



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Caso Práctico

Bioética y Legislación en los Servicios de Salud

Que para obtener el grado de:

**Maestra en Administración de la
Atención Médica y de Hospitales:**

Presenta: R. Patricia Reyes Camacho.

Tutor: DR. RAMÓN ECHENIQUE PORTILLO.

México, D.F. OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rosa Patricia Reyes
Carmacho

FECHA: 30-XI-09

FIRMA: R. Reyes

ÍNDICE.

	Página
Introducción	
Capitulo I. Marco Teórico	
1.1 Normatividad y Bioética en el cuidado de la salud.	5
1.2 La Bioética en la institución.	9
1.3 Principios de la Bioética.	19
1.4 Consentimiento Informado.	31
Capitulo II. Marco Contextual	
2.1 Características Jurídicas del Ejercicio Profesional.	41
2.2 Aspectos constitucionales.	45
2.3 Prestación de los servicios por medio de una relación laboral.	52
2.4 Prestación de los servicios de por medio de una relación civil.	59
2.5 Aspectos de derecho Sanitario.	62
Capitulo III. Marco teórico referencial.	
3.1 Ética de la Relación Profesional con el paciente.	64
3.2 Problemas civiles y penales mas frecuentes en la atención del paciente.	80
Capitulo IV Metodología de la Investigación	
4.1 Importancia de la Investigación.	90
4.2 Justificación de la Investigación.	92
Capítulo V Interpretación y Análisis	
5.1 Interpretación de Resultados (Estadística Descriptiva	93
5.4 Comportamiento de las Variables.	94
Capítulo VI. Conclusiones.	116
Bibliografía	

Anexos

GLOSARIO

INSTRUMENTOS

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.

En primer término a DIOS, por permitirme cosechar, este fruto, por haberme colocado en el lugar y tiempo exacto, con las personas indicadas y encauzarme al camino correcto para lograr mi objetivo, Gracias DIOS MIO, por ayudarme a conseguir mis sueños.

Agradezco a mis padres, Jesús Reyes Rodríguez quien se adelanto en el camino (+) y a mi Sra. Madre Petra Camacho Juárez, quien con su trabajo cotidiano, ejemplo, tenacidad, ternura y amor me indico el camino del trabajo como medio para llegar a ser.

Agradezco a mi esposo el Ing. Marco Antonio Jiménez Román noble y fiel compañero, quien me ha brindado su apoyo incondicional siempre, gracias a ti he podido lograr mis metas por lo que comparto con orgullo este momento.

A nuestro hijo Marco Antonio Jiménez Reyes fruto de nuestro amor, y motivación más fuerte de nuestros esfuerzos, por su paciencia y comprensión en los días y horas de abandono por motivo de mi trabajo.

A mis hermanas y hermanos que somos muchos, pero que siempre luchamos unidos.

A la Mtra. Irene Loo Morales por sus continuos consejos , aportaciones comentarios , definitiva y extraordinaria orientación para el desarrollo de este trabajo, mi amiga siempre.

A todas mis amigas, (o) compañeras, (o) cuñados, y demás familiares que han estado conmigo animándome para seguir adelante, gracias mil. En especial al Lic. Octavio Casa Madrid Mata, quien esta presente en este logro, ya que fue quien supo orientarme, motivarme y alentarme a la realización de este trabajo y llegar a este momento gracias a todos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México quien me acogió en su seno para formarme y seguir por el camino de la superación continua. A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en donde realice mis estudios de Licenciatura y por medio de ella pude ingresar a realizar mis estudios de Maestría a la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración. A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza donde ejerzo como Profesora de Asignatura en el Módulo de Enfermería Médico Quirúrgica I y II es un orgullo y muestra de la grandeza pertenecer a esta Alma Mater.

Al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y a sus Autoridades por permitirme la realización del estudio.

A los honorables miembros del jurado calificador de examen de grado. GRACIAS.

Un especial agradecimiento a mi asesor de apoyo, Dr. Luís Berruecos Villalobos y a mi tutor de Caso Práctico Dr. Ramón Echenique Portillo; GRACIAS INFINITAS.

1. Generalidades

Introducción

Quienes laboramos en el sector salud, siguiendo el ejemplo de sus fundadores y de muchos de sus ilustres trabajadores, tenemos la responsabilidad de hacer de nuestro centro de trabajo una institución en continuo crecimiento y desarrollo humano, que incremente su prestigio y reconocimiento social; donde sus integrantes se esfuercen día a día para superar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes y sus familias y se alcancé una imagen de excelencia en la sociedad y en la comunidad científica. Para ello es necesario hacer una revisión de los principios plasmados en los códigos éticos , que conjunta los derechos humanos fundamentales, los propios de los pacientes, así como de los diferentes profesionales relacionados con el cuidado de la salud, así mismo las buenas prácticas profesionales, en la asistencia, docencia, enseñanza e investigación científica.

El objetivo central del presente trabajo, es el de reflejar claramente el compromiso de apegarse a principios éticos y bioéticos en las tareas que realizamos en la cotidianidad en busca de fortalecer y retroalimentar una cultura de integridad y calidad que deba de caracterizarle en su práctica profesional, es un trabajo que pretende servir de referencia para resolver dilemas y prevenir conductas irregulares, que apoye el interés de la mejora continua buscando la perfección en el desempeño y hacer mas eficientes las técnicas y procedimientos, pretende ser una guía de acción en el actuar diario en la cual se concentran valores sociales, institucionales, profesionales y personales, que faciliten el cumplimiento de la misión y visión del sector salud.

El personal del equipo multidisciplinario, como toda profesión, tiene derechos y obligaciones, además de su estatus profesional, tiene un marco bioético y legal donde existen reglamentos, normas oficiales, manuales, acuerdos circulares e instructivos relativos al ejercicio profesional. Algunas leyes definen a la profesión, mientras que otras definen lo que el personal debe o no debe hacer en la práctica. Aunque las leyes varían, en su forma de un país a otro, las leyes tienen un efecto dual, por un lado protegen al individuo y por el otro protegen al personal del equipo multidisciplinario de salud.

Los aspectos jurídicos de los profesionales de la salud son aplicables en todos los niveles de atención y también incluyen todos los perfiles desde el nivel técnico hasta el posgrado.

Es de vital importancia que todo el personal de salud relacionado con la protección, promoción, fomento, restauración y conservación de la salud conozca y practique estas disposiciones, ya que su desconocimiento no justifica los eventos adversos que pudieran aparecer durante el ejercicio profesional. Reiterando es necesario que el personal de salud, cualquiera que sea su lugar de trabajo, se familiarice y conozca las leyes que de manera directa o indirecta conciernen al ejercicio profesional.

Por otra parte, se utilizó una terminología sencilla donde se destaca la relación teoría praxis y las prácticas del comportamiento organizacional más frecuente. Es conveniente señalar que el estudio incluye los eventos observados con mayor frecuencia en la práctica profesional en una primera etapa y pretende ayudar al personal a enfrentar los retos debidos a la creciente complejidad y globalización de la administración.

El desglose de la investigación lo conforman cinco capítulos, dentro de los cuales el objetivo central es realizar un diagnóstico situacional sobre los factores que influyen en la prestación de los servicios bajo el análisis de las variables individuales, grupales e institucionales.

Capítulo I. Se citan las corrientes administrativas que tienen una presencia significativa dentro del comportamiento de la institución, así como los fundamentos en los que se sustenta, y se aborda de una manera descriptiva las variables individuales, grupales y de la institución de salud que conforman esta herramienta administrativa.

Capítulo II Se cita el marco referencial general donde destacan. Características Jurídicas del Ejercicio Profesional de la Enfermería, además se describe de una manera genérica la composición del orden jurídico destacando los principales aspectos de derecho sanitario.

Capítulo III. En este apartado se encuentra la columna vertebral del trabajo donde se establece y descansa lo referente a reglamentación y normas oficiales, indicadores de calidad de la atención, código de conducta del personal de salud y problemas mas frecuentes en la práctica profesional.

Capítulo IV. Es en este apartado donde se encuentra la parte medular de nuestro trabajo. Donde se establece y descansa nuestra propuesta metodológica, conformada de la siguiente manera: Importancia de la investigación. Justificación de la Investigación. Planteamiento del problema. Objetivos de la Investigación. Variables, Hipótesis, Instrumento de medición. Población Objetivo. Procedimiento Muestra. Prueba Piloto. Validez y Confiabilidad. Prueba de Campo. Tabulación y Análisis Estadístico Aplicado.

Capítulo V. El análisis estadístico es el tema principal y lo dividimos en dos áreas. (1) Estadística descriptiva y (2) Estadística Inferencial. Ambas implican el análisis de datos. Si se realiza un análisis con la finalidad de describir y caracterizar los datos reunidos, luego entonces nos encontramos en el área de la estadística descriptiva. También, se validan en este apartado las hipótesis de investigación contrastando las tres variables (individuales, grupales e institucionales) contra tres preguntas de cada uno de estos parámetros que representan las expectativas, las motivaciones y las necesidades; los resultados se obtuvieron de las tablas de contingencia; donde la hipótesis se aprueba o rechaza dependiendo del nivel de significancia. Los resultados obtenidos en cada una de las preguntas del cuestionario se obtuvieron utilizando el programa de software SPSS (Statistics Packaged Sciencies Social) para Windows 10.0, cuya función importante recaerá en describir las frecuencias relativas de cada elemento que pertenece a varias categorías de las variables establecidas, instrumento de rechazo o aceptación y el comportamiento de las variables.

Capítulo VI. Se establecen en forma general las conclusiones tratándose bajo dos vertientes la primera por parámetro y la segunda por factores indispensables de la cultura organizacional.

Bibliografía. Se citan los diferentes textos científicos básicos, legislación consultada, revistas especializadas, y direcciones electrónicas consultadas con el objetivo de que aquellas personas interesadas en el tema profundicen aún más en el rubro de la bioética y legislación en los servicios de salud.

Por último se agrega una sección de anexos que contiene las corridas descriptivas e inferenciales, cuadros, tablas, gráficas que dan sustento investigador a nuestro trabajo.

CAPITULO I. MARCO TEORICO CONCEPTUAL. 1.1. BIOETICA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

NORMATIVIDAD Y BIOETICA.

Gispert C,¹ sostiene en Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica que no se concibe alguna institución a la cual se le entregue la responsabilidad de la salud y la preservación de la vida humana, sin una estricta ética en todas sus acciones. Sin embargo dada la naturaleza humana de las personas que prestan sus servicios en alguna institución ya sea pública o privada cualquiera que esta sea, hay susceptibilidad de fallas y errores voluntarios e involuntarios, cabe insistir en ella como una condición fundamental y característica permanente de todas las actividades.²

El comportamiento ético de una institución es la reunión de las acciones de todos sus integrantes, encauzadas al bienestar del usuario, paciente, cliente, derechohabiente. El comportamiento ético de una institución es su permanente forma de actuar y de decidir las cosas dentro de un hondo sentido de responsabilidad y absoluta sujeción a la moral y a las leyes³. Este comportamiento significa que todos los actos estarán ajustados a las normas de estricta conciencia, al respeto por la dignidad de todos los seres, al reconocimiento de sus derechos, en una palabra a la canalización de todas sus acciones para el bien individual o colectivo.⁴

La primera preocupación del director general, es lograr que todo el personal se vincule con la institución y le ofrezca optima garantía de ética, sin lo cual los riesgos serian enormes y las posibilidades de fracaso altas. En el caso de la

¹ Gispert (2005: 281)

² Rodríguez (1997: 17)

³ Alcocer (1999: 213)

⁴ Engelhard (1995: 101)

salud, como la empresa de servicios de mayor jerarquía y sofisticación, no se compaginaría la vinculación de gente carente de ética que acarrearía un ejercicio profesional de consecuencias funestas, reflejadas de inmediato en la salud del usuario.⁵

Considerada la ética como la sujeción estricta a las normas de la moral y la práctica permanente de la responsabilidad en todos los actos para el bien individual o colectivo la institución de salud debe considerarla como su característica y atributo permanentemente reflejada en sus acciones individuales o de conjunto.⁶

La ética en las instituciones de salud debe considerar por lo menos seis tópicos diferentes referentes a.

Planeación y asignación de recursos financieros.

Selección, adiestramiento y manejo de personal

Disponibilidad de Infraestructura, mobiliario, instrumental equipo biomédico para el cumplimiento de su misión.

Prestación del servicio del usuario oportuno y libre de riesgo.

Comportamiento frente a programas de salud nacionales y o locales.

Manejo de situaciones especiales y toma de decisiones.

El punto referente a la planeación y asignación de recursos debe planearse sobre la base de un cuidadoso estudio epidemiológico que previó no solamente las condiciones del diagnóstico situacional de salud de la comunidad, sino de todos los aspectos sociales, culturales, geopolíticos, económicos.⁷ La planeación debe delimitar la cobertura de la institución y determinar claramente su objetivo central, y el presupuesto disponible para el funcionamiento

⁵ Olive (1993: 131)

⁶ Pastor (2000: 173-176)

⁷ Guardiglia (1992: .324)

adecuado.

El personal de la institución debe tener claramente definido el concepto de bioética para todo lo relacionado con la atención del usuario, pero además actuar con ese alto criterio en el cargo desempeñado, en sus relaciones interpersonales, en el cumplimiento con la institución, en el trato con la comunidad, en el ejemplo a los subalternos.⁸

Es de vital importancia en la institución de salud, la selección cuidadosa del personal, que responda al objetivo propuesto. Este personal además de la preparación académica científica para desarrollar el trabajo encomendado, debe garantizar la disposición para prestar el servicio a la comunidad además de ofrecer una permanente actitud de servicio. Pero además de una buena selección el personal, debe someterse a programas de educación continua sobre todo lo relacionado con el cabal cumplimiento de su misión.⁹

En todos los actos relacionados con la prestación del servicio, debe actuarse dentro de los parámetros de estricta ética, demostrada por los trabajadores de la salud de todos los niveles y reflejada obviamente en la satisfacción del usuario y de sus familiares. Debe haber ética en el procedimiento aplicado, ética en el trato al paciente, ética en el cobro por el servicio prestado, ética en la información suministrada, ética en el trato a la familia.¹⁰

La institución debe prever que puedan presentarse situaciones especiales, resultado de circunstancias accidentales, en las cuales debe actuarse por fuera de los procedimientos habituales y que por lo mismo requieren de una serena y prudente decisión por parte del personal.

La institución de salud debe conformar el comité permanente de bioética que

⁸ Beauchamp (1999: 121)

⁹ Millán (1995: 87)

¹⁰ Pastor (2000: 9-14)

preste asesoría para la toma de decisiones cada vez que las circunstancias lo requieran. Este comité debe ser integrado por el equipo multidisciplinario de salud debiendo reunir a las personas del más alto nivel profesional y moral reuniéndose con regularidad para hacer el balance general y manejo ético de la institución y de manera extraordinaria cuando se presente una situación especial que deba estudiarse y definirse.¹¹

A pesar de que el comportamiento ético debe ser una actitud permanente del personal de la institución en todos sus niveles deben programarse actividades de educación continua, para el ejercicio del personal sobre el manejo de todas las situaciones, especialmente para mantener vivo el espíritu de todos los colaboradores sobre una cuestión tan importante en el trabajo cotidiano.¹²

La institución de salud esta obligada a respetar los derechos del enfermo, sintetizados en la carta de derechos generales de los pacientes dentro de las normas legales de Atención Médica en México.

Derechos al acceso a los servicios asistenciales y al usufructo de los beneficios de la medicina, según su situación patológica.

Derecho a que los cuidados y asistencia se le suministren con adecuada consideración y respeto.

Derecho a que se le informe clara y suficientemente sobre la enfermedad, el tratamiento y perspectiva de evolución.

Derecho a otorgar o negar su consentimiento para cada medida o procedimiento de diagnóstico y tratamiento que deba practicársele, previa la adecuada, clara y completa información sobre los riesgos que implique realizarla u omitirla.

¹¹ Malagón (2003: 53-57)

¹² Carta de Derechos Generales de los Pacientes. CONAMED.

Derecho a escoger el médico tratante, dentro de las limitaciones inevitables que puedan plantear las circunstancias.

Derecho a conocer el nombre, la preparación académica y experiencia de quien va a practicarle procedimientos de diagnóstico tratamiento y rehabilitación.

Derecho a conocer los costos económicos de su atención.

Derecho a aceptar o rehusar medidas extraordinarias de tratamiento, especialmente en casos de extrema gravedad.

Derecho a delegar su autoridad y responsabilidad para la toma de decisiones relativas a su vida y a su salud y a elegir a las personas para esa delegación.

Derecho a donar sus órganos y tejidos para trasplantes o estudios especiales o a negarse a tal donación

1.1 LA BIOÉTICA. EN LA INSTITUCION

La Bioética es una disciplina de apenas 20 años de existencia y, por tal motivo, desconocida aún por muchos profesionales de las ciencias de la salud, a pesar de que los mayores avances en el estudio, reflexión y debate acerca de los enfoques bioéticos que se han realizado en el campo de las ciencias médicas.

En los últimos años se ha producido un auge en la divulgación de estos conocimientos, a escala mundial, y llama poderosamente la atención cómo son cada vez más las enfermeras que se interesan en estos problemas.¹³

Este tema responde a la necesidad de propiciar la reflexión del personal de Enfermería sobre los aspectos éticos del ejercicio de la profesión, enfatizando en la necesidad de reconocer al paciente como un sujeto autónomo, que tiene derecho a saber, opinar y decir sobre la conducta que pretenden asumir los

¹³ Balderas (1998: 12-14)

profesionales de la salud, en la intención de promoverle su salud, evitarle enfermedades, o diagnosticar, tratar y rehabilitar en caso necesario.¹⁴

La *moral* es una de las formas de la conciencia social que, en tanto que reflejo de las condiciones materiales de vida de los hombres, es histórica y concreta y, por tanto, relativa y cambiante, cuyo desarrollo constante va acorde con la marcha de la sociedad.¹⁵

El estudio de la moral forma parte actualmente de una ciencia particular, la *ética*, dando inicio en la Grecia Antigua, por el filósofo griego, *Aristóteles*. Sin embargo, los problemas éticos, tanto de la sociedad en general, como de las profesiones más connotadas -por su grado de vinculación al hombre mismo- fueron objeto de análisis y formulaciones teóricas, así como regulaciones, incluso jurídicas, desde la más antigua civilización babilónica (2 000 años a.C.) por el rey *Hammurabi*.¹⁶

En el caso del ejercicio de la Medicina, aparecieron ya regulaciones en ese Código Babilónico y reaparecieron después, en la Grecia Antigua, en el Juramento y los Aforismos de *Hipócrates*, médico griego nacido en la isla de Cos (460 – 377 a.C.) cuyo juramento a la letra dice:¹⁷

“Por Apolo médico y Esculapio, juro: por Higias, Panacace y todos los dioses y diosas a quienes pongo por testigos de la observancia de este voto, que me obligo a cumplir lo que ofrezco con todas mis fuerzas y voluntad.

Tributaré a mi maestro de Medicina igual respeto que a los autores de mis días, partiendo con ellos mi fortuna y socorriéndoles en caso necesario; trataré a sus hijos como mis hermanos, y si quisieran aprender la ciencia, se las

¹⁴ Alfaro (1996: 9-11)

¹⁵ Velazco (2000: 129)

¹⁶ Adam (2000: 32-35).

¹⁷ Dobler (2002: 121)

enseñaré desinteresadamente y sin otro género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones habladas y demás métodos de enseñanza a mis hijos, a los de mis maestros y a los discípulos que me siguen bajo el convenio y juramento que determinan la Ley Médica y a nadie más.¹⁸

Fijaré el régimen de los enfermos del modo que sea mas conveniente, según mis facultades y mi conocimiento, evitando todo mal e injusticia.

No me avendré a pretensiones que afecten a la administración de venenos, ni persuadiré a persona alguna con sugerencias de esa especie; me abstendré igualmente de suministrar a mujeres embarazadas pesarios o abortivos.

Mi vida la pasaré y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza.

No practicar la talla, dejando esta operación y otras a los especialistas que se dedican a practicarla ordinariamente.

Cuando entre en una casa no llevaré otro propósito que el bien y la salud de los enfermos, cuidando mucho de no cometer intencionalmente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitando principalmente la seducción de las mujeres jóvenes, libres o esclavas. Guardaré reserva acerca de lo que oiga o vea de la sociedad y no será preciso que se divulgue sea o no del dominio de mi profesión considerando el ser discreto como un deber en semejantes casos.

Si observo con fidelidad mi juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, siendo honrando siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, calga sobre mi, la suerte adversa.¹⁹

Surgimiento y desarrollo de la Bioética

Sus antecedentes más remotos pueden encontrarse en los crímenes de guerra cometidos por los nazis, durante la II Guerra Mundial, cuando realizaron

¹⁸ Aristóteles (22-23)

¹⁹ IBIDEM

experimentos directamente en humanos, con los prisioneros de guerra, cuyo descubrimiento posterior dio origen al Código de Nuremberg; el surgimiento de esta nueva disciplina ocurre en la segunda mitad de este siglo.²⁰

A fines de la década de los 60 y principios de los años 70, el incremento de las crisis cíclicas del capitalismo, por aumento desmedido de la producción y disminución galopante del consumo, produciendo estancamiento e inflación en la economía. El exceso de liquidez (capital que no encuentra ubicación rentable) trata de encontrar como destino fundamental las áreas subdesarrolladas de América Latina y el Caribe. En el seno de la sociedad norteamericana se introduce el modelo económico neoliberal, que propugna la libertad económica como madre de todas las libertades, enfatizando que "el mercado es la solución a todos los problemas".²¹

Pero el indiscutido crecimiento económico que trajo consigo el nuevo modelo económico no se tradujo en el esperado desarrollo humano, pues las inequidades sociales se hicieron cada vez más notorias. Todo este clima de insatisfacción social propició una gran crisis de valores morales y, al propio tiempo, permitió la reflexión acerca de sus consecuencias.²²

Es en este contexto que un médico oncólogo norteamericano, el Doctor *Van Rensselaer Potter*, obligado a enfrentar la creciente deshumanización en el trato con pacientes en estadio terminal de cáncer, atendidos en Unidades de Cuidados Especiales o Intensivos, rodeados de equipos que todo lo miden, menos los sentimientos, comienza a reflexionar sobre el efecto del impulso extraordinario del desarrollo científico-técnico, que había invadido el campo de las ciencias médicas, en el paciente, quien había sido visto hasta ese

²⁰ Lisker (1995: 131-132)

²¹ Ferrer (2005: 93-95)

²² Porter (2003: 51)

momento como alguien pasivo en el proceso salud-enfermedad, delegando o, más bien, obligado a delegar su derecho de libertad de elegir lo mejor para él, en el personal de salud.²³

Así, *Potter*, elabora su teoría acerca de una nueva disciplina, la *Bioética*, para estudiar justamente los problemas morales surgidos al calor del desarrollo científico y que abarca, no sólo al hombre sano o enfermo, sino a todos los seres vivos que tienen relación con la mejor calidad de vida del hombre.²⁴

La Bioética no es sólo filosofía, ni es sólo ética ni moral, ni es ética de cualquiera de las ciencias hasta hoy conocidas, ni menos aún, es sólo ética de las ciencias de la vida referidas al ser humano como organismo físico-químico-biológico, ni mucho menos, es ética médica. La Bioética va más allá de todo lo anteriormente mencionado, pues aunque la filosofía, la ética y las ciencias como conocimiento son fuentes de moralidad, la Bioética esta construyendo su propio estatuto epistemológico valorativo que le da su identidad particular.

La Bioética tampoco es ética de las ciencias de la salud o de las ciencias del cuidado de la salud, ni es sólo ética de la tecnociencia aplicada a la biología de microorganismos, plantas, animales o al ser humano, denominada en este caso tecnociencia bio-médica, pues éstos son tan sólo algunos aspectos de orden científico y técnico cuya intencionalidad es afectar la vida en una dimensión particular mientras que la Bioética da razón de la vida en su totalidad.²⁵

La Bioética no se refiere sólo a la vida humana, pues ésta no es posible entenderla sino en el conjunto de la vida en general y en el universo de lo

²³ Hernández (2003: 299)

²⁴ Bordin (1996: 87-90)

²⁵ Torralba (2002: 81)

abiótico y lo biótico. La vida debe ser entendida en todas sus expresiones, desde los microorganismos, las plantas y los animales hasta la vida cultural y humana donde se encuentra el sentido de la existencia.²⁶

La Bioética no es sólo una ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso bio-médico, en asuntos tales como: ingeniería genética, eugenesia, eutanasia, aborto, experimentación y reproducción humana, y trasplante de órganos entre otros, pues no se trata sólo de orientar la toma de decisiones ante situaciones: clínicas, asistenciales, de asignación de recursos para la salud o de investigación médica frente a dilemas éticos, a partir de valores, principios y supuestos previamente establecidos, sino también la Bioética se ocupa de legitimar los juicios morales que enuncia.²⁷

La Bioética tampoco es sólo un campo particular de la ética contemporánea dedicada a orientar la solución de problemáticas que asumen la forma de conflicto moral y entonces de incertidumbre moral, en áreas como la salud, el derecho, los medios masivos de comunicación, la ecología la biotecnología y otras.

Esto significa que la Bioética sería no sólo un campo particular de la ética contemporánea sino todo aquello que de alguna manera tenga que ver, en el marco de razonamiento práctico con la vida en su totalidad, con el planeta tierra y aún con el sistema solar.²⁸

La Bioética no obedece a significados unívocos de conceptos como: acto moral, dignidad de la persona humana, conciencia moral, deber, felicidad,

²⁶ Feito (2004: .5)

²⁷ Beauchamp (1999: 21)

²⁸ Calva (1997: 137)

justicia, libertad, virtud, bien y otros, pues todos de alguna forma se definen socialmente. Así, pues, la Bioética no proviene de leyes divinas, ni leyes naturales, sino que obedece a una construcción humana de carácter histórico y social. Las razones que argumentan los acuerdos deben ser razones humanas pues las leyes que rigen a la naturaleza no tienen ética, es él el ser humano la conciencia ética de la naturaleza. La bioética no puede ser sino el resultado de acuerdos a los que se llega con razones humanas, construidos socialmente a partir del conocimiento científico y ético.²⁹

La Bioética no obedece a un conocimiento despolitizado, sin ningún tipo de interés ni de poder, pues todo conocimiento es político, genera poder y obedece siempre a un interés. La dificultad está en no reconocerlo de manera explícita. Le corresponde entonces a la Bioética salvar esta dificultad mediante la explicitación de los intereses que mueven al conocimiento y a las personas.

La discusión de si la Bioética es un capítulo de la ética contemporánea para poderla ubicar como ética, o si es un capítulo de las ciencias de la vida con una reflexión ética para poderla ubicar como ciencia no tiene importancia, como tampoco la tiene la discusión de si la Bioética es una disciplina subordinada a la ética, o si la ética se subordina a la Bioética. Lo importante radica en que el nuevo conocimiento Bioético cumpla con las condiciones de posibilidad de la interdisciplinariedad,³⁰

El nuevo estatuto epistemológico de la Bioética debe surgir entonces de un trabajo interdisciplinario, como resultado de un acuerdo de los diferentes

²⁹ Garza (2008: 103)

³⁰ Germain (2000: 126)

estatutos epistemológicos de las éticas y de las ciencias y desde una visión de totalidad y de sentido de unidad, es así como la Bioética es al mismo tiempo una nueva ética y una nueva ciencia. La diferencia en la Bioética esta dada por el tipo de preguntas que se hace y por lo tanto en las respuestas que se da.³¹

En resumen, entiendo la Bioética como un nuevo conocimiento interdisciplinario, en construcción, de carácter cultural-histórico-social, y secular, que busca su propio estatuto epistemológico-valorativo, cuyo objeto de estudio esta referido a la vida en su totalidad y en todas sus formas de expresión y a la legitimación de los juicios morales en el marco del razonamiento práctico.³²

Los avances que ha desarrollado la humanidad en materia de ciencia, tecnología, tratamientos médicos y genéticos, durante las últimas dos décadas del siglo pasado y el presente siglo, han abierto una brecha entre los valores éticos, legales, humanos y la misma evolución de la humanidad.³³

Dentro de este juego de poder, el profesional de enfermería no está exento de esta situación, ya que somos las personas que permanecemos directamente en contacto con el usuario y sus necesidades reales y potenciales. Así mismo, el profesional de enfermería forma parte del equipo de investigación, de docencia y de administración, lo cual hace del avance regulado de la ciencia, su compromiso con la humanidad, con la vida, con el medio ambiente, es decir, con todo.³⁴

³¹ Guardiglia (1992: 29)

³² Sgrechia (1999: 33-37)

³³ Arellano (1998: 69)

³⁴ Sgrechia (1999: 211)

En la actualidad resulta de vital importancia considerar el comportamiento humano desde la perspectiva ética. La reflexión ética es un ejercicio de la razón y por tanto, es una apertura al ser, a la realidad en si, pues, la verdad no se posee, "se busca". Este es por tanto el objetivo de la ética.³⁵

En síntesis, la bioética es el arte de conseguir un consenso social acerca de lo que se puede y no se puede hacer en la atención médica. Esta disciplina ha cobrado gran importancia en el mundo actual, donde la ciencia se conjunta con la alta tecnología ofreciendo nuevos métodos y técnicas para conservar la vida, pero que en ocasiones es mal utilizada por los equipos que desarrollan nuevas técnicas, llegando a devaluar el verdadero sentido humano y de conservación en aras del poder propio.³⁶

BIOÉTICA

La ética es la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían nuestras decisiones y comportamientos.

Para empezar hay que indicar que la palabra bioética, es un vocablo compuesto por bios = vida y ética que viene del griego ehtika. Esta palabra es un neologismo acuñado en 1971 por Van Rensselaer Potter (en su libro Bioethics: bridge to the future), en el que este autor englobaba la "disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos". Otras literaturas definen a la bioética como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales".

³⁵ Varga (1988: 135)

³⁶ Lisker (1995: 131-132)

En la actualidad abarca no sólo los aspectos tradicionales de la ética médica, sino que incluye la ética ambiental, con los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, desarrollo sostenible, etc.³⁷

En 1972 André Hellegers crea el Instituto Kennedy de Bioética, en la Universidad Georgetown (Washington DC), siendo esta la primera vez que una institución académica recurre al nuevo término.

Actualmente la bioética es la parte de la ética que estudia la corrección e incorrección de las acciones que se llevan a cabo en el campo de la biomedicina. Su principal área de estudio es la ética médica, pues la Medicina normalmente implica la intervención técnica sobre el cuerpo humano, y toda intervención sobre el hombre está marcada por su valor máximo; este valor máximo determina los fines y las acciones que deben perseguirse y realizarse al actuar sobre él.³⁸

De tal modo a la bioética, se la interpreta como el arte de conseguir un consenso social acerca de lo que se puede y no se puede hacer en la atención médica. Al final, dicho acuerdo, resultado de la discusión social, termina siendo frecuentemente la imposición de la ley del más fuerte, en violento contraste con la obligación médica de atender de modo más solícito a los más débiles.³⁹

En los años recientes, los avances en Genética y el desarrollo del Proyecto Genoma Humano, en conjunción con las tecnologías reproductivas, están

³⁷ Porter (1999: 34)

³⁸ Hottois (1991: 7-11)

³⁹ Jaggar (1995: 2-8)

ampliando aún más el campo de la Bioética, obligando a buscar respuestas a retos nuevos:⁴⁰

- Cuestiones sobre reproducción humana asistida. Estatuto ético del embrión y del feto. ¿Existe un derecho individual a procrear?
- Sondeos genéticos y sus posibles aplicaciones discriminatorias: derechos a la intimidad genética y a no saber predisposiciones a enfermedades incurables.
- Clonación y el concepto de singularidad individual; derechos a no ser producto del diseño de otros
- Cuestiones derivadas de la mercantilización de la vida (p. ej., patentes biotecnológicas)

1.2 PRINCIPIOS DE LA BIOETICA.

Estamos tan acostumbrados actualmente a pensar en moral y filosofía al escuchar la palabra BIOETICA; inmediatamente lo relacionamos con valores, y no nos hemos detenido a analizar que BIOETICA lleva en la misma palabra una semántica mas amplia ya que pone en tela de juicio un estilo de vida, de ser; es decir involucra una serie de principios y estilos de vida que se incluyen o mejor dicho deberían incluirse en nuestro actuar cotidiano puesto que la Bioética tampoco es ética únicamente de las ciencias de la salud o de las ciencias del cuidado de la salud, ni es sólo ética de la tecnociencia aplicada a la biología de microorganismos, plantas, animales o al ser humano,

⁴⁰ Kieffer (1983: .87-90).

denominada en este caso tecnociencia bio-médica, pues éstos son tan sólo algunos aspectos de orden científico y técnico cuya intencionalidad es afectar la vida en una dimensión particular mientras que la Bioética da razón de la vida en su totalidad.⁴¹

Así pues la bioética no solo se refiere a la vida humana sino que va mucho mas allá de esto puesto que la "vida" engloba todo lo biótico y aun mas incluye la relación estrecha que guarda con lo abiótico ya que todo tiene un sentido del porque de su existencia.⁴²

La Bioética no obedece a significados unívocos de conceptos como: acto moral, dignidad de la persona humana, conciencia moral, deber, felicidad, justicia, libertad, virtud, bien y otros, pues todos de alguna forma se definen socialmente⁴³

Hoy en día, surgen interrogantes morales sin precedentes, sobre cómo y cuándo utilizar la tecnología para mantener a las personas con vida; ejemplo de ello, es la eutanasia, el aborto, las investigaciones experimentales en seres humanos, e incluso cuán lícito es intervenir en el genoma humano.⁴⁴

La tecnología permite alterar dramáticamente la vida y la muerte en unidades hospitalarias altamente tecnificadas (Cuidados Intensivos y Neonatología),

Campos asociados a la Bioética y percepción de la misma

⁴¹ Gonzàles (1997: 20)

⁴² Gutierrez (1996: 292).

⁴³ Dana (1979: 228).

⁴⁴ Cely (2001: 23-25).

Dentro de los campos que regula la bioética se citan:⁴⁵

- La clonación, ya sea de individuos o de órganos, o bien de plantas y animales.
- Experimentación genética
- El aborto de todo tipo.
- La Eugenesia y la Eutanasia.
- Los trasplantes de órganos.
- El acceso a los sistemas de salud.
- Uso de la energía nuclear o energía "sucia".
- La fertilización in Vitro
- Experimentación con nuevos tratamientos o medicamentos.

En este contexto la enfermera debe asumir *responsabilidades* que consisten en promover la salud, prevenir la enfermedad, y mitigar el sufrimiento, lo logra cuando está atenta a la llamada del otro donde es responsable de su actuar, en la cual identifica cual es el fin, los medios, las circunstancias y las consecuencias de las acciones de cuidado, aspectos que están establecidas en el Código Ético de Enfermería.⁴⁶

La *ética médica tradicional* se ha basado en dos principios fundamentales: "No dañar" y "Hacer el bien". Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ Thompson (1994: 88).

los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas.⁴⁷ En Enfermería, a partir de su definición como profesión, gracias a *Florence Nightingale*, se le añadieron otros dos principios: la *fidelidad* (al paciente), que obliga a cumplir con los compromisos contraídos; y la *veracidad*, aún cuando su ejercicio pueda entrañar dificultades a quien la ejerce.⁴⁸

Para aquellas personas que se dedicaban al cuidado de los enfermos, hemos de tomar como primera declaración de deberes profesionales de las enfermeras el llamado “Juramento de Florence Nightingale” que fue redactado en 1893 por una comisión especialmente nombrada para tal fin por el Colegio Ferrand del Hospital Harper en Detroit.⁴⁹

“Juro solemnemente ante Dios, en presencia de esta asamblea, llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva a la salud. Haré cuanto esté en mi poder para elevar el buen nombre de la profesión y guardar inviolable el secreto de las cuestiones que se me confíen y los asuntos de familia que me entere en el desempeño de mi cometido, con lealtad procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de los que están encomendados a mi cuidado”.⁵⁰

El secreto profesional

⁴⁷ Medina (2000: 5-6)

⁴⁸ Nigthingale (1990: 9-12).

⁴⁹ IBIDEM

⁵⁰ IBIDEM op cit

Según la enciclopedia Larousse el secreto profesional se impone a todas aquellas personas a quienes se confían secretos por razón de su estado, profesión o cargo. Por tanto, se entiende como secreto profesional aquello que se mantiene oculto a los demás y surge del ejercicio de la profesión⁵¹, es decir, en el caso de las profesiones sanitarias, de la comunicación privilegiada profesional de salud-paciente, por lo que constituye una obligación moral para el profesional de salud guardar en secreto las confidencias conocidas en el ejercicio de la profesión (Larousse Diccionario, París, 2001).

A pesar del tiempo y de los acontecimientos históricos y de tener más de un siglo de por medio el juramento de Florence Nightingale (1950) parece ser tan vigente como cuando lo escribió por lo que expresa:

“La Enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con otra persona en caso necesario”.

Como puede apreciarse, desde la antigüedad la confidencialidad en el ejercicio de la medicina quedaba protegida por juramento, y no sólo se limitaba a los aspectos meramente clínicos, sino a todo lo que era inherente a la dignidad de la persona y al respeto que esta merece.

La importancia que reviste en estos tiempos el Secreto Profesional y su adecuación al campo de la enfermería determinó el tratamiento del tema. El secreto profesional mirado a la luz del diccionario Larousse “es aquello que se mantiene oculto a los demás y surge del ejercicio de la profesión”. La legislación adoptó diversas posiciones que van desde una protección

⁵¹ El pequeño Larousse.(1997)

absoluta hasta la querrela del ofendido, pero en nuestros días se llega a una confidencialidad compartida. . Es importante que la mirada que se ha prodigado haya sido de entereza moral, respetando a la autonomía. Para el análisis se realizó revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión enfatizando en: confidencialidad, interdisciplinariedad, en un enlace del tratar y el cuidar en situaciones especiales que garanticen el bienestar de las personas. Lo experimentado se tradujo en que enfermería cumple sus obligaciones éticas a través de la aplicación de su Método Científico, asumiendo para sí el principio de no dañar y hacer el bien, así como la incorporación de los principios nightinleanos de fidelidad y veracidad. Las condiciones actuales de desarrollo científico técnico han afectado la confidencialidad.⁵²

La Enfermería profesional hizo suyos los tradicionales principios de la ética médica: "No dañar" y "Hacer el bien", y a ellos añadió los de: *fidelidad* y *veracidad*. El primero es sinónimo de amor, respeto, compromiso. Ello significa ser fiel a los intereses de los pacientes que se atienden, por encima de cualquier otro interés, siempre que no interfieran con los derechos de otros. *Fidelidad* al paciente, entendida como el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente sujeto a su cuidado, entre los cuales se encuentra el guardar el *secreto profesional*.⁵³

El secreto profesional o *confidencialidad* es la obligación de guardar reserva sobre la información que atañe al paciente que se atiende, mientras éste no autorice a divulgarla o el silencio pueda llevar implícito el daño a terceros.

⁵² Suarez (1999: 1-4).

⁵³ Beare (1993: 18).

La *veracidad* es otro principio ético que rige el actuar de la enfermera. Este principio ha estado más vinculado con el ejercicio responsable de la profesión. Decir la verdad aunque ésta coloque al profesional en una situación difícil al tener que admitir el haber cometido un error. Sin embargo, valdría la pena reflexionar acerca de las posibles violaciones de este principio, tanto cuando se dicen "mentiras piadosas" al enfermo, contrario a su deseo de saber la verdad, como cuando se oculta el error de un colega u otro profesional, por "compañerismo"; y con ello se pone en peligro la salud y hasta la vida de otro ser humano, especialmente de uno que ha confiado esos bienes inapreciables a un profesional de la salud que considera íntegro.⁵⁴

La honestidad, el humanitarismo, la integridad, la dignidad profesional, la justicia, la prudencia, la veracidad, la ecuanimidad, la paciencia, la modestia, la diligencia, la lealtad o fidelidad al paciente, la perseverancia, unidas todas ellas a la generosidad y benevolencia; pero sobre todo a la solidaridad, constituyen los patrones clásicos, y también actuales, de las mejores enfermeras.⁵⁵

Los Cuatro Principios de la Bioética

Son esbozos de ideas que dan principio al valor de la dignidad de la persona:

Principio de no maleficencia

Este principio ya se formuló en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, ante todo, no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños o

⁵⁴ De Wit (1999:23-25)

⁵⁵ Alfaro (1997: 36).

riesgos. En la evaluación del equilibrio entre daños-beneficios, se puede cometer la falacia de creer que ambas magnitudes son equivalentes o reducibles a análisis cuantitativo. Un ejemplo actual sería evaluar el posible daño que pudieran ocasionar organismos genéticamente manipulados, o el intento de una terapia génica que acarrearía consecuencias negativas para el individuo.

El principio de *no maleficencia*, sinónimo del "No dañar", de la ética médica tradicional, es considerado por algunos eticistas como el otro elemento del par dialéctico beneficencia no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal.

- **No-maleficencia:** Se refiere a la inocuidad de la medicina y procede de la ética hipocrática, el ayudar o al menos no dañar. En la praxis hay que evitar hacer daño, aunque un acto no beneficie, puede ser éticamente positivo en la medida que evite daños.

Principio de beneficencia

Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.⁵⁶

⁵⁶ Echenique (2009 : 105)

Este principio positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, el "bien" de la experimentación en humanos (para hacer avanzar la medicina) no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos desmedidos o infligiéndoles daños. Aunque la humanidad tiene un interés en el avance de la ciencia, nadie puede imponer a otros que se sacrifiquen para tal fin. Matizado de esta manera, el principio de beneficencia apoya el concepto de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros (especialmente a los más desprotegidos) a alcanzar mayores cuotas de bienestar, salud, cultura, etc., según sus propios intereses y valores.⁵⁷

También se puede usar este principio (junto con el de justicia) para reforzar la obligación moral de transferir tecnologías a países desfavorecidos con objeto de salvar vidas humanas y satisfacer sus necesidades.⁵⁸

El principio de la beneficencia significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud. La atención de Enfermería debe fundamentarse, de manera especial, en la formación humanista de ese profesional. En correspondencia con los valores universalmente reconocidos: la vida y la salud, cualquier enfermera puede distinguir dos ideas fundamentales:⁵⁹

⁵⁷ IBIDEM

⁵⁸ Varga (1988:137).

⁵⁹ Gordon (1996: 25)

- Su profesión le proporciona una capacidad peculiar que la faculta específicamente para contribuir al bien del individuo, la familia o comunidad que atiende.
- Su profesión implica un deber para con la sociedad.

De todo lo anterior se infiere que no basta que la enfermera conozca los principios éticos en los cuales debe sustentar el ejercicio de su profesión, sino que resulta imprescindible que dedique sus mejores esfuerzos a cultivar las virtudes morales que le permitirán cumplir con su cometido social.⁶⁰

- **Beneficencia:** Se pretende que la actuación del profesional de salud sea beneficiosa tanto para el agente como para el paciente. Por lo general, el paciente o cliente es quien requiere de los servicios del agente, es el miembro más débil de la interacción y quien más necesidad tiene de la adecuada y benéfica ejecución del acto.

Principio de autonomía o de libertad de decisión

La autonomía, uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones.

Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen

⁶⁰ Alfaro (2003: 37)

vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección.⁶¹

- **Autonomía:** Este principio es de carácter liberal/radical, pone énfasis en la relación del enfermo con el servicio de salud, la prioridad en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad es la del paciente, es él quien decide lo que es conveniente, como un derecho que debe ser ejercido bajo una información adecuada.

La información y la toma de decisiones, en la relación clínico-paciente, son dos momentos diferentes y relacionados de un mismo proceso que incluye: 1) la elaboración de la información por parte de los profesionales, 2) su transmisión y discusión, 3) su comprensión y valoración por parte del paciente, y 4) la aceptación o no del procedimiento diagnóstico o del tratamiento propuesto. El documento de consentimiento informado (CI) recoge por escrito estos elementos, no debiendo confundirse a efectos éticos ni jurídicos con el proceso comunicativo de información y de toma de decisiones. Este documento debe aportar información en cantidad y calidad suficiente, para que el paciente competente pueda tomar decisiones respecto a su proceso, garantizando el derecho a su autonomía y libertad en la toma de decisiones..⁶²

Principio de justicia

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la

⁶¹ Lara (1994: 37-39.)

⁶² Martínez (1992: 23-24).

autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

Este principio puede plantear conflictos no sólo entre miembros de un mismo país, sino entre miembros de países diferentes (p. ej., acceso desigual a recursos naturales básicos), e incluso se habla de justicia para con las generaciones futuras.⁶³

Nuestra cultura ha sido más sensible al principio de autonomía, a costa del principio de justicia, pero es posible que la misma crisis ecológica nos obligue a cambiar este énfasis. La justicia e igualdad de los derechos de los seres humanos actuales y la preservación de condiciones viables y sostenibles para las generaciones futuras pueden hacer aconsejable, e incluso obligatoria, una cierta limitación del principio de autonomía, sobre todo en una sociedad de mercado que se abre al deseo desmedido de nuevos servicios y bienes, y en la que el individuo reclama ilimitadamente "derechos" de modo narcisista⁶⁴

A los principios tradicionales de la ética médica, la Bioética añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud).

Justicia significa también no derrochar escasos recursos en un paciente, a sabiendas que esos recursos no variarán un ápice el curso de la evolución de su estadio terminal, dejando por ello desprotegidos a otros pacientes necesitados y con posibilidades de recuperación. Resulta a todas luces injusto

⁶³ Soberón (1987: 58).

⁶⁴ Soberón (1983: 131)

el procedimiento de prolongar la agonía de un enfermo en estadio terminal por una parte, y acortar una vida útil y recuperable.⁶⁵

La enfermera aplica el principio de la *justicia*; además, cuando, ante una urgencia, atiende al más necesitado de los posibles a recuperar; cuando en una sala de cuidados especiales atiende al más grave; cuando valora las necesidades de un paciente y jerarquiza debidamente la satisfacción de las mismas.⁶⁶

Justicia en salud significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su *status* social y sin reparar en los costos. Por ello, en el mundo contemporáneo, la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público.⁶⁷

- Justicia: Exige tratar a todas las personas con la misma consideración sin hacer discriminación de raza o ideología, edad, nivel sociocultural y comportamiento. La vida y la salud no sólo son bienes personales, también son sociales.

1.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. La ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, Código de Conducta en Salud 2003, expedido por la SSA y demás normativa relativa aplicable al expediente clínico se le denomina a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un

⁶⁵ Rodríguez (2000:35.)

⁶⁶ Alcocer (1999: 213).

⁶⁷ Olive (1993: 71.)

procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios⁶⁸.

Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

La obtención del consentimiento informado para determinar tratamiento médico y quirúrgico es responsabilidad del médico, con frecuencia es responsabilidad de la enfermera ser testigo del momento en el que el paciente da su consentimiento informado.⁶⁹ Esto implica lo siguiente:

- Presencia el acuerdo entre el paciente y el médico
- Determinar que el paciente haya comprendido toda la información brindada, que esta realmente informado
- Al paciente se le debe dar suficiente información como para poder tomar una decisión final.

Si la enfermera es testigo sólo del momento en el que el paciente firma la hoja de consentimiento informado, entonces la enfermera deberá de anotar en la hoja "testigo solo de firma". Si la enfermera se percata que el paciente no ha entendido la información que el médico le brindó deberá notificarlo al mismo.⁷⁰

Existen tres elementos fundamentales en el consentimiento informado:

- Debe ser voluntario
- Debe darlo una persona con capacidad y competencia para comprender
- Se tiene que dar información suficiente al paciente para la toma de decisión final.

⁶⁸ NOM-168 SSA-1- 1998. Manejo del Expediente Clínico. P45

⁶⁹ Broggi (1998: 2)

⁷⁰ Murray (1998: 107)

El consentimiento informado debe de ser voluntario y el paciente no debe de ser coaccionado para que firme, también el consentimiento debe de incluir las ventajas, los riesgos y los tratamientos alternativos. Los términos técnicos y las barreras del lenguaje pueden impedir la comprensión, si el paciente no puede leer, entonces se leerá al paciente el consentimiento informado, si el paciente no habla el mismo idioma habrá que buscar un interprete o un familiar que le pueda ayudar a comprender el contenido del consentimiento informado.⁷¹

Consideraciones prácticas:

- Un documento que contiene información demasiado resumida no es suficiente como documento de "consentimiento informado".
- Los padres de un menor de edad, los terceros responsables o acudientes legales pueden firmar el consentimiento cuando éste no lo pueda hacer, siempre y cuando manifiesten y determinen los mejores intereses y beneficios hacia la persona menor o incapacitada que representen o tengan la preparación emocional y física para la adecuada realización del proceso de recopilación de información. En el caso de menores de edad el consentimiento lo otorgará siempre su representante legal (tutores) tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Cuando las condiciones lo permitan, si el menor tiene 12 años o más, deberá además prestar éste su propio consentimiento, y para ello debe dársele toda la información y adaptarla a su nivel de entendimiento. En tal caso deben anexarse ambos documentos firmados.⁷²
- Se sugiere que el "consentimiento informado" sea firmado por la persona que lo da o su acudiente legal, por el investigador responsable y por el testigo de dicho compromiso, incluyendo siempre el número de identificación de todos los allí presentes.
- Animar a la población sujeto – objeto de la investigación, para que pregunte, o esclarezca toda duda o expectativa que se pueda tener,

⁷¹ Simón (1997: 524-529)

⁷² De la Fuente (1990: 182)

antes de la aplicación del procedimiento y si fuera necesario también después.

- Dejar siempre la voluntad explícita de los investigadores de respetar la autonomía del investigado, expresada en el libre retiro de la investigación en cualquier momento.
- El documento debe declarar que si el individuo participante rechaza seguir en el proceso, puede continuar asistiendo o recibiendo atención y servicio en dicha institución (universitaria, clínica u Hospitalaria) si lo solicita.
- En la recopilación de información y en la aplicación de pruebas no se puede imponer nunca el interés de la ciencia como justificación para llevar a cabo una prueba o experimento, agrediendo la integridad física de las personas.
- Tener siempre presente en la práctica investigativa la preeminencia de los derechos del sujeto antes que el deseo de eficiencia científica o investigativa.
- En caso de experimentación con sustancias o procesos químicos, el grupo investigador declara su voluntad de posible indemnización o tratamiento en el caso de daño físico o psicológico contemplado en la legislación de salud pública.⁷³

¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva implica una nueva cultura en el desarrollo de la relación clínica, en la que se exige un mayor respeto a las personas del que se tenía hasta ahora. El editorialista defiende la tesis de que este debe ser una garantía de la autonomía moral del paciente y no un expediente para eximir una responsabilidad jurídica. Este es el principio general en que se basa el CI, ético antes que jurídico⁷⁴

Todos aceptamos la existencia de unos fundamentos éticos que nos obligan a los profesionales de la salud en nuestro trabajo cotidiano, la relación médico paciente durante mucho tiempo se ha dado en un contexto

⁷³ Ordovàs (1999: 90-94)

⁷⁴ Farreras (1995:1-10)

paternalista, guiado por el principio de la beneficencia, esto es buscando el bien del otro, por el que el médico siguiendo su exclusivo criterio personal era quien decidirá por el paciente. La creciente complejidad de la estructura sanitaria, los avances en la tecnología, el número de técnicas, la aparición de nuevas y complejas enfermedades junto con el reconocimiento de que el paciente no solo es paciente sino una persona con derechos y libertades fundamentales (y emociones, sentimientos, pensamientos valores y deseos propios) han provocado un salto a un nuevo tipo de relación médico paciente.⁷⁵

Los fundamentos éticos se estructuran hoy en dos niveles el primero es de obligado cumplimiento, cuyos contenidos suelen estar recogidos en las leyes y hacen referencia a la NO MALEFICIENCIA (Principio que exige que todas las personas sean tratadas con el mismo respeto y consideración social en los ordenes físico y psíquico), y a la JUSTICIA (que exige que todas las personas sean tratadas con el mismo respeto y consideración en el orden social). El segundo no es de un obligado cumplimiento si la ley no lo menciona explícitamente ,pero constituye un desiderátum al que como personas civilizadas y profesionales de la salud, debemos tender, y esta relacionado con la BENEFICENCIA(que explicita la obligación de hacer el bien tal y como cada uno lo entendemos, procurando siempre minimizar los riesgos previsibles) y con la AUTONOMÍA (que defiende la necesidad de considerar a los seres humanos capaces de tomar decisiones por si mismos en relación a todo lo que afecta a su entorno de vida)".⁷⁶

Como profesionales tenemos el deber ético de: evitar el mal, actuar con justicia y sin discriminación, buscar el bien en nuestros pacientes y respetar su autonomía, su voluntad y sus decisiones.

A lo largo de su corta historia el consentimiento informado ha sido definido de múltiples formas. El "Manual de Ética" de 1984 de Asociación Médica Americana dice que el CI "consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle

⁷⁵ op cit.

⁷⁶ Nettina (1999: 284)

su consentimiento para ser sometido a estos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada;⁷⁷

La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominación psicológica sobre el paciente”.

Todo lo referido en la definición anterior debe aplicarse también a los procedimientos diagnósticos.

Hoy es comúnmente aceptado que el CI es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico –paciente en virtud de la cual el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

Ahora cada cuál reclama una atención cuidadosa a su propia manera de construir y defender su autorrealización. Así uno querrá saber muchos detalles de antemano, incluyendo alternativas no habituales; otro pedirá más cautela y tiempo para aceptar las cosas, y un tercero puede preferir no conocer demasiado y delegar en parte las decisiones a tomar. Todas ellas pueden ser formas autónomas de acercamiento al hecho de vivir su enfermedad.⁷⁸

El CI no pretende llegar a ser un frío contrato legal; esto sería una lectura utilitarista y unilateral de su uso. Quiere ser fruto y también semilla, de un proceso de diálogo, precisamente más cálido que antes. El escrito firmado debe ser solo una garantía de que el enfermo ha tenido ante sí una ocasión pero no de haber aceptado casi coactivamente una larga lista de riesgos posibles sino de haber comprendido una propuesta y su balanza inherente de riesgos y beneficios.

¿A quién hay que dar información?

⁷⁷ Díaz (1998: 6)

⁷⁸ Grup de Treball sobre Consentiment Informat de la Comissió Assessora de Bioètica. Guia de recomanacions sobre el consentiment Informat. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat, Social .
Noviembre 1997. p.p. 8-9.

Al paciente si este da su autorización, también tienen derecho a recibir información los familiares y allegados.

Si el paciente es un menor de 12 años (de conformidad con lo previsto en el artículo 162.1 del Código Civil)y, a juicio del médico reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información y otorgar su consentimiento, el documento de CI será firmado por el, además de por sus padres o representante legal.⁷⁹

En los casos de menores de 12 años es recomendable valorar su capacidad de comprensión de información respecto de su proceso y o procedimientos que se van a realizar aunque corresponde a sus padre y o representante legal la firma del CI.

En incapacidad relativa, basada en los aspectos socioculturales u otros motivos

Es el médico quien tiene que determinar el alcance de la comprensión de la información previa al consentimiento. Si este lo cree conveniente consultando con el servicio de psiquiatría el grado de incapacidad del paciente.

Si a juicio del facultativo del paciente, aún siendo mayor de edad no tuviera capacidad de discernimiento para decidir acerca del procedimiento, debe requerirse el CI de los parientes y allegados más próximos, a quien legalmente corresponde la representación.

La información, tanto verbal como escrita, es una parte del acto asistencial, **NO SE PUEDE PEDIR SI SIN HABER EXISTIDO PREVIAMENTE UNA INFORMACIÓN.**

El lenguaje que debe emplearse en la información verbal debe adecuarse a las características de cada paciente, a su edad, a su nivel cultural y a su capacidad de comprensión.

La información escrita que se va a facilitar al paciente podrá estar predeterminada, en términos generales, particularizado cuando se considere necesario.

Si no es posible dar información en un momento determinado **DEBE** hacerse constar en la historia clínica, haciendo referencia a las

⁷⁹ Código Civil (2000: 395)

circunstancias por las que no sido posible facilitar dicha información, sin perjuicio que pueda ser facilitada en el momento oportuno.

Hay que informar sobre el proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico, y alternativas de tratamiento.

Nombre del procedimiento que se va a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en que consiste y en que forma se va a llevar a cabo.

Deberán describirse las consecuencias seguras de la intervención y o procedimiento que se consideren de importancia y o relevantes, los Beneficios a corto, mediano y largo plazo, los RIESGOS TIPICOS que suelen producirse o suelen esperarse en condiciones normales conforme a la experiencia y estado actual de la ciencia, incluyendo aquellos que siendo frecuentes pero excepcionales tienen consideración de muy graves.⁸⁰

Se deberán particularizar los riesgos personalizados relacionados con las circunstancias personales de los pacientes (estado previo de su salud, Su edad, profesión, creencia, valores y actitudes en los pacientes), o a cualquier otra circunstancia de análoga naturaleza.

Así mismo, se informará de los posibles PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS con sus riesgos molestias y efectos secundarios y la explicación que han guiado al profesional en su decisión de recomendar un procedimiento y no los otros.

La información debe ser lo mas completa y continuada posible. En términos generales se deberá valorar el momento en que se esta dando la información, pues puede tratarse de fases iniciales del diagnóstico, de fases de realización del diagnóstico diferencial, de fases de evolución de un tratamiento, etc. Es decir, momentos en que no se puede concretar una información o predecir un futuro, pero deberá ser en cada momento la información que sea posible dar.⁸¹

⁸⁰ Convenio Relativo a los derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa. Monografía y Documentos No.1 . Madrid . Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, (1997:15.)

⁸¹ op.cit. 68

El médico deberá recurrir a su habilidad y buen juicio valorando las estrategias a seguir para facilitar una información que sea comprensible y soportable por el paciente transmitiéndosela en forma gradual y con tacto, Debe ser adecuada a cada paciente, no deberá ser nunca un proceso mecánico o casual, empleando términos comprensibles a las capacidades individuales de cada paciente, SIMPLE, que no de lugar a confusión, usando la menor cantidad posible de palabras técnicas y VERDADERA.

Nunca se debe mentir, ni afirmar algo de lo que no se este seguro, si existen dudas por parte del médico, la información consistirá en expresar esas dudas. El médico deberá siempre comunicar al paciente los cambios o variaciones sobre la información inicial o devolución, la toma de decisiones que se van produciendo durante su proceso y el paciente siempre debe decidir sobre estas.

El médico deberá considerar el lugar mas oportuno para facilitar la información, la consulta, la habitación del paciente considerando que este debe ser apropiado para preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información.

La información es parte del acto médico y la comunicación entre el médico y el paciente siempre ha de ser bidireccional, han de escucharse atentamente y responderse las preguntas que quiere formular el paciente y comentar las observaciones que este considere. Aunque no es frecuente puede darse el caso de que un paciente rechace ser informado sobre su proceso y procedimientos que vayan a practicarse, en dicho caso debe reflejarse en la historia clínica esta circunstancia con la firma de un testigo si el paciente se niega a recibir información no significa que no de su autorización para realizar un procedimiento asumiendo su responsabilidad con la firma del documento del consentimiento informado.⁸²

Si el paciente decide ser atendido en otro centro o bien no acepta ninguna alternativa respecto de tratamiento que se le proponga, deberá solicitar y firmar su alta voluntaria que será también firmada por el médico responsable de su asistencia. Si el paciente se negara a ello corresponderá dar el alta a la dirección del centro correspondiente a propuesta del médico encargado del caso.

⁸² Dobler (2002. 48)

Existen casos en los que la obtención del CONSENTIMIENTO INFORMADO tiene sus excepciones:

- ✚ Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública. En este caso la no existencia del documento CI debido a un ingreso o tratamiento obligado por orden o autorización judicial, debe hacerse constar en la historia clínica.
- ✚ Cuando exista incapacidad para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas a él. En el caso de personas incapacitadas judicialmente, se deberá incluir en la historia clínica la sentencia declarativa de la incapacidad.
- ✚ Cuando el caso implica una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o de existir peligro de fallecimiento.⁸³

En este caso debe adecuarse la información al momento diagnóstico, comunicando la información disponible sobre las pruebas diagnósticas o tratamientos que se van a realizar. Si el paciente no está capacitado para firmar el CI podrá este ser firmado por el familiar allegado tras recibir la oportuna información. En caso de no existir familiares o allegados que puedan hacerse cargo de la firma del CI y si la urgencia es de carácter vital, no es necesaria la existencia de este documento y/o su firma pero debe hacerse constar en la historia clínica, no siendo necesario el documento para el procedimiento de urgencia.⁸⁴

- ✚ Cuando el procedimiento venga dictado por orden judicial, no es necesario obtener el CI.

En el ámbito del Derecho, la obtención del documento CI de forma adecuada y/o la referencia en la historia clínica de las incidencias habidas respecto de la información proporcionada al paciente y a sus familiares o allegados, no exonera al médico de la posible responsabilidad en que pudiera incurrir por mala *praxis*.

⁸³ Garduño (1996: 34)

⁸⁴ Leyes y Códigos de México. Ley General de Salud en Materia de Atención Médica (1997:359)

En el ámbito penal y respecto del delito de lesiones o mala *praxis*, la existencia del documento CI no exonera al médico que incurra en responsabilidad penal, excepto en los tres supuestos contemplados por el artículo 156 del Código Penal, esto es, en los trasplantes de órganos efectuados con arreglo a la ley esterilizaciones y cirugía transexual.⁸⁵

CAPITULO II. MARCO CONTEXTUAL.

2.1 CARACTERÍSTICAS JURIDICAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL.

La práctica de la enfermería, como la de cualquier otra disciplina biomédica, requiere de criterios éticos y jurídicos que, en conjunto, definan las reglas de comportamiento ante el proceso salud-enfermedad. Así, Eleonor Lambersten sostuvo: "Las definiciones de la práctica de la Enfermería se originan en dos campos, a saber: las leyes y las necesidades o autorizaciones de la sociedad"⁸⁶. En relación a esto cabe, recordar que existe un sin número de reglas, primero concebidas como principios científicos y éticos rectores de las distintas disciplinas biomédicas, que se encargan de la resolución de problemas específicos de convivencia con el propósito de proteger, preservar y recuperar la salud.

El proceso salud-enfermedad comprende dos facetas, las cuales están ligadas a factores biológicos, psicológicos y sociales. Este proceso esta condicionado por las características heredadas y adquiridas del ser humano, vinculadas con las estructuras sociales y los comportamientos individuales, los diferentes códigos, las tradiciones y las costumbres.⁸⁷

En los últimos años, la evolución de las formas sociales (entre ellas las jurídicas) ha tenido una influencia directa en la estructura individual, ha incidido en la responsabilidad y organización social y ha constituido un elemento de apoyo para conducir las relaciones sociales derivadas del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, este hecho no es nuevo, puesto que desde épocas pasadas el derecho ha contemplado la necesidad de incidir en este proceso, con el fin de brindar la seguridad necesaria para la resolución de los problemas

⁸⁵ Código Federal de Procedimientos Penales. Título decimosegundo, artículos 228, 229, 230.

⁸⁶ Lambertsen EC: (1983: .65).

⁸⁷ Brunner (2002: .38)

de convivencia que en cada época se han suscitado dentro del binomio salud-enfermedad.⁸⁸

Recordar lo anterior resulta muy útil, pues como dijo Winston Churchill: "Sin un sentido histórico, ningún hombre puede entender verdaderamente los problemas de nuestro tiempo"⁸⁹. No debe olvidarse que desde los tiempos de Hipócrates comenzaron a escribirse las primeras bases éticas con relevancia jurídica, cuando el juramento que lleva su nombre menciona: "Instituiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se unan al bajo el convenio y juramento que determina la ley médica. "Estableceré el régimen terapéutico de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos, ni induciré a nadie a sugerencias de tal especie, me abstendré igualmente de aplicar a las mujeres, pesarios abortivos, pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza."⁹⁰

Estos fragmentos hablan sobre los primeros lineamientos jurídicos que orientan la práctica de las disciplinas biomédicas y pueden aplicarse, en particular, a la Enfermería. También en Babilonia, el Código de Hammurabi ya contenía reglas que comprendían todo lo referente a las actividades médicas, incluso sanciones por ineptitud. La copia de estas leyes se encuentra grabada en un pilar de piedra de un templo, que hoy se puede observar en el museo del Louvre en París.⁹¹

La antigua civilización de los hebreos refleja la influencia tanto babilónica como egipcia, sobre todo en la Ley Mosaica, que incluye lo que puede considerarse como el primer código sanitario de la humanidad. Aun reviste importancia la máxima de Cicerón que indica: "Salus populi suprema lex est" (La salud del pueblo es la ley suprema). En este orden de ideas, se encuentra que el empleo de las reglas técnicas como fuente de obligaciones y derechos data desde la antigüedad. Otro ejemplo digno de mención se encuentra en el Derecho Náhuatl:⁹² "Era ley- dice Turquemada- que muriese sacrificado y abierto por los

⁸⁸ Poulanzas (1999: 174)

⁸⁹ Rogers: (1999: 121).

⁹⁰ Tucker (1998: 16)

⁹¹ Adam (2000: 31)

⁹² Flores (1986: 12).

pechos el que hiciera hechizos y maleficios..."Tal, disposición, dirigida al personal de salud, evito en su tiempo la proliferación de prácticas que atentaban contra la dignidad humana, sobre todo la de los pacientes.

La práctica de las disciplinas biomédicas en favor de la salud se realiza a través de actividades jurídicas orientadas al cumplimiento de las necesidades básicas. Sin duda, existen ciertas necesidades básicas comunes a toda la especie humana, las cuales deben satisfacerse para que el individuo logre su nivel óptimo de bienestar. En la actualidad, los problemas de convivencia derivados del proceso salud- enfermedad se encuentran determinados, sobre todo, por un cambio en la actitud del hombre frente a la vida, la enfermedad y la muerte, derivado del avance científico y tecnológico, por lo que resulta imprescindible la inclusión de normas de derecho con el fin de solucionar problemas de convivencia. Al respecto, se puede citar la opinión del celebre tratadista español Luís Recasens Siches:

"Toda norma jurídica positiva constituye un producto humano, algo que los hombres elaboran incitados por una necesidad social surgida de la convivencia o por un problema de cooperación que requiere ser solventado. Por consiguiente, toda norma jurídica es la respuesta práctica a un problema práctico, sentido como urgente solución"⁹³.

En la actualidad, el derecho debe evocarse a la resolución, entre otros, de los siguientes problemas de convivencia:

- Los problemas propios de la atención del paciente.
- Los problemas propios del uso de los recursos terapéuticos, sobre todo los inherentes al empleo de insumos para la salud.
- Los problemas propios del personal de salud; y,
- Los problemas propios del empleo de infraestructura para la salud.

El derecho va a responder a estos problemas a través de normas jurídicas que, por su naturaleza, resultan obligatorias tanto para el Estado como para los particulares. Tales normas son creadas con entendimiento para prescribir como debe el sujeto emplear los medios disponibles para alcanzar un fin

⁹³ Recasens SL: (1992: .30).

determinado. En estos términos, se conoce que la orientación de las normas jurídicas hacia la formulación de juicios cuyo propósito no es la explicación de los acontecimientos, sino la expresión de cómo deben los seres humanos desarrollar su actividad a fin de producir determinadas consecuencias verdaderas, estimadas con anticipación como las adecuadas.

Cuando se habla de normas jurídicas, no se pueden observar como el conjunto de reglas yuxtapuestas e incoordinadas, sino que deben considerarse como partes integrantes de un todo unitario, es decir de un orden jurídico. La idea de orden jurídico presupone la existencia de un sistema normativo dentro del cual existe una estructura jerárquica, y en donde las diferentes normas pasan a ocupar diversos estratos, de los cuales el inferior está determinado por el inmediato superior, hasta llegar a las normas primigenias, que no son otras que las constitucionales.⁹⁴

El punto de partida siempre será el conjunto de reglas constitucionales, mismo que determina al siguiente estadio: las normas ordinarias, que a su vez determinan y sustentan al siguiente grupo: las normas reglamentarias; estas se encuentran superpuestas a las que componen la base de la pirámide, es decir las normas individualizadas. En resumen, la gradación del orden jurídico deriva de una de las particularidades del derecho, que al mismo tiempo regula su propia creación, pues es una norma la que determina como otra debe ser creada, y además, en una medida variable, cual debe ser su contenido.

Expuesto lo anterior, se puede hablar de los principales cuerpos normativos que, dentro del orden jurídico mexicano, regulan la práctica de la enfermería. Estos cuerpos normativos, complementados con el cúmulo de principios científicos y éticos que rigen a esta disciplina, pueden brindar una solución jurídica a los cuatro problemas de convivencia ya mencionados.⁹⁵ En la

⁹⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁹⁵ Casa Madrid (1987: .60)

actualidad, los servicios de salud están regidos aproximadamente por 350 ordenamientos que incluyen leyes, convenciones internacionales, reglamentos, decretos, normas oficiales, acuerdos e instructivos de diferente índole, mismos que por su extensión no pueden ser analizados en su totalidad en esta ocasión.

Dentro de las normas constitucionales se encuentra lo previsto en los artículos 4º, 5º y 123 de la Carta Constitucional. Dentro de las normas ordinarias están las siguientes:

- La ley reglamentaria del artículo 5º. constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal (denominada a menudo Ley de Profesiones)
- El Código Civil para el Distrito Federal en materia común, y para toda la República en materia federal
- La Ley Federal del Trabajo
- La Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado
- La Ley General de Salud

Por lo que a las disposiciones reglamentarias se refiere, esta el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Estas son las disposiciones y cuerpos normativos que, de manera esquemática, se analizarán en el presente trabajo.

2.2 ASPECTOS CONSTITUCIONALES.

Conforme a lo expuesto en el artículo 79 de la Ley General de Salud, la Enfermería queda comprendida dentro de las disciplinas para la salud. Su

ejercicio podrá desarrollarse mediante actividades de carácter auxiliar, técnico profesional o de posgrado. Así que para tal efecto, es necesario contar con la preparación académica suficiente, avalada mediante un certificado, diploma o título profesional legalmente expedido y registrado ante la autoridad educativa. De este modo, para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares, el documento que habrá de amparar el nivel de preparación será un certificado de estudios; para el ejercicio de la enfermería a nivel profesional, el documento necesario será el título, mientras que para la acreditación del carácter de especialista el documento idóneo será un certificado de especialización. Para la acreditación de la Maestría o del Doctorado, será menester contar con el documento que avale el grado de que se trate.⁹⁶

Una vez registrado el documento que comprueba la preparación académica respectiva, la autoridad educativa habrá de expedir la cédula profesional con efectos de patente al personal de enfermería de nivel técnico (enfermera), profesional (Lic. En enfermería y obstetricia), o de maestría o doctorado. Con respecto a la naturaleza jurídica de la cédula profesional, esta solo tiene el carácter de documento probatorio de la legitimidad de la documentación académica. En otros términos: debido a que el artículo 5° solo exige el título profesional, de acuerdo a lo que la propia Constitución señala, surgió la necesidad de establecer un procedimiento para comprobar, en todo el territorio nacional, que los títulos han sido expedidos de acuerdo con las leyes. Por ello, se contempló en la Ley de Profesionales la emisión de la cédula profesional, misma que por un lado, acredita el registro de los documentos académicos ante la Dirección General de Profesiones, y por otro, identifica al profesionista

⁹⁶ Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (1996: 101)

en sus actividades profesionales.⁹⁷ La documentación académica, para ser registrada ante la Secretaría de Educación Pública (Dirección General de Profesiones), tiene que haber sido emitida por:

- Instituciones públicas, sean centralizadas o descentralizadas, que actúen en coordinación con la Secretaría de Educación Pública.
- Instituciones de educación superior autónomas por ley, e
- Instituciones particulares que tengan reconocimiento de validez oficial de estudios.

Entre los problemas que se relacionan de modo directo con la práctica de la Enfermería se encuentra el derivado de la necesidad de contar con una delimitación jurídica de los campos de actividad para el personal auxiliar, técnico y profesional que se dedica al ejercicio de la disciplina, mismo que aun no encuentra una solución eficaz. Al respecto, el artículo 4° de la Ley de Profesiones señala: "El Ejecutivo Federal, previo dictamen de la Dirección General de Profesiones emitido por conducto de la Secretaría de Educación Pública, y escuchando el parecer de los colegios de profesionistas y de las comisiones técnicas que se organicen para cada profesión, expedirá los reglamentos que delimiten los campos de acción de cada profesión, así como el de las ramas correspondientes, y los límites para el ejercicio de las mismas profesiones". Hasta el momento, tal disposición no se ha cristalizado en los reglamentos mencionados, razón por la cual es imprescindible insistir en la emisión de tales disposiciones.

⁹⁷ Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en D.F.

Por tanto, será menester seguir utilizando los principios científicos y éticos rectores de la disciplina para la resolución de esta álgida cuestión hasta que sean emitidos los reglamentos de referencia.

“Una constitución es un acto en el que están determinados los derechos políticos de una nación y la forma de su gobierno, es decir, la organización de los poderes públicos; una constitución es la ley fundamental del país que estructura los poderes supremos y garantiza los derechos el hombre”⁹⁸. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4° párrafo tercero: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

La salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, es ámbito predilecto de la sociedad, y se debe manifestar en una vida sana y de mejor calidad. Aunque la vida y la salud no pueden ser garantizados por el Estado ni por la sociedad, si se puede garantizar su protección. El derecho a la protección de la salud persigue, entre otras, las siguientes finalidades:

- Impulsar los conocimientos técnicos y sociales para el adecuado aprovechamiento y empleo de los servicios de salud y,
- Desarrollar la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

Este derecho trasciende a los actuales esquemas administrativos y jurídicos de los servicios de salud. Por tanto, el derecho a la protección de la salud es el primer factor que influye en la práctica de la enfermería, ya que al exigir una

⁹⁸ Soberon AG (1987: .4)

mayor cobertura de los servicios de salud necesita también una modificación en cuanto al patrón del ejercicio de la disciplina.⁹⁹

Como parte de los recursos humanos dedicados a las múltiples actividades de atención de salud, el personal de enfermería debe ser reorientado hacia su amplia distribución en los servicios sanitarios y asistenciales que son muy complejos, tanto como por las categorías que existen en los mismos. Esta actividad, igual que otras disciplinas, esta concentrada en las grandes urbes y en los grandes centros hospitalarios. En muchos de los casos existe subutilización de las capacidades y potenciales, pues realizan diversas funciones debido a la nula definición del perfil profesional. Por consiguiente, para el cumplimiento adecuado del derecho a la protección de la salud se necesita:¹⁰⁰

- Crear el mayor número de recursos humanos altamente capacitados y especializados que proporcionen cuidados y atención de la salud, de acuerdo a las necesidades y requerimientos de la colectividad.
- Que el personal de enfermería se sienta obligado a colaborar en forma dinámica con los equipos multidisciplinarios, para contribuir a la solución de los problemas que presenta la población en el proceso salud-enfermedad y favorecer la eficiencia del individuo dentro del sistema de salud.
- Estimular la participación del personal de enfermería en actividades docentes y de investigación para la salud, y

⁹⁹ Campbell, (1987: 33)

¹⁰⁰ Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). La Clasificación para la Práctica de Enfermería: Un Marco Unificador .La Versión Alfa. Ginebra 1996.

- Adecuar la distribución del personal de enfermería, a nivel nacional, dando preferencia al primer nivel de atención.

El segundo precepto que influye en la práctica de enfermería se estipula en el artículo 5° constitucional, que para garantizar la libertad de trabajo ordena: "A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos". De lo anterior, se sigue que la práctica de la Enfermería, conforme al texto constitucional enunciado, podrá llevarse a efecto mediante dos tipos de relaciones jurídicas, que son: a) relación de carácter civil, y b) relación de carácter laboral.

En el primer caso, la enfermera se encuentra ante una especie de relación jurídica derivada de la práctica de la Enfermería como una profesión liberal, a pesar de que el nivel de preparación del prestador del servicio no sea estrictamente el de una licenciatura. Ahora bien, en el segundo caso, la enfermera está en presencia de relaciones jurídicas en las cuales impera una subordinación y dependencia del prestador del servicio ante un patrón, sea cual fuere el nivel de preparación del prestador del servicio. O dicho en otros términos: mientras el ejercicio liberal de la Enfermería presupone una igualdad de las partes contratantes, es decir, el prestador del servicio y el beneficiario del mismo, en el segundo supuesto el prestador del servicio no se encuentra en un plano de igualdad frente a quien contrata sus servicios.¹⁰¹

Como puede observarse, bajo el amparo de la garantía aludida (es decir, la libertad de trabajo) se establece posibilidad jurídica de prestar servicios de Enfermería aunque estos no sean derivados de una relación de trabajo. Además, ha quedado planteada bajo la Constitución la posibilidad de ejercer la

¹⁰¹ Carpenito (1995: 4)

Enfermería, a merced de una relación laboral, sea de nivel auxiliar, técnico, profesional o de especialidad.

Sin embargo, entendiendo el Constituyente el estado de virtual desigualdad inherente a las relaciones de trabajo, busco equilibrar a los trabajadores frente a sus patrones. Como fruto de lo anterior, surge el Artículo 123 Constitucional, el cual abundando sobre la regulación jurídica de las relaciones de trabajo, establece un mínimo de derechos en beneficio de los trabajadores.¹⁰²

Estos derechos son aplicables al personal de enfermería, tanto para el caso de que dicho personal preste sus servicios en un establecimiento público como para el supuesto de que el servicio se realice dentro de un establecimiento privado.

Entre los innumerables derechos previstos están:

- El establecimiento de jornadas máximas de trabajo.
- El establecimiento de días de descanso y vacaciones.
- El establecimiento de un régimen jurídico especial para la protección de las madres trabajadoras y de los hijos de esta.
- El establecimiento de salarios mínimos.
- La fijación de normas protectoras al salario.
- La igualdad entre los trabajadores.
- El establecimiento de un régimen de seguridad e higiene en el trabajo
- El derecho de los trabajadores para coaligarse en defensa de sus intereses.

¹⁰² Ley Federal del Trabajo (2000: .20)

- El derecho de huelga
- El establecimiento de tribunales del trabajo.
- La estabilidad en el empleo y,
- El establecimiento de la seguridad social.

2.3 Prestación de los servicios de enfermería por medio de una relación laboral

Como ha sido expuesto, una de las dos formas para la prestación de servicios de enfermería, acaso la mas frecuente en la práctica, es mediante una relación de trabajo. En esos términos, se conoce que son dos leyes las encargadas de regular esta especie de relación jurídica: la Ley Federal del Trabajo y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.¹⁰³

El primer ordenamiento resultará aplicable a toda relación de trabajo, con excepción de los casos en que el servicio personal subordinado se preste a las dependencias de los Poderes de la unión o en beneficio de los diversos organismos descentralizados que tengan a su cargo funciones de servicio publico.¹⁰⁴

En esos casos resultara aplicable, en primera instancia, el segundo de los cuerpos normativos mencionados, y solo para lo no previsto por dicha ley cuando se aplicará, en si lugar, la Ley Federal del Trabajo. Dado que las nociones fundamentales del derecho laboral se encuentran previstas en la Ley

¹⁰³ Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (2000; 96).

¹⁰⁴ Casa Madrid (1987: .60)

Federal del Trabajo, a continuación se mencionaran, de manera esquemática, las principales.

El artículo 8° señala: "Trabajador es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado". Para los efectos de ese ordenamiento, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, sin tener en cuenta el grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio.¹⁰⁵

En contra partida, el artículo 10 de esta ley manifiesta:

"patrón es la persona física o moral que utiliza los servicios de uno o de varios trabajadores". De lo anterior se desprende que la práctica de la Enfermería, a merced de esta relación jurídica, se podrá desarrollar en las siguientes áreas:

- Instituciones de salud de carácter público
- Instituciones educativas
- Instituciones medicas de carácter privado
- Servicios de salud ocupacional, y
- Consultorios médicos

Por relación de trabajo, conforme a lo dispuesto por el artículo 20 de la Ley, se entenderá "la prestación de un trabajo personal subordinado a una persona mediante el pago de un salario". La causa jurídica de una relación de trabajo puede ser de origen muy diverso.

Así, se encuentra que esta especie de relación es determinada por un contrato de trabajo, un nombramiento o una lista de raya. El contrato de trabajo queda definido como "aquel por virtud del cual una persona e obliga a prestar a otra

¹⁰⁵ Ibidem .

un trabajo personal subordinado mediante el pago de un salario". Sin embargo, la relación de trabajo, sin importar su origen, causa jurídica o denominación, lleva consigo los mismos efectos del contrato.

Al hablar de relación de trabajo, solo habrá que constar su existencia para que los derechos de los trabajadores estén protegidos. La relación de trabajo debe encontrarse formalizada en forma documental, y es imputable al patrón la falta de los escritos respectivos.

Toda persona que preste un servicio personal subordinado tendrá derecho a percibir un salario remunerador. Para esto, solo es suficiente que acredite la existencia de una relación de trabajo, y la omisión del patrón para emitir el contrato o nombramiento correspondiente no constituye un obstáculo para la protección de sus derechos. El escrito en el que consten las condiciones de trabajo, al tenor del artículo 25 de la Ley Federal del Trabajo, deberá contener.

- Nombre, nacionalidad, edad, sexo, estado civil y domicilio del trabajador y del patrón.
- Si la relación de trabajo es para obra o tiempo indeterminado.
- El servicio o servicios que deban prestarse, los que se determinaran con mayor precisión posible.
- El lugar o los lugares donde deba prestarse el trabajo.
- La duración de la jornada.
- La forma y monto del salario.
- El día y el lugar de pago del salario.

- La indicación de que el trabajador será capacitado o adiestrado en los términos de los planes y programas establecidos conforme a la ley, y
- Otras condiciones de trabajo, tales como días de descanso, vacaciones y otros que convengan el trabajador y el patrón.

Tal documento operara, tratándose de una relación de trabajador, regida por el apartado A del artículo 123 Constitucional. Cuando la relación se establezca conforme a lo que dispone el apartado B del señalado precepto, el documento idóneo será un nombramiento, instrumento jurídico que deberá contener, conforme al artículo 15 de la Ley Federal del Trabajo Burocrático, lo siguiente:

- Nombre, nacionalidad, edad, sexo, estado civil y domicilio.
- Los servicios que deban prestarse, que se determinaran con mayor precisión posible.
- El carácter de nombramiento.
- La duración de la jornada de trabajo
- El sueldo y demás prestaciones que habrá de percibir el trabajador, y
- El lugar en que prestara sus servicios.

En relación a la documentación aludida, no resulta inútil reiterar que la falta de la misma siempre será imputable al patrón.

La duración de la relación de trabajo se sustenta en el principio laboral de estabilidad en el empleo, en virtud del cual soleen casos excepcionales será posible contratar a un trabajador por tiempo u obra determinados, o dicho en

otros términos; la regla general indica que un trabajador habrá de ser contratado de manera permanente, y solo podrá ser separado del empleo en aquellos expresamente determinados por las leyes.

De ese modo, y de conformidad con el artículo 36 de la ley Federal del Trabajo, el señalamiento de una obra determina solo puede estipularse cuando lo exija la naturaleza del trabajo a desarrollar. De manera análoga, el señalamiento de un tiempo determinado solo podrá estipularse en los casos siguientes:

- Cuando lo exija la naturaleza del trabajo a desarrollar.
- Cuando tenga por objeto sustituir temporalmente a otro trabajador, y
- En el caso de servicio social previo a la obtención del título profesional.

Por lo que se refiere a la prestación de servicios laborales del personal de enfermería, sujeta al régimen del apartado B, se encuentra que la temporalidad de la relación de trabajo se sujetara a principios análogos a los de la Ley Federal de Trabajo, con algunas pequeñas variantes. De ese modo, el personal contratado en forma permanente tendrá un nombramiento denominado definitivo: el contrato por tiempo determinado podrá contar con nombramiento de interino o por tiempo fijo, según se trate de personal que sustituya temporalmente a otro o cuando la naturaleza del trabajo exija la contratación por un plazo improrrogable, respectivamente. Junto con los anteriores tipos de nombramiento se encuentra, además, el pactado para obra determinada, mismo que se encuentra sujeto a las mismas reglas señaladas en la Ley federal del Trabajo y, por último, el nombramiento de carácter provisional cuando se trate de plazas pendientes de dictamen por la Comisión Mixta de

Escalafón, o para el caso de personal cuyo despido se encuentre en trámite judicial.

Siguiendo el principio de estabilidad en el empleo, un trabajador solo cesará en el desempeño del trabajo contratado por defunción, incapacidad, renuncia o despido. Un trabajador solo podrá ser despedido cuando la relación de trabajo se fundamente en el apartado A del artículo 123 Constitucional, en los supuestos a que alude el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo, que son:

- Que el trabajador engañe al patrón, o en su caso, al sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado, con certificados o referencias falsas en los que se atribuyan al trabajador capacidades, aptitudes o facultades de las que carezca.
- Que el trabajador incurra, dentro de la empresa o establecimiento, en actos de violencia, faltas de respeto a sus superiores, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia.
- Que el trabajador cometa contra algunos de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en el inciso anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeñe el trabajo.
- Que el trabajador cometa, fuera del servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo o administrativo, algunos actos mencionados en el inciso b, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo.
- Que el trabajador ocasione, intencionalmente perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los

edificios, obras, instrumental y demás objetos relacionados con el trabajo.

- Que el trabajador ocasione los perjuicios aludidos en el inciso anterior – siempre que sean graves sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio.
- Que el trabajador comprometa, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en el.
- Que el trabajador cometa actos inmorales en el establecimiento o lugar de trabajo.
- Que el trabajador de a conocer asuntos de carácter reservado con perjuicio el patrón (en este caso el límite es el secreto profesional).
- Que el trabajador tenga más de tres faltas de asistencia en un periodo de 30 días, sin permiso del patrón o sin causa justificada.
- Que el trabajador desobedezca al patrón o a sus representantes sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado.
- Que el trabajador se niegue a adoptar las medidas de seguridad e higiene en el trabajo.
- Que el trabajador concurra a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de estupefacientes o psicotrópicos, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica.

- Que existan una sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo, y
- Las análogas a las anteriores, igualmente graves y de consecuencias semejantes, en lo que al tratamiento se refiere.

Cuando el personal de enfermería se encuentra empleado en virtud de una relación de trabajo sujeta al régimen del apartado B del multicitado artículo 123 constitucional, las causas para el despido serán similares.

2.4 Prestación de los servicios de enfermería mediante una relación civil

Las relaciones de carácter civil son reguladas por lo previsto en el Código Civil para el Distrito Federal. En esos términos, la prestación de los servicios de Enfermería derivada de una relación civil podrá originarse exclusivamente en un contrato, que no es otro que el de prestación de servicios profesionales. Un contrato, al tenor de lo previsto por el ordenamiento aludido, es un acuerdo de dos o más personas destinado a producir o transferir obligaciones y derechos. De acuerdo con la definición señalada, existirá un contrato en el momento en que exista el simple acuerdo de voluntades entre las partes contratantes; de ese modo, no en todos los casos será menester formalizar el compromiso respectivo mediante un escrito.¹⁰⁶ Ello resulta muy importante sobre todo en el caso del contrato de prestación de servicios profesionales, puesto que la Ley no exige mayores formalidades para su otorgamiento y validez. Dentro del marco previsto por el propio Código Civil, se puede definir al Contrato de

¹⁰⁶ Código Civil para el Distrito Federal (2000: 16)

Prestación de Servicios Profesionales de enfermería de esta manera: "Es un contrato por virtud del cual un profesional de la Enfermería, mediante una remuneración que toma el nombre de honorarios, se obliga a prestar a un paciente servicios de Enfermería limitados al ámbito de preparación que posea el o la profesional de que se trate".

Las principales características del contrato a examen son las siguientes:

- Es un contrato que genera obligaciones y derechos, tanto para la enfermera como para el paciente.
- No se requiere formalidad especial para su otorgamiento. Por ende, el contrato quedara perfeccionado con el mero consentimiento de las partes, es decir, el acuerdo de voluntades.
- Es un contrato celebrado en razón a la identidad y capacidad profesional del prestador del servicio, toda vez que el paciente decide contratar los servicios de un profesional de la enfermería atendiendo a la información que posea respecto a su capacidad y prestigio profesionales.
- Es un contrato a titulo oneroso, por que de el derivan provechos y gravámenes recíprocos. Para la enfermera, el provecho es la remuneración que cobra (honorarios) y el gravamen estará constituido por el pago de servicio recibido.

El servicio de Enfermería a desarrollar deberá reunir dos características fundamentales:

- Habrá de ser posible, y

- Constituirse en lícito.

De este modo el artículo 1828 del Código Civil establece: "Es imposible el hecho que puede existir porque es incompatible con una ley de naturaleza o con una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización". Además, el artículo 1829 indica: "No se considera imposible el hecho que no pueda ejecutarse por el obligado, pero sí por otra persona en el lugar de él". De acuerdo con lo dispuesto por dichos preceptos, se entiende que están desterradas jurídicamente las inasibles obligaciones de curaciones milagrosas o cualquier otra actividad de Enfermería de irrealizable factibilidad. Por lo que hace a la licitud del servicio, resulta obvio decir que no podrá constituirse en objeto del contrato la prestación de servicios de Enfermería para la comisión de homicidios, para inferir lesiones injustificadas, para la práctica de abortos y, en general, para la realización de actos contrario al derecho.

Dentro de los requerimientos establecidos para esta especie de contratación, destaca, de manera preponderante, el relativo a la capacidad de la enfermera.

De tal suerte, será menester que la profesional respectiva cuente con la documentación académica enunciada con anterioridad y, en su caso, con la cédula profesional cuando el personal sea enfermera básica, Lic. En Enfermería u ostente un posgrado.

Las obligaciones inherentes a la prestación de servicios de Enfermería, mediante una relación de carácter civil, son las siguientes:

Obligaciones del personal de enfermería

- Prestar sus servicios de acuerdo con los principios científicos y éticos que rigen la práctica de esta disciplina.

- Respeto al secreto profesional.
- Responder civilmente, mediante el pago de daños y perjuicios, en caso de negligencia, impericia o dolo.
- Prestar sus servicios en forma personal y oportuna.
- Actuar conforme a indicaciones médicas.
- Proporcionar atención de enfermería procurando comodidad, alivio y rehabilitación, tanto en la esfera física como en la mental y social, y
- Cumplir con lo que, en su caso, dispongan las normas sanitarias.

Obligaciones del paciente

- Pagar los honorarios de la Enfermera atendiendo al conjunto de los siguientes criterios: la importancia del servicio, la costumbre del lugar, sus posibilidades económicas y la reputación profesional de la Enfermera.
- Pagar las expensas, es decir, los gastos erogados por la Enfermera en cuanto a insumos.
- Pagar en el plazo convenido, y
- Pagar los honorarios en el domicilio de la Enfermera.

2.5 Aspectos de Derecho Sanitario

Como se mencionó antes, la regulación sanitaria de la práctica de la Enfermería encuentra fundamentalmente establecida en la Ley General de Salud y en el Reglamento de esta en materia de prestación de servicios de

atención médica. Las obligaciones contenidas en tales cuerpos normativos se constituyen en complementarias de las disposiciones laborales y civiles previamente examinadas, o dicho en otros términos, la prestación de los servicios de Enfermería (ya sea mediante una relación laboral o una relación de carácter civil) siempre deberá ser cumplida, amén de otras disposiciones, con la legislación sanitaria.¹⁰⁷

A continuación se enunciarán, de manera breve, las principales obligaciones a cumplir por parte del personal:

- Solo podrá desarrollar su actividad conforme a los principios científicos y éticos de la práctica de la Enfermería.
- Solo podrá desarrollar su actividad si cuenta con la documentación académica necesaria, registrada ante la autoridad educativa.
- Solo podrá desarrollar las actividades que su preparación académica le permita.
- Deberá participar en la atención de pacientes en caso de urgencias.
- Deberá realizar su actividad si cuenta con el consentimiento del paciente, sus familiares o representante legal cuando corresponda.
- Deberá notificar a la autoridad sanitaria de los casos de afecciones transmisibles a la brevedad.
- Deberá notificar al Ministerio Público de los casos de afecciones o fallecimientos presumiblemente vinculados a hechos ilícitos.
- Deberá participar en programas de educación para la salud.

¹⁰⁷ Ley General de Salud. (2000: 28)

- Deberá allegarse los insumos indispensables para su práctica profesional.
- En caso de aplicación de vacunas, hacer las anotaciones respectivas en la cartilla nacional de vacunación.
- Portar un gafete, con fotografía, autorizado por la institución o establecimiento en que preste sus servicios.

Como se habrá podido observar, estos son solo algunos señalamientos generales con respecto al siempre interesante y polémico régimen jurídico de la Enfermería. Sin duda quedan muchas cosas por decir, incluso por quienes elaboran las distintas normas jurídicas; lo importante será que el personal de salud, y sobre todo el de Enfermería, participe de manera más activa en su elaboración

CAPITULO III. MARCO TEORICO REFERENCIAL.

3.1 ETICA DE LA RELACION PROFESIONAL CON EL PACIENTE.

El desarrollo científico y tecnológico parecer ser un proceso automático sujeto a imperativos cuya fuerza no puede anularse mediante exigencias bioéticas. Nadie puede producir cambios efectivos en comportamiento de grupos. Este desarrollo hace desaparecer a la ética aplicada, pero al mismo tiempo la hace cada vez mas necesaria.¹⁰⁸

El hombre cada día sabe mas, pero se entiende de menos a si mismo, a la humanidad y al mundo que lo rodea. Esto sucede por que el potencial técnico y

¹⁰⁸ Potter Rován. (2003: 44).

científico no corresponde a su nivel de objetividad. Se preocupa por utilizar los adelantos, pero no por sus consecuencias bioéticas. En la sociedad moderna, este adelanto ha seguido un ritmo mucho más acelerado que el compromiso bioético de los involucrados en su manejo y esto exige actualización de los modelos tradicionales y éticos que solían ser parte de la ciencia y arte de curar.¹⁰⁹

La bioética no puede ni pretende limitar a la ciencia ni a la tecnología. Los beneficios que producen en la práctica son menores y su difusión provoca la exigencia de aplicación tanto del médico como del paciente. La confrontación de estos adelantos con la ética, producirá fricciones y diferentes puntos de vista. Encomendar la aclaración de estos problemas bioéticos simplemente al sentido común de cada Enfermera sería insuficiente, disparate y hasta ingenuo.¹¹⁰

“EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA”

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Debe ser primordial el trato amable y cortés, amigable, pero sin sumisión; sin embargo, debe ser el suficiente al tratar con enfermos o familiares con gran carga psicológica y tensión mental desencadenada por el proceso en el que se halla inmersa y la necesidad de orientar quizá hasta de comprensión y consuelo. Esto es válido para pacientes ambulatorios, hospitalizados o, ambos, cuya angustia trasciende su tranquila actitud, tornándose insistente, imperativa y ocasionalmente agresiva.

¹⁰⁹ Doenges (1992:103)

¹¹⁰ Garza (2000: 64-65.9)

La enfermera debe comprender que no trata con personas sanas, sino con enfermos o sus familiares portadores de padecimientos con distinta gravedad (que posiblemente no comprende) y con deseos de encontrar alguien que los auxilie e informe con lenguaje comprensible, paciencia y amabilidad.

ACTITUD LABORAL

En caso de no estar de acuerdo con alguna indicación médica o considerarla inadecuada para el paciente, se deberá comentar con el médico asignado para solucionar esta situación.

APTITUDES NECESARIAS

Para Desempeñar las cuatro responsabilidades fundamentales:

- a) Promover la salud
- b) Prevenir enfermedades
- c) Restaurar la salud
- d) Aliviar el sufrimiento

La necesidad de cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería.¹¹¹

No se hará distinción fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, sexo, opinión política o posición social.

La Enfermera proporcionará servicios de enfermería al individuo, la familia y a la comunidad y coordinará sus actividades con otros grupos con los que tiene relación.

¹¹¹ Gordon (1996: 182)

LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS

La primera responsabilidad de la enfermera es la consideración de las personas que necesitan su atención profesional. Al proporcionar atención, la enfermera crea un medio en el que se respetan los valores, costumbres y las creencias de las personas. La enfermera mantiene reserva sobre la información personal que recibe y decide juiciosamente cuando ha de compartir con alguien.¹¹²

LA ENFERMERA Y EL EJERCICIO DE ENFERMERÍA

La Enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación continua. La Enfermera mantiene la máxima calidad de atención posible en la realidad de la situación específica.

La Enfermera decidirá juiciosamente su competencia individual al aceptar o delegar responsabilidades. Cuando realiza una actividad profesional, la Enfermera debe mantener en todo momento la conducta irreprochable que corresponde a su profesión.

LA ENFERMERA Y LA SOCIEDAD

La Enfermera comparte con los demás ciudadanos la responsabilidad de iniciar y apoyar actividades que satisfagan las necesidades de salud y sociales de la colectividad.

¹¹² Kubler (1998: 59-61).

LAS ENFERMERAS Y SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO

La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de enfermería o en otros campos. La Enfermera debe obrar en consecuencia cuando las atenciones que recibe alguien son puestas en peligro por el colega u otra persona.

LA ENFERMERA Y SU PROFESIÓN

A las Enfermeras corresponde la principal responsabilidad en la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de Enfermería. Las enfermeras contribuyen activamente al desarrollo de acervo de conocimientos propios de su profesión. Por medio de sus asociaciones profesionales las enfermeras participan en el establecimiento y mantenimiento de condiciones de trabajo de enfermería que sean económicas y socialmente justas.

Dentro de la enfermería debería haber profesionales de la bioética para resolver cada uno de los problemas bioéticos que puedan presentarse en el ejercicio profesional.

Por tal motivo es de suma importancia que el personal de Enfermería lleve a cabo cada uno de estos puntos para brindarle a el paciente la mejor calidad de atención y con principios bioéticos.

RELACION ENFERMERA PACIENTE

La relación entre la Enfermera y paciente surge de manera especial en donde aparecen determinados deberes y obligaciones las cuales van mas allá del alcance de las relaciones sociales comunes, donde estas deben estar basadas en la confianza, la dignidad y el valor de todos los seres humanos, cuya finalidad sea aplicarle los cuidados necesarios así los conocimientos y destrezas que toda enfermera/o puede tener.

Consideramos que la relación que se da entre un enfermero/a y un paciente esta más ligada que la del médico porque esta influenciada por un conjunto de conocimientos valores principios y creencias tiene el paciente como del enfermero/a mismo; esta relación efectiva hace que un enfermero/a de el afecto necesario al paciente que le entregue en sus manos la vida basándose en la misma experiencia que conlleva.

Algunas veces el mismo hospital lleva a la deshumanización de los enfermero/as por la gran cantidad de pacientes que están y la falta de enfermero/as, obliigando a ignorar la relación que existe, también porque hay médicos que no saben hacer su trabajo y la responsabilidad se la dejan al enfermero/a porque esta más capacitado para realizar sus labores que le corresponden. El rol que juega un enfermero/a es de cuidar ayudar y mantener la salud comprendiendo al propio paciente en su dolor respetando cada creencia que tiene el paciente; el enfermero/a reconoce, defiende y respeta la conciencia moral en su autonomía. Aceptando al otro como es sin distinción de raza, sexo y religión que cada día que pasa no va ser lo mismo sino hasta el final de su estancia en el hospital.

Enamorarse de la carrera es también de cada paciente que se le asigne con respeto, independencia, honestidad, libertad, comunicación discreción y confidencialidad porque cada paciente es una misión y un apostolado¹¹³. Llevar al máximo la licenciatura porque no es simplemente tomar los signos vitales va más allá de eso, teniendo la satisfacción de que el paciente se recupera gracias al esfuerzo del enfermero/a que cada día sale de su casa y no por obligación sino por el gusto de servir a la humanidad.¹¹⁴

Es un privilegio porque conoces a más familias del paciente que buscan una pronta recuperación de su familiar, es decir, el enfermero/a es psicólogo, trabajador social, tanatólogo y en algunos casos hasta médico que le brinda cuidado al paciente y a su familia.

La relación enfermera paciente es especial y hay deberes y obligaciones tanto del profesional de salud como del paciente se basa tanto en relaciones sociales como en comunes para que esta sea eficaz debe haber confianza y dignidad.

Esta relación también se basa en valores, principios y creencias tanto del enfermero como del paciente mismo y se debe proporcionar afecto para que el paciente sobresalga en su estado de salud.¹¹⁵

Interacción entre personas que se produce en el quehacer clínico y tiene

3 objetivos:

- Satisfacción por la atención recibida
- Conservación y recuperación de la salud

¹¹⁴ Pastor, (2000) p44.

¹¹⁵ Enfermería y Humanismo. Rev. IMSS 2000, Vol. 8 (2) p.p 61-67

- Limitación del daño o rehabilitación lograda.

La enfermera tiene también objetivos como satisfacción personal por poder ayudar al paciente, experiencia laboral y una remuneración por la labor que lleva a cabo.

ELEMENTOS QUE PUEDEN FAVORECER O ENTORPECER LA RELACION.

Actuar en el mejor interés del paciente

Juicio clínico

Escuchar, informar, orientar y atender al enfermo

Empatía y optimización

Secreto profesional

PACIENTE

Asumir responsabilidad del cuidado de su salud

Toma de decisiones y seguir indicaciones

Información necesaria y veraz para mejorar su cuidado

Tener confianza

A través de los años, el personal de Enfermería ha luchado para ser reconocido, y año con año ha ido cambiando la forma de pensar de los y las Enfermeras de nuestro país, todo con la intención de satisfacer al usuario de los servicios de salud.

La misión del personal de enfermería se centra en ofrecer servicios asistenciales con sentido humanitario a la persona, familia o comunidad, todo esto en las esferas de la prevención, promoción, curación y rehabilitación del paciente, sustentados en una sólida formación académica, dominio de la disciplina y valores éticos de la profesión.¹¹⁶

Así mismo se tiene la visión de formar profesionales de la salud con conocimientos adecuados para las funciones asistenciales, administrativas, docentes de investigación y últimamente de ejercicio libre de la profesión. Lo anterior debe de contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios, y un sistema educativo regulado en su apertura y funcionamiento acreditado por la calidad de la formación que ofrece y coordinado con los servicios de atención.

ENTORNO DE TRABAJO

Es muy importante un buen entorno laboral pues de esto dependerá la calidad de atención que el personal de Enfermería pueda ofrecer, este punto abarca el espacio físico, el material y los conocimientos y habilidades que posea el personal de enfermería para el ejercicio de su profesión.

Todas estas son las características que el personal de Enfermería debe poseer sea cual sea su lugar de trabajo que puede desarrollarse en escuelas o puede realizarse un trabajo clínico extra-hospitalario u hospitalario.

La calidad de los servicios de Enfermería se miden por una atención oportuna, personalizada, continua, humanizada y eficiente que denoten una

¹¹⁶ Alfaro (1997: 26).

práctica profesional competente y responsable, lo anterior con el propósito de lograr la satisfacción del usuario de los servicios de salud.¹¹⁷

La calidad en Enfermería se puede clasificar en dos tiempos:

- la calidad técnica que requiere de la competencia y responsabilidad del profesional para aplicar sus conocimientos y habilidades en todos los cuidados que otorga
- la calidad interpersonal entendida como el trato digno que distingue la atención de Enfermería y cuyos rasgos características son: comunicación confianza y respeto

Para que esta calidad pueda ser aplicada, la CONAMED (comisión de arbitraje médico) ha implementado algunas recomendaciones para la mejora de la calidad de los servicios de enfermería. Esto debido a que entre los años 2000 y 2001 el número de quejas para el sector salud aumento considerablemente en comparación a años anteriores, así, este organismo busca la solución de inconformidades de acuerdo a la ley y de una manera pacífica entre el demandador y el demandado.¹¹⁸

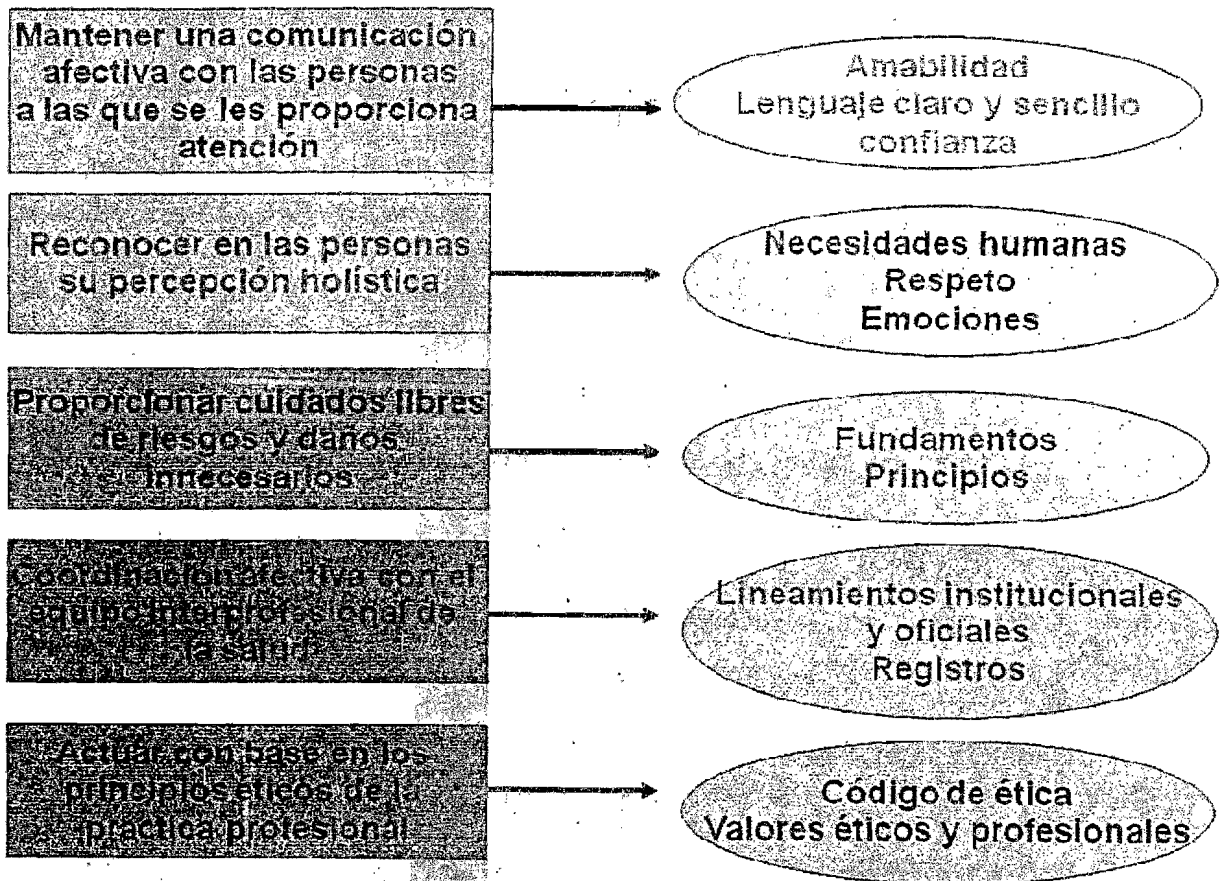
En lo que respecta a enfermería las 22 razones por las cuales existe queja están en relación con la impericia, la mala práctica y la negligencia. Para el análisis de estas quejas se tomaron en cuenta la edad, sexo y procedencia de las personas que realizan la queja, y en general los datos mostraron que la población más afectada es la femenina en edad mayor a 60 y procedentes del distrito federal.

¹¹⁷ Alfaro (2003: 56)

¹¹⁸ Consejo Internacional de Enfermería (CIE). La clasificación internacional para la práctica de la enfermería : un marco unificador.La versión BETA.Consejo Internacional de Enfermeras.

- La principal queja es atribuida por falta de información y comunicación entre el personal de enfermería y paciente – familia, la segunda causa es un manejo inadecuado de la venoclisis y la Ministración de medicamentos vía intramuscular; seguida de Ministración de medicamentos vía oral y endovenosa, así como vacunas y toma de muestra sanguínea.

Por esta razón la CONAMED indica una serie de recomendaciones para la atención de enfermería, estas son:



Otras medidas se relacionan con las habilidades que la enfermera (o) deben desarrollar, estas son:

- Comportamiento visual
- Postura y movimiento: que puede expresar confianza o falta de interés.
- Gestos y expresión
- El vestir y el aspecto: brindan la primera impresión y de esto dependerá que el paciente pueda obtener confianza, seguridad, etc.
- Voz y variedad vocal.
- Lenguaje
- Buen humor: herramienta para infundir ánimo.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La responsabilidad profesional supone que la Enfermera, después de una formación específica en su disciplina, es capaz de tomar decisiones y argumentarlas desde los estándares de la profesión. Por tanto, responsabilidad no es sólo responder de lo realizado, sino que también es anticipación, deliberación y opción entre varias posibilidades. En definitiva, es el proceso de toma de decisiones y los resultados obtenidos lo que acredita la responsabilidad de un profesional; sea de la disciplina que sea.

La responsabilidad profesional está delimitada por la legislación vigente, las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales (colegios profesionales, consejo internacional de enfermería, OMS, SSA, asociaciones profesionales científicas, los conceptos básicos de la profesión (cuidar, persona, entorno, salud) y el propio juicio personal de cada Enfermera que debe interrelacionarlos con la situación concreta de cada anciano y familia.

La responsabilidad tiene tres consideraciones: una, la responsabilidad hacia el propio anciano y su familia; otra la responsabilidad hacia la institución; y por último, la responsabilidad hacia la propia profesión. Por ello la responsabilidad de la Enfermera requiere una concreción del ámbito propio de actuación y de su aportación al conjunto de la atención sanitaria. Cuidar las necesidades de salud de la persona y llevar a cabo de actividades de colaboración con el médico son la responsabilidad básica reconocida en la enfermería.

El concepto de trabajo en equipo y el desarrollo de la corresponsabilización de la atención, planteando la responsabilidad profesional de cada miembro, son imprescindibles. Para ello puede ser de ayuda llevar a cabo sesiones Inter. e intra disciplinares, donde se discuta el alcance y contenido de cada profesional, donde se conozcan mejor los planteamientos e idearios de sus miembros, donde se plantee de forma conjunta el trabajo, se evalúen los resultados obtenidos, y donde de antemano se puedan plantear las situaciones supuestamente conflictivas; todo ello respetando la autonomía de cada profesional.¹¹⁹

Una garantía del cumplimiento de la responsabilidad profesional es el modo de toma de decisiones llevado a cabo. El proceso de enfermería y su registro son la demostración que la toma de decisiones es científica, rigurosa, planteada desde las necesidades del anciano y posteriormente evaluada.

Seguramente la responsabilidad puede ayudarnos a plantear la priorización de las actividades. Frecuentemente, justificado por la presión asistencial, se argumenta la no posibilidad de realizar el cuidado profesional tal y como debería ser. ¿Cuál es entonces el alcance de la responsabilidad profesional? ¿Cuál es el nivel de responsabilidad de cada enfermera en el mantenimiento de

¹¹⁹ Balderas (1998:12-14.)

esta situación? ¿Cómo responder de esa falta de cuidado, y cómo modificar la situación?

Otro aspecto importante que hay que considerar en el apartado de responsabilidad profesional, es el registro. Es importante dejar constancia escrita del proceso de cuidados de forma argumentada, y disponer de registros de incidencias.

Por último hay que señalar también la importancia de la comunicación y discusión de la experiencia clínica de cada enfermera con los colegas de su profesión, con el resto de profesionales del equipo sanitario y con el conjunto de la sociedad.

DERECHOS HUMANOS

La dignidad, libertad e igualdad humanas se concretan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por las Naciones Unidas en 1948. Se ha convertido en la base jurídica de las sociedades democráticas y por ello, a pesar de que están formulados como una recomendación, cada país la traduce en leyes específicas que obligan a los ciudadanos

y/o recomiendan formas de convivencia social de acuerdo a esos tres elementos básicos de la vida humana.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1982, realizó un documento de recomendaciones sobre el envejecimiento. En él hace un primer bloque de recomendaciones en materia de salud y nutrición, y focaliza la atención al anciano en el bienestar. Recuerda la interrelación entre los factores físicos, ambientales, sociales, espirituales, psíquicos y plantea la estrategia básica en la atención primaria, para poder mantener al anciano lo más independiente posible en el seno de su familia y lo menos aislado del resto de la sociedad.

Para ello la aportación de las Enfermeras en atención primaria/comunitaria es primordial.¹²⁰

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermería, en 1971 y posteriormente en 1983, realizó declaraciones instando a las Enfermeras a concretar su papel en la defensa y salvaguarda de los Derechos Humanos, concretando su cumplimiento y fomento en la formación, asistencia, gestión e investigación, al tiempo que denuncia medidas correctoras en casos de vulneración.

El cumplimiento, fomento de los derechos humanos es un requerimiento legal y ético a la vez, personal y profesional.¹²¹

La autonomía y autodeterminación, el respeto por la libertad individual, bases de la convivencia social; no tienen por qué ser diferentes en el ámbito sanitarios. La enfermedad o la situación de dependencia no tienen que suponer la renuncia a derechos básicos, como la información, el respeto, la igualdad, la intimidad. Tampoco la diferencia de edad entre el profesional y el anciano deben suponer una situación de ventaja profesional.

Quizá pueda afirmarse que el desarrollo sanitario está relacionado con el cumplimiento de los derechos humanos; su puesta en práctica de forma cotidiana. Corremos el riesgo de utilizar los derechos humanos como argumentos solamente en situaciones de conflicto. Es bastante difícil mantener los derechos de la persona en situaciones conflictivas cuando no se consideran en situaciones cotidianas. Puede incluso suceder que no seamos conscientes de la vulneración de un derecho por la conflictividad de la situación. Por ejemplo un ingreso en una institución. Es posible que se plantee con la familia, y que conjuntamente familiares y profesionales decidan el ingreso. Es una

¹²⁰ Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria.

¹²¹ Ibidem

situación de relativa coacción y/o persuasión que trata de trabajar la voluntad del anciano, a pesar de que el anciano no deseara ingresar. Si tiene capacidad para ello, el ingreso debe ser voluntario. Corremos el riesgo de no contar con él en la toma de decisión y de plantearle el hecho como una obligación. Los derechos humanos nos recuerdan que la autonomía del anciano debe estar presente en la interrelación, en el cuidado. A menudo, ayudar a la familia a plantear conjuntamente la situación es garantía del cumplimiento de los Derechos. La enfermera, para ello puede ser esencial.

El derecho a la atención sanitaria, a su vez, está también recogido en nuestra legislación. En el ámbito gerontológico es posible que en ocasiones el anciano no pueda acceder por su propia cuenta al sistema sanitario. Sobre todo a la atención primaria. Está donde esté, el anciano es usuario de los servicios de enfermería. Por ello tener conocimiento de cuál es la población anciana, de sus necesidades de salud, desplazarse a los lugares donde viven, residencias, hogares, y plantear cuidados y/o medidas preventivas, correctoras, es parte del cumplimiento y desarrollo de los derechos del anciano. Trabajar en común con las familias, profesionales de residencias, pisos asistidos, hogares de ancianos, cuidadores es una línea de trabajo que concreta la aportación de las enfermeras en el mantenimiento de los derechos del anciano.¹²²

Ayudar a las familias, o a los cuidadores si el anciano vive en una residencia al mantenimiento de sus necesidades básicas de la forma más autónoma posible (física, psicológica, relacional, técnica, espiritual) es ayudar al mantenimiento de los bienes fundamentales del ser humano respeto a su vida, salud y libertad personal.

¹²² Carpenito (1995: 34)

3.2 PROBLEMAS CIVILES Y PENALES MAS FRECUENTES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.

La aplicación de la medicina defensiva hace que se pierda la esencia de la relación médico paciente, se genere desconfianza, daño físico, moral y económico al paciente, lo que establece un círculo vicioso que resulta en que sea peor el remedio que la enfermedad.

Es necesario no sólo mencionar y resolver los problemas actuales sino los ordinarios en la cotidianidad a los que se enfrenta el personal de salud y resuelve no solo por intuición, al carecer de una guía efectiva que le auxilie en la toma de decisiones y en la realización de procedimientos lícitos en el aspecto moral y jurídico, ya que muchas veces se deja de lado el razonamiento moral para cumplir con los requisitos administrativos sin detenerse a pensar en estas disposiciones como en el caso del expediente clínico y del consentimiento informado.

Como consecuencia de ello se tiende a desacreditar de manera abierta o velada el comportamiento del personal de salud, situación que favorece las demandas y denuncias injustificadas por responsabilidad profesional, con lo que se ve al paciente como enemigo que quiere perjudicarnos y obtener un beneficio económico, sin darnos cuenta que nosotros mismos generamos el conflicto.

La ley, por tener su origen en el pensamiento humano, es como el mismo perfectible, no es una fórmula matemática infalible que pueda resolver todos los problemas o prever todas las circunstancias posibles máxime cuando el avance científico y tecnológico crea nuevos conflictos éticos al convertir situaciones de ciencia ficción en una realidad palpable, por lo que es necesario buscar

caminos más viables para la prevención de estos conflictos y mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios de salud, pero sobre todo para prevenir la práctica de conductas ilícitas, arbitrarias que atentan contra los derechos humanos del cliente y del proveedor de servicios de salud. Se considera que siguiendo estos pasos se actuara de acuerdo con los esquemas mínimos indispensables para garantizar una atención de calidad. Primeramente hay que mantener una relación respetuosa con el paciente y su familia. Informar y obtener consentimiento informado por escrito antes de realizar algún procedimiento con riesgo. Elaborar un expediente clínico completo. Actuar con bases científicas, éticas y apoyo clínico. Garantizar seguridad en las instalaciones y equipo. Proceder sólo con facultad y conocimientos. Atender a todo paciente en caso de urgencia calificada y nunca abandonarlo.

En la relación médico paciente, el profesional de la medicina debe dar una atención competente, honesta y diligente, tratando con respeto a la vida y a la dignidad humana (Declaración de Lisboa 1981).

La responsabilidad en el ejercicio médico no sólo se limita a lo referente a la responsabilidad profesional en materia penal, comprende también otras esferas jurídicas en materia civil, fiscal, administrativa, etc. Cuando no se cumple con lo establecido y señalado en las normas y legislaciones.

Errar es de humanos y como humanos erramos, una demanda de cualquier naturaleza representa un problema grave, que aún siendo injusta causa incomodidad, preocupación, gastos inesperados y tal vez innecesarios, por lo que la comunicación con el paciente es primordial. Las instituciones de salud, tienen una gran oportunidad para evitar conflictos legales y éticos a partir

de la inclusión de la objeción de conciencia. Desde el punto de vista penal (la más frecuente) la responsabilidad médica puede ser por.

Negligencia.- Es decir no prever lo previsible, no realizar su deber.

Impericia.- Actuar sin el conocimiento, adiestramiento, capacitación en la práctica, en deterioro de la salud del paciente.

Imprudencia.- Tratar a un paciente sin contar con todas las medidas necesarias que el caso específico requiere. Las causas más frecuentes que llevan a incurrir en responsabilidad profesional médica y que hacen que el personal sea demandado son:

Demora en el diagnóstico.

Errores en el diagnóstico.

Accidentes graves en los procedimientos diagnósticos.

Accidentes terapéuticos.

La responsabilidad profesional se contempla en el Código Penal en el título decimosegundo, en los artículos 228, 229 y 230.

La ley impone al personal de salud la obligación de responder por las consecuencias dañosas de su actuación profesional.

Los actos culposos atribuidos al personal a causa del ejercicio inadecuado de la profesión configuran la *mala práctica*

Sólo aquellas personas que hayan hecho los estudios requeridos por la ley y hayan sido aprobadas en su examen de recepción, son los capacitados legalmente para el ejercicio de su profesión.

Está reglamentado debidamente en la Ley Reglamentaria del Ejercicio Profesional, teniendo precedentes en el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

Responsabilidades del personal de salud.

Respetar los derechos de los pacientes, colegas y otros profesionales de la salud.

Salvaguardar las confidencias de los pacientes

Actuar sobre el interés del paciente.

Obligaciones del personal de salud con los pacientes

Preservar la vida humana

Utilizar todos sus recursos de su ciencia

Absoluta confidencialidad

Pedir ayuda a otro médico con las capacidades necesarias

Lealtad completa

No atraer pacientes de sus colegas

No criticar el juicio o tratamiento de otro médico con el paciente, sino directamente con el otro médico.

Proporcionar atención de urgencia como servicio humanitario

Aspectos jurídicos

La responsabilidad profesional del personal de salud constituye una forma de responsabilidad culposa. Comprende cuatro tipos...

Impericia.

Es la ignorancia inexcusable, es decir, una actuación con ausencia de conocimientos fundamentales

Negligencia. Es la omisión o demora inexcusable en la actuación del personal de salud.

Imprudencia. Es la actuación temeraria o precipitada

Inobservancia de normas o reglamentos. Se refiere a la obligación del personal de salud de respetar las reglamentaciones

Cuando el personal de salud es demandado. El médico debe probar que el daño no se debió a su actuación culposa. Los principios de la prueba descansan sobre la premisa *doctrina res ipsa loquitur* (los hechos hablan por sí mismos), al existir evidencias circunstanciales, se presupone que el daño fue ocasionado por el actuar del médico.

El resultado lesivo no hubiera ocurrido en ausencia de negligencia del médico

Evitar el daño estuvo bajo control exclusivo del médico

No hubo posibilidad de que el paciente mediara en la producción del daño

Procedimientos de la pericia

Estudiar el expediente judicial

Analizar la historia clínica

Elaborar una nueva historia clínica forense

Realizar exámenes complementarios

Efectuar ínter consultas

Consultar bibliografía médica

El paciente debe probar que:

1. El personal tuvo la responsabilidad de atenderlo
2. Que hubo una falla en la responsabilidad de atenderlo, ya sea por omisión (no llevar a cabo cierta acción) o comisión (hacer algo erróneo).
3. Que lo anterior dio por resultado daño físico o mental

Es el paciente quien tiene que demostrar lo que sucedió, no el defendido quien debe de probar que no sucedió.

Una pericia o investigación.

Puede generar 3 tipos de conclusiones

No haber actuado inadecuadamente

El daño del paciente obedeció a una acción inadecuada del personal de salud (mala práctica)

El daño ocurrió por yatrogenia (el daño ocurrió a pesar de la pericia, diligencia, prudencia y observancia de normas por parte del personal de salud)

Primera instancia ante problema legal

La conciliación

Puede lograrse a través de la CONAMED cuya función es la de resolución de conflictos entre pacientes y sus familiares, y personal médico mediante la gestión, la conciliación y el arbitraje

Segunda instancia

La vía penal

En la que no se llegó a ningún acuerdo y se imponen sanciones que van desde multas, encarcelamiento, suspensión o retiro de cédula profesional, según el código penal.

PROBLEMAS LEGALES EN LOS QUE PUEDE INCURRIR EL PERSONAL DE SALUD.

Asistenciales.

Fugas de pacientes.

Suicidio de pacientes

Pérdida o robo de valores de pacientes o personas fallecidas.

Accidentes de pacientes por descuido.

Suministración errónea de medicamentos.

Mal manejo de técnicas infecto contagiosas.

Cirugía general:

Demanda por quedar instrumental quirúrgico dentro de alguna cavidad.

Ya que la enfermera quirúrgica tiene la obligación de contar junto con el Cirujano el instrumental, gasas y compresas antes de suturar.

Deficientes técnicas quirúrgicas. La enfermera que instrumente debe tener conocimientos del área de quirófano.

Incorrecta administración de medicamentos en el área de recuperación.

Caída de paciente.

No estabilizar al paciente en el área de recuperación y mandarlo al área de piso, por lo que puede haber complicación sin que este cerca el área quirúrgica.

Durante el cambio de turno, si el paciente sufre una complicación sin que el personal de enfermería se percate.

Diagnóstico tardío de lesiones abdominales agudas.

Retención de instrumentos o materiales.

Operación de un paciente equivocado.

Operación en un sitio incorrecto.

Vasectomía sin éxito

Quemaduras diatérmicas

Realizar operaciones sin consentimiento informado

Cirugía plástica estética insatisfactoria

Práctica médica general

Dejar de visitar al paciente que solicitó el servicio con daño consecuente.

No diagnosticar trastornos médicos importantes y frecuentes.

No enviar al paciente que lo necesite al especialista o un hospital.

Intoxicación por medicamentos mal prescritos.

Clase o dosis incorrecta de medicamentos.

No vigilar adecuadamente al paciente con tendencia suicida.

Anestesiología:

Daño cerebral por hipoxia.

Daño neurológico por lesiones espinales.

Daño nervioso periférico por astillamiento durante la infusión.

Transfusión de sangre incompatible.

Anestésicos incorrectos o excesivos.

Permitir la conciencia o el dolor durante la anestesia.

Errores generales:

No actuar de acuerdo a los reportes radiológicos o de laboratorio

Registros inadecuados y falta de comunicación con otros miembros del equipo multidisciplinario de salud.

Eutanasia.

Quemaduras o heridas por tratamiento mal aplicados.

Antes de la intervención debemos solicitar un documento firmado por el responsable de la Clínica o el Cirujano, donde figure el nombre de la sustancia que nos van a administrar, empresa distribuidora, número de registro sanitario y número de lote.

Pedir por escrito los resultados que se van a obtener después de la operación.

Pedir factura y copias de los documentos que se firmen.

Se ha de saber que la Cirugía es un contrato de resultados. Siempre se debe quedar mejor de lo que se estaba antes.

Si el paciente se encuentra bajo tratamiento de diálisis, de quimioterapia o similares exigirá copia de todos los controles sanguíneos que se le realicen.

Administrativas.

Facilitar el expediente clínico a personas no autorizadas.

Alterar el expediente o usar corrector en la hoja.

Conteos erróneos de gasas en cirugía.

Equivocarse de paciente al realizar procedimientos.

Derecho sanitario.

Mala utilización y deterioro de los equipos de trabajo.

Implicaciones legales para la institución, sus jefaturas y los funcionarios.

Actitud de indisciplina y desconocimiento sobre los valores éticos y morales tanto para la atención del usuario como en el desempeño laboral

Recomendaciones al personal de salud.

Los actos en salud deben garantizar la integridad física, psicológica, social y moral, por tanto no sólo la misión de las instituciones de salud, sino el quehacer de los funcionarios, ha de basarse en la ética, la moral y los derechos constitucionales.

Excluir de la plantilla de personal a los colaboradores que no lleven a cabo estos lineamientos, con lo cual se estará cumpliendo la norma y ofreciendo a los usuarios una calidad en el cuidado y la atención más acorde con las necesidades que tienen.

Construir espacios de reflexión de las situaciones profesionales, entre ellas las que tengan relación con la responsabilidad y con la toma de decisiones éticas.

Enseñar la técnica de elaboración de la historia clínica y los propósitos de ésta, especialmente el de la importancia que tiene como documento jurídico y como indicador de la calidad en la atención.

Los comités de auditoría de historias clínicas deben orientar la obligatoriedad de las órdenes médicas escritas con claridad.

Las instituciones deben buscar los mecanismos para informar a los funcionarios sobre las medidas de protección de los intereses legales, tanto del usuario como de quienes intervienen en la atención.

Se hace apremiante la conformación de comités de ética que tengan como función prioritaria la educativa, para que usuarios, trabajadores, y el mismo comité, se formen en la aplicación de los principios éticos y en el análisis ético de situaciones clínicas.

Para la delegación de funciones deben establecerse normas explícitas que tengan como principal criterio la formación formal recibida por cada categoría del personal de salud.

Aunque no fue posible determinar la relación entre la jornada de trabajo prolongada y errores en la práctica, es necesario controlar esta situación para que no se excedan los límites de fatiga (síndrome de burnout) y por tanto se aumenten los riesgos de error.

Las normas propuestas por los comités de infecciones -especialmente en las salas de cirugía y referente a procedimientos, esterilización de materiales, etc.- deben ponerse en operación con más atención y apoyo institucional.

CAPITULO IV METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

La Ética es la ciencia que se encarga del estudio de la moral, es la reflexión sistemática sobre normas, principios o valores que guían o deberían guiar la conducta humana y como tal, se distingue de la moralidad que es conducta o comportamiento. La Ética es el estudio racional y sistemático del conjunto de valores morales que obligan a actuar con responsabilidad; estos valores son los constructores de conductas justas y armoniosas de convivencia social y de equilibrio eco sistémico.

La Ética médica, en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación médico-paciente, con el hombre sano y con la sociedad, . Bioética. Abarca también el error médico, el secreto profesional y la experimentación con humanos; pero el problema fundamental de la Ética médica es la relación médico-paciente e íntimamente ligado a ello, la relación entre trabajadores de la salud, entre sí y de estos con los familiares de los pacientes.

La Ética médica tradicional se ha basado en dos principios fundamentales "No dañar" y "Hacer el bien". Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se hizo extensivo su cumplimiento a otros profesionales (personal paramédico y equipo multidisciplinario) de las ciencias médicas. En Enfermería, a partir de su definición como profesión, gracias a *Florence Nightingale*, se le añadieron otros dos principios: la fidelidad (al paciente), que obliga a cumplir con los

compromisos contraídos y la veracidad, aún cuando su ejercicio pueda entrañar dificultades a quien la ejerce.

Decir la verdad siempre es importante aún cuando esta coloque al profesional en una situación difícil, si se trata de admitir que ha cometido un error. Sin embargo, valdría la pena reflexionar acerca de las posibles violaciones de este principio tanto cuando se dicen "mentiras piadosas" al enfermo, contrario a su deseo de saber la verdad o cuando se oculta el error de un colega u otro profesional, por "compañerismo", y con ello se puede poner en peligro la salud y hasta la vida de otro ser humano. Es importante explicar todo muy claramente al paciente, ante cualquier diagnóstico, tratamientos o proceder, y nunca imposiciones ni presiones que puedan obstaculizar el buen funcionamiento del equipo profesional o la obtención de la conformidad del paciente sin vacilación o retracción.

El principio de la veracidad en la atención al paciente responde a la necesidad de llevar a la reflexión al personal de enfermería y médico sobre que el hombre tiene derecho a saber, indagar, opinar, ante cualquier conducta de los profesionales de la salud relacionado con él.

Por todo lo antes expuesto se realizó este trabajo con el objetivo de valorar el criterio de pacientes, enfermeras (os) y médicos sobre la importancia de decir siempre la verdad al paciente, además, se informa sobre algunas características de la muestra en cuestión.

La mayoría de las profesiones han desarrollado códigos éticos, que identifican las responsabilidades de los profesionales en relación con los

pacientes o clientes. Estos criterios se consideran obligatorios para los miembros de una profesión y pueden no ser aplicables a las personas que no pertenecen a esta o a las relaciones originadas fuera del contexto profesional

4.2 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN.

Los enfermeros (as) deben tener una formación que los (a) capacite para resolver conflictos morales que se presentan en la práctica habitual, que facilite la creación de relaciones equilibradas y que le permitan reconocer al paciente como elemento fundamental de su trabajo. Se trata de un estudio exploratorio, en tres líneas, cuyos resultados son válidos sólo dentro del contexto en el que fueron realizados, pero que pueden ser útiles como una pauta para emprender en lo consecutivo algunos estudios descriptivos y prospectivos. Se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en los servicios clínicos de hospitalización, con el objetivo de analizar el cumplimiento de los principios fundamentales de la Bioética en la práctica diaria. El trabajo se realizó en el primer trimestre del año 2009 y el universo lo conformaron 110 enfermeras y 3 enfermeros. La edad osciló entre los 25 y 35 años de edad y predominó el personal que labora en los servicios de hospitalización el universo de estudio quedó constituido por 113 enfermeros (as).

4.3 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se revisaron las fichas de registro individual (tarjetas kárdex) en el primer trimestre del año 2009, de las que fueron tomadas las siguientes variables: edad en años cumplidos, sexo y la calificación técnica, con las posibilidades de

ser graduado de Enfermería General, Licenciatura de Enfermería o Curso posbásico.

En el cumplimiento de los principios se tuvo en cuenta la búsqueda de lo que es mejor para el paciente, no hacer daño, reconocer en cada persona la capacidad de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo esa dirección y no olvidar que la distribución de los bienes es igual para todos, dando la preferencia a quien más lo necesite.

Las necesidades y problemas identificados en la ficha de registro individual fueron mínimos y no fueron obstáculos para mostrar calidad en la atención al paciente.

CAPITULO V INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

5.1 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

La información fue recogida (anexo) datos y resultados se expresaron en porcentajes..

Resultados

Se aprecia que sólo 3 varones componen la muestra trabajo, pues el resto, 110, son del género femenino. El mayor número se encuentra entre 31 y 46 años de edad.

Tabla 1. *Distribución de la muestra según edad y sexo*

Grupos de edades	Género			
	Femenino	Masculino	No.	%
20-25	2	-	2	1,7
26-30	17	1	18	16
31-35	38	-	38	33,6
36-40	35	1	36	31,8
41-45	15	1	16	14,3
+ 46	3	-	3	2,6
Total	110	3	113	100

Fuente: ficha de registro individual.

Sólo el 31 % tenían nivel universitario correspondiente al de Licenciatura representado por 35 personas y 13 del total estaban especializados. El mayor número lo representaron las enfermeras (os) generales las cuales laboran en salas de hospitalización.

Tabla 2. *Personal de enfermería según calificación técnica*

Calificación	No.	%
Licenciatura en Enfermería	35	31
Enfermería Especializada	13	11,5
Enfermería General	65	57,5
Total	113	100

Fuente: ficha de registro individual.

En la tabla 3 se observa el alto cumplimiento de los principios de la Bioética en el personal que conforma la muestra, tanto en el sentido general como particular de cada uno de ellos: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia.

Tabla 3. *Comportamiento del Cumplimiento de los principios bioéticos por el personal de enfermería*

Principios bioéticos	Aplicados		
	Sí	NO	%
Beneficencia	113	-	100
No maleficencia	113	-	100
Justicia	113	-	100
Autonomía	113	-	100
Total	113	-	100

Fuente: ficha de registro individual.

El mayor número del personal labora en las áreas de hospitalización, 83 de 113, solamente las áreas cerradas son salas de operaciones y recuperación.

Tabla 4. *Distribución de la muestra según labore en área abierta o cerrada*

Servicio	No.	%
Área hospitalización	83	74
Area cerrada	30	26
Total	113	100

Fuente: ficha de registro individual.

Se aprecia que los problemas identificados en la ficha de registro individual que predominaron fueron: trazar pocas acciones independientes; no utilizar verbos adecuados y el uso de criterios pocos medibles.

Tabla 5. *Problemas identificados en la ficha de registro individual*

Problemas identificados	No.	%
Deficiente identificación de las necesidades del paciente	11	9,7
Se trazan pocas acciones independientes	18	15,9
No se utilizan verbos adecuados	15	13,3
Usó de criterios no medibles	22	19,4
Dificultades técnicas	8	7,1
Con señalamientos no representativos	33	29,2
-Otros	6	5,4
Total	113	100

Fuente: ficha de registro individual.

Discusión

Un paso más lo da la profesión de enfermería a partir de los años 60, ocupada casi enteramente por mujeres, el crecimiento del feminismo tuvo una gran influencia que junto con otras causas situó a la enfermería en el movimiento de los derechos del paciente. De las 113 personas estudiadas el mayor número correspondió al sexo femenino; la más joven de 25 años, una Licenciada en Enfermería y la de mayor edad, de 53, una Enfermera General.

En la serie el mayor número labora en áreas hospitalización donde la comunicación con los familiares es más amplia y directa y mediante esta

comunicación verbal y no verbal hay que convencer al cliente, y a sus familiares de que el personal de enfermería está allí para ellos.

Refiriéndose a la ética de esta profesión afirma "El fundamento de la relación enfermera-paciente-familiar y su naturaleza está determinado por las necesidades humanas del cliente y las respuestas de la enfermera (o) a sus necesidades.

Cuando se analiza la calificación técnica del personal objeto de estudio se puede decir que un alto porcentaje eran licenciados, aunque el mayor número lo representaron las (os) enfermeros generales ya que las áreas de riesgo fundamentales del Instituto no están bajo el territorio hospitalario bajo estudio; no obstante la experiencia de las no licenciadas fue determinante y cumplieron con el compromiso moral ante la sociedad de ejercer su trabajo con la calidad humana, científica y ética.

Los resultados de las fichas de gestión de recursos humanos demostraron que el personal desempeñó un rol a la altura de las exigencias emanadas del sistema de salud, centró de acción y atención el hombre, ya que las necesidades y problemas identificados en ningún momento constituyeron violaciones de normas o incumplimientos. Se puede asegurar que los enfermeros y enfermeras que participaron en este estudio poseen cualidades y atributos como los denominados por la enfermera Virginia Henderson "Las cinco: competencia, compasión, compromiso, confianza y conciencia; atributos que sirven de ayuda para identificar las conductas específicas del cuidar"

En cuanto al cumplimiento de los principios bioéticos se puede decir que se cumplieron satisfactoriamente ya que el personal de enfermería en su trabajo diario revisa constantemente sus valores personales, los principios de la ética (beneficencia, no maleficencia, autonomía, y justicia), los derechos del paciente, sus decisiones y preferencias, evitarle daño, manipulaciones y las intervenciones y tratamientos sin su consentimiento, así como también debe rendir cuentas por la calidad del servicio prestado. Teóricas de la enfermería y otros instructores de la especialidad han escrito que era necesario que una enfermera (o) tuviera una obediencia ciega a sus superiores, una lealtad incondicional al médico, una entrega total a su trabajo y que fuera cariñosa con sus pacientes.

Al referirnos a los resultados y necesidades identificadas, no constituyeron incumplimientos de Enfermería ni violaciones de normas. Los principios de la Bioética fueron cumplidos satisfactoriamente y tuvo un papel importante el consentimiento del paciente.

IMPORTANCIA DE DECIR SIEMPRE LA VERDAD AL PACIENTE

La Ética es la ciencia que se encarga del estudio de la moral, es la reflexión sistemática sobre normas o valores que deberían guiar la conducta humana. Se realizó este estudio exploratorio para valorar el criterio de pacientes, enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, y resto del personal paramédico, sobre la importancia de decir siempre la verdad al paciente. El universo de estudio lo constituyeron el total de los pacientes ingresados en el período que

se realizó el trabajo, 88 enfermeras y personal paramédico y 48 médicos. La muestra quedó conformada, por muestreo aleatorio simple, por 80 pacientes, así mismo personal médico y paramédico. Se aplicó un cuestionario donde se incluyó, además de los indicadores que permitieron caracterizar la muestra, varias preguntas, diferentes para el paciente, la enfermera y el médico, sobre el aspecto esencial a averiguar. El mayor porcentaje de los involucrados respondieron afirmativamente a todas las preguntas formuladas en sus cuestionarios. Entre los pacientes, sólo una mujer opinó de otra forma en la pregunta relacionada con la malignidad de la enfermedad. Entre las enfermeras especializadas y el personal paramédico, un pequeño porcentaje marcó la pregunta sobre decir la verdad pero no en todas las enfermedades y pocos médicos opinaron sobre la necesidad de tener en cuenta la personalidad y el estado psicológico del paciente. Se puede concluir que los profesionales y personal de enfermería participantes, no violaron el principio ético de la verdad en la práctica de su profesión y que los pacientes están interesados, de una forma u otra, en conocer la verdad sobre su enfermedad.

La Ética es la ciencia que se encarga del estudio de la moral, es la reflexión sistemática sobre normas, principios o valores que guían o deberían guiar la conducta humana y como tal, se distingue de la moralidad que es conducta o comportamiento. La Ética es el estudio racional y sistemático del conjunto de valores morales que obligan a actuar con responsabilidad; estos valores son los constructores de conductas justas y armoniosas de convivencia social y de equilibrio eco sistémico.

La Ética médica, en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación médico-paciente, con el hombre sano y con la sociedad; Abarca también el error médico, el secreto profesional y la experimentación con humanos; pero el problema fundamental de la Ética médica es la relación médico-paciente e íntimamente ligado a ello, la relación entre trabajadores de la salud, entre sí y de estos con los familiares de los pacientes.

Decir la verdad siempre es importante aún cuando esta coloque al profesional en una situación difícil, si se trata de admitir que ha cometido un error. Sin embargo, valdría la pena reflexionar acerca de las posibles violaciones de este principio tanto cuando se dicen "mentiras piadosas" al enfermo, contrario a su deseo de saber la verdad o cuando se oculta el error de un colega u otro profesional, por "compañerismo", y con ello se puede poner en peligro la salud y hasta la vida de otro ser humano. Es importante explicar todo muy claramente al paciente, ante cualquier diagnóstico, tratamientos o proceder, y nunca imposiciones ni presiones que puedan obstaculizar el buen funcionamiento del equipo profesional o la obtención de la conformidad del paciente sin vacilación o retracción.

Por todo lo antes expuesto se realizó este trabajo con el objetivo de valorar el criterio de pacientes, médicos y personal paramédico sobre la importancia de decir siempre la verdad al paciente, además, se informa sobre algunas características de la muestra en cuestión.

El estudio, observacional se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el año 2009. Considerando los servicios clínicos de neumología intersticial, neumología, infecciosa, neumología oncológica, neumología de los trastornos del sueño; El universo estuvo constituido por el total de los pacientes ingresados en el primer trimestre del año en el período de recolección de los datos, 88 enfermeras y 48 médicos y la muestra, seleccionada por muestreo aleatorio simple en cada estrato, quedó conformada por 80 pacientes (40 mujeres y 40 hombres), 80 miembros del personal paramédico. A cada grupo se le aplicó un cuestionario (anexo) que tenía preguntas diferentes para cada uno.

Este instrumento de trabajo se aplicó después de explicar los objetivos del estudio. A los pacientes se les explicó, además, que la calidad de la atención no se modificaría aunque no quisieran participar en la investigación. El personal de enfermería estuvo integrado por licenciadas (os), enfermeras (os) especializados y técnicos. Entre los médicos, la mayoría eran especialistas en Neumología principalmente. La aplicación del cuestionario y las explicaciones pertinentes se realizaron en cada grupo por separado y en momentos adecuados. Los resultados se expresaron en porcentajes.

Caracterización de la muestra

En el personal de enfermería predominó el sexo femenino y las licenciadas y entre los médicos, el sexo masculino y los especialistas. El mayor porcentaje de sujetos en las 3 categorías osciló entre 30 y 49 años de edad.

En relación con el nivel cultural de los pacientes, los mayores porcentajes, correspondieron, respectivamente, a pacientes con nivel de escolaridad de medio superior y universitarios, el resto se distribuyó entre nivel de secundaria y primaria, en menor cuantía para este último.

Opinión de los paciente, personal de enfermería y médicos

En sentido general, el mayor porcentaje de los involucrados respondieron afirmativamente a todas las preguntas formuladas en sus cuestionarios. Entre los pacientes, sólo una mujer respondió que "No" a la pregunta sobre decirle la verdad: "cuando una sabe lo que tiene y se adapta a convivir con ello sea bueno o malo".

Dentro de personal de enfermería, las licenciadas contestaron "Si" en todas las preguntas formuladas en su cuestionario, entre las enfermeras especializadas, 3 señalaron: "estar de acuerdo con que se le diga la verdad pero no en todas las enfermedades", igual respuesta dieron el resto de personal paramédico. Además, enfermeras especializadas marcaron la pregunta: pienso que no (decir la verdad) pues una no sabe como el paciente va a reaccionar", técnico (a) de enfermería dio igual respuesta en este inciso.

En cuanto al criterio de los médicos, la mayoría de los especialistas y el único residente que participó, dieron respuestas positivas a las preguntas pero dentro de los especialistas alegaron que debían decir la verdad teniendo en cuenta la personalidad y el estado psicológico del paciente y, que se debía tener en consideración el tipo de diagnóstico, edad, sexo, estado emocional, grado cultural y nivel de aceptación.

Discusión

De acuerdo con los resultados encontrados, se puede afirmar que es importante y que el paciente, a su vez, prefiere conocer certeza todo lo relacionado con su enfermedad, para ocuparse con fundados conocimientos de sus intereses y prepararse internamente para el futuro.

Estos aspectos deben estar siempre bien presente durante la atención médica pues no se puede olvidar que la mayoría de los pacientes, para no ser absolutos, necesitan y quieren saber pero hay que recordar que el enfermo es un ser vulnerable, debilitado por la enfermedad, reducido en sus energías y tal vez si enfrenta juiciosamente los problemas del futuro en cuanto a su salud, puede sumirse en un estado depresivo que lo debilite aún más, de ahí que, además, sea muy importante, la comunicación como herramienta imprescindible en el trabajo diario. La comunicación y toda la información emitida, debe ser frente al paciente con sus familiares con el objetivo no sólo de buscar cooperación sino también para permitirle la posibilidad de decidir sobre las alternativas que puedan surgir de diferentes personas.

Sólo una minoría, entre los pacientes, el personal de enfermería y los médicos, respondió no decir la verdad por determinadas razones que si bien pueden parecer lógicas, es necesario trabajar sobre esos aspectos para ir eliminando estas ideas, pues lo más importante es informarle al enfermo estrictamente lo que él quiere y debe saber y en el momento que requiere o sea necesario por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano.

Todas las personas no reaccionan igual ante cualquier información por lo que es necesario que la enfermera que con su humanismo lucha el mayor tiempo con los pacientes, que se mantiene lo más cerca posible de su cabecera, mitiga su dolor y su angustia; el psicólogo que con su experiencia ayuda a llegar al diagnóstico de la salud mental, la trabajadora social que con su entrega se encarga de solucionar los problemas que puedan interferir en el proceso de evolución y el médico con sus decisiones, : "El enfermo de cáncer es, por encima de todo y ante todo un hombre" el médico es también o debe ser, por encima de todo y ante todo, un hombre que, en virtud de sus cualidades humanas y de su adecuada preparación técnica se convierte en hombre médico y se sitúa en la mejor posición para servir de ayuda humana y técnicas al hombre enfermo". Se puede informar al paciente con cáncer, que sólo por su nombre es temeroso como un león, pero en la medicina todo vale y todo se puede y más aún cuando se trata de una neoplasia precoz. Cada hombre es un mundo independiente con diversas escalas de valores para todos los aspectos de la vida, de tal hecho se deriva que cada enfermo le da una connotación diferente a su enfermedad y de acuerdo con su experiencia enfoca esta información de distintas formas.

"El principal motivo para decirlo o no es la propia experiencia clínica del médico. Las propias indicaciones personales del médico, más que las necesidades del enfermo determinaron que la información se transmitiera o no, sin embargo, los médicos declararon que desearían conocer el diagnóstico si fueran ellos los enfermos el sentimiento de la mayoría de los médicos es: "Deseo decir a usted lo que no sé como decir".

Otros profesionales del equipo multidisciplinario coinciden en que se le debe explicar de forma adecuada al paciente, no a la inversa, de cualquier diagnóstico de la enfermedad o de su tratamiento.

Se puede concluir que los profesionales y personal de enfermería participantes, no violan el principio ético de la verdad en la práctica de su profesión y que los pacientes están interesados, de una forma u otra, en conocer la verdad sobre su enfermedad.

La importancia de decir la verdad es un principio bioético que surge bajo la necesidad de una guía que ayude al profesional de salud a actuar conforme los valores establecidos por la sociedad, el decir la verdad al paciente nos sitúa en una posición bipolar, ya que esta puede beneficiar o afectar la estabilidad emocional y por lo consiguiente física del paciente.

Es un tema muy difícil de abordar sobre todo en las enfermedades letales avanzadas como el cáncer, el VIH. u otras tantas enfermedades crónicas que afectan la estructura biopsicosocial del enfermo.

Este estudio se me hace de suma importancia en el quehacer del profesional de enfermería, ya que estamos ante un tema que nos coloca en disyuntiva por la implicación ética y profesional que conlleva, aunado a las normas y valores que guían la conducta humana.

Dentro de los principios que maneja la carrera de enfermería esta el de beneficencia y no maleficencia que se retoman en este estudio y que a través

ellos se exhorta al profesional de la salud a comprometerse a disponer de los conocimientos necesarios y suficientes para plantear acciones de cuidado y bienestar tanto físico, psíquico, social y espiritual del paciente.

Así de la misma manera la no maleficencia nos invita a actuar bajo una buena práctica profesional manteniendo la seguridad del paciente bajo los estándares, cuidados y criterios necesarios.

Estos principios se ven amenazados cuando el decir la verdad sobre el diagnóstico del paciente nos podría traer severas consecuencias en el estado anímico del paciente, si se ve desde otra perspectiva el decir la verdad ante los cuestionamientos del enfermo nos da mayor credibilidad y veracidad y nos acerca al paciente ya que este nos brinda su confianza y sabe que puede confiar en el personal ante cualquier situación por adversa que esta sea.

El proporcionar atención a una persona, a la cual se le reconoce como un ser humano, que tiene derechos y que cursa por un proceso de desviación a la salud, el atenderlo como personal de la salud implica un compromiso muy grande con la sociedad, pues ser un profesionalista significa que se cursa por una formación en la cual se incluye ética y profesionalismo, el cual va a ser plasmado en el momento de la atención y cuidados brindados con el fin de saber responder por los deberes morales, disciplina, acción y servicio para mantener la integridad de las personas. Se debe actuar en beneficio del paciente, familia y comunidad, así como tomar las decisiones necesarias con el fin de mejorar la calidad de vida para las personas o grupos a quien se presta los servicios de atención. *Con lo cual se da y ve como una obligación en el*

momento de la atención, sin embargo en mi experiencia de mi quehacer profesional he descubierto que muchas de las veces los derechos de los pacientes son violados de forma continua, por lo cual a nuestro país en atención de calidad le falta mejorar muchos aspectos, iniciando por la ética del personal que lo brinda y llegar a tener resultados como los que son descritos en esta investigación realizada en el INER el cual es un hospital con una calidad de la atención mucho mayor a la del común denominador y que por lo consiguiente independientemente del nivel de salud en donde prestemos nuestros servicios estos, se deben proporcionar una atención con ética y respeto de sus derechos del paciente así como la ley y la bioética nos demandan.

Como conclusión el personal de enfermería debe actuar conforme los criterios éticos que se establecen con el fin único de beneficiar al paciente y a sus familiares, esto nos permitirá marcar la pauta en el contexto profesional.

EXPLORACIÓN Y APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS BIOÉTICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En los últimos años se ha producido un auge en la divulgación de los conocimientos sobre bioética a escala mundial, y llama poderosamente la atención como las enfermeras se interesan cada vez más por estos problemas en interés de mejorar la atención al paciente y mejorar su calidad de vida.

Este trabajo responde a la necesidad de propiciar la reflexión del personal de enfermería sobre aspectos éticos del ejercicio de la profesión para enfatizar en

la necesidad de reconocer al paciente como un sujeto autónomo que tiene derecho a saber, opinar, y decidir sobre la conducta que pretenden asumir los profesionales de la salud; en la intención de promoverle su salud, evitarle enfermedades, diagnosticar, tratar y rehabilitar en caso necesario; y tener en cuenta que la persona, la familia, la comunidad, la sociedad, constituyen el centro de atención y el deber ineludible de cualquier personal de enfermería que se respete como ser social, ciudadano y profesional.

Los objetivos de este trabajo fueron explorar el nivel de conocimientos que poseen las enfermeras sobre los principios elementales de la bioética y algunos conceptos de comportamiento relacionados con la aplicación de los mismos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. "Ismael Cossio Villegas" y evaluar en qué medida aplican las enfermeras sus conocimientos sobre bioética en la realización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Métodos

Se trabajó con el personal de enfermería de los cuatro servicios clínicos principales de hospitalización. De un total de 480 mujeres, se escogieron 150 al azar que constituyeron la muestra. A éstas 150 se les aplicó una encuesta para explorar sus conocimientos sobre los principios de bioética y otros aspectos relacionados con la aplicación de dichos principios. Las primeras 5 preguntas indagan sobre los principios elementales de bioética y las 5 restantes indagan sobre la ética médica (anexo). Para valorar la aplicación de los conocimientos de la bioética, se escogieron al azar 50 Procesos de atención de enfermería realizados por enfermeras que

laboran en el Instituto y los policlínicos. Se empleó una guía de evaluación para calificar las respuestas en cada etapa del proceso (anexo). Este estudio es de tipo observacional, los datos se expresaron en porcentajes y se realizó la comparación entre ellos. La tabulación se trabajó auxiliada por una calculadora electrónica. Los datos recopilados se plasmaron en un modelo de vaciamiento de datos y los resultados se agruparon en forma de tablas y gráficas.

Resultados

El mayor porcentaje, en cada pregunta, correspondió a aquellos con calificación de mal. Excepto en la pregunta No.3, el porcentaje de los restantes está en o por encima de 50 y entre éstas se destaca la pregunta No. 4 con un 86 %. Las preguntas no contestadas no sobrepasaron en ningún caso, del 8 % (Tabla).

TABLA . *Distribución de la muestra según el comportamiento de las respuestas del 1 al 5 sobre principios bioéticos*

Cal	1		2		3		4		5	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	68	45,4	46	30,6	65	43,4	15	10	27	18
Mal	75	50	92	61,4	73	48,6	129	86	111	74
No contest.	7	4,6	12	8	12	8	6	4	12	8

Total	150	100	150	100	150	100	150	100	150	100
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fuente: Encuesta.

En la tabla 2, los resultados fueron similares a los anteriores pero en este caso, en 2 preguntas se mantuvo el porcentaje de respuestas malas, por debajo de 50.

TABLA 2. *Distribución de la muestra según el comportamiento de las respuestas del 6 al 10 sobre conceptos de comportamiento*

Cal.	6		7		8		9		10	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	36	24	61	40,6	90	60	75	50	67	44,6
Mal	98	65,4	77	51,4	50	33,4	72	48	75	50
No Contest.	16	10,6	12	8	10	6,6	3	2	8	5,4
Total	150	100	150	100	150	100	150	100	150	100

Fuente: Encuesta.

En la figura se aprecia la diferencia entre las respuestas correctas de la primera parte de la encuesta y las de la segunda.

Se demostró un mayor conocimiento en los aspectos relacionados con la ética médica.

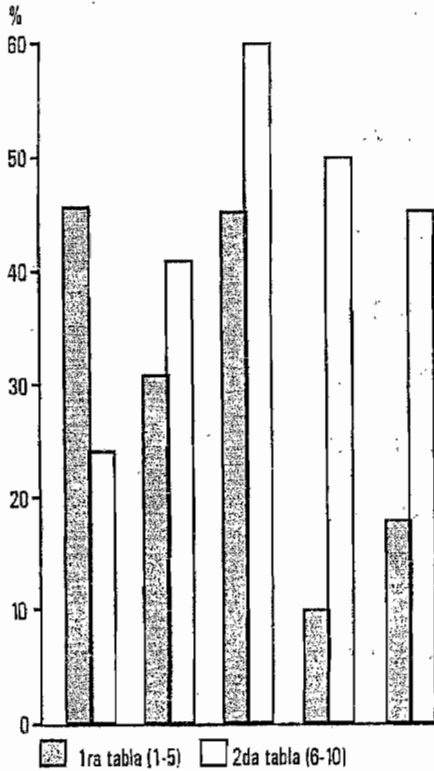


Fig. *Relación entre las preguntas correctas de la primera y segunda tabla.* En la tabla 3 se puede observar que predominaron las calificaciones correctas en cada una de las etapas (Tabla 3).

TABLA 3. *Evaluación de la aplicación de los principios bioéticos en las etapas del P.A.E.*

Cal. Etap.	Valoración		Intervención		Evaluación	
	No.	%	No.	%	No.	%
Correcto	38	76	40	80	43	86
Incorrecto	12	24	10	20	7	14
Total	50	100	50	100	50	100

Estadísticas de negligencias médicas durante un trimestre.

TIPO	CANTIDAD	PROPORCIÓN %
DEFICIENTE ATENCIÓN MÉDICA	16	59
NEGLIGENCIA MEDICA	9	33
DIAGNOSTICO ERRÓNEO	1	4
DIFERIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	1	4
TOTAL	27	100%

TIPO	Cantidad	Proporcion %
NEGLIGENCIA MÉDICA	35	40
DEFICIENTE ATENCIÓN MÉDICA	33	37.5
DIAGNÓSTICO ERRÓNEO	9	10
OMISIÓN EN EL USO DE MEDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	5	6
IMPERICIA	3	3.5
ALTA PREMATURA	2	2
DIFERIMIENTO EN LA ATENCIÓN	1	1
TOTAL	88	100%

Clasificación de quejas administrativas

TIPO	CANTIDAD	PROPORCIÓN %
DEFICIENCIA EN SERVICIOS	66	33
DEFICIENCIA EN TRAMITES	61	31
FALTA DE PROBIDAD Y HONRADEZ	35	18
MALTRATO Y PREPOTENCIA	12	6
RELACIONES LABORALES	8	4
ABUSO DE AUTORIDAD	4	2
OTROS	4	2
EJERCICIO INDEBIDO DE SERVIDORES PÚBLICOS	3	1
RECONOCIMIENTO	2	1
FALTA DE PAGO Y/O RESCISIÓN DE CONTRATO	1	1
ACOSO SEXUAL	1	1
TOTAL	197	100%

TIPO	CANTIDAD	PROPORCIÓN %
DEFICIENCIA EN TRÁMITES	233	41
DEFICIENCIA EN SERVICIOS	107	19
FALTA DE PROBIDAD Y HONRADEZ	94	16
MALTRATO Y PREPOTENCIA	42	7
EJERCICIO INDEBIDO DE SERVIDORES PÚBLICOS	30	5
RELACIONES LABORALES	29	5
ABUSO DE AUTORIDAD	13	2
RECONOCIMIENTO	11	2
OTROS	10	2
FALTA DE PAGO Y/O RESCISIÓN DE CONTRATO	4	1
TOTAL	573	100%

Fuente: Cuestionario.

Discusión

Los resultados obtenidos permitieron tener un criterio en relación con la preparación y los conocimientos de bioética en el personal de enfermería. Se manifestó que existe desconocimiento de los aspectos básicos y más generales de dicha ciencia, cuestión que quedó demostrado en el análisis de la primera gráfica

En la segunda parte se recogen conceptos de comportamiento relacionados con los principios que vienen desde época más remotas, o sea, desde que apareció la ética médica; disciplina esta que sí ha estado incluida en los planes de estudio de éste personal. No fue así, con los principios de bioética que es una ciencia muy joven aún y no está incluida en los planes de estudio.

Los resultados anteriores permitieron afirmar que las enfermeras se han apropiado de los conocimientos elementales y esto está repercutiendo, positivamente, en la calidad de la atención de enfermería. Cuestión que también coincidió con la literatura consultada pues las enfermeras han aumentado su preocupación por la actualización y retroalimentación continua. De ahí se desprende que realicen cada proceder con mayor eficacia como por ejemplo: los diagnósticos de enfermería, identifique las necesidades, proyecte correctamente las acciones independientes y busque soluciones para resolver de forma general los problemas de sus pacientes y, además, lo respeta a él y a sus familiares como individuos.

Se puede concluir que existen dificultades en los conocimientos teóricos sobre los principios elementales de bioética y algunas formas de comportamientos relacionados con estos principios en el personal de enfermería, aunque predominaron las evaluaciones positivas en la aplicación de los principios en los Procesos de Atención de Enfermería.

Por todo lo analizado aquí es importante reflejar, además, que no basta que la enfermera conozca los principios éticos; resulta imprescindible para su profesión que dedique sus mejores esfuerzos a cultivar las virtudes morales que le permitan cumplir su cometido social.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES.

En este trabajo se ha intentado exponer un breve panorama de los graves problemas que enfrenta el profesional de salud, estructural, económico, y su relación con la relación antropológica del hombre, y por ello mismo con la bioética. Ante la moderna, característica mundial de la globalización que afecta y aún lo hará más en los próximos años toda actividad humana, la bioética enfrenta un reto gigantesco guiar el actuar humano, con una visión que anteponga siempre y en cualquier circunstancia, el valor de la persona humana por encima de cualquier otra consideración. cuando se habla de salud pública el reto se magnifica pues en casos como el de México, donde se esta muy lejos de poder ofrecer a la población cualquier otra alternativa viable para el cuidado de su bien maspreciado, las decisiones que se tomen, las acciones que se

emprendan, afectaran a la gran mayoría de la población, es decir dictaran sus condiciones de vida y aún de muerte. el encarecimiento de la medicina debido a diversos factores. progreso tecnológico, con máquinas cada vez más sofisticadas, la transición epidemiológica, gente de mayor edad cuyas enfermedades son más costosas, las cada vez más frecuentes cirugías innecesarias, el asedio legal hace difícil adoptar otros sistemas de atención de la salud, por eso es necesario es impostergable que sus políticas tengan una visión mucho más amplia que abarque toda la riqueza del hombre, que realmente se "invierta" en el capital humano, el más valioso y cuyas formas de desarrollo son incuestionablemente, la salud, la educación coordinadas y no supeditadas a políticas, economía, deshumanización, injusticia, actuando de acuerdo con sus principios rectores la dignidad de la persona requiere de la sociedad y la vida en comunidad, participando del bien común y el derecho de compartirlo, muchas de las injusticias sociales son el resultado de la exclusión de algunas personas del bien común y el derecho de compartirlo. el principio del bien común requiere de los valores de amor al prójimo y caridad distribuyendo los bienes, no según el merito personal sino según las necesidades de cada individuo.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS.

Adam, Eva. El Gran Louvre. El Palacio, las Colecciones, los Nuevos Espacios. Grandes Museos. 50F Beaux Arts. Imprimè Chez Mariogros Turin Italia 2000.

Alcocer Mata Manuel. Ética Filosófica. Ed. Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro. 1999.

Alfaro , -Le Febvre, Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Masson 5ª edición. España 2003 .

Alfaro Rosalinda, El pensamiento en Enfermería. Un Enfoque Práctico. Masson. España 1997.

Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería . Guía Práctica. Mosby 3ª edición. Madrid 1996.

Arellano Gonzáles. et al., Legislación Medica, en Introducción a la Bioética, Ed. Méndez. México 1998.

Aristóteles. Ética Nicomaquea Ed. Porrúa México 1992

Ávila Jiménez Roselia. Deontología y Legislación. Ed. UNAM. México 1985.

Balderas María. Ética de Enfermería Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México 1998.

Beare Mayers. Enfermería Principios y Práctica. Ed. Médica Panamericana. México 1993

Beuchamp TL, et al. Principios de Ética Biomédica, Ed. Masson, Barcelona 1999.

Bordin Celia, et al., Bioética Ed. Lumen. Argentina 1996.

Broggi MA. Algunos problemas de la información clínica en la practica del consentimiento informado. Madrid: Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad Y Consumo. Información y documentación clínica, 1998.

Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica 9na. Edición Mc. Graw Hill. México 2002

Burgoa Orihuela Ignacio. Las Garantías Individuales de México. Ed. Porrúa. México 2000.

Calva, Vázquez, et al. Introducción a la Bioética, Ed. Méndez México 1997.

Cano Villareal Óscar. La Práctica de la Medicina y sus responsabilidades Legales. Ed Prado. México 2003.

Campbell C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos. Ed. Doyma Barcelona 1997.

Carpenito Linda J. Manual de Diagnostico de Enfermería. E. McGraw-Hill. Madrid 1995.

Carpenito Linda J. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Diagnósticos de Enfermería y Problemas Asociados. Ed. Interamericana. Madrid 1994.

Carrillo Fabela Luis Manuel. La Responsabilidad Profesional de México. Ed. Porrúa, México 1989.

Casa-Madrid Mata Octavio. Las Normas Técnicas en Materias de Salubridad General. Edición Facsimilar SSA. México 1985.

Casa-Madrid Mata Octavio. El Derecho a la Disposición del Cuerpo Humano y los Transplantes de Órganos. Gaceta Médica de México. Vol. 134 (2) Mar-Abril 1998.

Casa-Madrid Mata Octavio. Régimen Jurídico de la Atención Médica. Edición Facsimilar SSA. México 1987.

Cely S. El Horizonte Bioético de la Ciencia. Ed. Javigraf. Bogota, Colombia. 2001.

Código de Bioética para el Personal de Salud. Secretaria de Salud. Comisión Nacional de Bioética. México. Mayo 2002.

Código de Ética. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G" Centro Médico Nacional "Siglo XXI". Instituto Mexicano del Seguro Social.

Código de Ética: una respuesta. Clínica Londres. México. Abril de 1999.

Código de Ética. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Secretaria de Salud. México 2002.

Code of Medical Ethics. American Medical Association, Chicago. EE.UU. 2002-2003. Edition.

Chiavenato Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración. Ed. Mc Graw Hill, México 1996.

Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. 2ª Ed. Masson. Barcelona 1999.

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) Clasificación Internacional para la Práctica de la Enfermería (CIPE). Beta CIE. GINEBRA 1999.

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) La clasificación Internacional para la práctica de la Enfermería: un marco unificador. La versión Alfa. CIE . Ginebra 1996.

Construyendo un Programa de Integridad: El papel de los códigos de conducta. Secretaria de la Contraloría y Desarrollo Administrativo. Unidad de Vinculación para la Transparencia. México 2001.

Convenio Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa. Monografía y Documento No. 1. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1997.

Coplamar. Necesidades Esenciales de México, tomo IV. Ed. Siglo XXI, Mexico 1985.

Dana, Kerr, et al., Gerontology and Geriatrics in Medical Education. Nex England 1979.

De La Fuente Ramón. Bioética Temas y Perspectivas. Ed. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación No. 527 México 1990.

De Wit Susan. Fundamentos de Enfermería Medico Quirúrgica 4ta. Edición, Harcourt, España 1999

Díaz Pintos G. El consentimiento: ¿una garantía de la autonomía del paciente o un expediente para eximir de responsabilidad? Derecho y Salud 1998.

Diccionario de Filosofía, Nicolás Abbagnano. Fondo de Cultura Económica. México, 1998.

Dobler López Irving F, La Responsabilidad en el Ejercicio Médico. Ed. Manual Moderno. México 2002.

Doenges, Moorhouse, M . F. Guía de Bolsillo y Actuaciones de Enfermería .ed. Doyma. Barcelona 1992.

Echenique Portillo Ramón. Mis Apuntes de Bioética: Ed. UNAM. México 2009.

El Pequeño Larousse 1997.

Enfermería y el Humanismo. Revista de Enfermería del IMSS, 2000. Vol. 8 (2)

Engelhard T.H. Los Fundamentos de la Bioética, Edi. Paidos. Barcelona 1995.

Feito L. La Ética del Cuidar Revista Selecciones de Bioética. Instituto de Bioética. Cenalbe. Pontificia Universidad Javeriana, México 2004.

Ferrer, Martínez, et al. Bioética un Dialogo Plural. Ed. Universidad Pontificia Comillas. Madrid 2005

Flores Téllez Francisco. Historia de la Medicina en México, Tomo I. Ed. IMSS, México 1986.

Flores y Boixader, E. Diagnósticos Enfermeros en atención Primaria en la población anciana mayor de 65 años. Revista Enfermería Clínica Vol.6 no.6 1996.

Franck, E. Victor. El Hombre en Busca de Sentido. Ed. Herder. Barcelona España, 1996.

García Maynes Eduardo, Introducción al Estudio de Derecho. Ed. Porrúa, México 1993.

Garza Garza Raúl. Bioética. La Toma de Decisiones en Situaciones Difíciles. Ed. Trillas, México 2008.

Gispert Cruells Jorge, Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica, 3ra. Edición, Manual Moderno, México 2005.

González Juliana. Los Valores Humanos en México. 1ra Edición. Ed Siglo XXI. México 1997.

Gordon Margory. Diagnostico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ra. Edición, Ed. Mosby-Doyma. España 1996

Gordon Marjory . Diagnostico Enfermero. Ed. Mosby-Doyma. Madrid 1996.

Guardiglia Osvaldo. Salmeron Fernando. Introducción a la Bioética Ed. Universidad Anahuac. México 1992.

Gracia D. Ética Médica. En: Farreras P, Rozman C, 13ra. Edición. Editorial: Medicina Clínica. Barcelona: Harcourt-Brace, 1995.

Grisez Germain et al. Beyond the new morality. The responsibilities of freedom. 3ra. Edición, Ed. Rialp. Madrid 2000.

Grup de treball sobre Consentiment Informat de la Comissió Assessora de Bioetica. Guía de recomanacions sobre el Consentiment Informat. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, noviembre de 1997.

Guardiglia Osvaldo Salmeron Fernando, Concepciones de la Ética. Edición de Victoria Campos. Madrid 1992.

Gutiérrez Samperio Carmen. Comités de Bioética Hospitalaria en Principios de Bioética. Ed. Méndez. México 1996.

- Hegel GW. Introducción a la Historia de la Filosofía. Ed. Aguilar. Madrid 1995.
- Henderson , Virginia. La Naturaleza de la Enfermería. Ed. Interamericana –MC Graw-Hill . Madrid 1994.
- Hernández Arriaga Jorge Luis. Bioética General Ed. Manual Moderno, México 2002.
- Hernández J, et al. Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método, Ed. Mc Graw Hill, Madrid 2003.
- Holloway, N.M. Planes de Cuidado en Enfermería Medico Quirúrgica Ed. Doyma. Barcelona 2000.
- Hottois G. EL Paradigma Bioético, Ed. Antropos, Barcelona 1991.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Instructivo Institucional para el uso, manejo e integración del expediente clínico. México, d.f. INER: "Dr. Ismael Cosío Villegas, SSA:2008.
- II Informe de Gobierno. México, Esfuerzos de salud en cinco objetivos. 2002.
- Jaffe, M. S. et al., Enfermería en la Atención Domiciliaria. Valoración y Planes de Cuidados. 3ª Ed. Harcourt Brace. Madrid 1998.
- Jaggar A, Struhik. Artículo "Human Nature" en Reich W. Encyclopaedia of Bioethics 2da. Edición. Ed. Mac Millan, New York, 1995.
- Kelson Hill. Teoría Pura de Derecho. Ed. Universitaria. Argentina 1993.
- Kerouac, S. et al., El Pensamiento Enfermero. Ed. Masson. Barcelona 1996.
- Kieffer GH. Bioética, Ed. Alhambra, Madrid 1983.
- Kubler Ross Elizabeth. La Muerte un Amanecer. 4ta. Edición. Ed. Luciernaga. España 1993.
- Kubler Ross Elizabeth. Sobre la Muerte y los Moribundos. Ed. Grijalbo. Barcelona España. 1998.
- Lambertsen Eleanore. The Changing Role of Nursing and its Regulations. Nursing Clinics of North America. EUA 1994.
- Lara y Mateos Rosa María. Medicina y Cultura. Hacia una formación Integral del profesional de la salud. Ed. Plaza y Valdez. México 1994.
- Lisker Robert. El Comité Internacional de Bioética de la Unesco Gaceta Médica de México 1995.

Lozano Núñez Fernando. Corto Curso de Derecho Civil. Ed. ANNM. México 1990.

Malagòn Londoño, et al., Auditoría en Salud 2da. Edición, Medica-Panamericana. Colombia 2003.

Martín, E. et al., Diagnósticos de Enfermería. Estrategia de Implantación. Revista Rol de Enfermería. Vol.20 no. 225 .1997.

Martín, K.S. et al., The Omaha System : Applications for Comunity Health Nursing, Saunders. Philadelphia, 1992.

Martínez Murillo-Saldivar, et al. Medicina Legal, Ed. Méndez Oteo, México 1992.

MC Closkey, J, C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería 5ª Ed. Harcourt. Madrid 2005.

Medina Castellanos CD. Ética y Legislación Ediciones Difusión. Avances en Enfermería. Madrid 2000.

Millán Antonio et al. El valor de la Libertad. Ed Rialp, España 1995.

Murray Atkinson. Enfermería Medico Quirúrgica. Nueva Editorial Interamericana. México 1998

Neimeyes Robert A. Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte. Ed. Paidós. México 1997.

Nettina Sandra, et al.. Enfermería Practica 4ta. Edicion, Mc Graw Hill. España 1999

Nightingale Florence. Notas sobre Enfermería ¿Qué es y que no es? 1ra. Edición. Salvat, Barcelona 1990.

North America Nursing Diagnos Association.(NANDA) Diagnósticos Enfermeros : Definiciones y Clasificación 2008-2009. Ed, Elsevier. Madrid 2008.

Olive L. Ética y Diversidad Cultural. Ed. UNAM, Fondo de Cultura Económica. México 1993.

Ordovas JP, López E, et al. Análisis de las hojas de información al paciente para la obtención de su consentimiento informado en ensayos clínicos. Med Clín (Barc) 1999.

Pastor García Miguel Luis. Manual de Ética y Legislación en Enfermería Ed. Mosby-Doyma. España 2000.

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Presidencia de la República. México 2001.

Porter Kurthy. et al., Evolución Histórica de los Acontecimientos Principales Referentes a la Bioética. 2da. Edición, Porrúa. México 2003

Porter Kurthy. et al., Temas Actuales de Bioética, Ed. Porrúa. México 1999.

Porter Kuthy. Introducción a la Bioética, Ed. Universidad Anahuac. México 1997.

Poulantzas Nicos Florentino. Poder Político y Clases Sociales en el Estado Capitalista Ed. Siglo XXI México 1999.

Programa de integridad de Mayo Foundation. Mayo Clinic, Rochester. EE.UU. 1999.

Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaria de Salud. México 2001.

Recasens Siches Luis. Introducción al Estudio de Derecho 2da. Edición, Ed. Porrúa, México 1992.

Recasens Siches Luis. Tratado General de Sociología. Ed. Porrúa, México 1980.

Recomendaciones para Mejorar la Atención de Enfermería. Revista Enfermería del IMSS Vol. 12 (1)

Referentes a la Bioética. 2da. Edición, Méndez. México 2003.

Rodríguez Estrada ¿Eutanasia o Autanasia? Manual Moderno, México 2000.

Rodríguez Valencia Joaquín. Síntesis de Auditoría Administrativa, Ed. Trillas, México 1997.

Rogers. Compendio de Historia de la Medicina. Ed. Prensa Médica Mexicana. México 1975.

Schein Edgar. Psicología de la Organización. Ed. Prentice Hal. México 1997.

Sgrecia E. Bioética General. Manual de Bioética Ed. Diana. México 1999.

Simon P, Barrio MI, Concheiro L. Legibilidad de los formularios escritos de consentimiento informado, Med Clin (Barc) 1997.

Simon P Concheiro L. El Consentimiento Informado; teoría y práctica (y II). Med Clin (barc) 1997.

Soberón Acevedo Guillermo, Hacia un Sistema Nacional de Salud. Ed. UNAM. México 1987.

Soberón Acevedo Guillermo. et al., Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Ed. Porrúa. México 1983.

Soberón Acevedo Guillermo. La Protección de la Salud en México. Ed. Miguel Ángel Porrúa. México 1987.

Suárez María, et al., La Bioética en el Desempeño de la Enfermera. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 1999 Vol. 7 (1) Enero – Diciembre.

Thompson Bradley Jane. Ética en Enfermería. Ed. Manual Moderno, México 1994.

Torralba F. Ética del Cuidar. Instituto Borja de Bioética, Ed. Mapfre, España, 2002.

Tucker Susan, et al., Normas de Cuidados del Paciente. Ed. Harcourt-Océano. España 1998.

Varga CA. Bioética Principales Problemas. Ed. Paulinas. Bogotá 1988.

Vázquez, M.A. et al., Diagnósticos de Enfermería sobre Riesgos. Análisis coste-efectividad. Revista Rol de Enfermería. Vol. 21, no. 237 1998.

Velasco Suárez Manuel. et al., Responsabilidad Científica y Bioética Emergente en Medicina. Academia Nacional de Medicina, Marzo 2000.

Wensley Robert. Teorías y Modelos de Enfermería. 2da. Edición. Mc Graw Hill Interamericana. México 1997.

Witter Bárbara. Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana. México 1993.

Zuccherino Ricardo Miguel. La Praxis Médica en la Actualidad. Ed. Depalma. Buenos Aires 1994.

LEGISLACIÓN MEXICANA CONSULTADA.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común, y para toda la República en Materia Federal. Ed. Porrúa México 2001

Código Penal

Ley Federal del Trabajo. Ed. Porrúa . México 2001.

Ley General de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "A" del Artículo 123 Constitucional.

Ley General de Salud. Ed. Porrúa. México 2001.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. México. 2001.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, Instituto Federal de Acceso a la Información. México 2002.

Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal.

Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. México. 1998.

Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento para la Atención de Quejas Médicas.

GLOSARIO DE TERMINOS.

Accesibilidad: constituye el primer principio que permite la garantía de la prestación. A partir de aquélla puede entonces comenzarse hablar de la posibilidad de autonomía. La accesibilidad es un valor colectivo que debe ser garantizado por el Estado en cualesquiera de sus variantes.

Análisis de subgrupos: Análisis comparativo de los resultados obtenidos con los diferentes tratamientos probados en subgrupos de pacientes que presentan alguna característica particular (por ej., diabéticos en un ensayo sobre hipertensión). No es un método óptimo de evaluación de resultados.

Análisis estratificado: Análisis de los resultados de un ensayo clínico o de un estudio observacional, con el fin de examinar si hay diferencias de respuestas asociadas a alguna característica (por ej., edad o sexo).

Análisis por intención de tratar: En un ensayo clínico, análisis de los datos según el tratamiento asignado inicialmente por la distribución aleatoria, en contraposición con el análisis explicativo o por protocolo, que se realiza según el tratamiento recibido. El análisis por intención de tratar tiende a medir la efectividad derivada de ofrecer a un tratamiento a un paciente, independientemente de si después este tratamiento es realmente tomado, tiene que ser interrumpido, etc.

Análisis por protocolo: En un ensayo clínico, análisis de los datos según el tratamiento tomado, en contraposición al análisis por intención de tratar. El análisis por protocolo tiende a medir la eficacia de la intervención, para cuya evaluación conviene incluir sólo a los pacientes que hayan estado realmente expuestos a los tratamientos planificados.

Asignación: en el contexto de un ensayo clínico, proceso de distribución de los sujetos participantes a cada una de las modalidades de tratamiento. Por definición, en un ensayo clínico la asignación es aleatoria (al azar).

Asignación aleatoria: en un estudio en el que se comparan dos o más modalidades de tratamiento, es conveniente que los grupos formados sean parecidos en todas las características pronósticas excepto en el tratamiento recibido, de modo que cualquier diferencia de curso clínico que se registre podrá ser atribuida a los diferentes tratamientos administrados (y sólo a ellos). La asignación aleatoria consiste en distribuir a cada participante a uno de los grupos de tratamiento por un método disciplinario de azar, de modo que cada sujeto tenga exactamente las mismas posibilidades de formar parte de uno u otro grupo de tratamiento. Los pacientes de un grupo tienen, por término medio, la misma probabilidad de poseer una característica determinada que los de otro grupo; esto ocurre con todos los factores pronósticos, conocidos o no. Cuando el número de pacientes incluidos en un ensayo clínico es limitado, la asignación aleatoria puede determinar la formación de grupos algo diferentes; esto es tanto menos probable cuanto mayor sea el número de pacientes. Con el fin de valorar si ha habido suerte en la asignación aleatoria, al final del ensayo es preciso comparar la distribución de las características pronósticas conocidas en cada grupo. La mayoría de las publicaciones sobre ensayos clínicos contienen una tabla de comparación de estas características. Con el fin de evitar la distribución desigual de las características pronósticas en cada grupo, se puede realizar una asignación por bloques o bien se pueden corregir las diferencias conocidas con un análisis

estratificado o con un análisis de regresión. La asignación aleatoria es la característica definitoria de los ensayos clínicos controlados, y la diferencia a éstos de los estudios de cohortes.

Asignación aleatoria por bloques: Asignación aleatoria aplicada a grupos sucesivos de pacientes (por ej., grupos de cuatro, grupos de diez, etc.), con el fin de evitar desequilibrios entre grupos en caso de análisis intermedio o de interrupción del ensayo.

Asignación aleatoria por minimización: Método de asignación aleatoria que consiste en a) identificar las variables relevantes que se desee distribuir equilibradamente a ambos grupos de tratamiento (por ej., en un EC sobre el tratamiento del IAM, edad, hábito de fumar, antecedentes de cardiopatía isquémica y diabetes); b) formar estratos según las variables de interés (en el ejemplo, pacientes de menos de 70 años o de 70 o más, fumadores o no fumadores, con antecedentes de CI o sin él, diabéticos o no diabéticos); c) contar, para cada estrato, cuantos pacientes han sido asignados a cada una de las modalidades de tratamiento; d) sumar los pacientes incluidos en cada uno de los estratos en una y otra modalidad de tratamiento, y e) asignar el nuevo paciente a la modalidad de tratamiento en la que los sujetos de sus características estén menos representados.

Autonomía: Principio de bioética. Capacidad de una persona para decidir por ella misma. Este principio es de carácter liberal/radical, pone énfasis en la relación del enfermo con el servicio de salud, la prioridad en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad es la del paciente, es él quien decide lo que es conveniente, como un derecho que debe ser ejercido bajo una información adecuada.

Actos jurídicos: son obligatorios, imperativos pero singulares dirigidos a personas o actos concretos. En este caso no son normas jurídicas.

Beneficencia: Principio de bioética según el cual se debe tratar a las personas protegiéndolas de daños y asegurando su bienestar, lo que implica no hacer daño, maximizar el beneficio y minimizar el riesgo. Se pretende que la actuación del profesional de salud sea beneficiosa tanto para el agente como para el paciente. Por lo general, el paciente o cliente es quien requiere de los servicios del agente, es el miembro más débil de la interacción y quien más necesidad tiene de la adecuada y benéfica ejecución del acto.

Bioética: : Ética de la investigación clínica. Para que un EC u otro estudio sea ético, es necesario 1) que haya razones para dudar de cuál es la estrategia con una relación beneficio/riesgo más favorable, o que, en caso que solo se pruebe un tratamiento, haya razones para suponer que sus beneficios son superiores a sus riesgos; 2) que el diseño sea correcto y los investigadores cualificados; 3) que los participantes lo sean con conocimiento de causa y libre y voluntariamente. Los cuatro principios básicos de la bioética son el respeto por las personas, la beneficencia, la justicia (enunciadas en el informe Belmont) y la no maleficencia. Aplicación de la ética a las ciencias de la vida.

Buenas Prácticas Clínicas (BPC): Conjunto de normas administrativas que deben respetar los promotores, investigadores y monitores de los ensayos clínicos a fin de asegurar que se han respetado los derechos de los participantes y que los

resultados obtenidos puedan considerarse válidos y fiables y sean aceptados por las agencias reguladoras de medicamentos.

Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL): Código relativo a la conducción y el registro de las pruebas preclínicas de nuevos fármacos para someter a la consideración de las autoridades reguladoras. Directrices y regulaciones preparadas generalmente por organismos reguladores oficiales, cuya finalidad es asegurar que los estudios de laboratorios presentados para apoyar solicitudes son de la calidad adecuada. El objeto es asegurar elevados estándares de calidad en el trabajo de laboratorio.

Cohorte: La epidemiología adopta este término para referir la idea de avance simultáneo, en el tiempo, de un grupo de individuos definidos por poseer una característica o grupo de características comunes. La característica común suele ser la exposición a un factor (ambiental, farmacológico, laboral, etc.)

Consentimiento Informado: Procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía. Debe reunir por lo menos tres elementos: voluntariedad, información y comprensión. La voluntariedad implica que los sujetos puedan decidir libremente si quieren participar en un estudio, sin que haya persuasión (es decir, cuando se induce a "aceptar libremente" actitudes, valores, intenciones o acciones) manipulación (es decir, influencia intencionada y efectiva para alterar las opciones reales o su percepción de elección) ni coerción (es decir, cuando se exageran ciertos elementos informativos con el fin de obtener el consentimiento). El carácter voluntario del consentimiento puede resultar vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o de gran influencia sobre el sujeto de la investigación y cuando no se da un tiempo "suficiente" para que el sujeto pueda reflexionar, consultar y decidir. La información debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del estudio y su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales, las posibles incomodidades derivadas de la participación y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello dé lugar a perjuicio. En este contexto es básica la comprensión de la información, que no solo depende de ésta, sino también de la competencia de quien la recibe, es decir su capacidad para comprender.

Consentimiento por sustitución: Consentimiento que se obtiene de los representantes del sujeto de la investigación cuando éste no es plenamente autónomo (niños, personas inconscientes, ciertos enfermos psiquiátricos, etc.).

Costumbre: son verdaderas normas jurídicas que nacen de la práctica social. Si una actuación se repite mucho al final se convierte en una costumbre que se llega a considerar obligatoria.

Cronológico: una norma posterior deroga a la anterior.

Competencia: se tiene que estudiar qué norma hay que aplicar si la Estatal o la Autonómica.

Comportamiento: lo que haces, todas las acciones y las habilidades relacionadas con ello, incluyendo las cualidades personales.

Cuidado: el proceso de cuidar es una acción terapéutica que permite a través de la interacción enfermera-paciente alcanzar el máximo potencial de salud del paciente.

Derecho sólo toca a las situaciones en que están en riesgo los derechos de las personas, momento en el cual la norma jurídica o ley establece salvaguardas. En lo no reglado, está el amplio espacio de libertad, tanto respecto del paciente como de la familia u organización social que la reemplaza.

Declaración de Helsinki: Norma ética de la Asociación médica Mundial, elaborada en 1964, para orientación de los investigadores clínicos. Consta de 12 principios fundamentales, seis normas sobre la investigación clínica y cuatro sobre investigación biomédica no clínica. Según sus principios, la investigación biomédica en humanos: 1- debe ajustarse a principios científicos y basarse en un conocimiento profundo de las publicaciones científicas; 2- debe estar claramente formulada en un protocolo que será examinado y enjuiciado por un comité independiente; 3- ha de estar solo a cargo de personas con la debida preparación científica y bajo vigilancia de un médico; 4- Solo se realizará si el objetivo propuesto justifica el riesgo a que se expone el paciente; 5- en todo caso el interés del sujeto debe prevalecer por encima de los intereses de la ciencia y la sociedad; 6- deberá respetar el derecho de cada participante a salvaguardar su integridad personal; 7- deberá ser interrumpida si se comprueba que los riesgos superan las posibles ventajas; 8- en la publicación de los resultados se deberá respetar la exactitud; 9- los sujetos participantes deberán ser informados de los objetivos, métodos, ventajas prevista, posibles riesgos e incomodidades y tendrán derecho a otorgar libremente su consentimiento a participar; 10- no se podrá pedir el consentimiento por coacción ni el de cualquier sujeto que se encuentre en una situación de dependencia; 11- en caso de incapacidad del sujeto el consentimiento debe ser otorgado por un representante legal; y 12- en el protocolo figurará siempre una declaración sobre consideraciones éticas inherentes al caso.

Deontología: Ética: ciencia o tratado de los deberes. Según Bentham, "Ciencia de lo conveniente", es decir, de una moral cuya finalidad consiste en buscar el placer y eludir el dolor.

Efectividad: Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica habitual, sobre una población determinada. No siempre cabe suponer que los resultados obtenidos en el marco de un ensayo clínico se pueden extrapolar a las condiciones de la práctica clínica habitual. Así por ejemplo, los resultados obtenidos con una nueva técnica quirúrgica en un ensayo clínico no se pueden extrapolar directamente a la práctica habitual en otros centros que no han participado en el ensayo, porque el cirujano no es el mismo, ni tampoco son iguales la calidad del servicio de enfermería, las poblaciones tratadas, etc. Con los fármacos sucede algo parecido, porque las condiciones de un ensayo clínico (centros participantes, tipo de relación con los pacientes, criterios diagnósticos aplicados, supervisión clínica de los pacientes, etc.) no son los mismos que en la práctica habitual. En principio la efectividad sólo puede medirse con ensayos clínicos de orientación totalmente pragmática.

Enfermo terminal es aquella persona que padece una enfermedad que, a la luz de los conocimientos científicos actuales, no es susceptible de curación y quien entra en un estado de deterioro progresivo que lo conducirá inevitablemente a la muerte en un plazo corto de tiempo.

Enfermo en estado vegetativo es el individuo que pierde irreversiblemente la capacidad de conciencia de sí mismo y del mundo que lo rodea, sin posibilidad de

mejoría, a pesar de la presencia de algún tipo de actividad cerebral de tipo eléctrico o reflejo.

Ética médica, en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación médico-paciente, con el hombre sano y con la sociedad

Entorno: conforma el contexto, el donde y el cuando de nuestra vida.

-Especificidad: ante dos normas que regulan el mismo caso se aplica preferentemente la que sea más específica.

Estudio Observacional: Estudio epidemiológico analítico en el que el investigador no determina la asignación de los sujetos a cada grupo, sino que se limita a registrar (observar) lo que ocurre en la realidad. Puede ser de cohorte, de casos y controles o transversal.

Fidelidad: se refiere a guardar las promesas.

Heterogeneidad: Diferencia entre la variabilidad de medidas en un grupo y la variabilidad de las mismas medidas en otro grupo.

Hipótesis: Suposición, fundada en observaciones o reflexiones, que puede conducir a predicciones refutables. También, conjetura elaborada de forma que pueda ser comprobada y refutada.

Informe Belmont: Informe elaborado por una Comisión de Congreso de EEUU sobre la protección de los seres humanos objeto de la experimentación biomédica y conductual. En él se enuncian los principios éticos básicos a partir de los cuales se pueden "formular, criticar e interpretar reglas o normas específicas, de aplicación práctica en la investigación clínica con seres humanos". Los tres principios éticos básicos enunciados en el informe Belmont fueron el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia.

Jerarquía: la norma de mayor rango se aplica por encima de la de rango inferior.

Justicia: Principio de bioética según el cual se debe tratar a todos los seres humanos con consideración y respeto, sin establecer otras diferencias entre ellos que las que redunden en beneficio de todos y en especial de los menos favorecidos. Para ello es necesario distribuir los beneficios y las cargas de la investigación de forma equitativa.

Ley: todas las normas en general que se publican en los boletines oficiales.

Moral es una de las formas de la conciencia social que, en tanto que reflejo de las condiciones materiales de vida de los hombres, es histórica y concreta y, por tanto, relativa y cambiante, cuyo desarrollo constante va acorde con la marcha de la sociedad.

No Maleficencia: Principio de bioética que obliga a no hacer nada malo, aunque alguien lo pida. Es maleficente la realización de un ensayo clínico que no va a tener validez científica, porque la hipótesis no sea plausible o porque el diseño no sea metodológicamente correcto. Se refiere a la inocuidad de la medicina y procede de la ética hipocrática, el ayudar o al menos no dañar. En la praxis hay que evitar hacer daño, aunque un acto no beneficie, puede ser éticamente positivo en la medida que evite daños

Objetividad. Se refiere a una situación que representa de hecho, independiente de la apreciación personal, se puede decir que un problema existe usando una situación no corresponde a la que originalmente debería de ser y en materia de decisiones, cuando los resultados no son iguales a los objetivos planteados.

Paliativa. En casos de enfermedad incurable que produce gran incomodidad y dolor a quien la sufre y cuya curación no es posible.

Persona: ser capaz de actuar individual o colectivamente en respuesta al significado de los objetivos que constituyen su mundo.

RACIONALIDAD ADMINISTRATIVA. - los procesos administrativos, son procesos decisorios, que establecen los métodos para determinar los cursos de acción indicados y comunicárselos a las personas involucradas en ellos.

Reflexión. Contestar a la pregunta ¿que tanto se puede cumplir los objetivos? y ¿como se afectarían las diferentes variables de la organización?, corresponde a la etapa de reflexión, implica aspectos económicos, administrativos e incluso éticos que pueden presentarse como parte de una

Relación beneficio/riesgo: Refleja la relación entre el beneficio demostrado o esperado y el riesgo documentado o temido que pueden derivarse de una intervención terapéutica determinada. Constituye una manera de expresar un juicio sobre el posible papel de una intervención en la práctica médica, basado en datos de eficacia y seguridad, relacionados con la gravedad y pronóstico de la enfermedad tratada. La interpretación de los datos disponibles puede conducir a decisiones terapéuticas diferentes, según las circunstancias. Así por ejemplo, entre un fármaco que alarga la esperanza de vida a cambio de una mala calidad de vida y otro con menor efecto sobre la supervivencia, pero que dé lugar a una mejor calidad de vida, las preferencias pueden variar de un paciente a otro.

Relación coste/beneficio: Expresión resultante de la consideración combinada de los beneficios y las pérdidas económicas y médicos asociados a una intervención médica. Generalmente el beneficio se expresa como una extrapolación de la eficacia medida en ECC, cuando en realidad sería preferible expresarlo como una medida de efectividad.

Respeto por las personas: Principio ético básico que obliga a tratar a las personas como entes autónomos y a proteger a las personas con autonomías disminuidas (en este contexto, una persona autónoma es la que es capaz de tomar sus propias decisiones). En aplicación de este principio, es preciso obtener el consentimiento de los posibles participantes en un estudio antes de incluirlos en él.

Riesgo: Resultado predecible o incierto desfavorable de una actividad, intervención o exposición. Probabilidad de que ocurra un determinado fenómeno adverso.

Terminal. Cuando se trata de pacientes considerados en proceso de enfermedad avanzada, irreversible y progresivamente letal.

Valores: los valores no son estáticos, sino dinámicos y evolutivos como el hombre mismo, y diferentes para cada cultura, y tienen siempre un referente territorial, constitutivo de un *éthos* y de un carácter. Los valores son producidos por una cultura de un grupo social en su medio ambiente, y a su vez, son generadores de cultura y de transformación del entorno, en un proceso dialéctico.

Valores y creencias: siendo estas tanto las reglas que nos imponemos a nosotros mismos como, las presunciones que albergamos sobre lo que es posible y que es lo que puede suceder, el líder redefine lo que es posible.

Identidad nuestro sentido de nosotros mismos como personas alberga nuestros valores y creencias mas queridos.

ética (del latín *ethica* desde el griego antiguo [φιλοσοφία] "filosofía moral", del adjetivo de ἦθος *ēthos* "costumbre, hábito") proviene del griego "Ethikos" cuyo significado es "Carácter". Tiene como objeto de estudio la moral y la acción humana.

Veracidad: es calidad de veraz. Es veraz quien dice y profesa siempre la verdad. El hábito moral de decir la verdad y no engañar a los otros, con o sin intención



Questionario para los pacientes

¿Desea participar en mi investigación? Sí ___ No ___

Edad ___ Sexo ___ Escolaridad ___

¿Usted como paciente cree importante de que su médico de cabecera le diga la verdad ante cualquier diagnóstico?

Marque con una X los aspectos que usted considere en los siguientes incisos:

Ud. tiene el derecho a conocer la realidad de su enfermedad porque esto puede ayudarlo a su rehabilitación y facilitar el tratamiento. Si ___ No ___

Para cuidarme mucho más y saber cómo hacerlo. Si ___ No ___

Para adaptarme a convivir con ello, sea bueno o malo. Si ___ No ___

Para apoyar en el tratamiento y sentirme mejor psicológicamente. Si ___ No ___

Para luchar contra la enfermedad. Si ___ No ___

Cuando no conozco el diagnóstico, mi preocupación es mayor. Si ___ No ___

Estoy de acuerdo en que me digan el diagnóstico real. Si ___ No ___

Estoy de acuerdo en que se me informe todo lo relacionado con mi enfermedad pues colaboraría con todos los estudios de una forma consciente. Si ___ No ___

Estoy de acuerdo en que se me informe cualquiera que sea el padecimiento que tengo pues creo que existe un equipo multidisciplinario que tiene esta misión. Si ___ No ___

Porque es mi salud y yo debo saberlo, respetando así mi autonomía. Si ___ No ___

Otras opiniones que Ud. desee plantear _____

Questionario para el personal de enfermería

¿Desea participar en mi investigación? Sí ___ No ___

Edad ___ Sexo ___ Especialidad ___

¿Usted como personal de enfermería cree importante que el médico le debe decir siempre la verdad del diagnóstico a sus pacientes?

Marque con una X los aspectos que usted considere en los siguientes incisos:

Se le debe decir la verdad en dependencia de su edad, estado de ánimo, estado psicológico y con ética profesional. Si_____ No_____

Se le debe decir la verdad para que coopere más y aprenda a vivir con su enfermedad.

Estoy de acuerdo con que se le diga la verdad pero no en todo tipo de enfermedad. Si_____ No_____

Se le debe decir la verdad porque cuando está bien informado, la evolución es mucho mejor. Si_____ No_____

Porque conoce de su enfermedad y puede cuidarse más. Si_____ No_____

Porque puede realizar el tratamiento de forma consciente y mejorar se salud. Si_____ No_____

Porque cuando el paciente está bien informado del diagnóstico evoluciona mucho mejor y no se viola el código ético. Si_____ No_____

No se le debe decir la verdad, pues no se sabe como el paciente va a reaccionar. Si_____ No_____

Se le debe decir la verdad porque el paciente interactúa mejor con la sociedad y ante la vida. Si_____ No_____

Me gustaría que se le dijera la verdad del diagnóstico al paciente sea este maligno o benigno. Si_____ No_____

Se le debe decir la verdad al paciente y después a la familia. Si_____ No_____

Es mejor una verdad que duela y no una mentira que de placer. Si_____ No_____

Otras opiniones que Ud. desee plantear_____

Cuestionario para el personal médico

¿Desea participar en mi investigación? Sí ___ No ___

Edad_____ Sexo_____ Especialidad_____

¿Usted como médico cree importante que se le debe decir la verdad al paciente de su diagnóstico?

Marque con una X los aspectos que usted considere en los siguientes incisos:

Siempre hay que decirle la verdad del diagnóstico al paciente ya se trate de una enfermedad maligna o benigna. Si_____ No_____

Para que aprenda a convivir con ella. Si_____ No_____

Para decirle al paciente la verdad sobre su enfermedad, se debe tener en cuenta el tipo de diagnóstico, edad, sexo, estado emocional, grado cultural y posible nivel de aceptación. Si _____
No _____

Decir la verdad dependiendo del tipo de personalidad y del estado psicológico del paciente. Si _____ No _____

Porque contribuimos a que muera con dignidad como lo establece el código ético. Si _____
No _____

Porque no se debe engañar al paciente. Si _____ No _____

Porque coopera más con nosotros. Si _____ No _____

Porque no es ético si no se lo decimos. Si _____ No _____

Porque tenemos que respetar su autonomía. Si _____ No _____

Es mejor una verdad que duela y no una mentira de placer. Si _____ No _____

Otras opiniones que Ud. desee plantear _____

CUESTIONARIO PARA VER EL CUMPLIMIENTO DE PRINCIPIOS DE BIOETICA.

Nombre _____ y apellidos _____
Edad _____ Calificación _____ Sexo _____
Servicio _____ abierta _____ Cerrada _____
Problemas identificados en la ficha de registro individual _____

Cumplimientos de los principios bioéticos _____

Encuesta sobre bioética

Estimado Compañero (a):

Le invitamos a que complete la siguiente encuesta, tiene como objetivo conocer en qué medida los trabajadores de la salud dominan aspectos generales de bioética. Para contestar marque con una (X) delante de una de las respuestas posibles (sólo una en cada caso)

1. Principios de la Bioética que plantea: "obligatoriedad de hacer el bien y no el mal"
 Ponderación Igualdad Equidad Beneficencia
2. Principios de la Bioética que señala: "aceptación del otro como agente moral, responsable y libre para tomar decisiones".
 Competencia Dignidad Validación Autonomía
3. Principio Bioética que enseña: "dar a cada cual lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario".
 Paridad Justicia Equilibrio Uniformidad.
4. Principio de Bioética que: "obliga a cumplir los compromisos contraídos (con el paciente)".
 Honestidad Legalidad Fidelidad Responsabilidad.
5. Principio de la Bioética que debe cumplirse: "aún cuando su ejercicio pueda entrañar dificultades a quién lo ejerza".
 Veracidad Dignidad Modestia Idoneidad
6. Se conoce como Deontología a la ciencia que trata de:
 Los derechos Los deberes Los diagnóstico Los defectos
7. El principio más antiguo, cardinal de Ética Médica es:
 No engañarás No dañarás No protestarás No defraudarás
8. Actuación en la que existe omisión, indolencia, desatención, morosidad o frialdad de denomina:
 Negligencia Impericia Incompetencia Temeridad
9. El acto médico profiláctico, diagnóstico o terapéutico que produce daños al paciente se denomina:
 Negligencia Temeridad Yatrogenia Incompetencia
10. Acción que se tipifica por no haber previsto lo que era previsible y no haber hecho nada para evitarlo.
 Imprudencia Desatención Yatrogenia Distocia

Valoración de Enfermería

1. Recolección de datos (principios fundamentales Veracidad y Fidelidad)
 Correcto Incorrecto No realizado
2. Identificación de necesidades (incluir las afectivas y espirituales y respetar la situación del paciente, diagnóstico de enfermería correcto)
 Correcto Incorrecto No realizado
3. Establecer prioridades (aplicando la justicia, beneficencia y autonomía del paciente, y respetar la integridad e individualidad)
 Correcto Incorrecto No realizado

Etapa 2. Intervención

1. Expectativa (aplicando los principios de veracidad, beneficencia y autonomía)
 Correcto Incorrecto No realizado
2. Plan de cuidados (poniendo en práctica los principios de no dañar o sea la beneficencia y la autonomía. Acción independientes y ajustes de horarios)
 Correcto Incorrecto No realizado

Etapa 3. Evaluación

1. Objetivos cumplidos (aplicar los principios de veracidad y autonomía) :

Correcto _____ Incorrecto _____ No realizado _____

2. Modificar el plan de cuidados (respetar la autonomía del paciente, aplicar el principio de veracidad)

Correcto _____ Incorrecto _____ No realizado _____

Instrumento para medir satisfacción del paciente

1. Edad: 4 – 20 O a
menos O a
21 – 30 O b
31 – 40 O c
O c
41 – 50 O d
d
51 – 60 O e
Terminada O e
60 ó más O f
2. Estado civil: Soltera O a
Casada O b
Divorciada O c
Viuda O d
Unión libre O e
3. Escolaridad: Primaria O a
Secundaria terminada O b
Estudios Técnicos O b
Bachillerato Terminado O c
Licenciatura O c
Cursos Postécnicos O f
Maestría O g
Doctorado O h

4. Número de visitas en menos de 6 meses: 5. Años de aseguramiento:

- 1 a 3 O a
4 a 9 O b
10 o más O c

6. Días de estancia hospitalaria:

- 0 – 1 O a
1 – 3 O b
3 o más O c

7. Turno: Matutino O a

Vespertino O b

Nocturno O c

1. Cuando usted solicitó la atención de la enfermera, la recibió: De inmediato a. O

1 a 2 Minutos después b. O

Más de 2 minutos después c. O

No respondía d. O

Tarde y a disgusto e. O

2. La enfermera que la atendió fue: Muy amable a. O

Amable b. O

Seria c. O

Indiferente d. O

A disgusto e. O

3. La atención que le otorgó la enfermera fue: Excelente a. O

Aceptable b. O

Insuficiente c. O

No le atendieron d. O

Le causó molestias e. O

4. Los cuidados que le dio la enfermera cubrió sus necesidades: Siempre a.
 Casi siempre b.
 Algunas veces c.
 Nunca d.
 Le causaron problemas e.
5. La enfermera se presentó con usted y le llamó por su nombre: Siempre a.
 Casi siempre b.
 Algunas veces c.
 Nunca d.
 No mostraron interés e.
6. La información de su enfermera acerca de los cuidados que debería tener fue: Amplia y clara a.
 Suficiente b.
 Superficial c.
 Nula d.
 Confusa e.
7. Su aseo personal y el cambio de su ropa de cama se realizó: Cada vez que fue necesario a.
 Diariamente b.
 Ocasional c.
 Nunca d.
 Tuvo problemas por falta de aseo e.

Dada la importancia que representan, en cuanto al deber ser de Enfermería y los Cuidados Humanos y, dada su relevancia para este trabajo, se hará un breve cuestionario sobre los mismos señalando aspectos resultantes de cada uno de ellos en los siguientes términos:

1. Proteger la individualidad del paciente: se refiere a la atención integral que debe recibir el paciente tanto en sus aspectos biológicos como psicosociales, y señala que:

Es incorrecto referirse a un paciente como un número de cama, un padecimiento o un expediente, porque esto es una cosificación del individuo.

El paciente siempre debe ser el sujeto principal del ejercicio profesional.

Es incorrecto desquitar los sentimientos personales negativos en el paciente.

La vida y la salud del enfermo debe ser la motivación principal de la labor de Enfermería así como el cuidado de sus bienes.

Guardar siempre el secreto profesional es un deber ineludible de las enfermeras en el trato con el paciente.

Es incorrecto ignorar los sentimientos de incomodidad, tristeza, apatía o dolor que presenta un paciente durante su cuidado.

Se deben respetar sus ideas y actitudes y tomarlas en cuenta, aunque no sean compartidas.

Proteger al paciente de causas externas que puedan producir enfermedad. Hace referencia a la prestación de servicios de Enfermería, tomando en cuenta todos los aspectos de seguridad, que ayuden a prevenir cualquier afección añadida por una mala praxis.

Se debe evitar la iatrogenia por ignorancia, omisión, descuido o negligencia.

Es responsabilidad de la Enfermera como profesional mantenerse al día con los avances científico- tecnológicos, evitando acciones o comportamientos que puedan causar patologías agregadas a los pacientes a su cargo.

El cuidado y la observación constante debe realizarse con genuino interés en los pacientes.

Mantener las funciones fisiológicas de los pacientes en parámetros normales. Se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas para la supervivencia del individuo.

Es deber de la Enfermera cuidar que el paciente cumpla con las funciones fisiológicas como: alimentación, eliminación, hidratación, respiración, circulación, termorregulación, higiene y movilización, descanso y sueño y percepción a través de los sentidos.

En caso de no poder satisfacerlas por si mismo, el paciente deberá recibir la ayuda necesaria de la Enfermera para satisfacer las necesidades mencionadas anteriormente.

Colaborar con la rehabilitación del paciente y su incorporación a la comunidad.

La Enfermera deberá enseñarle al paciente medidas de auto cuidado de su salud en el hogar y en la comunidad.

Es responsabilidad de la Enfermera promover la reincorporación de los pacientes a la vida útil y digna.

La Enfermera orientará y proveerá al paciente de herramientas necesarias para el mejoramiento de la calidad de vida.

