sup> Irene Barrios Osuna,<sup>III</sup> Maricela Morera Pérez,<sup>IV</sup> Ana Bertha López Milhet<sup>V</sup>**

- I. Máster en Bioética, Licenciada en Enfermería, Aspirante a investigador. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, Centro de Entrenamiento, Párraga # 215 e/ San Mariano y Vista Alegre, La Víbora. Diez de Octubre, La Habana 10500. Cuba. [yaquero@infomed.sld.cu](mailto:yaquero@infomed.sld.cu)
- II. Doctor en Medicina, Doctor en Ciencias Filosóficas, Máster en Bioética. Especialista de I y II Grados en Organización y Administración de Salud Pública, Profesor Titular. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas «Victoria de Girón», 146 y 31, Cubanacán, Playa, La Habana. [joseacosta@infomed.sld.cu](mailto:joseacosta@infomed.sld.cu)
- III. Doctora en Ciencias Filosóficas, Licenciada en Historia con especialización en Filosofía, Profesora Auxiliar. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, Departamento de Posgrado, Párraga # 215 e/ San Mariano y Vista Alegre, La Víbora. Diez de Octubre, La Habana 10500. Cuba. [irene.barrios@infomed.sld.cu](mailto:irene.barrios@infomed.sld.cu)
- IV. Doctora en Medicina, Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Bioestadística, Profesor Instructor. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, Departamento de Investigaciones Clínicas, Párraga # 215 e/ San Mariano y Vista Alegre, La Víbora. Diez de Octubre, La Habana 10500. Cuba. [mari.morera@infomed.sld.cu](mailto:mari.morera@infomed.sld.cu)
- V. Máster en Bioética, Especialista de II Grado en Cirugía, Profesor Instructor, Investigador Agregado. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Párraga # 215 e/ San Mariano y Vista Alegre, La Víbora. Diez de Octubre, La Habana 10500. Cuba. [ana.lopez@infomed.sld.cu](mailto:ana.lopez@infomed.sld.cu)

---

**RESUMEN**

Los avances científico-tecnológicos han abierto una brecha en cuanto a los tratamientos médicos y los valores morales que deben sustentar la atención de salud. El profesional de enfermería no está exento de estos peligros, por lo que se ha generado un nuevo modelo ético que se integre al proceso de atención de enfermería. Con el objetivo de determinar los conocimientos y opiniones de estos profesionales, del área de cirugía de mínimo acceso, acerca de la aplicación del modelo en el contexto de estos servicios, se diseñó una investigación de tipo observacional descriptiva con empleo de metodología cualitativa. Como técnica de exploración se usó la entrevista en profundidad, así como un panel de expertos para la construcción de la guía de entrevista. Se entrevistó a 34 enfermeras que laboraban en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso durante el período del estudio (septiembre a diciembre de 2013). Se concluye que la práctica de la cirugía de mínimo acceso es propicia para que médicos y enfermeras hagan una mayor observancia del derecho de autonomía de los pacientes. Se reconoce la capacidad de este personal para tomar decisiones independientes de los médicos en cuanto a las acciones de cuidado, lo que implica una mayor responsabilidad.

**Palabras clave:** Bioética, ética de enfermería, cirugía de mínimo acceso.

---

**ABSTRACT**

Scientific and technological advances have opened a gap between medical treatments and the moral values that should support health care. The nurse is not exempt from these dangers. As such, a new ethical model that integrates to the process of nursing care has emerged. In order to determine the knowledge and opinions of the professionals who work in minimal access surgery services on the implementation of this model, a descriptive, observational study was designed utilizing qualitative methodology. In-depth interviewing was used as the primary testing technique. A panel of experts from the National Center of Minimal Access Surgery was consulted to develop the interview guide. Thirty-four nurses from the National Center for Minimal Access Surgery were interviewed over the course of the study period (September through December 2013). Results suggest that the setting of minimal access surgery is conducive to medical professionals making greater observance of the right to patient autonomy. The ability of this staff to make independent decisions regarding medical care action is recognized, which implies greater responsibility.

**Keywords:** Bioethics, ethics of infirmary, surgery of minimal access.

---

## INTRODUCCION

Los avances científico-tecnológicos en cuanto a tratamientos médicos han abierto una brecha entre muchas de sus aplicaciones y los valores morales que deben sustentar la atención de salud. El profesional de enfermería no está exento de estos peligros, lo cual reviste especial importancia porque es quien mantiene contacto directo con el paciente.

La enfermería ascendió al nivel de profesión gracias a la labor de Florencia Nightingale, quien hizo suyo los principios de la ética médica tradicional: no dañar y hacer el bien, pero además añadió dos: la fidelidad al paciente y la veracidad en la comunicación con el mismo. La fidelidad es sinónimo de amor, respeto y compromiso, mientras la veracidad se relaciona con el ejercicio responsable de la profesión<sup>1</sup>. Sin embargo, la responsabilidad moral en sus inicios era limitada, al ser considerado el personal de enfermería dependiente, únicamente dedicado al cumplimiento de las indicaciones médicas.

Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX con el reconocimiento del método científico de la profesión, en el Proceso de Atención de Enfermería, se elevó el rango académico ante los mayores requerimientos y se alcanzó el nivel universitario. A partir de esa fecha las enfermeras(os) han seguido realizando acciones dependientes de las ordenes médicas, han adicionado las interdependientes de ambos profesionales y las independientes específicas de enfermería, ha aumentado su autonomía y al mismo tiempo, el nivel de responsabilidad moral y la obligación de un trato justo al paciente en su actuar.

La cirugía de mínimo acceso (CMA) constituye una verdadera revolución, lo cual obliga a cambiar la propia concepción del portador de la técnica: el cirujano y su equipo. Sin embargo, su advenimiento ha sido para muchos simplemente una nueva tecnología que permite realizar con ciertas ventajas las mismas operaciones que la cirugía convencional.

En la década de 1970 se produjo, en Japón y Alemania, el desarrollo acelerado de las técnicas de cirugía endoscópica. Estas se elevaron a niveles insospechados en los años 80 en relación directa con los avances en el campo de la computación, el vídeo, los equipos de endoscopia y accesorios creados para estos fines, los cuales han permitido

igualmente realizar numerosas técnicas quirúrgicas cada vez de mayor complejidad en las cavidades abdominales, retroperitoneo, pleurales y mediastino, entre otras.<sup>2</sup>

Estas nuevas modalidades de tratamiento le ofrecen al paciente bondades en cuanto a: disminución de las molestias postoperatorias, restablecimiento precoz de la vía oral, disminución del uso de medicamentos anestesia y analgesia postoperatoria, de la estadía hospitalaria, de la morbilidad y mortalidad, excelentes resultados estéticos y una reincorporación más temprana de la vida social.<sup>2</sup>

La CMA va más allá de un simple avance tecnológico, es un nuevo enfoque de la terapéutica quirúrgica y en la relación médico-enfermera-paciente. Si se tiene en cuenta el concepto de la filosofía como el estudio racional del pensamiento humano desde el doble punto de vista del conocimiento y de la acción, entonces existe un nuevo enfoque filosófico.<sup>2</sup> El cirujano y la enfermera dedicados a la cirugía mínimamente invasiva están en la obligación de rescatar el papel protagónico de la relación moral deteriorada por múltiples factores en el ámbito internacional por el uso indiscriminado de las nuevas tecnologías.<sup>3</sup>

La Enfermería es la profesión de los cuidados y estos pueden variar de un acto sencillo de asear y colocar un vendaje, como canalizar una vena hasta medidas muy complejas como es en el caso de una unidad quirúrgica y de terapia intensiva; cualesquiera que sean estos cuidados tienen un basamento teórico, así como una metodología para realizarlos, a lo que se le ha llamado Proceso de Atención de Enfermería. Esta denominación engloba una serie de etapas que lleva a cabo este profesional al planear y proporcionar los cuidados de enfermería, y ha sido descrito por varios autores como la aplicación del enfoque de solución de problemas científicos a la práctica de enfermería, que proporciona una estructura lógica en la que puedan justificarse estos cuidados.<sup>4</sup>

En el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se faculta la adopción de manera independiente de medidas de cuidados, lo que confiere mayor nivel científico al trabajo de este profesional, pero al mismo tiempo exige de deberes morales consustanciales a las nuevas funciones, en especial en cuanto al principio de responsabilidad.

La CMA presupone que el plan de cuidados de enfermería sea cumplido fundamentalmente de forma ambulatoria, lo que contribuye a que la responsabilidad del personal de enfermería encargado del mismo se ponga de manifiesto en su planificación, ejecución y control. Dado la relativamente reciente introducción de la CMA de forma extensiva en los servicios de salud cubanos, los autores de la actual investigación no

hallaron estudios científicos realizados en el país que exploren los criterios de profesionales dedicados a la misma, acerca de los nuevos retos éticos que enfrenta la atención de enfermería bajo estas circunstancias, por lo cual es objetivo de la investigación, determinar los conocimientos y opiniones de los profesionales de enfermería dedicados a la CMA acerca de la aplicación del nuevo modelo ético en el contexto de estos servicios.

## **MÉTODOS**

Se trata de una investigación de tipo observacional descriptiva con empleo de metodología cualitativa. El objeto de estudio es el nuevo modelo ético de enfermería en su aplicación a la CMA.

El universo de estudio lo constituyó el personal de enfermería que trabaja en sala de hospitalización y Unidad Quirúrgica en el período comprendido entre el lunes 2 de septiembre y el lunes 23 de diciembre de 2013.

Los criterios de inclusión fueron los que siguen:

- Personal de enfermería de la Sala de Hospitalización y la Unidad Quirúrgica del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso que estén laborando durante el período señalado.
- Aceptar participar en la investigación tras el proceso de consentimiento informado.

En cuanto a los criterios de exclusión se refieren:

- Personal de enfermería del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso que en el momento de la encuesta no se encontraron en la institución.
- Personal de enfermería del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso que no desearon participar en el estudio.

La muestra estuvo formada por 34 enfermeras que cumplieron con los criterios de selección.

Se emplearon métodos teóricos como el histórico lógico, inducción deducción y sistémico así como el panel de expertos como métodos empíricos y la entrevista en profundidad.

Para comprobar la validez de apariencia y contenido de las guías de entrevista en profundidad se consultó a un panel de expertos. Se consideró como tales a profesionales de la salud con 10 o más años de experiencia en la atención quirúrgica, o formación

académica en bioética a nivel de maestría. Se seleccionaron 7 expertos: 4 licenciadas en enfermería, y 3 médicos, bajo los siguientes criterios:

Enfermeras: Profesoras titulares o auxiliares, másteres y con publicaciones en el campo de la ética profesional de enfermería o la bioética.

Médicos: Profesores titulares o auxiliares, con grado de Doctor en Ciencias, Máster o Especialista de II Grado, con 10 o más años de experiencia en la atención quirúrgica de mínimo acceso.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem incluido en las versiones de trabajo para la construcción de las guías de entrevista en profundidad, utilizando los criterios de Moriyama,<sup>5</sup> para el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; así como cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera aconsejable adicionar.

Los instrumentos fueron definitivamente conformados con los ítems que obtuvieron evaluación de Muy Satisfactorio por 5 o más de los expertos, al final de las rondas realizadas.

La aprobación en las dos primeras rondas de una cantidad de ítems que permitió explorar los elementos necesarios para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, permitió que no fuese necesario realizar una tercera ronda del panel de expertos.

Tras el análisis de contenido, se utilizó estadística descriptiva para establecer las tendencias de respuestas a cada pregunta de las entrevistas en profundidad.

### Consideraciones éticas

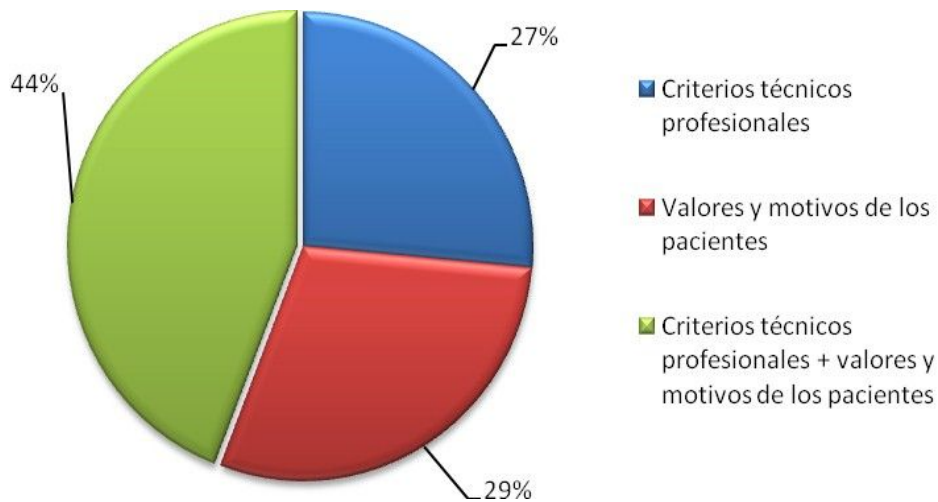
Se garantizó que los participantes en este estudio lo realizaran de forma voluntaria, libre de coerción u otras formas de manipulación. Se solicitó el consentimiento informado por formulario contenido en la propia guía de entrevista. Las entrevistas se realizaron en todo momento en condiciones de privacidad.

## **RESULTADOS**

Las respuestas a la primera pregunta de la guía de entrevista relacionada con la opinión de las enfermeras acerca de la toma de decisiones de los médicos en cuanto a al

fundamento de las alternativas diagnósticas y terapéuticas relativas a la atención de la situación de salud de sus pacientes, se exponen en el Gráfico # 1.

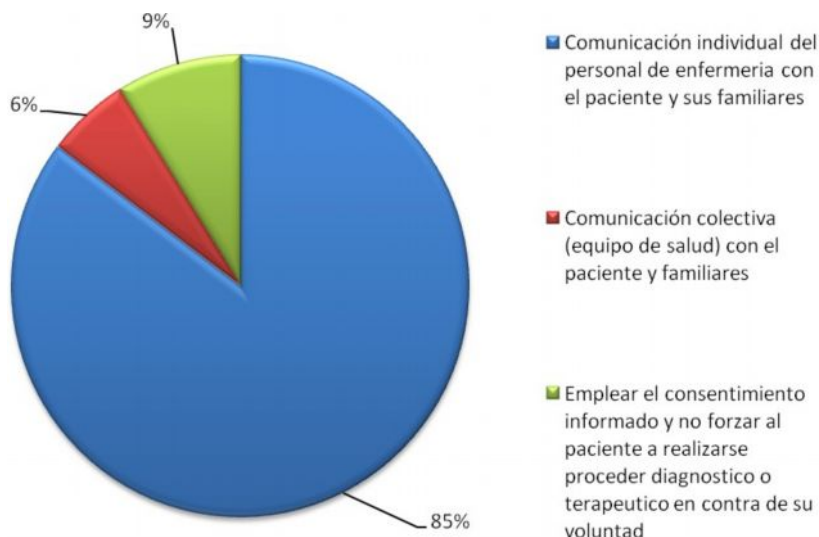
**Gráfico 1. Opinión de enfermeras en cuanto a toma de decisiones de los médicos.**



Como se aprecia en el gráfico predominó la priorización de criterios técnicos profesionales unidos a los valores y motivos de los pacientes con el 44 %, seguido de los valores y motivos de los pacientes solamente el 29 % y por último los criterios técnicos profesionales un 27 %.

Las principales respuestas a la segunda pregunta relacionadas con la forma de proceder de las enfermeras cuando los criterios de los pacientes no coinciden con lo planteado por el personal de salud ante la evaluación de los posibles riesgos y beneficios de las alternativas diagnósticas y terapéuticas, se exponen en el Gráfico 2.

**Gráfico 2. Proceder cuando los criterios de los pacientes no coincidan con lo planteado por el personal de salud**

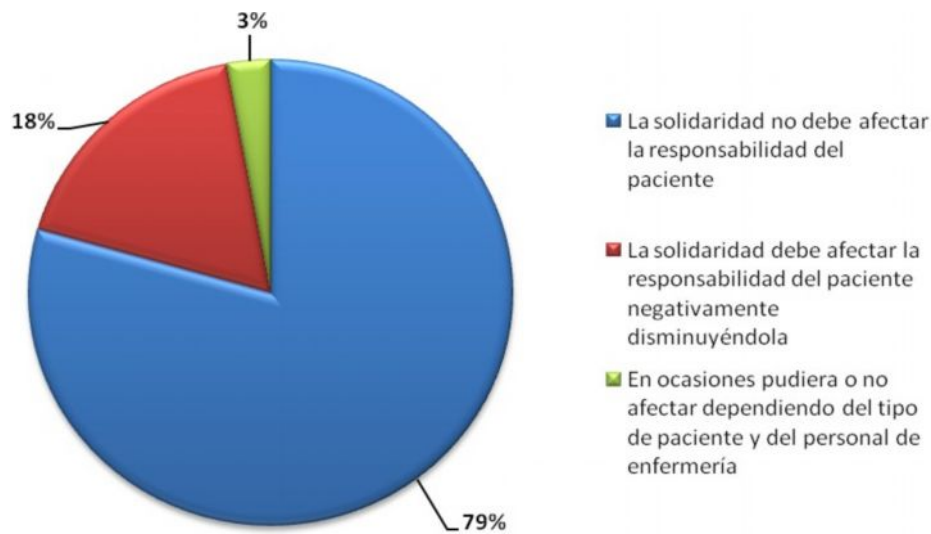


La tendencia de la casi totalidad del personal de enfermería (85 %) fue a la comunicación individual con el paciente y con sus familiares hablándole y explicando con un basamento científico todos los detalles de los riesgos y beneficios del proceder diagnóstico o terapéutico que tiene indicado sin especificar la conducta ante una posible reiteración de la negativa. Seguidamente la utilización del consentimiento informado como una manera de brindarle al paciente toda la información necesaria y la oportunidad de aceptar o rechazar el proceder fue expuesta solamente por el 9 % de los enfermeros y solo un 6 % habla de comunicación colectiva (equipo de salud) con el paciente y familiares.

Hubo una coincidencia de las respuestas a la tercera pregunta relacionada con la forma de proceder ante pacientes con determinadas enfermedades como VIH-Sida u otras infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, neurosis u otras enfermedades psiquiátricas, acerca de la posible descalificación moral, puesto que las mismas convergieron en que se les debe dar apoyo y no rechazarlos, pues deben y tienen que ser tratados con los mismos derechos que el resto, simplemente corresponde adoptar todas las medidas de bioseguridad establecidas en estos casos. También la no estigmatización de aquellos pacientes con neurosis u otras afectaciones psiquiátricas debe ser patente tanto a ellos como a sus familiares. La tendencia de la totalidad de los encuestados en cuanto a las respuestas a la cuarta pregunta relacionada con la facultad del personal de enfermería para realizar acciones independientes de los cuidados hacia los pacientes, sin contar necesariamente con las indicaciones médicas, coinciden en que el mismo está totalmente capacitado para realizar acciones independientes de cuidado aunque siempre deben evaluar el estado del paciente según las enfermedades que padecen y necesidades.

Las principales respuestas a la quinta pregunta relacionada con la existencia de relación entre la solidaridad del personal de enfermería con la situación de salud de los pacientes y la actitud ante la responsabilidad individual de los mismos hacia el plan de cuidados indicados, se exponen en el gráfico siguiente.



**Gráfico 3****Relación entre solidaridad con el paciente y su responsabilidad individual.**

Una parte importante del personal de enfermería (79 %) considera que ser solidarios con los pacientes no debe afectar la responsabilidad de los mismos ante su salud, puesto que el enfermero siempre tiene que ser responsable de su autocuidado. No obstante, un 17 % de los entrevistados consideró que una mala interpretación de la solidaridad sí pudiera afectar el proceso de recuperación, o sea que hay que establecer límites al momento de ser solidarios, ya que los pacientes pudieran malinterpretar la solidaridad con exceso de confianza y esto disminuir la responsabilidad de ellos hacia el autocuidado de su salud. El 3 % opinó que en ocasiones la solidaridad establecida entre pacientes y personal de enfermería pudiera afectar estos cuidados dependiendo del tipo de paciente y de enfermera (o).

La tendencia en la respuesta a la sexta pregunta relacionada con las diferencias en la forma de manifestarse la responsabilidad con el plan de cuidados de enfermería entre los pacientes de régimen estacionario en comparación con los de régimen ambulatorio, confluyeron a que debe ser la misma en ambos tipos y un trato de excelencia para todos, aunque el paciente de régimen estacionario requiera más cuidados directos y mayor tiempo de trabajo que el de régimen ambulatorio.

**DISCUSIÓN**

Durante el siglo pasado, los avances en los conocimientos y en la tecnología cambiaron radicalmente las prácticas en los cuidados, entonces existen y surgieron nuevos problemas, algunos de ellos de gran complejidad y de difícil solución. Se trata de hechos

a los que médicos y enfermeras no habían tenido que enfrentarse hasta ese momento. El número de tratamientos y modalidades terapéuticas aumentó rápidamente, en particular en la cirugía, lo que permitió que sobrevivieran muchos pacientes que en épocas anteriores habrían muerto con toda seguridad. La morbimortalidad actual plantea nuevas cuestiones: ¿Quién debe recibir un determinado tratamiento? ¿Cuál es el tratamiento adecuado para cada paciente y en cada circunstancia? ¿Quién decide cuál es el tratamiento adecuado? y sobre todo si debe o no el paciente decidir qué es lo mejor para él en determinado momento.<sup>6</sup>

En este estudio observamos que el 44 % de las respuestas de las enfermeras(os) priorizan en su mayoría los criterios técnicos unido a los valores y motivos de los pacientes aunque el 56 % va a posiciones extremas. En la actualidad muchos estudios han tenido la inquietud acerca del grado de participación del paciente en la toma de decisiones médicas, pero muchos de ellos no han llegado a un acuerdo común por lo que se dividen en dos grandes grupos en dependencia, tanto de los principios éticos que rigen la conducta del médico, como de la sociedad y la tradición cultural donde se inserta esta acción de salud, por ejemplo si el principal valor ético es el bienestar del paciente según el criterio paternalista, la participación de este en la toma de decisiones puede ser secundaria, si por el contrario, el respeto del paciente se considera como principal valor ético puede ser que él mismo tome decisiones que no propicien su bienestar.<sup>7</sup>

Algunas de las bibliografías consultadas refieren que el profesional de salud no tiene derecho a imponer su jerarquía personal y es el paciente quien decide, ante una situación determinada, qué acciones de salud realiza o le permite al equipo médico realizar para preservar la integridad psíquica y física: este es el principio de autonomía. Para poder ejercer este derecho es lógico que el experto le informe al paciente acerca de los beneficios y riesgos de esas decisiones para su salud, lo que se denomina consentimiento informado.<sup>8</sup>

La investigación también detectó en cuanto a comunicación con el paciente ya sea la enfermera(o) y el resto del equipo que trabaja en relación a los cuidados y el bienestar del mismo, se hace necesario reforzarla así como en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. El 85 % de las respuestas del profesional de enfermería refiere que debe de tener una comunicación individual con los pacientes y familiares, solo un 6 % con todo el equipo de salud y un 9 % decide emplear el consentimiento informado y no forzar al paciente a realizar procedimientos diagnósticos en contra de su voluntad. El nuevo modelo ético de enfermería busca relaciones de colaboración con otras profesiones sanitarias.

En estos resultados se evidencia una contradicción porque de acuerdo a las respuestas a la pregunta sobre los criterios predominantes en la toma de decisiones médicas (Gráfico 1) se evidencia una tendencia mayoritaria del personal de enfermería a una relación médico-paciente más simétrica en cuanto al proceso de toma de decisiones; sin embargo cuando se explora la actitud del propio personal de enfermería ante una eventual negativa o rechazo del paciente a las alternativas diagnósticas y terapéuticas que incluyen el plan de cuidados (Gráfico 2), la tendencia predominante es la de tratar de persuadir al mismo de cuáles son sus necesidades objetivas de salud, sin esclarecer la conducta ante la posible insistencia de negativa por parte del enfermo. Esto puede ser reflejo del reconocimiento teórico del cambio social, psicológico y moral de las relaciones sanitarias, en particular de la relación médico-paciente; sin embargo, a pesar de las exigencias del PAE y el enfoque del nuevo modelo ético de enfermería, todavía parece ser muy fuerte el influjo del modelo impuesto en su momento por Florencia Nightingale.

Un adecuado desarrollo de los cuidados de enfermería tiene que pasar por la estrecha colaboración con los otros componentes del equipo que trabajan en la atención a los enfermos.<sup>9</sup> Vale recordar que: “Una de las causas principales que conduce al error del enfermero está relacionada con una insuficiente comunicación y deficiencia en la dinámica de grupo.<sup>10</sup>”

La falta de entrenamiento en las técnicas de comunicación interpersonal es un lastre no superado por los procesos formativos de las profesiones sanitarias y esta carencia de capacitación deja mucho margen a que las características de la personalidad del profesional en cuestión sean las que marquen el rumbo de la comunicación con sus pacientes y familiares, así como la necesidad de una mayor simetría en la relación de los médicos con sus pacientes.

El posicionamiento de las sociedades científicas (médicas y enfermeras) ha jugado un importante papel a la hora de determinar la posibilidad y la duración de la implementación de nuevos roles de Enfermería de Práctica Avanzada. En Estados Unidos y el Reino Unido es donde se encuentran las organizaciones colegiales mejor organizadas y con mayor influencia sobre el desarrollo, certificación y capacitación de las enfermeras para la implementación de los nuevos roles, han necesitado apoyarse en diferentes asociaciones para establecer las competencias y regular estas prácticas avanzadas.<sup>11</sup>

En la segunda mitad del siglo XX se reconoció el método científico de la profesión el proceso de atención de enfermería, se le dio mayor autonomía y al mismo tiempo más

responsabilidad moral hacia el cuidado del paciente. El PAE en sus diferentes etapas le permiten a la enfermera(o) poder detectar los problemas de salud y las necesidades que cada paciente tiene, poder trazar los diferentes diagnósticos y darle solución a los mismos. Es la fórmula ideal para llevar a cabo un plan de actuación donde la enfermera(o) es el principal responsable como gestor y brindador de los cuidados que serán realizados a los diferentes pacientes.<sup>12</sup>

El diagnóstico de enfermería es un enunciado del problema real, o en riesgo, del paciente que requiere la intervención de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo. “El PAE ayuda a identificar con más claridad cuál es la contribución específica de enfermería en el cuidado de la salud, diferenciando las funciones propias y las de colaboración con los integrantes del equipo de salud; así como a sintetizar conocimientos (teórico-prácticos) para la realización de estándares de enfermería.<sup>13”</sup>

En Cuba, a partir del desarrollo del PAE, se han realizado estudios para esclarecer las funciones jerárquicas del personal de enfermería de acuerdo a una escala certificativa, en la que a mayor jerarquía científico-técnica, mayor independencia en la adopción e implementación en el plan de cuidados, pero al mismo tiempo estas nuevas atribuciones implican mayor responsabilidad social y moral.<sup>14,15</sup>

Los entrevistados en la presente investigación aceptan este reto, pero alertan que un mal entendido deber moral de solidaridad con el paciente, en un entorno de independencia de actuación de enfermería, pudiera disminuir el sentido de responsabilidad del paciente con su autocuidado, es evidente que se requiere estudiar los modos de actuación profesional para detectar en la práctica aquellas desviaciones que pudieran hipertrofiar la solidaridad como remedo de la beneficencia del modelo anterior, lo que en el caso de la CMA se complica porque gran parte de la atención pre y post-operatoria se realiza de manera ambulatoria y los tiempos de cuidados en atención estacionaria se limitan.

## **CONCLUSIONES**

Se constató que entre los sujetos estudiados existe una opinión mayoritaria en cuanto a que la práctica de la cirugía de mínimo acceso es propicia para que médicos y enfermeras hagan una mayor observancia del derecho de autonomía de los pacientes. De igual modo se reconoce la capacidad del personal de enfermería para tomar decisiones independientes de los médicos en cuanto a las acciones de cuidado, pero esta mayor

autonomía profesional, entraña también una mayor responsabilidad social y que ambas cuestiones constituyen pilares del nuevo modelo ético de enfermería.

Sin embargo, resulta evidente que de las contradicciones en determinadas respuestas emerge el remedo del modelo tradicional. De igual modo, respuestas ambiguas ante la posibilidad de enfrentar el rechazo los pacientes en cuanto a las alternativas diagnósticas y terapéuticas, incluyendo el plan de cuidados, muestran inseguridad e incluso la carencia en el dominio de las relaciones interpersonales para resolver estas controversias.

Por último, se hace necesario extender estos estudios sobre conducta ética en un ambiente de independencia a los modos de actuación profesional porque es en estos donde el nuevo modelo ético puede imponerse o fracasar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Amaro Cano MC. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. Rev. Cubana Enfermería [Internet]. 2004[citado 2013 Feb 17] ; 20(1). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es)
2. Ruiz Torres J. Cirugía de Mínimo Acceso. Un nuevo enfoque filosófico. En: Ruiz Torres J, Torres Peña R, Martínez Alfonso MA, Fernández Zulueta A, Pascual Villardefrancos H. Cirugía Endoscópica. Fundamentos y aplicaciones. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000: 25-8.
3. Henry C, Smadja C, Vons C, Bobocescu E, Mariette D, Tahrat M, et al. Résultats du traitement coelioscopique des urgencies abdominals (1998). Ann Chir; 52: 223-8.
4. Torres Esperón J M, Pérez Sánchez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2002 Dic [citado 2013 Feb 17]; 28(3). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es)
5. Moriyama IM. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Foundation; 1968.
6. Scotto CJ. Teoría bioética sinfonológica. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 6ta ed. Barcelona: Harcourt; 2011: 562.

7. Islas-Saucillo M, Muñoz Cuevas H. El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. Rev Med Hosp Gen Mex. 2000; 63(4): 267-73.
8. Afonso Presilla ÉM, Nobalbo Aguilera YT. Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. Rev Hum Med [Internet]. 2012 [citado 2016 Abr 07]; 12(2): 252-261. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202012000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200008&lng=es)
9. Barrio Inés María, Molina A, Sánchez C M, Ayudarte M L. Ética en enfermería. Nuevos Retos. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 41-47.
10. Juguera Rodríguez L, Díaz Agea J L, Pérez Lapuente ML, Leal Costa C, Rojo Rojo A, Echevarría Pérez P. La simulación clínica como herramienta pedagógica: percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). Enferm. Glob [Internet] 2014 [citado 2015 Abr 05]; 13(33). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834852008>
11. García- Juárez M R El asociacionismo como fuerza determinante en el avance profesional, una asignatura pendiente de la Enfermería española. Enferm Clin [Internet] 2013 [citado 2015 Abr 05]; (23(6)). Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-asociacionismo-como-fuerza-determinante-S1130862113001861?referer=buscador>
12. Brito Brito PR. La Enfermería como ciencia emergente. ENE [Internet]. 2007 [Citado 2 Dic 2015]; 1. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/28171850\\_La\\_enfermeria\\_como\\_ciencia\\_emergente](https://www.researchgate.net/publication/28171850_La_enfermeria_como_ciencia_emergente)
13. González Salcedo P, Chaves Reyes AM. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2011 [citado 2 Dic 2015]; 11(2). Disponible en:  
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1617/1039>
14. Torres Esperón JM, Pérez Sánchez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 2 Dic 2015]; 28(3). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es&nrm=iso)

15. Ruiz Reyes D, Navarro Bustamante K, Ballesteros Ramos A, Sarmiento Rivero H K. Hacia un nuevo paradigma ético de la atención de enfermería. En: Acosta Sariago JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 2007: 530.

**Recibido:** 23/2/2016

**Aprobado:** 6/7/2016

*Yaquelín Rodríguez Ramírez*. Máster en Bioética, Licenciada en Enfermería, Aspirante a investigador. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, Centro de Entrenamiento, Párraga # 215 e/ San Mariano y Vista Alegre, La Víbora. Diez de Octubre, La Habana 10500. Cuba. [yaquero@infomed.sld.cu](mailto:yaquero@infomed.sld.cu)