

LA ENFERMERÍA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANA MORATILLA MÁRQUEZ

Directora Tec. Adjunta

LOURDES CANTERO GONZÁLEZ

Directora Técnica

RAQUEL HERNÁNDEZ MORATILLA

Profesora

JOSE L. MOLINO CONTRERAS

Secretario

E.U. Enfermería. Cartagena.

INTRODUCCION

La enfermería, desde sus inicios como profesión, con Florence de Nightingale, a finales del siglo XIX, es de claro comportamiento militar, con la sumisión al superior (médico), obediencia ciega a las ordenes recibidas. Este tipo de comportamientos, fué traspasado al ambito sanitario civil.

Otro condicionante, era que el colectivo de enfermería, estaba formado mayoritariamente por mujeres, en un mundo gobernado por hombres, lo que ha contribuido notoriamente a que el modelo sumiso, haya prevalecido durante mucho tiempo.

Con estos antecedentes, se inicia el siglo XX, son el Sistema Patriarcal, anteriormente citado, donde el médico ejerce de PADRE PROTECTOR, la enfermera adopta el papel de MADRE SUMISA y el paciente representa el "niño incapaz de tomar decisiones". La Enfermera, en este juego de posiciones, no ejerce ninguna autoridad, ni toma ninguna decisión, aunque sea referida a su ambito de cuidador estriico.

Este esquema patriarcal, comienza a tambalearse en Estados Unidos, cuando en 1929, se produce una condena a una Enfermera,

donde la obediencia al médico, no la exime de la responsabilidad de haber administrado una medicación inadecuada, con consecuencia de muerte del paciente. Con esta Sentencia se establece que la enfermera, tiene su PROPIA RESPONSABILIDAD, basada en los conocimientos que esta obligada a adquirir.

El siguiente empuje decisivo, para ir hacia un nuevo modelo de enfermería, se produce en la decada de los sesenta, con los movimientos reivindicativos de los derechos civiles que llevan implucitos movimientos feministas que se dejan sentir en el mundo Danitarío, por la condición mayoritaria de la enfermería. Estos movimientos, defienden también los derechos de los pacientes y es en 1973, cuando la Asociación Americana de Hospitales, promulga la Primera Carta de los derechos de los Pacientes que ha servido de modelo e inspiración, para las que han ido surgiendo con posterioridad.

Es en 1974, cuando George Annas, abogado que posteriormente se especializó en temas Bioéticos, quien lanza la idea del Modelo de Enfermera Protectora del Paciente. Ya existe la Carta de los Derechos de los Pacientes y según esta teoría, alguien dentro de las Instituciones, debe velar porque esto se cumpla, frente al Gran Poder que en Estados Unidos, detentan los Médicos, de esta forma, la Enfermera deja de ser la "Madre Sumisa", para pasar a ser la "Protectora del Usuario Sanitario".

Este modelo, tuvo mucho exito en su momento, se aumio como la Panacea de la Enfermería como colectivo de profesionales, llegando incluso a publicarse en el Codigo Deontológico de la American Nursey Asocieton (ANA) en 1976, su articulo n° 3 dice asi: "La Enfermera protege al cliente y al

público en general, cuando la Salud y la Seguridad de éstos, se vean amenazadas por Prácticas Deshonestas, Incompetentes, Ilegales o Reñidas con la Ética”.

La gran influencia ejercida por la Enfermería Americana en todo el mundo occidental, ha hecho que estos presupuestos de defensa del paciente, hayan llegado a los diferentes Códigos Deontológicos Europeos, llegando incluso al Español, publicado en 1989 que dedica varios artículos a la Enfermera, como representante y defensora de los pacientes.

Este modelo, ha tenido aspectos positivos en cuanto a sensibilizar a las estructuras sanitarias de problemas éticos que se producen dentro de la organización y del papel que puede desempeñar la enfermería que por su mayor proximidad con los pacientes, puede detectar Conflictos Bioéticos.

Con todo el éxito que tuvo en su momento este modelo, no es aceptable, ya que coloca a la Enfermería en una situación muy limitada como colectivo: Pueden ser útiles sus consideraciones para la inclusión de las Enfermeras en los Comités de Bioética y para crear la figura de la Enfermera del Servicio de Atención al Paciente, pero en ningún momento, para definir la actuación de todo el colectivo en general. Esto por varios motivos que relataremos a continuación.

DISCUSIÓN

1- La esencia de la Enfermería, estriba en la prevención de la Enfermedad, participar en las Terapias Curativas, para restablecer la Salud y aliviar los Sufrimientos de los Enfermos y todo este conjunto de actuaciones, formando parte del Equipo Sanitario.

2- La Enfermera, no puede Arrogarse la exclusividad de velar por la corrección ética

en la práctica sanitaria, ya que debe ser una responsabilidad compartida por los distintos profesionales que forman el Equipo.

3- La Enfermera es un miembro más de la estructura sanitaria y como tal, participa en sus aciertos y errores, no es realista pensar que puede abstraerse de todo ello, para ejercer solo como defensora de “posibles agresiones a la Autonomía de los Pacientes”.

4- Es fundamental para proporcionar una buena asistencia, tanto a nivel técnico, como humano que el equipo este regido por buenas relaciones, donde se comparten criterios de actuación y por tanto, la co-participación de todo el grupo, resulte positivo para la mejora de la Calidad Asistencial en general y del respeto a la Ética en particular.

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

DISCUSIÓN

A. La participación de Enfermería en el Consentimiento Informado, se hace necesaria por tres presupuestos fundamentales de **carácter técnico**.

1.- La Enfermería, participa en todas las fases de preparaciones de procedimientos médico-quirúrgicos, empleando a su vez, algunas técnicas invasivas (colocación de catéteres, administración de medicación que puede alterar el estado general, etc..).

2.- La Enfermería colabora en todas las Técnicas invasivas, tanto en Diagnóstico, como en Terapias Correctoras, Intervenciones Quirúrgicas, Anestesia, etc..

3.- La Enfermería, asume un papel importante en el control del Paciente en las post-actuaciones de normal y alta Tecnología, en el bienestar y en el confort del enfermo.

B. Además, existen al menos otras cuatro razones de marcado **Caracter Ético-Legal**.

1.- Cuando se produce la información, es importante que existan al menos dos criterios diferentes, para valorar conjuntamente, si ésta ha sido comprendida por el Paciente y su familia o allegados.

2.- La Enfermera, por tener un contacto más continuado, puede tener que proporcionar alguna aclaración posterior, solicitada por el paciente, por lo que debe conocer ésta, para poder transmitir, dentro del marco de la información primaria.

3.- Ante un alegato posterior, respecto a como fué facilitada la información en, cantidad, calidad y facilidad para ser comprendida, el paciente según la Ley General de Sanidad, podría estar acompañado por un familiar o allegado, sin embargo el médico estaría solo y por tanto quedaría en inferioridad de condiciones. Por tanto, resulta conveniente que sean al menos dos miembros del equipo (de diferente disciplina), los que impartan la información y pueda ser valorada desde distinta óptica si ésta ha sido comprendida.

4.- ¿Quién debe informar?, aunque en el apartado nº 6 del artículo nº 1 de la L.G. de Sanidad, habla específicamente que sea el responsable médico, quien plantee la información, en el apartado nº 5, se refiere a ello de una forma más amplia y neutra, por lo que se puede interpretar que implica a los profesionales sanitarios en general, de ahí que resulte conveniente la participación de la enfermería como coparticipador de todas las actuaciones sanitarias.

CONCLUSIÓN

Por todo lo expuesto anteriormente, se puede comprender la necesidad que supone

el "paso" desde el PRINCIPIO DE BENEFICENCIA AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.

Se hace necesario, integrar el concepto en el propio ser profesional, en el que ningún miembro del equipo sanitario, se puede sentir exento.

LA ENFERMERÍA DEBE SENTIR QUE POR SU CARACTER DE CUIDADOR, NO PUEDE NI DEBE MANTENERSE AL MARGEN DE ESTOS Y OTROS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. Teoría y práctica. Pablo Simón Lorda y Luis Caocheiro Garro. Medicina Clínica. Vol. 100, nº 17, año 1993

LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ESPAÑA. Octavio Quintana Trias. El Médico 25, III-1994

CALIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO. Octavio Quintana Trias. Ponencias Vol. nº 2, año 1994

EL NUEVO ROSTRO DE LA RELACIÓN SANITARIA. Azucena Cruceiro Vidal. Humanidades Médicas. Vol. XL.VIII, nº 117, 24-30 de Marzo de 1995

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA ENFERMERÍA: Un Modelo Integral. Pablo Simón Lorda e Inés M. Barrio Cantalejo. Humanidades Médicas. Vol. XL.VIII, nº 117, 24-30 de Marzo de 1995

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. De la Historia de las Decisiones Judiciales a la Fundamentación Ética. Pablo Simón Lorda y Luis Cocheiro Carro. Humanidades Médicas. Vol. XL.VIII, nº 117, 24-30 de Marzo de 1995

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. Derecho y deber a la Información. Ilmo. Sr. D. Julio Guerrero Zaplana M. Juez de la Audiencia de Murcia

LEY GENERAL DE SANIDAD. B.O.E., nº 102, de 29 de Abril de 1986.