

Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario

Resumen

El problema de la deshumanización de la persona en los ámbitos sanitarios requiere de una aproximación ético-filosófica que desarrolle temas tales como el de la naturaleza del ser humano, su dignidad y su libertad, entre otros. Los hospitales tienen algunas asignaturas pendientes que han de ser afrontadas desde una ética asistencial que se fundamente en la dignidad personal. Los grandes avances científicos y tecnológicos no solamente traen como consecuencia un considerable aumento de la esperanza de vida, sino también una forma de tratar al paciente que puede llegar a producir una especie de "cosificación" de la persona que se aleja de una visión de conjunto de la misma, que repercute en una deshumanización de la asistencia sanitaria y que es debido a su división en partes, que según algunos permite un mayor y mejor conocimiento, y que da lugar a una súper especialización de los profesionales.

Muchos profesionales sanitarios presentan déficits en su formación bioética, lo que repercute negativamente a la hora de enfrentarse a los problemas éticos que se dan diariamente en el ámbito hospitalario: el trato de la intimidad y de la autonomía del paciente hospitalizado y la inadecuada comunicación entre el enfermo y el profesional sanitario. Desde la postmodernidad han aparecido otros aspectos de la ética profesional que están intentando ahondar un poco más en las interacciones entre las personas, es decir, en la relación entre usuarios y profesionales, no solamente en los aspectos cognitivos sino también afectivos.

Palabras clave

Ética; humanización; asistencia sanitaria; deshumanización hospitalaria.

Abstract

Making healthcare more humane in large hospitals: a challenge for health workers

Patients' dehumanization in healthcare is a problem requiring an ethical-philosophical approach, which should include issues like human being nature, dignity, and freedom, among others. Hospitals have some pending issues that remain unsolved and should be addressed from an ethical perspective based on personal dignity. Great scientific and technological advances result in a substantially increased life expectancy, and also in a therapeutic style that can lead to an "objectification" of patients, instead of considering a persona as a whole. This can result in dehumanization in healthcare and is mainly due to the division into parts which is supposed to allow a larger and better knowledge and leads to super-specialized professionals. Many healthcare workers have a deficient bioethics training, which has a negative impact when coping with ethical problems that occur daily in a hospital setting: dealing with inpatients intimacy and autonomy, and inadequate communication between patients and healthcare workers. Since post-modernity, additional aspects in professional ethics have emerged in an attempt to go more deeply into personal interactions, i.e., relationships between users and workers, which involves affective and not only cognitive aspects.

Keywords

Ethics; humanization; healthcare; hospital dehumanization.

Cómo citar este artículo:

García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm 2014; 17(1): 70-74.



Autora:

M^a Eugenia García Cabeza

Enfermera. Máster en Bioética.

Dirección de contacto:

Hospital Clínic de Barcelona.
C/ Villarroel, 170. 08036 Barcelona.
E-mail: MGARCIAC@clinic.ub.es

Fecha de recepción: el 30/10/2013.

Aceptada su publicación: el 7/01/2014.

Introducción

La Enfermería como profesión tiene, entre otras, la responsabilidad del cuidado de los pacientes ingresados en los hospitales, tratándose de personas que mientras están ingresadas se pueden encontrar en un estado de gran vulnerabilidad, ya que suelen enfrentarse a la vivencia de situaciones límite como la propia enfermedad, el dolor, el desamparo, la frustración o la muerte. Es necesario destacar la importancia del cuidado de la espiritualidad o de la dimensión trascendente en aquellos pacientes y familiares que se enfrentan a la muerte durante su estancia hospitalaria, constituida dicha dimensión por los valores, las convicciones religiosas o no, los ideales y la propia filosofía de vida, que da autenticidad al ser humano y que puede llegar a ser lo más significativo y lo que más le distingue (1).

Asegurar la calidad científico-técnica del sistema sanitario ha sido el único objetivo durante mucho tiempo, si bien, en la actualidad, es objeto de atención lo que condiciona la calidad percibida por el paciente (2), lo cual no solamente viene condicionado por las características del espacio donde se encuentra, sino también por "quienes" le tratan y el "modo" en que lo hacen (1-6).

El problema de la deshumanización de la persona en los ámbitos sanitarios requiere de una aproximación ético-filosófica que desarrolle temas tales como el de la naturaleza del ser humano, su dignidad y su libertad, entre otros (4,5,7). Desde el punto de vista de una ética universalista, se percibe a toda persona como un fin en sí mismo, hecho que impide su trato como un mero medio para otra cosa, ya que la dignidad de esta es considerada como un valor absoluto, no relativo a nada, un bien propio de su naturaleza por el hecho de ser, pues la dignidad humana procede de la condición de persona, valor inherente al ser y fundamental en el plano tanto asistencial como jurídico (8-11).

Cuando se habla de la humanización de la asistencia sanitaria se ha de hacer referencia al respeto de la intimidad y de la autonomía de la persona, a la gestión de las emociones y la espiritualidad y a la importancia de una adecuada comunicación entre el paciente y el profesional (6,12), así como a los cambios en los comportamientos y en las actitudes de los sujetos (1,5,13,14).

Los objetivos del presente trabajo consisten en:

- Definir la humanización de la asistencia sanitaria y las actuaciones dirigidas a conseguir y mantenerla desde una perspectiva ética, enmarcándolo en el panorama biotecnológico actual.
- Destacar el papel del profesional enfermero en el logro de una asistencia más humana en el contexto hospitalario.
- Proponer formas de mejora para evitar una asistencia donde se prime lo científico en detrimento de una visión más humanista.

Concepto de humanización de la asistencia sanitaria

En el contexto sanitario, el concepto de humanización hace

referencia al abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente, por tanto, con los valores que él siente como peculiares e inalienables. Es un hecho innegable que los hospitales tienen algunas asignaturas pendientes que han de ser afrontadas desde una ética asistencial que se fundamenta en la dignidad personal, tal y como recogen todos los códigos deontológicos de los profesionales de la salud (4,8,9,15).

Los grandes avances científicos y tecnológicos no solamente traen como consecuencia un considerable aumento de la esperanza de vida, sino también una forma de tratar al paciente que puede llegar a producir una especie de "cosificación" de la persona que se aleja de una visión de conjunto de la misma, que repercute en una deshumanización de la asistencia sanitaria (1,5), y que es debido a su división en partes, que según algunos permite un mayor y mejor conocimiento, y que da lugar a una súper especialización de los profesionales.

Muchos sanitarios presentan déficits en su formación bioética, lo que repercute negativamente a la hora de enfrentarse a los problemas éticos que se dan diariamente en el ámbito hospitalario, entre los cuales caben destacar el trato de la intimidad y de la autonomía del enfermo hospitalizado y la inadecuada comunicación entre el paciente y el profesional sanitario (1,4,6,12,16).

La intimidad del paciente en el hospital

La intimidad en el hospital está influenciada por las características arquitectónicas del espacio que rodea al paciente y su familia, por el compañero/a de habitación, por los profesionales que interactúan con él y por otras muchas personas (personal de mantenimiento, personal sanitario que no participa en el proceso de ese paciente y su familia, visitas propias y de otros enfermos, etc.) (3).

El cuidado de la salud exige que el paciente revele aspectos de su intimidad personal que en la vida corriente quedarían reservados a relaciones de familiaridad (1,7) y, por ello, para que la intimidad esté verdaderamente protegida no solamente es preciso poder excluir del ámbito reservado a cualquier intruso, sino además controlar la información que se ha dado confidencialmente, para que no sea difundida o utilizada sin autorización previa (7,17-20). De ahí la estrecha relación existente entre protección de datos, confidencialidad, intimidad y privacidad, término este último que ha sido incluido en el Diccionario de la Real Academia Española con algunas dificultades en la adaptación al castellano del término inglés *privacy*, ya que como indica el Diccionario Panhispánico de Dudas, "*privacidad no es sinónimo de intimidad (ámbito íntimo, espiritual o físico, de una persona) aunque ambos términos están semánticamente muy próximos y son intercambiables en algunos contextos: derecho a la intimidad, derecho a la privacidad, pero debiendo evitarse la forma "privacía", calco del inglés privacy*".

En el contexto sanitario actual, hablar del respeto a la intimi-

dad es referirse sobre todo a aspectos tales como la confidencialidad de los registros médicos, enfermeros o de otros profesionales sanitarios, la seguridad de la identidad del paciente en publicaciones o la aplicación ética de las novedades biotecnológicas (7,18-22). El iusnaturalismo fundamenta la defensa de algunos derechos como el de la intimidad desde su defensa de los derechos naturales (7). Sin embargo, hay una cierta tendencia predominante en los países “civilizados” a hablar más del derecho que de la idea, reflejando que nos preocupa más el derecho positivo que cualquier otra cosa.

La autonomía del paciente en el hospital

El principio bioético de autonomía plantea que no pueden tomarse decisiones contra la voluntad de la persona, siendo el consentimiento informado la máxima expresión del mismo, debiendo ser otorgado por la familia o tutor únicamente en el caso de que la persona no sea capaz (13,23), como único modo de que el principio de autonomía sea debidamente respetado. Existen posturas contradictorias con relación al consentimiento informado (CI), mientras es visto por algunos como la máxima expresión del principio de autonomía o de respeto, como se denomina en el informe Bellmont (documento de 1978 que podría señalar el nacimiento de la bioética que se conoce en la actualidad, al establecer unos principios éticos consensuados en el campo de la investigación con sujetos humanos), otros lo ven como una especie de intromisión del ámbito jurídico en la medicina, favoreciendo así posturas defensivas (24) y destruyendo en buena parte el modelo de relación de confianza que clásicamente se establecía entre el profesional y el paciente.

No es posible mantenerse ajenos a la doble realidad del CI, a las dos alternativas o formas de utilización y aplicación con los pacientes, que podrían resumirse en:

- La visión del mismo como mero instrumento de defensa legal para los profesionales ante hipotéticas denuncias por mala praxis (25), sin cumplir su función de informar al enfermo y recoger su autorización “informada” para una determinada intervención como indica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y que exige demostrar que ha habido consentimiento mediante la existencia del CI por escrito (26,27), lo que ha producido una mayor protocolización de la medicina, que ha provocado a su vez un aumento de la desconfianza entre profesionales y enfermos.
- O bien, como una herramienta al servicio del paciente para ejercer su autonomía, permitiéndole conocer los detalles de la propuesta terapéutica que se le plantea, pudiendo aceptarla, asumiendo así los riesgos que comporta, o rechazarla aceptando las consecuencias de su decisión, dando pie a una relación más simétrica entre el profesional y el paciente, permitiendo que el médico ayude con sus consejos basados en sus conocimientos y dando la opción final de tomar una decisión al enfermo basándose en la información, que ha de cumplir una serie de características como la veracidad, teniendo en cuenta el momento y el lugar para dar esa información y

estar adaptada a las características específicas de cada persona para asegurar su comprensión.

Es necesario conceder la importancia que se merece al Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) como expresión de la voluntad de la personas sobre los cuidados futuros de su salud (23,25,26,28), difundiendo su existencia y naturaleza para ayudar a las personas que tengan que tomar decisiones en el lugar de las personas que no puedan hacerlo.

La conveniencia de que exista un documento por escrito es más una exigencia jurídica. Las voluntades anticipadas (también conocidas como voluntades previas o más popularmente como testamento vital), representan un paso más en el reconocimiento, desde un punto de vista ético y legal, de la autonomía del paciente, al permitir su participación en la toma de decisiones en un futuro en el que no tenga capacidad para decidir acerca del trato o la asistencia que desearía recibir. Su origen se remonta a la década de los setenta, en Estados Unidos, en colectivos que defendían el derecho a una muerte digna en oposición a la obstinación terapéutica, nada inusual en la práctica de la medicina defensiva. El tema de la muerte en la sociedad occidental continúa siendo un tema tabú, que trata de evitarse y, por tanto, genera angustia enfrentarse a ella personal e incluso profesionalmente, favoreciendo actuaciones de querer hacer “todo lo posible” desde una vivencia de fracaso si no se consigue conservar la vida. Es aquí donde la bioética hace la pregunta acerca de si es correcto hacer todo lo técnicamente posible.

La toma de decisiones ha de ser el resultado de un diálogo entre el profesional y el paciente, teniendo como principal perspectiva los valores del mismo. Una práctica ética obliga a cruzar la capacidad de autodeterminación del enfermo (*empowerment*) con el deber de ayudar del profesional, es decir, los principios de autonomía y de beneficencia.

Es sumamente interesante la búsqueda actual de una beneficencia no paternalista, que alejada de una medicina defensiva que parece temer a los enfermos y sus derechos, pretende abogar por un sistema de salud más humanizado (15,24) reivindicando el principio de autonomía, articulándolo con la beneficencia y la responsabilidad. El principio de responsabilidad, desarrollado de forma destacable por Jonas (29), y que goza de un carácter inevitablemente ético, es indispensable en el ejercicio del cuidar de alguien en condiciones de especial vulnerabilidad.

La bioética feminista propone una mayor atención a lo concreto, al contexto, con una consideración especial a las relaciones interpersonales que son las que definen la identidad del individuo y su integración en la comunidad. Tiene, asimismo, otro modo diferente de entender la autonomía, creando un concepto nuevo (la autonomía relacional) con el que se aleja del énfasis del individualismo liberal que valora la autonomía despreciando la interdependencia (30). De forma mayoritaria la bioética ha mostrado preferencia por reglas, argumentaciones y justificaciones abstractas, así

como por la generalización de principios, lo cual responde a la denominada “ética de la justicia”, atribuida mayoritariamente a los varones. No es momento ahora de ahondar en la ética feminista, salvo para resaltar que la bioética hecha por mujeres otorga una mayor relevancia a la función de los sentimientos y las emociones, cuyo papel fundamental se viene reconociendo de forma destacable desde los resultados de los estudios de Carol Gilligan, que pueden considerarse un inicio del posterior desarrollo de la ética del cuidado.

En cuanto al DVA, existen opiniones que expresan que puede ser dañino para la salud del paciente, sobre todo cuando se trata de casos en los que se expresa el derecho a rechazar cualquier tratamiento y a morir con dignidad, en un evidente intento de imponer a los demás unos determinados valores, lo cual refleja una falta de respeto a las personas que mediante el DVA desean que se respete su voluntad y, por tanto, su derecho de autonomía.

Se intenta que la medicina paternalista evolucione (24,31) y se deje de decidir por el paciente como se hacía hasta hace no muchos años, de acuerdo a la idea de que el médico tomaría la mejor decisión a costa muchas veces de no respetar la opinión del enfermo (1,28), desde una postura que abogaba por el principio de beneficencia olvidando que, precisamente, dicho principio está muchas veces estrechamente relacionado con el respeto a la voluntad del paciente, porque se puede considerar no beneficente o, debidamente dicho, maleficente, hacer prevalecer otros criterios que no respeten su moral, su forma de sentir, sus creencias y sus valores.

La planificación anticipada de la atención al final de la vida debería incorporarse de forma efectiva como una actividad más de los profesionales en los centros sociosanitarios, en la Atención Primaria y en la Atención Especializada. Además de promover la autonomía moral del paciente y aumentar su sensación de control, con ello se mejoraría el proceso de toma de decisiones y disminuiría la incertidumbre a la que se enfrentan los profesionales cuando desconoce qué hubiera deseado la persona que está en esa situación.

Déficits en la comunicación

La comunicación tiene un papel fundamental en los procesos de salud y enfermedad de la persona, de modo que cualquier profesional sanitario debería aprender a comunicarse (4,12,26). Una buena comunicación permite conocer las necesidades de información del paciente y sus preocupaciones, así como el nivel de comprensión de su proceso (1). Una inadecuada comunicación, sin una buena escucha y sin tener en cuenta la comunicación no verbal, tendrá como consecuencia insatisfacción y peores resultados terapéuticos, además de un peor aprovechamiento del tiempo compartido con el enfermo (6,12). La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, de modo que una buena escucha es aquella que el profesional emplea para observar la comunicación no verbal y para dar lugar a la expresión de emociones. Cómo dar malas noticias sigue siendo un reto para los profesionales (1),

pero es muy importante hacerlo de una forma apropiada, eligiendo el momento y lugar adecuados. La confianza entre el paciente y el profesional sanitario es indispensable y solamente es posible si el segundo consigue ponerse en el lugar del otro de manera empática (4-6,12).

Papel de los profesionales de la Enfermería en la humanización de la asistencia sanitaria

Las/os enfermeras/os hemos sido hasta ahora los profesionales sanitarios con mejores oportunidades y aptitudes para aportar el lado más humano a la atención sanitaria. Por ello, hemos de ser capaces de contribuir a humanizar aquellos contextos donde sería peligroso priorizar la técnica y la formación científica sobre el aspecto humano (6,7,28).

El cuidado presupone técnica y habilidad, pero también ha de ir más allá, pues existen realidades del ser humano que no pueden ser estudiadas por la ciencia (5). Cuando un profesional se encuentra ante un conflicto ético, en su interacción con el paciente no solamente ha de aplicar racionalmente unos principios éticos básicos, sino que al producirse una reacción emocional por ambas partes, hace imprescindible ponerse en el lugar del otro, compadecerse del otro, mirar y escuchar al otro, en definitiva, cuidar al otro (1,6,32). Las emociones nos influyen a la hora de tomar decisiones y no podemos negar su influencia y repercusión en la relación enfermera-paciente (1,6,12).

Estamos en un momento crucial para la profesión enfermera en el que, a través de los nuevos programas universitarios de grado se darán oportunidades para avanzar en el nivel de implicación y protagonismo de esta profesión en el cuidado de las personas, familia y sociedades. Se abre la puerta a la investigación y con ella a la posibilidad de ampliar y mejorar los conocimientos para un progreso en los cuidados enfermeros.

Conclusiones y propuestas

Se hace indispensable la responsabilidad moral de los profesionales orientada a una asistencia excelente (6,33-35) y la formación insuficiente en bioética repercute en los enfermos y sus derechos (4,6). Conciliar autonomía con dependencia (y en muchas ocasiones con deterioro cognitivo), con beneficencia y con no maleficencia, no se presenta como una tarea fácil (13,33). La bioética puede servirnos de gran ayuda a la hora de resolver conflictos que se nos plantean en el día a día mediante la promoción de la deliberación y la prudencia, ya que el número más importante de incertidumbres a la que nos enfrentamos no se deben tanto a cuestiones estructurales, sino más bien a déficits de formación en ética en los profesionales (1,16).

Desde la postmodernidad han aparecido otros aspectos de la ética profesional en los que hasta ahora no se había profundizado tanto, como son el carácter de las personas, las emociones, la prudencia de los profesionales y la construcción social de valores. Este nuevo enfoque nos llevaría al intento de ahondar un poco más en las interacciones entre

usuarios y profesionales, en los aspectos no solamente cognitivos sino también afectivos (1).

Es un error otorgar un papel secundario al cuidado de las personas porque estas, para seguir sintiéndose personas, necesitan todo lo que aporta la ética del cuidado (6,34). No podemos reducir al ser humano a un objeto científico cayendo en el reduccionismo cientista, ya que la dimensión espiritual o trascendente no es nada que pueda ser estudiado bajo un microscopio, sino que se trata de una dimensión caracterizada por el misterio, que no puede ser descrita objetivamente (35). Hemos de otorgar igual importancia a las necesidades sociales, emocionales y psicológicas que a las físicas.

Todos los profesionales sanitarios hemos de evitar ese concepto empobrecido de profesionalidad (5,6), anunciado ya por Pellegrino, consecuencia del distanciamiento entre humanismo y ciencia, ya que no puede existir una asistencia digna sin ser una asistencia humanizada. El Dr. Pellegrino (1920-2013), profesor emérito de Medicina y Ética Médica y profesor adjunto de Filosofía en la Universidad de Georgetown, de Estados Unidos, consideró a la bioética moderna, en crisis por el minimalismo moral, como una bioética a superar y propuso la ética de las virtudes en el campo de las profesiones sanitarias, basada en una visión filosófica aristotélica, es decir, entendiendo la virtud como "excelencia de una cosa". Esto añade una dimensión moral para conseguir la profesionalidad, la excelencia profesional, más allá de cómo se ha venido considerando en nuestra sociedad, que

reduce esta a la competencia científica y técnica. Este concepto empobrecido de profesionalidad, considera Pellegrino que es debido al distanciamiento entre humanismo y ciencia, a la mercantilización de las profesiones y a la especialización del conocimiento (35).

Sigue siendo necesario ese puente de unión entre la ciencia y las humanidades del que hablaba Potter en su enfoque del diálogo bioético. Van Rensselaer Potter (1911-2001), eminente bioquímico y humanista que acuñó el término "bioética", más cercano a la ética medioambiental y a los problemas de población, enfocó el diálogo bioético como un puente de unión entre la ciencia y las humanidades (36).

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:
encuentra@
ENFERMERÍA INTELIGENTE

Ética; humanización; comunicación verbal; comunicación no verbal; bioética.



Contacta con los autores en:

MGARCIAC@clinic.ub.es

Bibliografía

1. Clavé E. Ante el dolor. Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte. Madrid: Temas de Hoy; 2000.
2. Macpherson A. Puntos débiles en una sanidad de alto nivel. Los pacientes ingresados exigen más intimidad e información en los centros sanitarios. La Vanguardia, 16 de abril de 2010.
3. Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez MA, Expósito Casado MC, Sáez Naranjo R, Fernández Díaz ME. La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Index Enferm 2008; 18(2):106-110.
4. Cachón Rodríguez E. El Hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. Index Enferm 2007; 56:35-39.
5. González Blasco P. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Rev. Aten Primaria 2006; 38(4):225-229.
6. Ceballos Vázquez PA. Desde los ámbitos de Enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y Enfermería 2010; XVI(1):31-35.
7. Fernández Lamelas MA, Álvarez Rodríguez J, Ramiro Fernández JM, Martínez de Santiago S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en Enfermería. Cuad Bioét 2008; XIX:59-66.
8. Col·legi Oficial d'Enfermeria de Barcelona. Código de Ética de Enfermería. Barcelona: Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Barcelona; 1986.
9. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería española. Madrid: Consejo General de Enfermería de España; 1998.
10. Constitución española, 1978. [En línea] [fecha de acceso: 9 de diciembre de 2013]. URL disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html
11. Declaración universal de los derechos humanos, 10 de diciembre de 1948 [En línea] [fecha de acceso: 9 de diciembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.filosofia.org/cod/c1948dhu.htm>
12. Cléries X. El pacient té la paraula. La comunicació amb els professionals de la salut. Barcelona: Viguera; 2009.
13. Lorda PS. El consentimiento informado y el anciano. Labor hospitalaria 1997; 29(245):226-235.
14. Garrido Sanjuán JA. Indiscreción y derecho a la intimidad en el sistema sanitario. Med Clin (Barc) 2000; 114:358-359.
15. García J, Alarcos FJ (dir). 10 palabras clave en humanizar la salud. Verbo Divino. Estella; 2002.
16. Blanca Gutiérrez JJ, Sáez Naranjo R, Fernández Díaz ME, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez MA, Hervás Padilla J. La Intimidad del paciente y su familia en el hospital en función de la diversidad cultural: análisis de esta necesidad sentida. Biblioteca Lascasas 2003.
17. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, nº 298, de 14 de diciembre de 1999).
18. Álvarez Cienfuegos JM. La defensa de la intimidad de los ciudadanos y la tecnología informática. Pamplona: Aranzadi; 1999.
19. García García C. El derecho a la intimidad y dignidad en la doctrina del Tribunal Constitucional. Murcia: Universidad de Murcia; 2003.
20. Jañez Ramos FM, Puente Serrano N, Zapatero Gómez-Pallete J, Muñoz Casanova N, Ramos Suárez F, Sánchez Crespo-López A. La protección de datos personales en el ámbito sanitario. Cizur Menor: Aranzadi; 2002. p. 27-88.
21. Prieto L. Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. Nure Investigación; 2005 (16).
22. De Miguel Sánchez N. Tratamiento de datos personales en el ámbito sanitario: intimidad versus interés público. Valencia: Tirant lo Blanch; 2004.
23. Fundació Viure i Conviure. Els drets del meu demà: manual dels drets i deures de les persones grans. Barcelona: Fundació Viure i Conviure; 2006.
24. León Corea FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. [En línea] [fecha de acceso: 27 de diciembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.um.edu.uv/docs/revistabiomedicina/2-3/autonomia.pdf>
25. Bätz J, Loncán P. Problemas éticos al final de la vida. Gac Med Bilbao 2006; 103(2):41-45. [En línea] [fecha de acceso: 9 de diciembre de 2013]. URL disponible en: http://www.secpal.com/guism/index.php?acc=see_guia&id_guia=7
26. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, nº 274, de 15 de noviembre de 2002).
27. Sánchez Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes: Ley 41/2002, de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. Granada: Comares; 2003.
28. Barrio JM. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación de Decisiones. Nure Investigación 2004; (5).
29. Jonas H. El Principio de Responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
30. Feito L. Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global. En: de la Torre J (ed). Mujer, mujeres y bioética. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2007.
31. Díaz Pintos G. Autonomía y paternalismo. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha; 1993.
32. Torralba Roselló F. Constructos éticos del cuidar. Enferm Intensiva 2000; 11(3):136-141.
33. Amor Pan JR. Bioética y dependencia. A Coruña: Obra Social Caixa Galicia; 2010.
34. Feito L. La ética del cuidado: modas, paradojas, talentos. En: de los Reyes M, Rivas FJ, Buisán R, García J (coords.). La Bioética, un puente inacabado. Actas del V Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2005. p.79-87.
35. Torralba F. Antropología del cuidar. Madrid: Fundación Mapfre Medicina/Instituto Borja de Bioética; 1998.
36. Abel F. Bioética: orígenes, presente y futuro. Madrid: Fundación Mapfre Medicina/Instituto Borja de Bioética; 2001.