

WDS

ANTOLOGIA

UDS

NOMBRE DE LA MATERIA:

BIOETICA

LICENCIATURA ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE SEGUNDO

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la **UDS**, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

BIOETICA

Objetivo de la materia:

Que el alumno conozca las nociones básicas de la teoría jurídica y ética para realizar el análisis del estatuto deontológico de la enfermería. Que posea un adecuado conocimiento de la legislación en esta materia en el país y en el estado, todo ello para garantizar una inserción profesional con alto sentido de responsabilidad ética y jurídica profesional.

INDICE

UNIDAD I

GENERALIDADES DE LA ÉTICA

- 1.1. Historia de la ética**
 - 1.1.1. La práctica de la bioética en los distintos contextos de la vida**
- 1.2. Naturaleza de la ética**
- 1.3. Concepto de la ética**
- 1.4. Diversos códigos de ética**
- 1.5. Razón de ser de la ética**
 - 1.5.1 La constitución española**
- 1.6. La ética y su relación con otras disciplinas.**
 - 1.6.1. Distinción entre la ética moral y deontológica**
 - 1.6.2. Principales teorías filosóficas**
 - 1.6.3. Los juicios éticos**
- 1.7. Vinculación de la ética con la profesión de enfermería**

UNIDAD II

LA ÉTICA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

- 2.1 Desarrollo del auto concepto profesional.**
 - 2.1.1 Como llegamos a ser enfermeras.**
 - 2.1.2. Aspectos de la filosofía que son esenciales para la práctica de la profesión de enfermería.**
 - 2.1.3 El consentimiento informado**
 - 2.1.4. Importancia de la filosofía para la enfermería**
 - 2.1.5 La filosofía de la salud y filosofía de la enfermera**
- 2.2. Características del ejercicio profesional**
 - 2.2.1. Cuál es la propuesta para el ejercicio profesional en la actividad**

2.2.2. Dimensiones morales del ejercicio profesional

2.2.3. Principios éticos

2.2.4. Deberes profesionales.

2.2.5. Aspectos éticos de la atención de enfermería

UNIDAD III

LA LEGISLACION DE LA ENFERMERÍA EN MEXICO

3.1. Antecedentes legislativos en México.

3.2. Aspectos legislativos actuales.

3.2.1. Normas éticas

3.2.2 Normas profesionales

3.2.3 Normas legales

3.2.4 La regulación del ejercicio profesional

3.2.5. La inserción de enfermeras en el contexto internacional. El caso del TLC

UNIDAD IV

LA BIOÉTICA EN LA PRACTICA DE ENFERMERÍA.

4.1. Bioética Médica

4.2. Bioética fundamental

4.3. Bioética aplicada

4.3.1. Proyecto genoma humano

4.4. El proceso cultural de morir y la muerte digna

4.5 Panorama bioético en México

4.6. Bioética: fundamentos filosóficos y aplicación.

4.7. Relación entre autonomía e integridad en la ética médica

Unidad I

GENERALIDADES DE LA ÉTICA

I.1 Historia de la ética La bioética ha sido interpretada de diversos modos. Se considera hoy una bioética global, ya vislumbrada así por el mismo Potter en sus últimos años de vida, y se concreta en la filosofía moral y las experiencias relativas a la dignidad de la persona humana, del respeto a sus derechos a la salud y a la medicina, unidas para la mejor convivencia en las diferentes épocas, con más de treinta siglos de historia, y con valores siempre humanitarios de médicos y enfermeras —al principio sólo religiosos—, y actualmente secularizados efectivamente con el ejercicio de la libertad

Este campo hubo de encontrar implicaciones éticas en la conducta de sus actores y sirvió de antecedentes a la bioética, iniciada en los Estados Unidos, y aceptada con posterioridad, primero en los países de occidente y hoy en día, en casi todos los pueblos civilizados del mundo. Cuando todavía la bioética es un conocimiento en proceso dialéctico, su definición está inscrita en sí misma. La biología, como ciencia que estudia la estructura, funciones y disfunciones de los seres vivos, que obedece leyes físicas, encuentra hoy en la ética —que no se supedita a ellas— la ponderación de la conducta de quienes están al cuidado de la vida.

Así, se ha institucionalizado la bioética y se convierte en un campo profesional que legitima sus conceptos, principios, teorías y métodos de producción del conocimiento con estrategias de adiestramiento y certificación de expertos. Es ya un movimiento universal que interviene a través de los profesionales de las ciencias de la vida y del derecho en las políticas sociales, en la educación, en los medios de comunicación y en la convivencia de la población.

Nadie duda que la bioética, en sus diversas vertientes, tenga hoy repercusiones institucionales diversas, culturales y sociológicas, sea multidisciplinaria y empiece a considerarse como una ciencia de los acontecimientos de la vida, fundamentada en disciplinas filosóficas, antropológicas, médicas, sociológicas, de salud pública, del deber de cuidado individual, de los derechos humanos y de la dignidad de la persona, tanto en la historia como en la ley.

I.1.1. LA PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA EN LOS DISTINTOS CONTEXTOS DE LA VIDA

alcanza su mayor importancia en el respeto del derecho de la misma y en la atención de la salud, en las políticas de los sistemas de salud y seguridad social, de la investigación y manipulación genética, en la educación médica y en los diversos medios socioculturales y de difusión del conocimiento.

La vida en sociedad está influenciada por transformaciones económicas y políticas donde la ciencia y la tecnología están siendo revisadas positivamente por la bioética, que suele rozar con tradiciones y con el sentido común de la cultura liberal sobre la que se va imponiendo la crítica ética de las teorías, eventualmente prácticas, no sin observarse cierta tensión de diversa perspectiva en los profesionales que descuidan preservar la vida y su calidad con salud. Se acepta, no obstante, la existencia de una bioética plural pragmática susceptible de aplicarse en la práctica que —a querer no— ya se emplea, especialmente en el mundo de la medicina y el derecho.

En efecto, en la intersección entre el derecho y la medicina se encuentran los derechos humanos, mismos que establecen la aspiración de las personas a ser protegidas por el Estado. La bioética no suplanta la observancia de los derechos humanos, provee un equilibrio que los complementa y refuerza. Ignorar el respeto a los derechos humanos por parte del médico o los principios en que se sustenta la bioética, lo induce a una práctica inaceptable; la medicina organizada debe movilizar a la profesión médica, a la prevención o mitigación de la violación de los derechos humanos y evitar así ver la parte más oscura y lamentable del incumplimiento de tales derechos.

El médico puede considerar como su responsabilidad no solamente el respeto a los derechos humanos en atención a las políticas de salud del país, sus programas y prácticas, sino contribuir activamente desde la posición de trabajador de la salud a la realización social de los derechos. El médico tiene el conocimiento del estatus de salud de la sociedad y puede aplicar o diseñar nuevos nexos, mejorar caminos para promover el respeto de los derechos humanos y la dignidad de cada sociedad. Su contribución al beneficio y el costo asociado con la realización,

falla o violación de esos derechos permitirá reorientar pensamientos y acciones sobre aquello que se planeó, pero que no ha sucedido; sobre aquello que se dice, pero no se hace en relación con la salud de la población; que puede ir desde la búsqueda captura de información de la comunidad, afectando la confidencialidad, hasta la discriminación en la estrategia de establecer prioridades bajo variables como raza, sexo, religión, lenguaje, estado marital, estado socioeconómico o educativo.

No atender el balance entre la salud pública y sus objetivos y los derechos humanos y sus normas es desconocer lo inherente, inalienable y universal de los derechos humanos; es entrar en la parte más oscura de la actuación humana, en la validación de la asociación entre la violación a los derechos y el impacto negativo a la salud de la sociedad. Armonizar el propósito de salud y la bioética es perfectamente factible y deseable. Y la bioética

—ciencia incipiente pero de insospechado valor potencial—, irrefragablemente conjunta valores sociales, morales, médicos, biológicos, jurídicos para frenar, en todo ámbito donde se utilice, precisamente la “parte oscura” del hombre.

Samuel Ramos dice que la falta de armonía entre lo que el hombre sabe y el ambiente que lo rodea es la causa de muchos fracasos o naufragios. En casi todos los campos de la vida, cuando éstos se dan en la dimensión colectiva haciéndola inarmónica agravan el sentimiento de pesimismo y desaliento. Él mismo dice que en la segunda mitad del siglo XVIII hubo en México un movimiento científico, obra de una generación de sabios que se agruparon en torno de Alzate, quienes en cuanto adquirían el conocimiento de una ciencia la aplicaban para conocer el país; este célebre grupo inició el despertar de la conciencia de México como nación, una ilustre tradición.

Hoy la bioética, como un gran movimiento mundial, se presenta como el refugio universal y, en nuestro país, como una oportunidad de revisar las concepciones axiológicas de México. No debe entenderse que yo quiero una bioética mexicana; lo que sí deseo es un círculo mexicano de bioética; cuyas piezas se acomoden a nuestra experiencia nacional —toda ella— con la más amplia concepción ecuménica, de una bioética universal, con un sentido de jerarquía de magnitudes y valores que hagan ver las cosas como son; justamente lo que se llama objetividad. Y, en términos de salud, nos es absolutamente imprescindible precisamente esta objetividad.

Aun cuando todavía pueden encontrarse, por lo menos a nivel discursivo, críticas sobre la total autonomía de la medicina, de la estructura social o de sus partes, éstas ya no son

Postuladas por las corrientes importantes de las ciencias sociales; debe reconocerse que la bioética ha venido a allanar ese camino en donde más que la prestación de un servicio, el principio rector de la medicina es cuidado en el sentido de beneficio.

Al respecto, algunos críticos han señalado diversos errores cometidos por la “corriente social” de la medicina, entre los que destacan el abandono del acto clínico como elemento fundamental de la práctica médica, la sobre ideologización del proceso salud-enfermedad, la sobre simplificación de las explicaciones causales de la enfermedad y el rechazo de los avances técnicos aplicados a la medicina.

Aunque resulta evidente que tales errores condujeron a una situación estacionaria en el desarrollo científico de la “corriente social” de la medicina, nos parece, sin embargo, que el esfuerzo encabezado por ella ha determinado algunos hechos que resultan de la mayor significación. Entre ellos, los más importantes son los siguientes:

— La ruptura de las estructuras tradicionales de pensamiento médico y las repercusiones políticas y sociales que tal ruptura conlleva; — La modificación de las tendencias en la prestación de servicios de salud, caracterizados en el modelo flexneriano por su alto costo, su baja accesibilidad, su complejidad técnica y creciente y su pobre impacto sobre la salud colectiva, y — El surgimiento de una conciencia, cada vez más extendida, acerca de las relaciones entre la salud de la población, la práctica médica, la estructura económica y la política general de las sociedades.

Con todo, estamos seguros de que aún es necesario continuar en la búsqueda de un concepto claro y operativo de salud, que se desprenda del carácter ideológico impreso por los teóricos de la “corriente social”, pero que considere su carácter histórico, su determinación socioeconómica en última instancia y, primordialmente, los valores humanos —la dignidad del hombre—. Ahí está el llamado de la bioética. Visto por otro lado, no podemos estar de acuerdo con aquellos pensadores y críticos sociales que han llegado al extremo de acusar a la medicina contemporánea de nada menos que de ser una de las mayores amenazas de la salud. Para hacer

esta aseveración no se toma en cuenta que el hombre, el ser humano de este siglo, vive un periodo histórico de desastres demográficos y ecológicos y de salud, económicos, nacionales, sociales. Consecuencia lógica es la desintegración de la persona, así como de la ciencia, no obstante, el progreso de la civilización; la historia sólo nos dice lo que acarrea, mas no lo que debía acaecer; describe mas no prescribe La medicina, cuando pierde su papel normativo, pierde esencia y se convierte más fácilmente en instrumento de ideología o de clase política predominante, lo cual no es benéfico para la sociedad.

No debemos permitir que la flaqueza de la memoria, el olvido, la miseria, el dolor y la enfermedad que han acompañado al hombre a lo largo de su historia, empañen lo que sólo la ciencia moderna, unida al humanismo, ha empezado a aliviar. En la intimidad de los consultorios, en las salas de hospitales, en todo lugar y momento en que se encuentran el paciente y el médico, ocurren continuos actos de amistad y compasión; lo vemos todos los días, hemos de continuar viéndolo.

Por último, pienso que siempre habrá enfermedades, porque la disposición a la enfermedad y la enfermedad misma pertenecen de modo constitutivo a la condición humana, y tengo por seguro que, estando enfermo, el hombre necesitará casi siempre recurrir a la asistencia del médico. Mientras haya seres humanos, habrá enfermedades y habrá médicos.

Si se llega a entender que la bioética no es cosa de momento o de sentido común, que el estudio sistemático de la conducta humana necesita del análisis cuidadoso del problema para distinguir entre cuestiones morales y técnicas, y que una vez definido el problema, se pueden tomar claramente las decisiones lógicas de manera sensible y responsable, entonces estaremos realmente velando por la preservación de los derechos humanos, en particular el de la salud humana.

La excelencia en la formación bioética debe procurar, por un lado, alcanzar una información y una comprensión de los hechos científicos y filosóficos lo más objetivas, autorizadas y rigurosas posibles, y por el otro, debe tender a dar una formación ética promoviendo tanto habilidades y actitudes como virtudes, entre las que destacarían el respeto, la tolerancia, la prudencia, la solidaridad, la compasión, el altruismo y la sapiencia, particularmente en la toma de decisiones.

Finalmente, puesto que los principios bioéticos no pueden considerarse principios de una élite intelectual que conoce las disposiciones constitucionales y legales del país, debemos promover y facilitar el debate democrático de los principios bioéticos en el contexto irrestricto de la libertad de investigación y conciencia.

I.2 NATURALEZA DE LA ÉTICA

La Comisión Nacional de Bioética es guardiana celosa del principio de que todos los hombres son iguales, y de que los derechos humanos deben ser invariablemente reconocidos y protegidos; fundamenta su acción en el respeto a los seculares valores transculturales, filosóficos y religiosos, entre los que destaca el respeto a la dignidad humana, cualidad constitutiva que singulariza a la persona y se concreta en un ser único, insustituible. La Comisión Nacional de Bioética abandera en nuestro medio un vigoroso movimiento que surge en el mundo ante la necesidad de la humanidad de rescatar sus valores morales y preservar su ambiente para enfrentar la amenaza que se cierne sobre su supervivencia y naturaleza, en un todo dinámico y complejo que comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Los cambios políticos, sociales y el conocimiento científico han tenido un avance tal que no son pocos los que piensan que esto ha llevado al hombre a la deshumanización, misma que se proyecta en su vida cotidiana y tanto en la práctica médica como en el ámbito jurídico. La bioética que se cultiva es una interdisciplina en el campo de las ciencias de la salud que se ocupa de las decisiones sobre la vida, es el ámbito propicio para el examen de los argumentos antropológicos y éticos, apoyando la toma de decisiones bajo los principios de beneficencia, de equidad y justicia distributiva que, desde antaño, caracterizan la práctica de la medicina. La bioética que practicamos respeta y asume la metodología de los saberes involucrados, donde los saberes filosóficos descubren el sentido y valor de los saberes fácticos y de sus aplicaciones técnicas; propicia, asimismo, el desarrollo de la ciencia, cuyo fin último es el beneficio de la humanidad, en plena armonía con la naturaleza, los valores morales y los derechos fundamentales. El principio bioética privilegia el consenso y el método seguido para llegar al mismo. Un ejemplo de ello es su claro posicionamiento a favor de la Declaración de los Derechos Genómicos de la Comunidad Europea y, con el consorcio promotor del Instituto de Medicina Genómica en México, se manifiesta en contra de todo tipo de clonación humana.

La no aceptación de la clonación humana no se basa en la baja eficiencia del procedimiento o el potencial riesgo por anomalías congénitas del ser humano o la incertidumbre social y jurídica del producto. No es un problema técnico, es un asunto de orden moral, el cual sin duda, nutrirá el debate en el ámbito académico y científico, pero que no ha de variar en el marco de respeto de la dignidad humana. Al reconocer el componente espiritual de la salud integral, la Comisión se abre a todas las corrientes afines o controversiales de pensamiento y de fe, por lo que se convierte en una tribuna ecléctica para el análisis honesto de todos los asuntos relacionados con el fomento y promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y eficaz y la rehabilitación. En todos ellos, la medicina actual y el avance científico tienen mucho que ofrecer para mejorar la calidad de vida y los esfuerzos en la búsqueda del bienestar humano. Corresponde a la bioética velar porque en esos afanes prevalezcan los principios y valores de nuestra cultura. Uno de los significados de la palabra “secularización” es precisamente la separación de las principales instituciones (medicina) o valores (salud) de la influencia del pensamiento y las prácticas religiosas de cualquier confesión. Sin duda, ello ha ocurrido también en gran medida en el desarrollo de la bioética, campo que ahora está orientado por paradigmas, principios y discursos filosóficos. Sin embargo, “secularización” puede significar asimismo que, una vez afirmado explícitamente el carácter religioso de los valores y las creencias, aquéllos tal vez tengan una aceptación generalizada a pesar de que los fundamentos religiosos no la tengan. En este sentido, la “secularización de la bioética” podría significar que la religión tiene un importante efecto como fermento de la bioética, cuando no se reconozca como tal. La preocupación de la religión por la “santidad de la vida humana”, por ejemplo, es una preocupación compartida por la bioética; es un punto más de unión que de desencuentro. El valor de los conceptos religiosos para la bioética no es proporcionar respuestas que todos deben aceptar, sino que plantean preguntas que debemos abordar. Los puntos de vista teológicos revisten importancia para la bioética. Por lo que, sin duda, los temas que se presentarán en este espacio de reflexión, “hacia una cultura de la vida” serán de particular interés para aquellos que se encuentran en el sendero de la bioética.

1.3 CONCEPTO DE LA ÉTICA

La bioética se inició como un movimiento de ideas que la historia había ido cambiando con el devenir del tiempo y los acontecimientos, como una metodología interdisciplinaria entre las ciencias biomédicas y las ciencias humanísticas, sustentada en la reflexión bioética como una articulación de la filosofía moral, cuya reflexión es autónoma, con una función propia no identificable con la deontología, ni con la ética médica o los derechos humanos, aunque no puede dejar de tener una conexión y ciertos puntos de confrontación, orientadora, con dichas disciplinas.

Debe considerarse que bajo la denominación de bioética están consideradas las bases de la ética médica, y que contiene la ética que concierne a las intervenciones sobre la vida y la salud del hombre.

La concepción anterior se enmarca con precisión en la definición que ofrece W. T. Reich, en la Enciclopedia de bioética:² “Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales”.

El campo de las ciencias de la vida y de la salud incluye la consideración del entorno ecológico, además de la medicina; sus intervenciones pueden referirse a las profesiones médicas, pero también a la población y a sus condicionantes demográficas y ambientales.

El estudio sistemático está constituido por la referencia a valores y principios morales y por ello a la definición de criterios, juicios y los límites entre lo lícito o ilícito.

En 1991 se determinaron campos de la bioética en cuanto a la ética aplicada a lo biológico — campo más amplio que el de la ética médica—, incluyendo:

a) Los problemas éticos de todas las profesiones sanitarias. b) Las investigaciones sobre el comportamiento, independientemente de sus aplicaciones terapéuticas. c) Los problemas sociales vinculados con las políticas sanitarias, la medicina del trabajo, la sanidad internacional y las políticas de control demográfico y d) Los problemas de la vida animal y vegetal en relación con la vida del hombre. La bioética tiene como finalidad el análisis racional de los problemas morales ligados a la biomedicina y su vinculación con el ámbito del derecho y de las ciencias humanas. Dicha finalidad implica la elaboración de lineamientos éticos fundados en los valores de la persona y en los derechos humanos, con bases racionales y metodológicamente científicas.

I.4 DIVERSOS CÓDIGOS DE ÉTICA

Código de ética capítulo I Disposiciones generales Artículo primero. - el presente código de guía la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, colegas y consigo misma y será aplicable en todas sus actividades profesionales. Capítulo II de los deberes de las enfermeras para con las personas Artículo segundo. - respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a decidir tratamiento y cuidados una vez informado.

A. tercero. - mantener una relación estrictamente profesional, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias espirituales.

A. cuarto. - proteger su integridad, ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

A. quinto. - mantener una conducta honesta y leal y conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

A. sexto. - comunicar los riesgos cuando existan y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

A. séptimo. - fomentar en las personas una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga y proteja a la persona.

A. octavo. - otorgar cuidados libres de riesgo, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

A. noveno. - acordar si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

A. Décimo. - aplicar los conocimientos, científicos, técnicos y humanísticos en el desempeño de su profesión.

A. decimoprimeros. - asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

I.5 RAZÓN DE SER DE LA ÉTICA

Hay distintas clases de conflictos entre teorías. Un tipo frecuente de conflicto es aquél en el que dos o más teóricos ofrecen soluciones diferentes al mismo problema. En los casos más simples, sus soluciones son rivales en el sentido de que si una de ellas es verdadera, la otra es falsa. Naturalmente con frecuencia la cuestión resulta confusa hasta cierto punto, ya que cada una de las soluciones propuestas es en parte correcta, en parte errónea, en parte incompleta o nebulosa. No hay nada que lamentar en la existencia de desacuerdos de esta clase. Aun si a la postre todas las teorías rivales, salvo una, sufren total destrucción, de todas formas, su confrontación resulta útil para probar y fortalecer los argumentos que ofrece la teoría sobreviviente. De hecho, así ha evolucionado favorablemente la medicina. Así es como se genera el conocimiento nuevo, así es factible percibir la presencia de un instituto de nueva creación, que prescribe formas y métodos de vida o de enseñanza, el que instituye, en fin, el que resuelve conflictos entre teorías.

Con frecuencia surgen conflictos entre teorías o, más generalmente, entre líneas de pensamiento, que no son soluciones rivales del mismo problema, sino, más bien, soluciones o intentos de solución que, no obstante referirse a problemas distintos, parecen irreconciliables entre sí. El pensador que adopta una de ellas parece estar lógicamente comprometido a rechazar la otra, pese al hecho de que las teorías han surgido de investigaciones cuyas metas eran desde un principio ampliamente divergentes. La bioética, ante estos problemas, se presenta como una alternativa de gran fuerza, entre otros aspectos, por su carácter interdisciplinario en la solución de esos conflictos, precisamente una de las tareas sustantivas que un instituto examina.

Ryle dice que lo importante es que, por raro que parezca, un hombre inteligente puede saber perfectamente cómo hacer que un concepto funcione en la forma acostumbrada en su campo

de empleo apropiado y tener así un dominio completo de sus deberes y, sin embargo, ser completamente incapaz de determinar la lógica externa o pública de dicho concepto. Puede, quizá, pensar lúcidamente como geómetra y sin embargo, confundirse con las relaciones entre los puntos geométricos y los puntos marcados con lápiz en el papel o con las moléculas o con los átomos; o bien, quizá puede pensar lúcidamente como economista y sin embargo,

Confundirse acerca de la identidad o no identidad de un agricultor marginado, con este o aquel pequeño propietario empobrecido. Frecuentemente, la potencia misma de la lógica doméstica de una teoría o disciplina bien organizada, y es lo que engendra los litigios entre ella y otras teorías o, quizá con más frecuencia, entre ella y el conocimiento común. Bajo este aspecto, el médico puede ver con claridad absoluta la prescripción médica a seguir; sin embargo, puede perder el entorno económico y social del impacto de su influencia. Esto es porque ninguno de ellos se ha acercado a la bioética, o bien porque tampoco ha reparado en la importancia de los derechos humanos.

En ambos conceptos existe un punto de encuentro, tanto en la filosofía de los derechos humanos como en la bioética, éste se denomina dignidad de la persona humana.

El concepto dignitas, en derecho romano, se refiere a la autoridad, grandeza, dignidad social. En latín clásico se refiere a ser valioso, confiable; tener buen nombre, ser honorable. En español, dignidad significa respeto de sí mismo, funciones elevadas, cargo o título eminente.

1.5.1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

en el artículo 10, párrafo 1, cita a la dignidad como el valor espiritual y moral inherente a la persona que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás.

Adame Goddard,⁵ en el Diccionario jurídico, menciona que: “La palabra dignidad (del latín dignitas-atis) significa entre otras cosas, excelencia, realce. Al hablarse de dignidad de la persona humana se quiere significar la excelencia que ésta posee en razón de su propia naturaleza. La noción de dignidad de la persona humana está ligada, lógica e históricamente, con el tema de las limitaciones del poder público”.

Con base en la noción de dignidad de la persona humana, fundada en la naturaleza racional y espiritual del hombre, se han hecho las diversas declaraciones de derechos humanos. La Declaración de los Derechos del Hombre, votada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, dice en su preámbulo que “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.

Además, continúa, “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad”. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como la Convención Americana sobre Derechos Humanos hablan de que “las personas deben ser tratadas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.

El derecho constitucional mexicano, aunque no ha reconocido expresamente la noción de dignidad de la persona humana como fundamento de los derechos humanos o “garantías individuales”, de hecho la acepta implícitamente al proteger (título 1o. de la Constitución) los derechos individuales y sociales del ser humano. En derecho internacional, México ha suscrito la Declaración de Derechos del Hombre, aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1948 (ratificada en 1981), y los Pactos Internacionales de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, adoptados en 1966. Estos instrumentos internacionales sí hacen referencia expresa al concepto de dignidad de la persona humana, y como han sido ya ratificados por el Senado, forman parte del orden jurídico mexicano (artículo 133 constitucional). En ese orden jurídico y bioético es donde se inscribe y desenvuelve el Plan Nacional de Salud 2001-2006.

Al respecto, y en particular sobre la tutela de los derechos humanos, y por tanto, la vigencia de la dignidad humana, el doctor Fix-Zamudio, investigador emérito de la UNAM, señala:

No es suficiente la consagración de los derechos humanos en los textos de las Constituciones para que su eficacia quede asegurada en la práctica, sino que se requiere del establecimiento de instrumentos procesales para prevenir o reparar la violación de los propios derechos. La violación de los derechos fundamentales, de la persona humana, tanto en su aspecto individual y con mayor razón en su dimensión social, trasciende la esfera jurídica de los titulares de los propios derechos, afectando, según su gravedad, [a] un sector de la comunidad o, inclusive, a la sociedad en su conjunto.

Aquí nuevamente emerge la presencia de la bioética; veamos un ejemplo que cita Javier Saldaña. Comenta, refiriéndose a la Ley General de Salud, que por más buenos principios que contenga, no ha podido aminorar las condiciones en las que viven miles de personas que son ingresadas a centros de atención psiquiátrica en los que los enfermos mentales son atendidos al margen de la dignidad y los derechos que como pacientes les son inherentes.

Estos seres humanos, ¿tienen algún derecho? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de derecho es el que tienen, no sólo como personas sino también como enfermos mentales? ¿El calificativo de derechos humanos los alcanza o están excluidos de éste? ¿Existe un tratamiento especial en el terreno de la legislación civil o de la penal que recoja su particular condición de enfermo mental, para, en su caso, atribuir alguna responsabilidad jurídica? En el supuesto de que estos enfermos mentales ingresen a los referidos centros psiquiátricos, ¿decidieron voluntariamente por sí o por su representante legal su ingreso al hospital? ¿Fueron informados, ellos o sus representantes legales, sobre las normas que rigen el hospital, así como sobre el diagnóstico y tratamiento recibidos? ¿Son tratados con humanidad y con pleno respeto a su dignidad y a su calidad de seres humanos? ¿Son atendidos dentro de las normas éticas de los profesionales del área de salud?

¿Son protegidos de todo tipo de explotación, abuso, tratos degradantes, algún posible daño o represión de cualquier tipo? ¿Qué legislación es la que contempla todos estos derechos?

La respuesta a todas estas interrogantes nos hace ver con toda claridad cómo las personas que padecen de alguna enfermedad mental han sido uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos de la sociedad. Su calificación de enfermos mentales los hace un grupo particularmente indefenso y, lo que es más grave, no les permite estar en capacidad de reclamar sus derechos.

Ciertamente debemos conocer el avance de la ciencia, así como brindar los elementos necesarios para comprender el problema de la justicia en salud y la distribución de recursos. De los problemas cotidianos de la práctica clínica, el grave analfabetismo en México se convierte en factor de riesgo ya que la cifra de muertos en la población analfabeta es cuatro veces mayor que entre los alfabetizados; los abusos de la investigación clínica en poblaciones vulnerables, y muchos más dilemas bioéticos, políticas, decisiones reproductivas, consecuencias

de la autonomía. La racionalidad es la piedra fundamental del concepto kantiano de autonomía. Federico Ortiz Quezada ha fundado el Instituto de Bioética en la Escuela Ramón y Cajal, y ha tomado sus propias decisiones porque es un ser racional; en eso baso mi aseveración: que este espacio sea un ámbito del florecimiento de la bioética.

Unas palabras finales sobre esa figura científica universal que representa don Santiago Ramón y Cajal. A decir de Isaac Coste- ro,⁸ Cajal es una de las más altas cumbres de la cultura española. Figura con rango de primer orden en la ciencia universal por sus fundamentales trabajos sobre la arquitectura del tejido nervioso y cualidades del hombre mismo. El mismo que explicaba la histología hasta las ventanas de la amplísima aula abarrotada de estudiantes, algunos distraídos, pero todos respetuosos ante la bon- dad y sabiduría del maestro. De esas aulas salieron Pío del Río Hortega, Fernando de Castro, Nicolás Achúcarro, Rafael Lorente de No, cada uno capaz de ser líder de grupo, como de hecho lo fueron.

De esa escuela, de ese círculo, arribó a México don Isaac Cos- tero, el científico que describió en forma muy amplia y generosa el producto de su sabiduría en su libro dedicado a nuestro país. Él escribió sobre el eminente médico mexicano, doctor Manuel Velasco Suárez, y le dedica su obra Homenaje, en 1964, con el estudio morfológico de cultivos in vitro de meningiomas.

He dejado con todo propósito al final de mis reflexiones un pensamiento sobre un gran hombre del cual guardo un recuerdo entrañable, el maestro Manuel Velasco Suárez.

Él señaló un momento significativo en el desarrollo de la bioética, sus discípulos estuvimos alrededor de él formando un círculo; las discusiones regulares, los seminarios y congresos eran los foros en donde se mostraban los resultados de temas imbuidos en la nueva disciplina que se llama bioética.

Los miembros de ese Círculo Mexicano de Bioética incorporaron a espíritus afines, y su influencia ha sido notable. Si bien nunca se pretendió establecer analogías con el Círculo de Viena con su marcada tendencia contra la metafísica, círculo estructurado por positivistas lógicos como Wittgenstein o Karl Popper quien luego abandonaron el círculo que se rompió por el surgimiento del nazismo; o bien el círculo de Múnich que, con el desarrollo de la fenomenología vinculado al círculo de Gotinga, proyectó el pensamiento de Edmund Husserl y

a su mayor exponente, Martín Heidegger —El mundo de la experiencia vivida—, a otros círculos de investigación de altos estudios. Hoy, la inauguración de este Instituto⁹ que coloca a la investigación en bioética en el centro de su atención, inicia una misión trascendente, comprometida a formar una masa crítica de investigadores que permita generar conocimiento nuevo y que, en su desarrollo y diferenciación como un Instituto, se sume a ese Círculo Mexicano de Bioética en ciernes, herencia que nos ha legado el maestro Manuel Velasco Suárez.

1.6 LA ÉTICA Y SU RELACIÓN CON OTRAS DISCIPLINAS

La Bioética y las ciencias de la vida La palabra bioética es un neologismo que fue acuñado en 1970 por un cirujano oncólogo llamado Van Rensselaer Potter; dicho término se ha entendido como la “ética de la biología”; es decir, como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, a la luz de los principios de la ética, incluyendo la consideración del entorno ecológico, demográfico y ambiental, por lo que implica una responsabilidad profesional por todas las formas de vida. La bioética no debe limitarse a la ética médica, sino que también comprende las relaciones del ser humano con las demás especies vivientes, es decir, a la ética ambiental y el desarrollo sustentable, por lo que debiera humanizar a la ciencia y la tecnología y servir como árbitro entre éstas y la biosfera. La bioética surgió para tratar de dar respuesta a una serie de dilemas que se presentaron a raíz de los vertiginosos adelantos en biomedicina y ante el desarrollo de la tecnología aplicada a las ciencias de la vida y de la salud. Algunos de los casos concretos que sirvieron como detonantes para que la bioética surgiera fueron: $\frac{3}{4}$ Las cirugías oncológicas que comprendían desarticulaciones extensas y hemicorporectomías. $\frac{3}{4}$ El criterio para elegir a los pacientes con insuficiencia renal que podían tener acceso a las máquinas de hemodiálisis. $\frac{3}{4}$ La experimentación biomédica en seres humanos (El caso Tuskegee y los experimentos de los nazis en la 2ª guerra mundial). $\frac{3}{4}$ ¿Cuándo aplicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar? $\frac{3}{4}$ Los primeros trasplantes de corazón y cómo definir el momento de la muerte clínica. $\frac{3}{4}$ El uso de los fármacos psicotrópicos. $\frac{3}{4}$ El debate sobre la eutanasia. $\frac{3}{4}$ La crisis del modelo paternalista en la relación médico-paciente, y el derecho de éste último a la información y a ejercer su autonomía en la toma de decisiones. $\frac{3}{4}$ La contaminación ambiental y la devastación ecológica. $\frac{3}{4}$ Las guerras nucleares y la preocupación por el futuro de la vida en nuestro planeta. En la actualidad otros

dilemas que se han sumado a la reflexión bioética, son los derivados de los avances en la biología molecular, la ingeniería genética y la decodificación del genoma (el patrimonio genético, la clonación y la manipulación genética de plantas y animales); así como también problemas ecológicos, tales como: la amenaza a la biodiversidad, la contaminación ambiental y la desaparición de especies, lo que ha puesto en peligro el equilibrio de la vida en el planeta y el bienestar de los otros seres vivos. La biomedicina y biotecnología han avanzado mucho más rápido que la reflexión que se pueda

hacer al respecto; sin embargo, es necesario plantearse si: todo lo que es técnicamente posible, es por esa sola razón, éticamente admisible. O como dice J. Bernard “Los nuevos poderes de la ciencia, implican nuevos deberes para el hombre”. El objetivo de la bioética ha sido impulsar el diálogo interdisciplinario entre la medicina y la filosofía, por lo que supone una notable renovación de la ética médica tradicional. En la cultura occidental nos hemos acostumbrado a valorar los actos y situaciones como ventajosos o desfavorables, según afecten los intereses exclusivos de nuestra especie; creemos que nada tiene sentido, ni valor en sí mismo, a no ser que el ser humano le otorgue un valor; sin embargo la bioética nos ayuda a poder ubicar nuestro lugar en el planeta, y a valorar adecuadamente a las otras formas de vida, por más diferentes, extrañas o incomprensibles que nos parezcan.

1.6.1 DISTINCIÓN ENTRE ÉTICA, MORAL Y DEONTOLOGÍA

La ética es una rama de la filosofía que se dedica a la reflexión crítica y racional de los principios que guían nuestras decisiones y comportamientos, buscando además los fundamentos de los juicios morales. La ética es la teoría del comportamiento de los seres humanos en sociedad; ha aspira a ser racional y objetiva, a la vez que ha de proporcionar conocimientos sistemáticos, metódicos, y hasta donde sea posible verificables, acerca del comportamiento humano, tratando de buscar concordancia con principios filosóficos universales. La finalidad de la ética es hacer del mundo un lugar mejor, mediante la reducción de los sufrimientos y el aumento de la felicidad, expandiendo la equidad y el respeto por los demás.

Etimológicamente “ética” proviene del griego *ethos*, que antiguamente hacía referencia a la “guardia” o “refugio” donde los animales acostumbraban resguardarse o habitar, I I remitiendo

así a una forma habitual de comportamiento; de ahí que ethos también se haya asociado con otro término griego: ἔθος, que significa “hábito” o “costumbre” y que corresponde al concepto en latín de mos, moris, de los cuales derivó la palabra “moral”, y que en su sentido más literal significaría: “modo habitual de comportarse y de ser en el tiempo”. Aunque ética y moral se relacionan, y en ocasiones los términos se emplean indistintamente, no son lo mismo. La moral se refiere a la conducta que, por acuerdo o consenso de la sociedad, se ha considerado como correcta o incorrecta, y comprende los códigos, normas y reglas sociales o religiosas - vigentes en un grupo social determinado y en un momento dado-. Mientras que la ética, se apoya en un análisis racional de la conducta, tiende a cierta universalidad de principios, y aunque admita diversidad de sistemas desde los cuales reflexionar, exige siempre su fundamentación. Podría decirse que la moral se pregunta qué conducta es correcta o incorrecta; mientras que la ética va más allá al preguntarse por qué cierta conducta es considerada correcta o incorrecta; es decir, ¿por qué se deben hacer o no hacer ciertas cosas? ¿para qué se hacen? y ¿cómo se hacen?, la ética pues, valora los medios tanto como los fines, por ello el fin nunca justifica los medios. En resumen, la moral se refiere a la manera de comportarse mientras que la ética es una reflexión que tiene como fin entre otras cosas, formar la conciencia para saber decidir responsablemente por lo mejor. La deontología, es la ciencia de los deberes, los cuales sirven como medios para alcanzar ciertos fines; determina los deberes que han de cumplirse en determinadas circunstancias, y especialmente dentro de una profesión, y plasma estos deberes en normas, leyes, códigos y reglamentos de carácter obligatorio.

1.6.2 PRINCIPALES TEORÍAS FILOSÓFICAS EN BIOÉTICA.

I. Ética utilitarista o consecuencialista. (David Hume, John Stuart Mill y Jeremy Bentham) Propone que dado que la finalidad de la ética es la felicidad, las acciones orientadas a producir felicidad, bienestar o satisfacción, se consideran buenas o deseables, y las que producen infelicidad, malestar o insatisfacción tratan de evitarse y suelen considerarse indeseables o malas. Lo bueno es considerado útil, porque produce felicidad y/o bienestar. La ética utilitarista propone: Maximizar el bienestar y la felicidad, y minimizar el dolor y la desdicha al mínimo posible; su máxima es: “Buscar el mayor bien posible para el mayor número de individuos, y el menor mal posible en el menor número de individuos”. Limitaciones del utilitarismo: $\frac{3}{4}$ Se

pueden justificar acciones malas argumentando que la consecuencia fue buena. ³/₄ Se aceptaría que el fin justifica los medios. Por ejemplo: – el uso de una bomba atómica para poner fin a una guerra. – Matar a todos sujetos que padecen determinada enfermedad infectocontagiosa para evitar una epidemia.

2. Ética deontológica o del deber. (Immanuel Kant) Se basa en las obligaciones que nuestra razón nos impone y tenemos el deber de cumplir (no importa la intención, ni las consecuencias de la acción). Se sustenta en principios éticos formales, ya que propone lo siguiente: “Actúa de tal modo, que puedas querer que la máxima en la que se sustenta tu actuar, se convierta en ley universal” Kant también propone que existen ciertos imperativos categóricos (o mandatos que son buenos en sí mismos), que nos obligan, a actuar de cierta manera, uno de dichos imperativos es el siguiente: “Actúa de tal manera que trates a los otros, nunca simplemente como un mero medio, sino siempre y al mismo tiempo como un fin”.¹⁶

Limitaciones a la ética de Kant

- Propone leyes absolutas y éstas no son posibles, y menos en ciencias biológicas.
- No valora las intenciones ni sentimientos, sólo importa que se actúe por deber.
- No considera los afectos o la responsabilidad que se tiene hacia aquéllos que están más cercanos a nosotros o con quienes tenemos mayor grado de responsabilidad, sino sólo las obligaciones que dicta la razón y la ley.
- Hay acciones que no son buenas en sí mismas, sino que dependen de sus consecuencias.

3. Ética de la virtud o del carácter Para que una acción se considere moralmente buena o correcta, se requiere motivación e intención de llevarla a cabo, simplemente porque se tiene el convencimiento de que eso es lo mejor, no sólo por obligación, ni por conveniencia, ni por temor a una sanción.

4. Ética principialista: Se basada en principios,¹³ los cuales son: Deontológicos (que se cumplen por deber u obligación) – No maleficencia – Justicia o equidad Teleológicos (que se cumplen en conciencia) – Beneficencia – Autonomía

5. Casuística o ética de casos o de situaciones: Se basa en los casos clínicos y/o experiencias previas; tiene la desventaja de que la experiencia no es garantía de un actuar ético adecuado.

6. Ética personalista: Centrada en la persona humana, por lo que se considera antropocéntrica, no toma en cuenta a las otras especies de seres vivos, por lo que resulta excluyente y es insuficiente para enfrentar y resolver los dilemas bioéticos actuales.

Éticas zoocéntrica y biocéntrica: Tradicionalmente se han manejado teorías de valoración centradas en el ser humano, es decir antropocéntricas, las cuales favorecen únicamente los intereses de nuestra especie; ante esto, muchos ambientalistas y filósofos proponen una ética

holista, que se extienda a otros miembros de la comunidad de los vivientes, como son los animales, las plantas y los ecosistemas. Es así como han surgido diferentes propuestas éticas que no tienen como objeto único y central de su reflexión al ser humano, sino que también incluyen a los demás seres vivientes. La ética trata de mediar en la tensión constante ente

razón y sentimientos; individuo y sociedad; vida y muerte; salud y enfermedad, costo y beneficio, entre otros. No hay que olvidar que... La verdad, no depende de lo que crea la mayoría. Lo “bueno” o lo correcto, no es cuestión de opinión ni de consenso. Todos tenemos derecho a opinar, pero no todas las opiniones se deben tomar en cuenta.

1.6.2. LOS JUICIOS ÉTICOS

No hay actos u objetos que en sí sean buenos o malos, eso depende de las intenciones y las consecuencias. ³/₄ Para que un acto pueda ser sometido a juicio ético, debe ser consciente y libre. ³/₄ Ninguna ética, ni acción puede imponerse a nadie en contra de lo que le dicta su propia conciencia. Los pasos para hacer un juicio ético son:

1. La intención, que es la finalidad o motivación del acto (¿para qué lo hago?).
2. La acción, así como las circunstancias en las que se llevó a cabo (¿cómo lo hago?); las circunstancias pueden ser atenuantes o agravantes.
3. Las consecuencias de la acción y sus efectos, ya sean intencionales o imprevisibles.

1.7 VINCULACIÓN DE LA ÉTICA CON LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

BIOÉTICA Y CUIDADO

El cuidado, como parte de la existencia misma, se da en la cotidianidad y en todos los espacios en que la persona vive y se desarrolla; es una característica esencial de la condición humana, por lo tanto, es tan antiguo como la especie humana y en este sentido toda persona tiene la capacidad de cuidar. Asnariz se refiere a la dimensión social de la Bioética y enfatiza que si queremos cuidar responsablemente es necesario tener clara la interdependencia de la vida humana, animal y vegetal y el contexto de competencia entre todos los seres vivos. La praxis de cuidar difiere de un lugar a otro y de un tiempo a otro, porque el cuidar como toda actividad

humana se ejecuta siempre en el seno de una determinada cultura y de una sociedad. Al respecto Torralba plantea: “las formas concretas de articular el cuidado difieren substancialmente de un lugar a otro, pero la necesidad de ser cuidado y, por lo tanto el deber de cuidar pueden calificarse, desde el plano de lo antropológico, de universales y de absolutos... por tanto el cuidar es fundamentalmente un deber ético para quienes tienen en sus manos la noble y nada fácil tarea de cuidar”.

En este sentido el cuidar se constituye en una experiencia ética que se relaciona directamente con la experiencia del deber (Kant) y con la experiencia de la felicidad (Aristóteles) pero ambas se comprenden en el marco de la experiencia de la alteridad (E. Lévinas). Dado que la ética trata de los deberes que los humanos tenemos con los otros y con la naturaleza, el ejercicio de cuidar puede considerarse un deber ético fundamental pues resulta ser la conditio sine qua non del desarrollo humano, social y natural; en este sentido se habla de la ética del cuidado. Ante la pregunta ¿Cuál es la relación entre la Bioética y la Ética del Cuidado? Torralba responde: “Si la bioética etimológicamente, es la ética aplicada a la vida y por otro lado, la ética del cuidar, se refiere directamente al ejercicio de cuidar uno podría llegar a pensar que no tienen relación alguna. Sin embargo, el ejercicio del cuidar es requisito indispensable para el desarrollo, el crecimiento y la madurez de cualquier vida humana... para poder vivirla con dignidad. En este sentido la ética del cuidar forma parte de la Bioética” Ahora bien de acuerdo con Daza de Caballero, el cuidado ha sido reconocido por la profesión de Enfermería como rasgo esencial de la definición de su campo de acción y como el núcleo central del quehacer y el saber de la Enfermería. Este ha sido motivo de reflexión de diversas escuelas de pensamiento, logrando avances en su proceso de conceptualización que se ha evidenciado en los modelos y teorías que sustentan el cuidado como rasgo esencial de la profesión. Podría decirse entonces, como lo han manifestado algunos autores, que la Ética del Cuidado -con unos rasgos específicos- se constituye en el fundamento de la Enfermería; entre dichos rasgos se destacan los siguientes: La práctica de la acogida del otro, del otro enfermo, del otro vulnerable. La preocupación por el otro, no solo ocuparse de él ahora y aquí, sino anticipar esta ocupación, pensar en él, prever sus insuficiencias, ocuparse con antelación, esto es preocuparse. Acompañar al otro en la vivencia y experiencia de la enfermedad. Actuar como abogado del sujeto de cuidado en pro del respeto a su dignidad y a sus derechos y Demostrar una actitud solícita ante la(s) persona(s)

que se cuida(n). En cuanto a la relación entre Bioética y Enfermería aunque son pocas las publicaciones que se encuentran al respecto se ha identificado que en la última década ha sido clara la motivación de l@s enfermer@s por prepararse académicamente en ésta área con el interés de contribuir al análisis de situaciones y dilemas éticos que afectan de alguna manera la dignidad de la persona, sus derechos y al medio ambiente en general. Así mismo algunas de las Declaraciones del Consejo Internacional de Enfermería hacen referencia a la participación de l@ enfermer@ en temas que corresponden al estudio de la Bioética, entre estas: la conservación de medio ambiente (1992), en la defensa de los derechos humanos (1998), clonación y salud humana (1998), en el conflicto armado (1999), el cuidado al paciente moribundo y su familia (2000) adopción de decisiones y de políticas en los servicios de salud (2000) en la atención a las personas en condición de migrantes, refugiados y desplazados (2000). Barrio Cantalejo, Enfermera chilena, considera que la ética del cuidado, propia de Enfermería, le aporta a la bioética no temas exclusivos sino “una voz diferente” en el análisis de los problemas que ella se plantea.

Las Enfermeras en su práctica profesional se enfrentan cotidianamente a dilemas éticos y su forma de abordarlos suele ser distinta a la de otros profesionales; ellas se preocupan por el contexto que genera el dilema, por todas las dimensiones de la(s) persona(s) involucradas en él, por el significado que tienen para ellas el dilema y los principios y valores en conflicto y por el restablecimiento de las relaciones humanas rotas “o sufrientes”.... “Esto sitúa a la ética

del cuidado de la Enfermera dentro de complejo mundo de la Bioética, y no yuxtapuesta a ella, y sabiendo que su función fundamental no es tanto aportar temas exclusivos, sino su insustituible y personal enfoque, esto es su voz diferente”. Por otra parte, la colega Alejandrina Arratia, doctorada en filosofía de Enfermería, considera que es necesario profundizar en los principios bioéticos que guían las intervenciones de Enfermería con el propósito de contribuir a que el cuidado sea humanizado, responsable, digno y solidario. A nivel nacional se encuentra un buen número de Enfermeras con postgrado, a nivel de especialización y de maestría, que han profundizado sobre la relación entre la profesión y la Bioética; entre ellas se destacan los aportes de Beatriz Peña quien afirma que la Enfermería, desde la ética del cuidado, sirve como uno de los fundamentos de la Bioética.

Para la autora la ética del cuidado no se reduce a los problemas propios de la profesión, sino también a las problemáticas propias de la Bioética que van desde la pobreza misma hasta las intervenciones del hombre en el espacio extraterrestre, es decir, problemas que atañen al inadecuado manejo de la vida y del medio ambiente. María Eugenia Molina por su parte, plantea que la Bioética como disciplina retoma los principios éticos los cuales proporcionan elementos de juicio para analizar situaciones de la vida diaria o del ejercicio profesional y tomar decisiones tendientes al respeto de las personas. Edy Salazar analiza la Bioética en el quehacer de la Enfermera y plantea que el cuidado de Enfermería es un proceso Bioético que tiende a enaltecer el sentido y la calidad de vida de la persona, a partir del reconocimiento del otro mediante acciones dialógicas. Agrega que “La Bioética llena de sentido el actuar humano y conduce el quehacer de la Enfermera hacia el establecimiento de compromisos de calidad de vida del individuo consigo mismo y con los demás”. Plantea que el desempeño de la Enfermera implica, entre otros aspectos, “Reconocer la relación de la persona con la persona, de la persona con la naturaleza y de la persona con el medio ambiente en general, como unidad en constante interacción y cambio.” Por otra parte y teniendo como referencia las conclusiones y recomendaciones de la mesa de trabajo sobre la enseñanza de la Ética y de la Bioética en Enfermería, coordinada por Nelly Garzón, la cual formo parte de la VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería (ALADEFE Medellín octubre 6,7,8 de 2003) me permito resaltar lo siguiente:

UNIDAD 2

LA ÉTICA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 Desarrollo del auto concepto profesional. ¿Cuál es la esencia del ser enfermera?

Si algo define a enfermería es la interacción y la comunicación que es el modo para llevar a cabo el cuidado. La relación persona a persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias

que se viven durante la práctica, sujetas a una serie de condicionantes cuyo conocimiento puede influir para que se produzca los beneficios esperados (mantener el máximo nivel posible de salud, prevenir y enfrentar eficazmente la enfermedad, promover la recuperación, morir dignamente).

La enfermera en esta interacción debe reconocerse también como persona, que no sólo actúa, sino que también piensa y siente y ante tales circunstancias, se convierte en un personal altamente vulnerable a experimentar ciertas condicionantes que afectan directamente ya sea, el proceso del cuidado o su propia salud.

Para lograrlo, Travelbee¹ nos dice que la enfermera es un ser humano que posee un bagaje de conocimiento especializado y la capacidad para aplicarlos pero debe desarrollar una personalidad terapéutica en el proceso del cuidado, que NO es un camino fácil.

Tenemos que reconocer que como seres humanos durante el cuidado, las enfermeras sentimos una serie de emociones como discomfort, malestar, culpa, temor, miedo, enojo, ira, desamparo, soledad, dolor, desesperación y que no sabemos qué hacer con ellos. Es posible además que tengamos sentimientos de alegría, felicidad o plenitud cuando hay mejoría o vemos a las personas salir sanas e indemnes de la enfermedad, el sufrimiento y el dolor. Todas estas

¹ Dice que el cuidado implica respeto y comprensión por el otro y esto puede conseguirse, en parte, a través de la empatía y la escucha activa. (Travelbee, 1971)

Experiencias nos van formando como seres humanos con capacidades resilientes² pues en la camino aprendemos a serlo.

La enfermedad y el sufrimiento son tanto encuentros espirituales como experiencias físicas y emocionales. En este sentido los valores éticos y espirituales de la enfermera o sus convicciones filosóficas sobre quién es ese ser humano, qué significa la enfermedad y el sufrimiento, lo que determina la medida en que somos capaces de ayudar a las personas y a sus familias a dar un sentido (o ninguno) a estas difíciles experiencias. Al existir una interacción, cualquier contacto establecido se caracteriza por el hecho de que ambos (personas y enfermeras) se perciben

recíprocamente desde una perspectiva estereotipada que debemos superar (a veces confundimos el ser con el deber ser).

En este sentido, la enfermera tiene grandes retos personales tales como:

Enfrentarse al dolor, al sufrimiento, a la muerte, a los riesgos biológicos, al estrés mantenido por situaciones de urgencias y emergencias, así como el ejercicio de diversos roles con las personas cuidadas (de madre, hermano, de amigo, etc.)

Empezar las tareas en su hogar, como el cuidado de su propia familia y sus condiciones propias de salud

por lo cual presenta mayor desgaste energético respecto a otros profesionales, relacionado con su función de cuidadores permanentes las 24 horas del día, a la alta responsabilidad dentro del proceso asistencial, a los posibles problemas de relaciones humanas y de comunicación dentro del propio equipo de trabajo (profesionales, no profesionales, personales, familiares, cada uno con sus emociones y experiencias, todos inmersos en una sociedad que exige, se enfermera y “niega la muerte”), a las condiciones y la sobrecarga de trabajo que le exigen desarrollar una actitud, unos valores y una disposición especial para ser y llevar a cabo el deber ser.

2 Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Grotberg, 1995)

2.1.1 CÓMO LLEGAMOS A SER ENFERMERAS?

Para ser un profesional de enfermería, necesitamos ser mucho y saber ser sin límites, excepto por esa falta de tiempo con la que tantas veces nos enfrentamos. Enfermería, en su ejecución, conjuga conocimientos, corazón, fortaleza, humanidad, exige una importante implicación de lo que cada enfermera sabe, siente, percibe, comprende. En cada actividad profesional, ponemos en juego nuestro saber ser, lo que somos emocional, cultural y psicológicamente. Nuestra labor profesional se realiza -las más de las veces-, en una situación concreta con un ser humano

doliente, y lo hacemos desde lo que somos, desde nuestro saber ser, no ajenos a la situación que percibimos, a las circunstancias en las que desarrollamos nuestro quehacer profesional, en un contexto muchas veces envuelto por el sufrimiento y el dolor. La persona que sufre no, no es ajena a nosotros.

Para ser enfermeras requerimos de una conciencia existencial que nos permita desarrollar actitudes y valores de autenticidad, autoconciencia, sensibilidad y autoaceptación para poder crear vínculos terapéuticos con el otro, esto es lograr ser una enfermera humana. Por supuesto que esto lo atraviesa el proceso de formación profesional (ser estudiante), las prácticas profesionales (ser practicante) y el ejercicio de la profesión (ser profesional).

Durante la formación profesional, el plan de estudio está plagado de valores, actitudes o propuestas acerca del ser y deber ser de una enfermera. La promoción de esto, depende en gran medida de profesores que también ven reflejados su postura ante la enfermería con lo cual, los estudiantes modelan su aprendizaje. Profesores que son coherentes entre lo que piensan, dicen y hacen son los mejores modelos a seguir para lograr el ser de enfermería. Se inicia el desarrollo de la identidad profesional (Maya, 2003).

Durante la práctica profesional, los aprendices de enfermería, logran identificar los valores que se promueven desde los programas de estudio a una práctica específica. Aquí es donde colisionan los valores personales, profesionales y la realidad. ¿cómo decidimos qué valores ejercer? ¿Cómo identificamos que unos son mejores que otros? Esto lo vamos aprendiendo en un proceso de interacción y comunicación, primero como estudiantes y después con las enfermeras profesionales que, queriendo o no, los transmiten a través de la coherencia entre lo que piensan, dicen y hacen. Se desarrolla y despliega el yo profesional.

Posteriormente ya en ejercicio profesional, las enfermeras durante el tiempo, desarrollamos y ejercitamos los valores personales junto con profesionales y vamos tomando decisiones para afianzar nuestro yo enfermera. Identificamos aquellos que son básicos para la profesión como la igualdad, la justicia, la solidaridad, entre otros; o actitudes y cualidades de benevolencia, honestidad, confiabilidad y honradez, ya que estos valores no se adquieren por un mero proceso de comprensión, no son la resultantes de los aprendizajes teóricos, sino que forman

parte de nuestra esencia personal humana y se van afianzando y desarrollando a medida que nos vamos socializando en los valores profesionales.

El compromiso para que desarrollemos esta “actitud enfermera” que nos permitirá cuidar al otro, pone de manifiesto nuestro espíritu enfermero y los valores sociales y profesionales que necesitamos para la práctica excelente del cuidado. Sin embargo, a pesar de que existe consenso cada vez mayor de que enfermería es una ciencia única cuyo objetivo es elevar al máximo el potencial de salud de las personas mediante el cuidado, parece que tenemos problemas para asumirlo y desarrollar las actitudes para responsabilizarnos de nuestra hermosa profesión, esto tiene que ver con la identidad y el poder profesional ¿Cómo se desarrollan?

La identidad profesional es un camino no una meta. El desarrollo del yo profesional³ es una secuencia de etapas o tareas que se deben cumplir y siguen el mismo orden que el proceso del desarrollo personal (Erikson, 2000). Se necesita definir la identidad profesional, desde el proceso de formación, identificando como se autopercebe el estudiante desde su “yo” (volitivo energético, volitivo o débil) con el objeto de estimularlo a la búsqueda de su misión y prepararlo como personal altamente calificado.

La autopercepción social del ejercicio profesional que poseen la mayoría de las enfermeras y las estudiantes de enfermería respecto a la profesión, es el deseo de ayudar a los demás y conocer con más profundidad al ser humano, por lo cual el punto de partida para la

3 El yo profesional es el proceso de transformación del yo personal que resulta de las interacciones asociadas con educación, práctica e investigación, en este caso, de la profesión de enfermería. (Leddy y Pepper, 1989)

transformación del ejercicio profesional es el conocimiento. La enfermera no sólo debe conocer al mundo sino, antes que todo, conocerse así misma como persona y profesional. Para la enfermera es imprescindible tener un autoconcepto positivo.

De acuerdo a la autopercepción quienes destacan en la profesión son aquellas que tienen un yo volitivo energético, que reconocen su valía, que reflexionan, que conocen y reconocen el valor de los otros. Si su yo volitivo es fuerte, ocurren cambios cuando tienen la necesidad de modificar el entorno, reflexionan, entran en crisis, se movilizan o se paralizan y hacen aproximaciones selectivas a alternativas de solución, esto es, un proceso heurístico y de

adaptación. En esta comunicación que se establece con los otros, también se encuentran aquellas colegas que pueden ser fuentes generadoras de estrés y representan conflictos, o bien, pueden ser fuentes de apoyo social.

La enfermera recién graduada llega a la práctica con una imagen idealizada del yo, de las personas, de las colegas, de los jefes. Se considera que aproximadamente tres años son necesarios para identificar las metas profesionales y establecer ciertas negociaciones con los sistemas de creencias y de administración, sin embargo, las demandas del sector salud no suele permitir ni promover estos años de orientación. La enfermera tiene que hacer frente de golpe y porrazo al hecho de cambiar su imagen gloriosa de las personas y de las cosas. Cuando ocurre este cambio se producen una serie de etapas de maduración que en su momento asegura que el profesional no confunda los ideales con la realidad. Observa el siguiente cuadro que nos ofrece información valiosa acerca de cómo vamos desarrollando nuestro autoconcepto profesional.

2.1.2. ASPECTOS DE LA FILOSOFÍA QUE SON ESENCIALES PARA LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Los servicios de salud se han transformado de una cultura que confería absoluta libertad de tratamientos o intervenciones al personal de salud, a otra que otorga la libertad de elección de tratamiento por parte de los pacientes, que indudablemente decidirán mejor que nadie cuánto, y con quién combatir su enfermedad, al igual que cómo hacer llevadero su propio padecer. Aunque la relación médico-paciente sea descompensada, pues una de las partes padece, mientras la otra posee el conocimiento para aliviarla, nunca debe considerarse ésta como una relación de poder. En sus inicios, esta relación fue siempre jerarquizada y basada en el principio de beneficencia; el médico prescribía los medicamentos necesarios para curar la enfermedad y el paciente ordenado simplemente obedecía. El cambio de cultura jurídica en la relación médico-paciente ha obligado a abandonar ese vínculo personalizado, a veces caracterizado por un sentido paternalista-compasivo y a veces hasta autoritario o arbitrario, para pasar a una nueva situación en la que ya no se le llama paciente a la persona que recibe un servicio de esta

naturaleza, sino que ahora se le llama usuario, y a los médicos y enfermeras prestadores de servicios de salud. En este contexto, sus derechos se configuran como los protagonistas principales de este vínculo y los valores entendidos han quedado al margen.

Actualmente, en una sociedad que evoluciona constantemente y que aspira a ser justa, el eje de los derechos humanos en este contexto lo constituyen por un lado la igualdad y por el otro la libertad en todas sus acepciones, destacando entre éstas la accesibilidad a los servicios de salud y por el otro el respeto a la libre decisión de las personas.

Es alrededor de dos principios, libertad y equidad, que se ha requerido construir una nueva relación, ahora entre prestadores y usuarios de los servicios de salud. Esta nueva relación tiende a adaptarse a los requerimientos generados por los efectos de los avances científicos y los cambios sociales que al determinar una mayor exigencia de las oportunidades de acceso a los servicios de salud, también demanda una mayor calidad en la prestación de éstos.

Esta nueva relación ha incidido no sólo en los servicios hospitalarios, sino en los servicios de salud privados, centrándose en el respeto a los derechos fundamentales que se relacionan con la dignidad humana.

Dado que el Estado Mexicano establece en sus leyes el derecho a la protección de la salud, se reglamenta que toda persona tiene el derecho para el acceso a los servicios de salud y a la libertad de decidir; se ha hecho necesario, para la prestación de dichos servicios, bajo este esquema, respetar la autonomía, el derecho a la información, la privacidad, la confidencialidad, la igualdad, la no discriminación, la prevención y promoción de la salud.

Hoy se acepta que todo paciente involucrado directamente en una intervención biomédica que implica riesgo para su propia integridad debe consentirla o bien rechazarla en forma expresa en función de tres criterios de cumplimiento indispensable:

— Después de recibir la información adecuada; — Actuando sin que medie coacción; Siendo absolutamente capaz (competente) en el momento de emitir tal juicio

2,1,3 EL CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN (CBI) puede definirse como un proceso mediante el cual se garantiza por escrito que después de haber recibido y

comprendido toda la información necesaria y pertinente, el paciente ha expresado voluntariamente su intención de participar en cualquier investigación, o su autorización para que sobre él se efectúen procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo, que suponen molestias, riesgos o inconvenientes que previsiblemente pueden afectar su salud o su dignidad, así como las alternativas posibles, derechos, obligaciones y responsabilidades.

El derecho a obtener información y explicación adecuada sobre los objetivos de una investigación o de la naturaleza de su enfermedad y del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados se orienta a incorporar al paciente o a sus representantes a un proceso compartido que reconoce la importancia del enfermo como persona digna con intereses propios, en aquellas situaciones en las cuales se debe elegir entre procedimientos —diagnósticos o de tratamiento— que conllevan un riesgo serio para su salud o su vida.

El CBI no debe concebirse sólo como un documento que establece la aceptación voluntaria para eliminar la posibilidad de que, después de realizado un acto, no exista responsabilidad para quien manipula los elementos relacionados. Además de ser una visión reduccionista, se entiende por anticipado que puede haber ventaja deliberada partiendo de la confianza o buena fe de los pacientes.

No obstante, en muchos casos aún, el hábito de informar y, por ende, también de instrumentar el consentimiento bajo información ha llegado a la medicina no tanto por la convicción de la obligación moral de respetar el derecho de los pacientes a saber y a decidir sobre lo que más conviene a su salud de acuerdo con sus creencias o condiciones particulares, sino como reacción temerosa ante posibles demandas judiciales

De acuerdo con los reportes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de las inconformidades atendidas durante los primeros cinco años de funcionamiento y que concluyeron con un convenio de conciliación, un laudo o la emisión de un dictamen médico, en 40% de éstas existió una denuncia contra el médico, frecuentemente por falta de comunicación o de información para el paciente o su familia lo que originó una deficiente

relación médico-paciente, aunque no una inconsistencia desde el punto de vista de atención médica.

No resulta extraño, entonces, que dado el proceso de obtención del CBI en nuestro medio pocas veces resulte completo y válido.

Una concepción holística reconoce que la solicitud de firma del documento que estipula un CBI implica una obligación profesional de tipo moral que liga al personal de los servicios de salud con sus pacientes.

Este proceso se ha concebido erróneamente de diferentes formas, desde una posibilidad de obtener una garantía de la eficacia científico-técnica de la intervención, un instrumento de naturaleza potencialmente legal, hasta un trámite administrativo de la institución.

Esta visión reduccionista y hasta burocrática del proceso puede acabar desvirtuando las normativas institucionales y legales, así como los imperativos éticos insoslayables que ayudan a que las personas involucradas mantengan el control sobre sus propias acciones, resguarden la vida, la salud y su dignidad como valores fundamentales, pues sabemos que el documento como tal carece de valor intrínseco cuando se deja de lado la comunicación que implica vínculo de valores entre quien entrega su confianza entera y alguien que se convierte en depositario de esos bienes inmensurables.

Dado que hoy día no sólo se acepta y exige el consentimiento sino que éste tiene que ser “bajo información”, no basta el mero consentimiento del paciente al tratamiento médico, sino que requiere que el médico haya explicado los posibles tratamientos, así como las consecuencias, para que se entienda que el consentimiento es válido.

De hecho, para que el paciente pueda determinar lo que va a hacer con su cuerpo (si va a someterse al tratamiento médico o no), debe tener los suficientes elementos de juicio para tomar tal determinación.

Por tanto, vemos que no sólo tiene el paciente que dar su consentimiento, sino que este consentimiento debe darse en una forma inteligente; en otras palabras, válidamente informado, y que acoge como excepción aquella circunstancia en que el paciente no está en condiciones

de determinar por sí mismo. Como ejemplo, si está inconsciente, ocurre una emergencia y surge la necesidad inmediata de hacerle frente, entonces se entiende que existe una combinación imprevista de circunstancias que requiere actuación inmediata; una necesidad inmediata es aquella que es inevitable o indispensable.

Con preocupación se observa que el lugar físico donde se realiza esa comunicación en la mayoría de casos es en distintas áreas de circulación (pasillos, escaleras), o en la propia sala donde está internado el enfermo. En pocas oportunidades esta conversación se establece en lugares adecuados al efecto. Se utilizan incluso las propias habitaciones del personal dentro de la institución para llevar adelante este proceso.

La fórmula que consigna el CBI debe redactarse en español, en lenguaje sencillo, práctico, adaptado culturalmente y que evite, hasta donde ello sea posible, el empleo de términos técnicos y científicos, para asegurar que se ha comprendido la información. De manera general, debe contener el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, procedimientos, alternativas y posibilidades de desistir, además del número de teléfono del investigador.

Las investigaciones clínicas tradicionalmente habían quedado a criterio del comité de investigación o de ética de una institución de salud, y la pertinencia de la elaboración del CBI para la ejecución de esa investigación ha sido su responsabilidad, encargándose de notificar regularmente al investigador su decisión para la realización o impedimento de los estudios, además de los criterios utilizados para ésta.

Acorde con lo anterior, es recomendable que durante el proceso del CBI se consideren al menos las consideraciones básicas siguientes:

— Evitar frases que comprometan o manipulen a las personas para que participen. — Explicar claramente el propósito de la investigación. — Definir el periodo en el cual las personas participarán. — Describir los procedimientos a los cuales serán sometidas — Explicar los procedimientos, fármacos o dispositivos empleados, los posibles beneficios, riesgos o molestias, alternativas y las posibilidades de presentar alguna complicación durante o después del estudio. — Contestar cualquier pregunta o duda con respecto al estudio y enlistar los nombres de los investigadores e instituciones que participan, indicando un número de teléfono que le

permita a las personas participantes comunicarse con los investigadores y/o el comité, en caso de que re-quieran hacer alguna consulta o deseen información adicional. — Indicar que la participación es confidencial, excepto para las autoridades responsables de llevar a cabo las auditorias, quienes también deben mantener el anonimato de las personas participantes y la privacidad de la información. Estipular que en caso de sufrir lesiones como consecuencia de su participación en el estudio, el investigador principal -o el patrocinador, según corresponda, le brindará al sujeto de investigación la atención que requiera. El costo de este cuidado será cubierto por la compañía o entidad patrocinadora, la cual debe pagar, en su totalidad, el costo de su atención ambulatoria o de hospitalización, a la institución de salud pública o privada que le brinde la atención médica necesaria, hasta el momento en que se demuestre que no existe tal relación. Asimismo, cuando por razones justificadas la

persona requiera atención de una lesión como consecuencia de los medicamentos o los procedimientos del estudio, que no haya sido indicada por el investigador principal, el costo de esta atención también será cubierto por la compañía patrocinadora.

— En caso de que se considere necesaria la creación de un banco de muestras biológicas con el material obtenido en la investigación, el CBI utilizado en ese estudio debe incluir información referente a las condiciones de almacenamiento (dónde, por cuánto tiempo, los posibles usos de esa muestra y responsable del banco, entre otros). — Dar el tiempo suficiente para que pueda tomar su decisión bien meditada. — El CBI será firmado por cada persona incluida en la investigación, un testigo cuando menos y el investigador o la persona que explica el proceso, o en su defecto, de forma oral ante uno o más testigos independientes del equipo de investigadores, que lo declararán por escrito bajo su responsabilidad. — Incluir la firma, la fecha, y el número de cédula de la persona participante o su representante legal, de un testigo, y del investigador que solicita el consentimiento. — Dicha persona o su representante podrán revocar el consentimiento brindado en cualquier momento, sin expresión de causas, y sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno. El formulario del CBI debe ser modificado cuando se disponga de mayor información o se haya incorporado algún cambio al

protocolo. Posterior a la realización de las modificaciones, el consentimiento debe ser aprobado nuevamente por el comité de ética respectivo. El consentimiento bajo información en pediatría puede entenderse como un proceso de toma de decisiones progresivo, consensuado y dialógico, centrado en una relación tripartita (profesional del equipo de salud, niño y padres), en virtud de la cual estos últimos aceptan o no las recomendaciones diagnósticas y/o terapéuticas, toda vez que desde una situación de la minoría de edad, la incapacidad legal sitúa al menor en una posición de autonomía limitada y, por tanto, de dependencia de terceros.

Asimismo cuando los pacientes sean incapaces de dar el consentimiento, la anuencia debe ser otorgada por los padres o el representante legal debidamente identificado como tal, siempre de manera escrita, tras haber recibido la información pertinente en lenguaje claro y accesible y de haber comprendido la información mencionada. La persona de investigación o el representante legal recibirán una copia del CBI con la fecha y las firmas respectivas a sabiendas de que pueden negarse a participar en el estudio o procedimiento.

2.1.4. IMPORTANCIA DE LA FILOSOFÍA PARA LA ENFERMERÍA

La filosofía y la enfermería son disciplinas científicas que comparten fenómenos de estudio, como el ser humano en el proceso de su existencia, así como la forma de relacionarse con la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte. La perspectiva filosófica permite reflexionar sobre los fenómenos de estudio de la enfermería e indagar en sus fundamentos, relaciones, origen, finalidades y trascendencia, con el objeto de encontrar los campos de interacción disciplinar y las interrelaciones profesionales. En la actualidad, la enfermería se ocupa del estudio de su dimensión humanística, tratando de superar la racionalidad técnica que la práctica asistencial le ha impuesto en el concierto de las profesiones de la salud. La construcción disciplinar de la enfermería implica definir su objeto de estudio, y es el cuidado a la salud y el bienestar de la persona en el proceso de vida, el más aceptado por la comunidad científica. En ese mismo sentido, se denomina persona al sujeto de los cuidados de enfermería. La comprensión del significado persona, como sujeto de estudio de la enfermería, implica entender la naturaleza humana en los procesos de vida-muerte, salud-enfermedad, crecimiento-desarrollo, que en interacción con la enfermera (también persona), se involucran en una relación de cuidado. Es necesario ese reconocimiento de lo humano en dicha relación, para que se exprese la ética del

cuidado en el ejercicio profesional, ejercicio donde se refleje el pleno respeto a la condición humana y un proceso de autorrealización profesional en un asunto continuo de conocimiento e investigación de los fenómenos de estudio que implican al cuidado. Así mismo, esta profunda reflexión de dichos fenómenos, que lleva a cabo la propia comunidad científica, conduce a una auténtica identidad y autonomía profesional y disciplinar.

Recordemos que la filosofía es una necesidad para los seres humanos, nos permite tener una concepción del universo (Hessen, s/a), nos recuerda la suprema utilidad de aquellas cosas que no tienen que ver con los medios sino con los fines. En la práctica profesional es de vital importancia porque comprende el sistema de creencias de la enfermera profesional e incluye la búsqueda de conocimientos (Ledy y Pepper, 1989) y tiene una función social muy especial que es discutir los fundamentos de toda decisión.

En la parte operativa, la filosofía es el arte de formar, de inventar, de fabricar conceptos. La filosofía entonces nos ofrece el camino para cuestionarnos lo que ya conceptualizamos o el conocimiento que consideramos “normal”. Pero no es suficiente con que la respuesta contenga el planteamiento de ese concepto, sino hay que determinar el momento, ocasión o circunstancia, los paisajes, las personalidades, las condiciones y las incógnitas en ese o de ese planteamiento (Deleuze y Guattari, 2001).

Interesante ¿verdad? Si recordamos, existe en la literatura una serie de conceptos que nos dicen que es el ejercicio profesional incluyendo qué es la enfermería, qué hacen las enfermeras y cómo llevan a cabo dicho ejercicio pero la mayoría de las veces no nos sentimos a gusto⁴ con dichos planteamientos. Entonces la filosofía nos permite inventar, construir o reconstruir dichos conceptos a la luz de nuestras circunstancias. Lo más maravilloso es que nos ofrece el camino para filosofar acerca de estas cuestiones proponiendo verdades provisionales y revisando el conocimiento existente.⁵ Una verdad es válida hasta que surge o nace otra verdad con mejores argumentos.

De tal forma, la profesión, nos exige un ejercicio filosófico donde nuestras decisiones prácticas dependan de la posición que asumamos respecto de aquellas interrogantes sobre la esencia de enfermería: su ser, su saber y su hacer. Esa es la razón por la que los sistemas filosóficos -que no están dirigidos a ningún uso o aplicación práctico-, tienen un impacto tan grande en la historia humana.

¿qué es el ejercicio profesional?

Cuando hablamos de ejercicio profesional de enfermería, damos por hecho que todas las personas que la practicamos, sabemos qué es, cómo hacemos lo que hacemos y por qué lo hacemos ¿cuál es la realidad? Que muchas enfermeras tenemos problemas para identificar estas cuestiones aunque SI sabemos el qué, el cómo y el por qué de enfermería de manera intuitiva o introyectada. Lo que observamos es que cada enfermera tiene su concepto acerca de estos temas, a veces se parecen y otros, francamente son disímbolos. ¿Qué nos ofrece la filosofía en este sentido? Empecemos por definir que es el ejercicio profesional.

4 El gusto filosófico es el amor por el concepto bien hecho, llamando «bien hecho» no a la elaboración del concepto en sí, sino a una especie de relanzamiento, de modulación en la que la actividad conceptual carece de límites en sí misma

5 No todo el conocimiento es científico. La filosofía extrae de las opiniones (doxa) un «saber» que las transforma, buscando una forma de medir el valor de verdad de las opiniones oponibles o seleccionando unas -más sabias que otras- o bien determinando qué parte le corresponde a cada cual

Se entiende por ejercicio profesional a la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión (Poder Ejecutivo Federal, 2010). Se trata de una actividad deliberada dotada de significado técnico, jurídico, económico y social que se desarrolla coherentemente conforme a métodos y procedimientos específicos y se verifica por el resultado del trabajo realizado. Por ello, quienes practicamos un ejercicio profesional estamos sometido a controles sociales más o menos rigurosos que nos exigen diversas responsabilidades en relación con nuestros actos mediante principios éticos y deontológicos.

Es muy importante mencionar que la profesión de enfermería comporta una elevada responsabilidad social que precisa dos requisitos: la independencia y la libertad. El profesional debe ser independiente en el momento de tomar decisiones y debe ser enteramente libre de ejecutarlas. Claro que estas decisiones deben tomarse con el conocimiento que otorga la formación profesional y con el desarrollo del “ojo clínico” o experiencia profesional que nos va dando la práctica, asumiendo en todo momento las consecuencias de estas decisiones.

Por tanto, el ejercicio profesional es toda actividad social regulada por el Estado sea pública o privada, libre o en relación de dependencia, gratuita o remunerada que requiere el aval de un el título universitario que le obliga a rendir cuentas de los propios actos (responsabilidad moral, social y jurídica ya sea civil o legal).⁶

⁶ La responsabilidad es la condición o cualidad de la persona libre y consciente del valor de sus actos y conducta, que como autor o causa de ellos está obligado a responder ante su propia conciencia y ante la sociedad. Debe interpretarse como estar obligado y que la obligación está conformada por el deber de cumplir y la sujeción –responsabilidad - derivada del incumplimiento.

2.1.5. FILOSOFÍA DE LA SALUD Y FILOSOFÍA DE LA ENFERMERÍA La filosofía es de vital importancia para la práctica profesional pues comprende el sistema de creencias acerca de qué es la enfermería, cómo hacemos nuestro trabajo profesional y las razones para hacerlo, incluye también la búsqueda del conocimiento acerca de la disciplina. Este sistema de creencias determina nuestra forma de actuar

-aunque la mayoría de las veces lo hacemos de forma inconsciente- por eso es muy importante que comprendamos los elementos de la filosofía con el objeto de elaborar una filosofía personal acerca de la enfermería.

En términos generales se acepta que la filosofía abarca tres elementos

Preocupación por el conocimiento	EPISTEMOLOGIA	El conocimiento es importante para la enfermería porque es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y en el
----------------------------------	---------------	--

		<p>método científico. Específicamente aborda estos cuatro tipos de conocimiento (Carper, 1976):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empírico (Ciencia de la enfermería) • Estético (Arte de la enfermería) • Moral (Ética de la enfermería) • Personal (Uso terapéutico del yo)
Ejercicio de los valores	AXIOLOGÍA DEONTOLOGÍA	<p>Y La importancia concedida a los valores es esencial para enfermería porque efectúa de manera constante declaraciones de actitud, preferencia y valores conforme se compromete en la relación que existe entre la enfermera y la persona.</p> <p>El propósito final de enfermería es el bienestar de otros seres humanos, este fin no es científico sino por el contrario, moral por ello, podemos dudar</p>

		<p>de lo correcto, lo incorrecto y el deber. Este es el problema de la moralidad en los seres humanos cuando toman decisiones y llevan a cabo las tareas que les corresponden (Curtin, 1979).</p>
Creencias que se tiene acerca del Ser sobre la existencia	ONTOLOGÍA	<p>Compromiso con sus propias creencias respecto a su existencia profesional y la existencia del otro. Incluye el auto concepto, identidad y desarrollo profesional</p>

En la actualidad, estamos viviendo cambios evolutivos en la sociedad que combinados con la irrupción de la era de la información, están alterando nuestros puntos de vista sobre la realidad y fomentan una nueva orientación filosófica en el campo de la enfermería. Decimos que enfermería está en “crisis” lo que nos permite poner más atención en las cuestiones

epistemológicas, las ontológicas relacionadas con el significado, el ser y la realidad y, especialmente en los valores con la ética, bioética, los códigos deontológicos y los derechos humanos.

Por tanto cuando hablamos de una filosofía de enfermería (Leddy, 1989), nos referimos a los resultados intelectuales y afectivos que realizan las enfermeras para:

- Comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente
- Enfocar la enfermería como una disciplina científica
- Elaborar un sistema personal de creencias acerca de la persona, el cuidado, la salud, el entorno y enfermería como proceso

2.2. CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL

¿Qué hacemos las enfermeras en el ejercicio profesional?

El cuidado ha estado vinculado a enfermería y se constituye como el objeto del saber y del quehacer principal. Su saber lo utiliza con el propósito de ofrecer un servicio esencial a la gente: el de cuidar su vida y promover las potencialidades para lograr la salud.

El Consejo Internacional de Enfermeras dice que las enfermeras en su ejercicio profesional tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (CIE, 2006). Su trabajo lo realizan con respeto de los derechos humanos (derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad sin importar edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social). Además prestan sus servicios a individuos, familias y comunidades o colectividades coordinándose con otros grupos relacionados.

Por otro lado, Meleis y Trangenstein (2010) no están tan seguras que el cuidado sea el foco de enfermería, sino de que las enfermeras nos ocupamos de:

Los principios y leyes que gobiernan los procesos de la vida, del bienestar y el óptimo funcionamiento de los seres humanos sanos o enfermos. Los patrones de comportamiento humano en interacción con el entorno en eventos de la vida normal y en situaciones críticas de salud. Las acciones y procesos que facilitan cambios positivos en el estado de salud cuando éste es afectado. La integridad de la salud humana comenzando por reconocer que esa integridad está en continua interacción con su entorno y que es posible construir condiciones de vida saludables.

Claro que en el discurso las enfermeras podemos estar de acuerdo en estos deberes y estas ocupaciones que es el deber ser, pero al institucionalizarse la salud y la enfermedad, los escenarios del ejercicio profesional se han limitado al espacio hospitalario con un sistema

profesional de asalariados que no les permite moverse en este contexto o decidir su hacer profesional.

Esto es así porque el proceso de trabajo, entendido como la forma histórica y social de organizar la actividad laboral, conjuga recursos de orden financiero, material, tecnológico y humano. El proceso de ofrecer servicios de salud en general y de enfermería en particular, se inscribe en un medio institucional que lo condiciona mediante múltiples determinaciones; entre otras, la calidad, la cantidad y las modalidades de distribución de los recursos, así como el grado de complejidad de los problemas de salud que se deben atender; las relaciones científicotécnicas, políticas y afectivas derivadas de la distribución social de saberes, poderes y formas de comunicación interpersonal. Especialmente porque el proceso de trabajo en la salud está organizado alrededor de dos ejes básicos: el control de la enfermedad a escala social y la recuperación de los enfermos a nivel individual (Castrillón, 1997).

Los dos procesos anteriores son altamente complejos por el uso intensivo de trabajo humano, donde se hace necesaria la interrelación de personas con una serie de valores, símbolos, representaciones y poderes frente a la salud, la enfermedad, la vida, la muerte y las identidades profesionales, factores que se han acumulado hasta conformar una compleja cultura organizacional.

Las pautas de distribución quedan determinadas por quienes contratan enfermeras (hospitales, industrias, escuelas, comunidad, médicos, entre otros) que hace depender su desempeño por una situación contractual. Lo positivo de la globalización es que ha motivado la creación de nuevos modelos en los servicios de salud y para enfermería, ha significado sensibilizarnos a los avances que ha tenido durante el siglo XX a nivel mundial pero también a visualizar las debilidades que tenemos en materia de profesionalización, acreditación, certificación, vinculación docencia-servicio, investigación, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud, el sistema de salud y el equipo interdisciplinario de salud reconocen el trabajo que realizan las enfermeras en el concierto hospitalario sobre todo, si consideramos que las enfermeras representan un poco más del 60% de toda estructura hospitalaria. Sin embargo, una cosa es que se conozca y la otra que se valore o reconozca por

las instancias que toman decisiones en la medida en que subyacen asuntos de género, de autoridad, de poder y económicos.

Siguiendo con la descripción de lo que hacen las enfermeras en la práctica, es común verlas realizando una gama de actividades-producto principalmente de dos tipos:

Las que se refieren a su objeto de estudio, es decir, ofreciendo el cuidado al ser humano. Su formación y las características propias de la profesión hacen que actúen con humanismo, lo que implica empatía y preocupación por el otro. Las acciones técnicas para satisfacer las necesidades de las personas incluyendo educación para la salud, la administración y gestión del cuidado y, aunque en mínima proporción, realiza investigación. Estos tipos de actividades es la que privilegia el ejercicio profesional porque es visible y medible.

Esta aparente indefinición de funciones, es lo que les hace realizar actividades que no le corresponden y rebasan lo que podría considerarse el objeto y delimitación de su campo laboral. Esta problemática hace que los empleadores consideren el trabajo de enfermería más como "mano de obra" (además, barata en términos económicos) con la consiguiente

depreciación del ser y del saber de enfermería. Las actividades de promoción a la salud, prevención de la enfermedad y alivio al sufrimiento son poco significativas y subutilizadas por los empleadores no así por las personas cuidadas y por las mismas enfermeras ya son fuentes de satisfacción.

Paralelamente, las instituciones educativas no logran ponderar en qué medida deben preparar a los egresados para contender con un mercado de trabajo que sólo exige rendimiento laboral, más que productividad profesional y es así que los planes de estudio quedan desvinculados con respecto de las condiciones de trabajo que se mueve por el marco económico y político del país e incluye las relaciones de producción y utilización de bienes y servicios.

2,2,1 ¿CUÁL ES LA PROPUESTA PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD?

Los grupos de enfermería a nivel mundial están promoviendo que cuidar la salud y la vida de los seres humanos sea el ser de enfermería en los diversos sistemas de salud. Mucho de esta tendencia se debe –desafortunada o afortunadamente- al mercado de la salud que empieza a ser objeto de remuneración y factor de negociación contractual. Esta situación tampoco es inocua pues se pretende modificar la filosofía del ejercicio profesional en tiempo muy corto, sin que las instituciones de salud afronten el cambio de escenario para un ejercicio profesional que favorezca el crecimiento de la enfermería en función de los valores que en la actualidad persigue la sociedad. Por ello los retos y desafíos tienen estas vertientes:

En la clínica, debemos reasumir la función de cuidador, con intervenciones que demuestren calidad científica y humanización del cuidado profesional en un ejercicio independiente, particularmente el dirigido al cuidado en el hogar. Tenemos que redefinir la dimensión de los cuidados prolongados y paliativos, para sociedades donde el perfil demográfico de los viejos está en aumento, con sus características epidemiológicas específicas. En los procesos de acreditación de las instituciones de salud debe incluirse la calidad del cuidado de enfermería y dentro de éste los mínimos que los profesionales requieren para prestar cuidados continuos y especializados, y por supuesto, construir los indicadores de la calidad del servicio de enfermería. En la salud pública, requerimos profesionales que lideren proyectos de desarrollo social con una actitud ética. Tenemos que hacer prospectiva para adelantarnos con propuestas

alternativas en modelos de gestión, de atención, de organización administrativa y considerar el valor social y económico de nuestros servicios. Exigir la acreditación de los conocimientos y prácticas. La formación debe fundamentarse en la investigación y en la realidad de los servicios de enfermería para transformar los modelos tradicionales, en un esfuerzo conjunto de enfermeras de servicio, enfermeras formadoras y enfermeras investigadoras mediante el acceso a un proceso de educación permanente. Simultáneamente, es imprescindible acercar los “mundos” académico y asistencial buscando tender un puente que acorte y dirima las diferencias profesionales, que fortalezca y potencie los beneficios hasta ahora alcanzados, con lo que podrían lograrse algunas reivindicaciones laborales, así como un nivel de identidad y cohesión profesional desde la óptica gremial.

Como observamos, no es suficiente con aceptar que el cuidado sea el objeto de la disciplina y de la praxis en enfermería. Necesitamos modificar substancialmente nuestra manera de pensar, de ser y de hacer enfermería privilegiando que los saberes y prácticas se inserten en el mercado laboral de manera oportuna y efectiva, estableciendo criterios epistémicos, ontológicos y sociológicos que generen identidad y cohesión del grupo profesional de enfermería.

Es imprescindible entonces, que para poder actuar con criterio profesional, elaborar una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre el objeto epistémico y profundizar en las tres dimensiones cuya comprensión es esencial para enfermería:

El ser que se refiere al ethos, a su indagación filosófica, al humanismo El saber que tiene que ver con la claridad teórica y metodológica, con el conocer

El hacer o quehacer que se relaciona con el ejercicio profesional y que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población.

2.2.2. DIMENSIONES MORALES DEL EJERCICIO PROFESIONAL ¿QUÉ ES ENFERMERÍA?

Aquí podemos anotar cualquier cantidad de definiciones de lo que es enfermería, algunas parecidas otras, contrapuestas ¿cuál es la mejor? En estricto sentido, sabemos que la definición que elijamos dibuja una postura ante la vida e identifica la base filosófica en la cual se inserta y

le da sustento. Si la asumimos, sustenta nuestras creencias acerca de lo que es enfermería para cada quien.

Muchas definiciones abordan tanto el cuidado como la salud-enfermedad de las personas. Como concepto de partida acerca de lo que es enfermería, les propongo:

Disciplina, profesión y práctica social compuesta por fundamentos filosóficos, históricos, éticos; su misión es el cuidado profesional a la salud del ser humano individual y colectivo en diferentes momentos del proceso vital y en contextos culturales diversos para ayudarles a alcanzar mejores condiciones de vida. Posee un cuerpo de conocimientos que derivan la manera particular de entender el fenómeno salud-enfermedad de los seres humanos en relación con su ambiente

Donde entresacamos:

Ser de la enfermería	Disciplina, profesión y práctica social cuyo foco es el cuidado a la salud
Saber de la enfermería	cuerpo de conocimientos acerca de la salud-enfermedad, la persona, el entorno y el cuidado
Hacer de la enfermería	Trabajo con seres humanos con una base ética y bioética donde sus miembros son capaces de compartir creencias fundamentales en relación a su razón de ser

Busquemos en la literatura otras concepciones y veamos cómo se conjugan el ser, el saber y el hacer de enfermería para elegir una con la que nos posicionemos

¿Qué es la profesión de enfermería?

En el ejercicio profesional se visibiliza la labor de enfermería. Este hacer es socialmente aceptado porque la sociedad lo demanda, está reglamentado y tiene un proceso de formación profesional que trasmite su ser, su saber y sus formas de hacer. Aún con todo esto, la actividad

profesional de las enfermeras es difícil de identificar y de conceptualizar ya que durante mucho tiempo fue identificada como oficio. Para ello diferenciamos ocupación, oficio y profesión

- Ocupación es la actividad que impide emplear el tiempo en otra cosa; puede ser el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que llene el tiempo (Müller, 2004). Una ocupación alcanza el estatus de profesión cuando la actividad se ejerce mediante la adquisición de una formación controlada, la sumisión a reglas y normas de conducta entre los miembros y los no-miembros y la adhesión de una ética del servicio social.
- Oficio es una actividad laboral que no requiere de estudios formales
- Profesión se refiere a un amplio estrato de ocupaciones relativamente prestigiadas, pero de muy diversa índole, cuyos miembros han tenido algún tipo de educación superior y se identifican más por su estatus educativo que por sus habilidades ocupacionales específicas (etiqueta profesional). En otro sentido, es una forma de organizar una ocupación, la cual es de número limitado que tienen más o menos en común rasgos característicos institucionales e ideológicos particulares (Freidson, 2001) que como forma privilegiada de actividad, se constituye en la base de una categoría socioeconómica caracterizada por su diversidad de tareas y por altos niveles de ingresos económicos, de estatus social y de prestigio.

Por tanto no resalto el concepto de ocupación pues damos por hecho que enfermería es una actividad que llena el tiempo de quienes la ejercen; más bien resalto lo que profesión significa pues a partir de aquí partiremos para conocer los principios que rigen la actividad profesional

La profesión constituye un segmento particular en la cima de la jerarquía social, es decir, una elite de trabajadores dotados de competencias elevadas, con fuerte autonomía para ejercer sus actividades, independientes en el seno de una organización quienes recurren a un conjunto de reglas y de mecanismos de control para garantizar el conocimiento que transmiten, el valor de las competencias, sus costos económicos, su prestigio social y el rigor ético de su práctica y sobre todo concede mucha importancia a la institucionalización de estas actividades en relación a la ciencia moderna, ya que esto tiene un punto común con la esfera ocupacional (Parsons, 1967).

2.2.3. PRINCIPIOS ÉTICOS

Existe un abismo insondable entre el ser y el deber ser. Por un lado, nuestro ser es ser humano con una naturaleza contradictoria pero por otro, tenemos que vivir y convivir en un mundo social. Esto nos lleva a que no podemos ir por la vida haciendo, diciendo y actuando de forma libre, anárquica.

También tenemos otra parte que se refiere al ser y deber ser profesional, no ajeno a la concepción de ser humano pues al ser enfermería una disciplina humanística, si algo nos identifica es el desarrollo de nuestra propia humanidad para ofrecerla a los otros. Es esta nueva concepción de humanismo tan necesitada en los servicios de salud. Así tenemos que en el mundo, nuestras actuaciones están basadas en la ética (lo correcto e incorrecto) y la moral (el deber).

Ser o deber ser?

Si nuestra razón de ser en el mundo es ser seres humanos. Una de las principales preocupaciones de los filósofos es mostrar al ser humano (se nombra también como hombre) “tal como es” (Hirschman, 1978). Para comprender que es un ser humano partimos de un pesimismo antropológico como lo que expresa Kant (2004): con una madera tan torcida como es el hombre no se puede conseguir nada completamente derecho y nos damos cuenta con esta metáfora, de la crueldad con que tratamos a los de nuestra misma especie y vuelve a decir: se nos figura que el tapiz humano se entreteje con hilos de locura.

Claro que no todo es pesimismo, también podemos ver lo que hemos construido en favor de los otros (avances medicinales, medios de transporte y comunicación, instituciones educativas, etc.). Ante este panorama –capaces de hacer grandes males y grandes bienes-, comprendemos que no actuamos por puro instinto (parece que lo que nos mueve en la vida son las pasiones), ni tampoco como racionales ciudadanos del mundo de ahí que tengamos crisis existenciales porque no sabemos cómo actuar ni qué concepto formarnos acerca de nuestra especie ¿por qué no podemos ser simple y llanamente seres humanos? Complejo ¿no? Veamos.

Los seres humanos no nacemos siendo humanos, sino que sufrimos o pasamos por un proceso de humanización (Savater, 1987). Nos hacemos humanos a través de la socialización y la educación. Los seres humanos somos los únicos sobre la tierra que podemos también ser inhumanos sin dejar de pertenecer a la especie. Extraño privilegio éste, que acompaña a nuestra condición.

Parece cierto que hay formas de vivir y de actuar que son más humanas que otras y que vivir humanamente (nuestro quehacer fundamental) no es algo automático o espontáneo; es una tarea en la que podemos tener éxito o fracasar. Lo mismo ocurre con la obligación de actuar humanamente.

Los humanos somos por naturaleza, contradictorios, antagonistas que se manifiesta en la insociable sociabilidad: inclinación a entrar en la sociedad pero también aislarnos y por nuestro libre albedrío queremos disponer de todo según nos place. Kant nos dice: esa insociable sociabilidad es lo que puede permitir que los individuos acudan a su razón⁷ como elemento regulador en sus relaciones (Serrano, 2004). Esta razón se manifiesta en las normas morales.

El mundo empírico (la experiencia, la vida cotidiana) no nos permite extraer principios universales para fundamentar la moral pues es claro que ni los talentos del espíritu —como el entendimiento, el ingenio, o la capacidad de juzgar—, ni los dones de la fortuna —como el poder, la riqueza, la honra y la salud—, son cosas buenas en sí, pues dependen de cómo se las use (Kant, 2007). Además, recurrir a la naturaleza para extraer de ella las leyes, sería tanto como determinar a través de ella el lugar y la función del ser humano en el mundo, cancelando con ello la libertad. No encontramos elementos reguladores, porque cuando parece que estamos ante una generalidad, aparecen los contraejemplos; por ello se hace necesario acudir a la razón para encontrar ese principio que oriente nuestras acciones en pos del bien: lo moral, el deber ser.

Guardar las normas civiles implica doblegar nuestros impulsos inmediatos para obtener beneficios a largo plazo, de allí que la perspectiva a corto y largo plazo genere un conflicto en nuestro interior. Lo importante es que no seguimos las normas de civilidad de forma

espontánea, sino que necesitamos ser obligados para que en futuro por el hábito adquirido, podamos movernos en la sociedad de manera natural ¡cómo seres humanos!

Por ello, recurrimos a la razón para señalar que sólo en ella se puede fundamentar sólidamente la moral, de allí que Kant sea tan importante en este sentido pues propone imperativos que son principios prácticos objetivos que describen como nos debemos conducir (Kant, 2007). Tienen un carácter constrictivo. A diferencia de los principios teóricos, que son juicios descriptivos de la realidad, los principios prácticos son juicios, leyes o reglas que describen la conducta a la que nos debemos someter por ser seres racionales ya que describen o prescriben el deber ser.

Nos describe los imperativos categóricos e hipotéticos. Los categóricos o apodícticos son mandatos de carácter universal y necesario: prescribe una acción como buena de forma incondicionada, manda algo por la propia bondad de la acción, independientemente de lo que con ella se pueda conseguir. Declara la acción objetivamente necesaria en sí, sin referencia a ningún propósito extrínseco. Para Kant sólo este tipo de imperativo es propiamente un imperativo de la moralidad.

El siguiente cuadro resume los imperativos categóricos:

Fórmula de la ley universal	Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal
Fórmula de la ley de la naturaleza	Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley universal de la naturaleza
Fórmula del fin en sí mismo	Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio

<p>Fórmula de la autonomía</p>	<p>Obra como si por medio de tus máximas fueras siempre un miembro legislador en un reino universal de fines</p>
--------------------------------	--

Los imperativos hipotéticos son los que prescriben una acción como buena porque dicha acción es necesaria para conseguir algún propósito. Se dividen en imperativos hipotéticos de la habilidad e imperativos hipotéticos de la prudencia.

Para Kant una cosa es lo que es el ser y otra lo que deba ser. Respecto al ser enfermera, la razón hace una descripción basada en la observación, mientras que el deber ser, la razón elabora una prescripción.

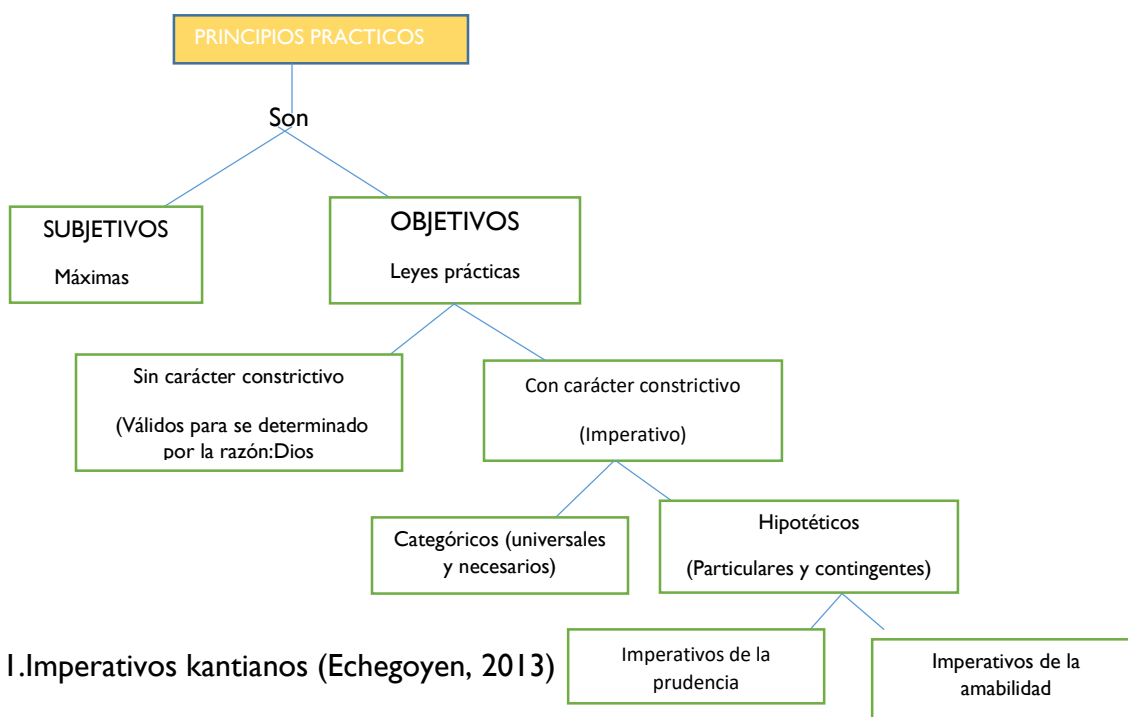


Fig 1. Imperativos kantianos (Echegoyen, 2013)

En términos generales, se puede decir que entre lo que el ser humano es y lo que debe ser hay un abismo de separación pero nuestro compromiso es tratar de acercar ambos extremos, pero a final de cuentas sólo queda rendirnos o morir en el intento. Al menos, y por último, debemos dejar siempre prendida una esperanza para entendernos como seres humanos.

2.2.4. DEBERES PROFESIONALES.

En una profesión, se identifican cuatro sistemas profesionales cerrados: de la función pública, de los puestos directivos, de las profesiones independientes y liberales y de los asalariados regulares (Dubar y Tripier, 1998) donde la sociología de las profesiones la han identificado en tres campos semánticos relacionados:

- a) La acción de declarar de modo explícito las opiniones o creencias, vinculadas con que el término “profesar” (se aplica a lo que se enuncia públicamente y está muy ligado a creencias político-religiosas)
- b) “Ocupación con la cual uno se gana la vida”, donde la profesión es la actividad remunerada, se trate de una actividad independiente, asalariada, dependiente o liberal. La profesión es, en este sentido, el trabajo que nos permite vivir gracias a su renta
- c) “Conjunto de personas que ejercen un mismo oficio”, en este sentido, la profesión está próxima al de corporación o grupos profesionales, designando al conjunto que tiene el mismo oficio o el mismo estatus profesional

De estas cuestiones, me pregunto, en enfermería ¿se profesa? ¿es una ocupación para ganarnos la vida? o ¿somos un grupo de personas que practicamos el mismo oficio? ¿qué crees o qué piensas de esto?

A pesar de ciertos consensos, el término profesión es polisémico ya que puede tener diversos significados y estar asociado a diferentes usos. La escuela francesa reconoce cuatro acepciones que se ligan a la profesión:

Principio	<i>Tiene que ver con:</i>
Tiene que ver con:	<i>Identidad profesional</i>
Empleo	<i>Calificación profesional</i>
Oficio	<i>Especialización</i>

Función	Posición profesional
---------	----------------------

¿Dónde se encuentra enfermería? Como profesión, decimos que es una vocación, una forma de ganarnos la vida (empleo), es un oficio especializado y como función podemos tener una posición dentro del grupo. Más ampliamente:

- Es un servicio a la sociedad único, definido, esencial y remunerado : primero, el profesional reclama el monopolio de la actividad que realiza, oponiéndose al intrusismo; segundo, la persona sabe que dicha actividad está bien definida y delimitada frente a otras; tercero, es un servicio del que ni la sociedad en su conjunto ni ninguno de sus ciudadanos puede prescindir sin grave perjuicio para su bienestar
- Es una vocación por lo que esperamos que el profesional se dedique en exclusividad y se identifique con los ideales de la misma (prestando más atención al servicio ofrecido que a las ganancias que le reporta) y se vincule solidariamente con el resto de miembros de la profesión, incorporándose a su organización propia (colegio o asociación)
- Está basada en conocimientos y técnicas de carácter intelectual. Socialmente se demanda del profesional una actitud inquisitiva, capacidad de obtener datos, elaborar diagnósticos y proponer soluciones de una manera creativa y crítica.

Requiere de preparación especializada y formal, en una institución educativa (llámese universidad). Esta intensa y larga formación, se prolonga a lo largo de toda la actividad profesional de diversas maneras -formación permanente, reciclaje- que le justifique la posterior exigencia de compensaciones de carácter económico

- Demanda un amplio campo de autonomía, tanto personal como del colectivo en su conjunto, cuyo correlato es la asunción de las responsabilidades inherentes al desarrollo de la actividad.

Ante esta variabilidad, no logramos totalmente todavía el status como profesión en el campo laboral, sin embargo, en esta construcción, ninguna ocupación tiene un futuro de profesionalización tan esperanzador como la enfermería (Gracia, 1992).

Como actividad profesional relativamente joven y con grandes problemas para organizar al gremio, dentro del proceso de profesionalización⁸, enfermería ha recorrido este camino con avances rápidos y espectaculares, en algunas fases con mayor éxito y siempre en una lucha de espacios, de poder y de identidad.

En nuestro país, reconocemos que llevamos un periodo de transición prolongado para lograr la profesionalización de Enfermería, que nos permita presentar a la sociedad la organización, procedimientos y garantías que tiene cualquier profesión y asegurar que toda persona identificada como enfermera, tenga los conocimientos, capacidades y cualidades para desempeñar un servicio profesional de calidad (Salas, Rubio y Zarate, s/a) y los participantes en los programas académicos de profesionalización dan cuenta de ello.

⁸ Constituido por: a) aparición de una cierta actividad laboral como ocupación a tiempo completo dada por una demanda de la sociedad; b) aparición de instituciones para la formación especializada; c) nacimiento de asociaciones profesionales; d) conquista de la ley de protección de la actividad profesional y e) elaboración de un código ético formal (Wilensky, 1964; Hernández, Del Gallego, Alcaraz y González, 1997)

2.2.5. ASPECTOS ÉTICOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio. 10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

UNIDAD 3

LA LEGISLACION DE LA ENFERMERÍA EN MEXICO

3.1. Antecedentes legislativos en México. Hay derechos y también obligaciones. Si existe obligación también responsabilidad. Se trata de dos cuestiones que, generalmente, coexisten y por ello, nos brindan beneficios, pero también traen obligaciones que se han clasificado como las de hacer y las de no hacer. El caso del ejercicio de la enfermería no escapa a ellas. Nos encontramos, también, frente a dos disciplinas que, a primera vista, parece que no guardan relación y que, sin embargo, están condenadas a coexistir

A partir del derecho se “logra el desarrollo de grandes y pequeñas sociedades, pero también por él, es que se frenan los excesos de las grandes potencias, cuando se presenta la oportunidad para masacrar a gente indefensa en nombre de la libertad y de la democracia”. La dinámica del derecho se produce por la misma convivencia social, de manera que no importa establecer si el derecho avanza primero que la sociedad o ésta provoca los cambios en el derecho, pues lo primordial es que existe una estrecha relación entre ambos.

De igual manera, debe considerarse que esa dinámica social y la relación de México en el contexto mundial, han provocado el establecimiento de un marco normativo constitucional que permite contar con los elementos necesarios para gozar del derecho a la salud, así como del derecho a la protección de la salud.

Considerando al derecho como el conjunto de normas jurídicas cuya finalidad esencial es permitir la convivencia pacífica entre los seres humanos, en donde existen derechos y obligaciones, en cuya relación participa el Estado como garante, tendremos que concebir al binomio enfermería- derecho, que nos permite establecer límites para el ejercicio de aquélla en el marco de éste, es decir que el ejercicio de la enfermería implica su relación con el derecho, en donde se inscribe la responsabilidad, en virtud que existen métodos, reglas y protocolos normados para lograr el objetivo previsto en cada uno de ellos, de modo que no se podría permitir que el profesional de enfermería actuara de acuerdo con sus propias determinaciones, razón por la que podemos apreciar al derecho como un instrumento normativo de las actividades cotidianas realizadas en los centros hospitalarios, en las clínicas, en los consultorios; en fin, en todos los lugares en que se ejercita la profesión de enfermería.

Esta relación se materializa en la clasificación tradicional del derecho que lo divide en privado, público y social. En efecto, con las ramas que integran el derecho privado, rige las relaciones entre los particulares, lo que supone una ausencia de la intervención del Estado, ejemplificada en la contratación para ejercer la enfermería, misma que puede realizarse mediante la celebración de un contrato de prestación de servicios profesionales, que pertenece al indicado derecho civil y que su contraprestación por ese trabajo, es decir sus honorarios, se pagarán mediante el libramiento de un cheque, que forma parte de los títulos de crédito pertenecientes al derecho mercantil, razón por la que es evidente la relación entre el derecho y la enfermería.

En cuanto a las ramas que integran el derecho público, cuya característica es la intervención del Estado, destaca el derecho penal, en donde se establecen diversos tipos penales que pueden ser actualizados con motivo del ejercicio de esta profesión, toda vez que en el ámbito penal se protegen bienes jurídicos relacionados con la salud, en el derecho penal propiamente y en leyes especiales, por ejemplo las lesiones y el homicidio, así como en el tráfico de sangre y de órganos humanos, de manera que ante los incumplimientos de estas normas se actualizan las hipótesis contempladas para ejercer la facultad punitiva del Estado en beneficio de la colectividad.

Por otra parte, la relación de la enfermería con las ramas que integran el derecho social es palpable al pensar, digamos, en el derecho de la seguridad social, estrechamente vinculados, pues por un lado se origina, en la mayoría de los casos, por la relación de trabajo que existe entre el patrón y el trabajador, cuestión que pertenece al derecho laboral y, por otro, uno de los principales beneficios de la seguridad social consiste en brindar asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica.

En este contexto, no quedan dudas acerca del binomio indicado, razón por la que debemos transitar en la trilogía formada por la necesidad de conocer, prevenir y remediar el contenido que implica el ejercicio de la enfermería, lo que se lleva a cabo conociendo las normas para evitar su incumplimiento, es decir, actuar de manera correcta y, en su caso, remediar las controversias que surjan por ese incumplimiento, sea por una acción o bien por alguna omisión.

Para tal fin se debe considerar la existencia de un marco legal a partir de los preceptos plasmados en la Constitución federal, así como en la normativa aplicable, la cual atiende a la jerarquía y especialización, de acuerdo con la materia que nos ocupa, que transcurre de las leyes federales a la circulares, pasando por la normas oficiales mexicanas que se refieren, por su origen, especificidad y profundidad a los aspectos técnicos de la enfermería para posibilitar su práctica correcta, de modo que una vez que se tiene el marco referido, tenemos que clasificar las obligaciones que se adquieren y los derechos que se disfrutarán.

En caso de incumplimiento a alguna o algunas de las normas que rigen los servicios de enfermería, se generarán procedimientos administrativos y/o jurisdiccionales que permitirán el uso de los mecanismos de impugnación correspondientes, por lo que es necesario analizar los recursos legales correspondientes a cada uno de los procedimientos citados, lo que permitirá una adecuada defensa del personal involucrado, que se verá adicionada con el conocimiento de los criterios emitidos por el Poder Judicial de la Federación que se transcriben en la parte final de este ensayo.

3.2. ASPECTOS LEGISLATIVOS ACTUALES.

I. Bases constitucionales Como paso previo al señalamiento de las bases que rigen el derecho humano a la salud, es conveniente atender al concepto citado por la

Organización Mundial de la Salud, que lo ha señalado como “un estado de bienestar físico, síquico y social, tanto del individuo como de la colectividad”, cuestión que nos permitirá analizarlo a la luz del derecho positivo mexicano.

Desde la óptica de los derechos humanos, es pertinente considerar el contenido del párrafo tercero del artículo 4o. constitucional que consigna el derecho a la protección de la salud y la obligación estatal para hacer posible tal prerrogativa, es decir que, por un lado, todos tenemos derecho a la protección de la salud y, por otro, que la legislación secundaria se encargará de establecer los mecanismos y condiciones necesarias para el logro de dicha protección, actividad que se encuentra encomendada a la Federación, en términos de la fracción y precepto constitucional invocados, es decir, que el Congreso tiene facultad para dictar leyes sobre salubridad general de la república, lo que se cumple, entre otras normas, con las establecidas en la Ley General de Salud y sus diversas disposiciones reglamentarias.

En estas condiciones, debe distinguirse entre el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, por lo que en opinión de Medina Arellano, “el derecho a la salud se refiere a estar saludable, algo que es imposible garantizar para cualquier Estado, mientras que, el segundo, se refiere a proteger la salud, tener mecanismos institucionales y jurídicos que puedan atender la salud de cualquier persona”, esto es, el derecho a la salud lo tenemos todos, mientras que el derecho a la protección de la salud constituye una obligación a cargo del Estado, la cual se amplía a los particulares dedicados a la práctica de la medicina en general y, particularmente, a la de enfermería, en ambos casos con las limitaciones respectivas, lo que permite vislumbrar, al menos en el discurso, que tal derecho humano se materializará en el quehacer cotidiano.

Igualmente, es pertinente referir la postura de Carbonell, para quien el derecho a la salud obliga también a los particulares, “...en el sentido de proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlos”, esto es, cuando se presentan casos de urgencia médica, en los que la obligación radica en “estabilizar” al paciente, proporcionarle los medicamentos básicos que requiera en lo inmediato y procurar su traslado a una institución pública, en la

inteligencia que de no hacerlo esta obligación se transformará en un ilícito consistente en la omisión de auxilio.

Una vez delimitados los conceptos anteriores, tenemos que, también como derecho humano, el personal dedicado a la enfermería goza de la libertad de trabajo, al amparo del artículo 5o. constitucional, que dispone la libre elección de la profesión, industria, comercio o trabajo que se decida, siempre que sea lícito y, en lo que interesa, a la regulación de la profesión que requiere la autorización para su ejercicio

En estas condiciones, para gozar de los derechos aludidos es necesario el binomio derecho-enfermería, en el que surgen dos cuestiones de importancia, pues por un lado, en tanto pacientes, todos tenemos derecho a la salud y a la protección de la misma y, por otro, el ejercicio de la libertad de trabajo que llevan a cabo los integrantes del sector salud, plasmado en la ley reglamentaria del artículo 5o. constitucional en materia de profesiones, otorga una garantía para los pacientes y una autorización para quienes cumplan con la preparación académica respectiva, en virtud de tratarse de una actividad que exige una especialización y un aspecto humano, como lo refiere Cossío Díaz, al señalar que:

...en las sociedades modernas se ha considerado que el tratamiento de cierto tipo de situaciones humanas o naturales debe realizarse sólo por quien cuente con un determinado tipo de conocimientos; más aún, que el tipo de conocimientos requeridos deben enseñarse y certificarse por instituciones educativas de cierto nivel y capacidad, pues sólo así es posible garantizar su especificidad y, lo que es verdaderamente importante, el que sólo a ciertos sujetos calificados se les permita actuar en situaciones humanas o naturales consideradas importantes.

Esta conjunción se materializa con la correcta aplicación de las normas que regulan la práctica de la enfermería en los distintos niveles, de ahí que existan diferentes tipos de responsabilidades que se originan no sólo desde el ámbito profesional propiamente sino también desde la óptica ética.

3.2.1 NORMAS ÉTICAS

La ética, señala Pérez Fernández del Castillo, “es parte del conocimiento filosófico pero encaminada a la realización práctica, esto es, la ética se estudia para aplicarse en la vida cotidiana”. Además, es indispensable, en este caso, pensar en el código de ética que rige el universo de la enfermería, no obstante que, en primera instancia, se trata de una actividad humanitaria que conlleva un hacer en beneficio del otro, con límites perfectamente establecidos que, si bien no tendrían una sanción a primera vista, revisten coercitividad ante su incumplimiento, esto es, tendrán impacto en su responsabilidad profesional, en virtud de que no puede separarse una de la otra.

La observancia del Código de Ética impone diversas obligaciones al personal de enfermería, entre las que se encuentran las siguientes:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos,
3. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño, y
4. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.

Como indicábamos, el incumplimiento de este tipo de disposiciones no siempre trae una sanción, pero no debemos olvidar que las enfermeras que prestan sus servicios a entes gubernamentales se encuentran obligadas a respetar la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que contemplan obligaciones adicionales a las de tipo profesional, razón por la que debemos considerar su cumplimiento para el

correcto ejercicio de la enfermería, a riesgo de involucrarse en procedimientos administrativos de responsabilidad.

3.2.1.1. NORMAS PROFESIONALES

Este tipo de normas, que son la esencia del trabajo de enfermería, derivan de la actividad específica a la que se obligan mediante la suscripción del contrato de trabajo respectivo, tratándose de la relación que se establece entre patrones y trabajadores, así como de la labor que desempeñan de acuerdo con los contratos colectivos de trabajo —como en el caso del IMSS— o en las condiciones generales de trabajo o reglamentos interiores de trabajo vigentes en otras entidades públicas, lo que se ve adicionado, en todos los casos, con la obligatoriedad que deriva de las normas oficiales mexicanas, entre la que adquiere mayor relevancia la Norma Oficial Mexicana NOM-019-ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud, que establece los aspectos generales y particulares de la prestación de servicios de enfermería.

Dicha NOM establece que:

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente, ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrá mayores beneficios.

En este contexto, debemos distinguir entre la finalidad y el objetivo de esta NOM, entendiendo la primera como la precisión de los atributos y responsabilidades que debe acatar el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables y, por lo segundo, establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación

del servicio aludido, tanto en los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud como en forma independiente, que brindan las personas físicas, de acuerdo con su formación académica.

3.2.3 NORMAS LEGALES

Un régimen normativo aplicable al ejercicio de la enfermería supone los conocimientos académicos que son avalados por las instituciones educativas de nivel medio-superior y superior, así como los correspondientes a los estudios de posgrado, es decir, los de especialidad, maestría y doctorado, los cuales son indispensables para que el Estado — en ejercicio de sus atribuciones— autorice su legal ejercicio mediante la expedición de la cédulas profesionales respectivas y los diplomas de grado correspondientes, con lo que el primer círculo queda perfectamente definido

El siguiente círculo abarca la aplicación de normas laborales, sean las que derivan del artículo 123 constitucional, en los apartados “A” o “B”; esto es la Ley Federal de los Trabajadores y la Ley Federal de los Trabajadores del Estado, las de carácter civil, o bien, las originadas en la Ley del Impuesto Sobre la Renta, dando lugar a las relaciones de trabajo en el sector privado o en el público; en la suscripción de los contratos de honorarios profesionales y en los denominados “contratos de honorarios asimilados a salarios”, que constituyen las formas de contratación de los servicios de enfermería y, en otros casos, mediante la prestación del servicio independiente que da pauta a la relación enfermero(a)-paciente, en donde igualmente se establecen, aún en forma tácita, derechos y obligaciones para las partes.

Sin dejar de observar cualquiera de las formas de vinculación mencionadas, no existe duda que se establecen derechos y obligaciones para el personal de enfermería, las que se adicionan con las disposiciones de otros cuerpos normativos, destacando, para los efectos que nos ocupan, las del Código Penal federal; de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, así como las del Código

Civil. De este último cuerpo normativo tienen mayor importancia los preceptos relativos a la responsabilidad civil, la negligencia y la impericia, así como el dolo, pues consagran una actividad contraria al cumplimiento de las obligaciones, de modo que constituyen el punto toral en materia de responsabilidades.

Por lo que se refiere al ámbito penal, el marco normativo se amplía, en virtud de existir tres vertientes sustentadas en cuerpos normativos distintos que sancionan conductas u omisiones.

En primer término tenemos los delitos consignados en el título decimo-noveno: capítulo I, “Delitos contra la vida y la integridad corporal”, que son susceptibles de actualización por el personal de enfermería, como son el homicidio y las lesiones, además del aborto y la responsabilidad profesional; en segundo lugar, los tipos descritos en el título décimo, capítulo I del Código Penal federal, es decir los “delitos cometidos por servidores públicos”, que por su naturaleza restringida solamente pueden cometer los servidores públicos, resultando aplicables, en nuestra opinión, los siguientes: ejercicio indebido de servicio público; abuso de autoridad; desaparición forzada de personas; coalición de servidores públicos; uso indebido de atribuciones y facultades; concusión; intimidación; ejercicio abusivo de funciones; tráfico de influencia; cohecho; cohecho a servidores públicos extranjeros; peculado y enriquecimiento ilícito y, en tercer lugar, los establecidos en el catálogo de delitos que pueden cometer los trabajadores de la salud, esto es, los preceptuados en la Ley General de Salud, que se catalogan como delitos especiales, por encontrarse en un cuerpo normativo distinto del Código Penal federal, los cuales son: delito de tráfico y comercio de agentes patógenos o sus vectores; delito de transporte, manejo o comercio de sustancias tóxicas sin autorización; delito de contaminación de aguas; delito mediante la utilización de fuentes radioactivas; delito de tráfico de sangre; delito de tráfico de derivados de sangre; delito de tráfico y comercio de órganos, tejidos y componentes humanos; delito de tráfico de órganos humanos; delito de sustracción de órganos en cadáveres; delito de transporte y comercio con animales infectados; delito de adulteración de bebidas y alimentos; delito en materia de alimentos; delito de investigación clínica en seres humanos sin autorización; delito de inseminación artificial en la mujer delito que propicia el consumo

de sicotrópicos en menores de edad e incapaces; delito por no atender requerimiento de la autoridad sanitaria y delito por negarse a atender en casos de urgencia.

3.2.1. LA REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL

I. Concepto Por personal de enfermería, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-019SSA3-2013, denominada “Para la práctica de la enfermería en el sistema nacional de salud”, se entiende a:

La persona formada o capacitada para proporcionar cuidados de enfermería que de acuerdo a las disposiciones jurídicas aplicables y su preparación académica, puede realizar actividades auxiliares, técnicas, profesionales o especializadas, según su ámbito de competencia, en las funciones asistenciales, administrativas, docentes y de investigación.

Sin importar el origen contractual, pero sin dejar de lado los derechos y obligaciones respectivas, la práctica de la enfermería atiende a una división del trabajo, en donde cada una lleva a cabo determinadas funciones y, por tanto, adquiere responsabilidades específicas, de ahí que debemos referirnos a las diferentes categorías.

Es indudable que la labor que realizan las enfermeras tiene un cúmulo de normas jurídicas que van desde la normativa para su preparación académica, tanto en escuelas como en facultades, pasando por su autorización para el ejercicio profesional, lo que se realiza a través de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, como en su práctica cotidiana que se encuentra regida por las normas laborales y civiles que derivan de los términos de contratación.

I. Clasificación del personal de enfermería El personal de enfermería se clasifica en dos grandes apartados que comprenden: 1) el personal profesional de la enfermería, y 2) el personal no profesional de la enfermería.

El ejercicio de la enfermería supone, entonces, la regulación de sus actividades y, por ende, su íntima relación con el derecho. En estas condiciones, resulta clara la razón de su clasificación, pues se trata de un gran universo de personas preparadas para su ejercicio y en vías de hacerlo, teniendo como punto de unión, la labor en primer término

humanitaria; y, en segundo, con los conocimientos idóneos para llevar a cabo esas actividades.

En consecuencia, es importante delimitar las funciones y responsabilidades en función de su clasificación, pues ello nos dará pauta para establecer las responsabilidades en que pueden incurrir en sus labores, en los casos en que se no acaten las disposiciones profesionales y legales con que cuentan.

En este contexto, encontramos que la misma NOM invocada sirve de parámetro para establecer su actividad, de acuerdo con la siguiente clasificación.

2. Personal profesional Este tipo de profesional se clasifica por categorías, de acuerdo con los estudios académicos siguientes:

- Enfermera(o) general, quien obtuvo título de licenciatura en enfermería expedido por alguna institución de educación superior, perteneciente al sistema educativo nacional y cuenta con la cédula profesional correspondiente.
 - Enfermera(o) especialista, quien, además de ser licenciado en enfermería, obtuvo el diploma de especialización, y le ha sido expedida la cédula profesional de especialización correspondiente a un área específica de competencia. Enfermera(o) con maestría, quien, además de reunir los requisitos de licenciatura en enfermería, acredita el grado de maestría, y posee la cédula profesional de maestría.
 - Enfermera(o) con doctorado: aquella persona que, además de contar con el grado de maestría, acredita el grado de doctorado, y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de doctorado correspondiente.
 - Profesional técnico de enfermería: la persona que obtuvo el título o un diploma de capacitación expedidos por alguna institución perteneciente al sistema educativo nacional (en adelante SEN). Además, se incluyen en esta clasificación.
 - Técnico en enfermería, quien concluyó los estudios de tipo medio superior (técnico) en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al SEN y la cédula de ejercicio profesional con efectos de patente.
 - Técnico especializado en enfermería, quien, además de reunir los requisitos de estudios de nivel medio superior, obtuvo un diploma en el área específica de competencia expedido por alguna institución de educación, perteneciente al SEN.
2. Personal no profesional El personal no

profesional de la enfermería es aquel en vías de preparación; es preciso indicar que posee los elementos que habrán de llevarlo a la obtención de las calidades que permitan ascender a la categoría de personal profesional, dividiéndose en la forma siguiente:

- Auxiliar de enfermería, quien obtuvo constancia que acredita la conclusión del curso de auxiliar de enfermería, de una duración mínima de un año expedido por alguna institución perteneciente al SEN.
- Estudiante de enfermería, la persona en proceso de formación en la carrera de enfermería de nivel medio superior o superior de alguna institución educativa perteneciente al SEN.

Pasante de enfermería: el estudiante de enfermería de una institución educativa que ha cumplido los créditos académicos exigidos en el plan y programas de estudio, que para realizar el servicio social debe contar con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaría de Salud. La categoría del personal de enfermería, profesional o no profesional, se encuentra relacionada con las actividades propias que le competen, de acuerdo con la calidad respectiva, por lo que su responsabilidad será en función de ambas.

Las responsabilidades y procedimientos del personal de enfermería.

Desde el punto de vista gramatical, el término responsabilidad tiene entre sus acepciones las siguientes “cualidad de responsable” y “deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal”, mientras que por responsable se entiende, entre otras cosas “obligado a responder de algo o por alguien”.⁸

I. Responsabilidades de acuerdo con la NOM-019-SSA3-2013

De conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM- 019-SSA32013, existen aspectos generales y particulares que regulan la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

Por lo que hace a las responsabilidades, dentro de los aspectos generales, de acuerdo con el punto 5.8 (obligaciones del personal de enfermería) encontramos, entre otras, las siguientes responsabilidades:

- Verificar oportunamente la existencia y funcionamiento óptimo del equipo que se utiliza para proporcionar el cuidado de enfermería y, en su caso, reportar los faltantes y las fallas que representen un riesgo para los usuarios de los servicios de

salud o para el propio personal. • Conocer y aplicar, cuando corresponda, las normas oficiales mexicanas, de acuerdo a su ámbito de su competencia. • Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia. • Cumplir con las normas institucionales y de orden técnico en materia laboral, que apliquen en el ámbito específico de su competencia, a fin de contribuir a la seguridad del usuario, la del equipo de salud, así como, para la conservación del medio ambiente. En lo que hace a los aspectos particulares, dispone el punto 6 (“De la prestación de servicios de enfermería”) aspectos particulares, que son responsabilidades:

Del personal no profesional.

- Las actividades en apoyo a la atención de las necesidades de comodidad e higiene del paciente o actividades relacionadas con la preparación de equipo y material, corresponden preferentemente al personal no profesional, quien debido a su nivel de capacitación debe ejecutar cuidados de baja complejidad delegados y supervisados por personal técnico o profesional de enfermería, su función

primordial es de colaborador asistencial directo o indirecto de los profesionistas de la salud. • El personal no profesional está facultado para realizar intervenciones de enfermería interdependientes. De los profesionales técnicos de enfermería:

La prestación de servicios de enfermería que corresponden a los profesionales técnicos de enfermería en el ámbito hospitalario y comunitario, dada su formación teóricopráctica, son los cuidados de mediana complejidad que los faculta para realizar acciones interdependientes derivadas del plan terapéutico e independientes como resultado de la aplicación del proceso de atención en enfermería.

De los técnicos especializados en enfermería:

La prestación de servicios de enfermería de naturaleza independiente o interdependiente en un campo específico de la enfermería, corresponde a los técnicos especializados en enfermería, debido a que por su nivel académico, este personal está facultado para otorgar cuidados de mediana complejidad que han sido determinados como resultado de la valoración del equipo de salud y establecidos en el plan terapéutico.

2. Responsabilidades en el ámbito legal La responsabilidad en el derecho constituye un punto toral en la relación que se establece entre el paciente y el personal de salud, por ello la pertinencia para acudir a algunos conceptos teóricos, a fin de contar con una panorámica más amplia de su significado.

En opinión de Rolando Tamayo y Salmorán, “la responsabilidad señala quién debe responder del cumplimiento o incumplimiento de tal obligación”.

En términos jurisprudenciales, de conformidad con lo establecido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, tenemos que “la responsabilidad implica el deber de una persona de responder, ante otra, por las consecuencias dañinas de un hecho o conducta, sea propia o ajena”.

Luego entonces, la responsabilidad jurídica implica el incumplimiento de una obligación, razón por la que se debe resarcir el daño o afectación que se causa por esa conducta, sea activa u omisiva.

En el contexto aludido es relevante considerar que la responsabilidad en el ámbito de la enfermería tiene origen en la mala praxis por la negligencia y/o la impericia, y que en algunas ocasiones puede existir el dolo, lo que significa, respecto a la primera, según el Diccionario para juristas, de Juan Palomar de Miguel, descuido, omisión, abandono o imprudencia injustificada. Doctrinariamente —dice Juan Velázquez la negligencia es la omisión de la diligencia o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones

con las personas y en el manejo o custodia de las cosas; es el abandono, la desidia, la falta de aplicación o de atención, el olvido de las órdenes o preocupaciones y entiende la impericia como la falta de conocimiento o de la práctica que cabe exigir a uno en su profesión, arte u oficio; es la torpeza, la inexperiencia; por lo que hace al dolo, es la resolución libre y consciente, sigue diciendo Velázquez, de realizar voluntariamente una acción u omisión prevista y sancionada por la ley.

A. Administrativas La responsabilidad de carácter administrativo constituye un cúmulo de obligaciones adicionales que poseen las personas que prestan sus servicios personales para el Estado, en la relación que se establece para el ejercicio de la función pública.

En efecto, la acción del Estado se manifiesta mediante el ejercicio de esa función, por lo que se establecen relaciones de carácter laboral que dan lugar al Estado-patrón y al servidor público-trabajador, teniendo como objetivo principal brindar los servicios que requiere la población.

La Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, reglamenta el título cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tratándose de las actividades a cargo de los servidores públicos, estableciendo las obligaciones, las responsabilidades y sanciones administrativas, además de las autoridades competentes para la aplicación de dicha legislación, así como el procedimiento para aplicar las sanciones correspondientes, incluyendo el registro patrimonial de los servidores públicos.

Lo anterior significa que, con independencia de las obligaciones propias de la actividad específica que llevan a cabo los servidores públicos, adquieren, por el solo hecho de trabajar al servicio de la administración pública federal, tanto en el sector centralizado como en el descentralizado o paraestatal, así como en los órganos constitucionales autónomos y, en general, en aquellos entes o ficciones jurídicas que manejan recursos federales, la obligación de acatar principios o postulados adicionales, como son legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia.

Es importante resaltar que el incumplimiento a este tipo de normas provoca la comisión de infracciones que, en algunos casos, se traduce no sólo en sanciones administrativas

sino que además dan lugar a la comisión de alguno o algunos de los ilícitos establecidos en el Código Penal federal, en el capítulo correspondiente a los delitos que pueden cometer los servidores públicos.

En cuanto a los sujetos de aplicación de estas normas administrativas, el personal de enfermería que se encuentra adscrito a alguna de las dependencias o entidades de la administración pública federal centralizada como en el caso de quienes laboran en la Secretaría de Salud, o bien los adscritos a la administración pública federal descentralizada como el IMSS, el ISSSTE y los institutos nacionales de salud, se encuentra obligado a su acatamiento, a riesgo de ser sometido al procedimiento administrativo de responsabilidad correspondiente.

La justificación de estas obligaciones adicionales atiende, por un lado, al cumplimiento de la función estatal que impone un mayor rigor y, por otro, se convierte en una carga adicional para los servidores públicos, ya que una misma conducta puede generar responsabilidades de tipo administrativo, penal y civil.

A. Penales Una de las funciones del derecho penal consiste en sancionar las acciones o las omisiones que se han denominado delitos y que, por tanto, son reprochables. Tratándose de las responsabilidades de carácter penal en las que pueden incurrir las

personas dedicadas a la práctica de la enfermería, pueden originarse desde dos vertientes, a saber:

1) por la actualización de las hipótesis normativas previstas y sancionadas por el Código Penal federal, esto es, cuando la conducta que llevan a cabo corresponde a la descrita en el tipo penal, y

2) cuando la conducta realizada o la omisión se adecua a lo establecido en los ilícitos que establece la ley especial aplicable a las actividades relacionadas con el ámbito de la salud, mismas que se encuentran plasmadas en la Ley General de Salud

3.2.2. La inserción de enfermeras en el contexto internacional. El caso del TLC CI49 - Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149) La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 1 junio 1977 en su sexagésima tercera reunión;

Reconociendo el cometido esencial que, en colaboración con las demás categorías de personal de los servicios de salud, desempeña el personal de enfermería para la protección y mejoramiento de la salud y bienestar de la población;

Reconociendo que el sector público, como empleador de personal de enfermería, debería desempeñar un papel activo en el mejoramiento de las condiciones de empleo y de trabajo del personal de enfermería;

Observando que la situación actual del personal de enfermería en numerosos países del mundo, caracterizada por la escasez de personal calificado y una utilización a veces inadecuada del personal existente, constituye un obstáculo para el desarrollo de servicios de salud eficaces;

Recordando que el personal de enfermería está amparado por numerosos convenios y recomendaciones internacionales del trabajo que fijan normas de alcance general en materia de empleo y condiciones de trabajo, tales como los instrumentos sobre la discriminación, sobre la libertad sindical y el derecho de negociación colectiva, sobre la conciliación y el arbitraje voluntarios, sobre la duración del trabajo, las vacaciones pagadas y la licencia pagada de estudios, sobre la seguridad social y los servicios sociales, y sobre la protección de la maternidad y la protección de la salud de los trabajadores;

Considerando que, habida cuenta de las condiciones particulares en que se desempeña esta profesión, conviene completar las normas generales arriba mencionadas con otras especialmente aplicables al personal de enfermería y destinadas a garantizarle una condición que corresponda a su función en el campo de la salud y que reciba su aceptación;

Haciendo constar que las normas que figuran a continuación han sido elaboradas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y que esta colaboración se proseguirá a fin de promover y garantizar su aplicación;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas al empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería, cuestión que constituye el sexto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional,

adopta, con fecha veintiuno de junio de mil novecientos setenta y siete, el presente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977:

Artículo 1

A los efectos del presente Convenio, la expresión personal de enfermería comprende todas las categorías de personal que prestan asistencia y servicios de enfermería.

Este Convenio se aplica a todo el personal de enfermería, sea cual fuere el lugar en que ejerza sus funciones.

La autoridad competente, previa consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas, cuando tales organizaciones existan, podrá adoptar disposiciones especiales para el personal de enfermería que presta asistencia y servicios de enfermería a título benévolo; tales disposiciones no deberán ser inferiores a las contenidas en el párrafo 2, a), del artículo 2 y en los artículos 3, 4 y 7 del presente Convenio.

Artículo 2

Todo Miembro que haya ratificado el presente Convenio deberá elaborar y poner en práctica, según métodos apropiados a las condiciones nacionales, una política de servicios y de personal de enfermería que, en el marco de una programación general de los servicios de salud, cuando ésta exista, y dentro de los recursos disponibles para el conjunto de estos servicios, tenga por objeto prestar tales servicios en la cantidad y calidad necesarias para asegurar a la población el mayor nivel posible de salud.

En particular, tomará las medidas necesarias para proporcionar al personal de enfermería: una educación y una formación apropiadas al ejercicio de sus funciones; y condiciones de empleo y de trabajo, incluidas perspectivas de carrera y una remuneración, capaces de atraer y retener al personal en la profesión.

La política mencionada en el párrafo I de este artículo deberá formularse en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas, cuando éstas existan.

Dicha política deberá coordinarse con las relativas a los otros aspectos de la salud y a otras categorías de personal de los servicios de salud, en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas.

Artículo 3

Las exigencias básicas en materia de instrucción y de formación de personal de enfermería y la supervisión de esta instrucción y de esta formación deberán ser previstas por la legislación nacional, o por las autoridades o los organismos profesionales competentes, habilitados al efecto por la legislación nacional.

La instrucción y la formación del personal de enfermería deberán coordinarse con la instrucción y la formación proporcionadas a los otros trabajadores en el campo de la salud.

Artículo 4

La legislación nacional precisará las condiciones que deben reunirse para tener derecho al ejercicio de la práctica de enfermería y reservar este ejercicio a las personas que reúnan dichos requisitos.

Artículo 5

Se tomarán medidas para fomentar la participación del personal de enfermería en la planificación de los servicios de enfermería y la consulta de este personal en la adopción de las decisiones que le afectan, según métodos apropiados a las condiciones nacionales.

La determinación de las condiciones de empleo y de trabajo deberá realizarse, de preferencia, mediante negociaciones entre las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas

La solución de los conflictos que plantee la determinación de las condiciones de empleo se tratará de lograr por medio de la negociación entre las partes o por medio de procedimientos independientes e imparciales, como la mediación, la conciliación o el arbitraje voluntario, cuyo carácter garantice la confianza de las partes interesadas.

Artículo 6

El personal de enfermería deberá gozar de condiciones por lo menos equivalentes a las de los demás trabajadores del país correspondiente, en los aspectos siguientes:

horas de trabajo, incluidas la reglamentación y la compensación de las horas extraordinarias, las horas incómodas y penosas y el trabajo por turnos;

descanso semanal;

vacaciones anuales pagadas;

licencia de educación;

licencia de maternidad;

licencia de enfermedad;

seguridad social.

Artículo 7

Todo Miembro deberá esforzarse, si fuere necesario, por mejorar las disposiciones legislativas existentes en materia de higiene y seguridad del trabajo adaptándolas a las características particulares del trabajo del personal de enfermería y del medio en que éste se realiza.

Artículo 8

Las disposiciones del presente Convenio, en la medida en que no se apliquen por vía de contratos colectivos, reglamentos de empresa, laudos arbitrales, decisiones judiciales, o por cualquier otro medio conforme a la práctica nacional y que se considere apropiado, habida cuenta de las condiciones particulares de cada país, deberán ser aplicadas por medio de la legislación nacional.

Artículo 9

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

Artículo 10

Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.

Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.

Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

Artículo 11

Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.

Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

Artículo 12

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.

Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

UNIDAD 4

LA BIOÉTICA EN LA PRACTICA DE ENFERMERÍA.

4.1. Bioética médica

Si aceptamos definir la ética como la disciplina que estudia los comportamientos humanos desde el punto de vista moral (desde el punto de vista de su acercamiento al “bien” o al “mal”) la

bioética se correspondería entonces con la parte de la ética relacionada con las ciencias de la vida. La bioética es un campo amplio, en el que intervienen disciplinas tan diferentes como la filosofía, la biología, la medicina, el derecho, la ecología, la antropología, la psicología, las ciencias sociales... Más aún, la interdisciplinariedad da carta de naturaleza a la bioética. Sólo en el diálogo entre las ciencias humanas, las jurídicas, las sociales y las de la vida se pueden formular y comprender de manera no sesgada ni parcial los problemas éticos surgidos a raíz de los progresos científicos y tecnológicos.

El término “bioética” fue propuesto por primera vez para designar una disciplina que debía ocuparse de reflexionar sobre los procedimientos necesarios para asegurar la supervivencia de la vida (Potter). Hoy, la bioética tiende a disgregarse en dos sub-disciplinas: la bioética ecológica (o medioambiental) y la bioética médica, a pesar de que a menudo ambas compartan metodología y contenidos. Piénsese, por ejemplo, en las implicaciones sanitarias producidas por el calentamiento global de la Tierra. La presente sección aspira a ofrecer un espacio para la discusión de temas actuales e imperecederos de la bioética médica. Algunas de las cuestiones que se tratarán son las relativas al principio y al final de la vida, las relacionadas con el genoma, la experimentación biomédica, los trasplantes de órganos, el consentimiento informado, la confidencialidad, el empleo y la conservación de productos y partes del cuerpo humano, la distribución de los recursos sanitarios... Pero los casos prácticos también suelen brindar la oportunidad de repensar el significado de ciertos conceptos importante en bioética, como los de autonomía, respeto, dignidad o vulnerabilidad.

Toda propuesta para la discusión de estas cuestiones, más o menos aplicadas, será bienvenida. Lo será con independencia del enfoque disciplinar que se adopte como prioritario. Lo será con

independencia del sesgo ideológico que se asuma y reconozca como propio. Porque la bioética, además de interdisciplinar es, por vocación, pluralista. Por último, y esto no constituye ningún obstáculo a lo anterior, la bioética es una disciplina racional, pues sus herramientas son el argumento y la deliberación.

4.2. Bioética fundamental

A pesar de que se ha utilizado la palabra ética como sinónimo a moral, esto es, como un conjunto de principios, normas, preceptos y valores que rigen la vida de los pueblos y de los individuos. Es Necesario exponer la procedencia de la palabra “ética” para entender la “bioética”, pues la palabra “ética” viene del griego ethos, que significa “morada”, o “lugar en donde vivimos”, sin embargo, con el tiempo pasó a significar “el carácter”, o el “modo de ser” que una persona o grupo va adquiriendo a lo largo de su vida. Por lo tanto, se puede decir que la ética es la ciencia de la recta ordenación de los actos humanos desde los últimos principios de la razón.

Término “bioética” es de reciente origen anglosajón, se aplica a aquella parte de la ética, cuyo objeto es el estudio de los problemas morales que surgen en la actividad médica, en las investigaciones biológicas y en las ciencias de la vida en general.

Partiendo de la premisa de que “el hombre es capaz de hacer su mismo futuro de relaciones humanas, supuesta siempre la libertad de acción, y de configurar su propio mundo exterior, a lo que habría que añadir sus condicionamientos éticos”. Ésta es la misión de la bioética.

Por lo tanto se puede decir que la bioética es una disciplina del conocimiento científico, que lleva como finalidad efectuar el análisis racional de los problemas morales ligados a la protección de la vida humana por medio de la medicina, sus relaciones con el Derecho, otras ciencias naturales y sociales; razón por la cual se han creado normas jurídicas que llevan como objetivo esencial, establece principios rectores para el respeto, preservación y mejoramiento de la calidad de vida; procurando ante todo, la formación integral de la personalidad humana en sus aspectos físico, mental y social.

Se pueden encontrar diversas problemáticas relacionadas con la moralidad del bienestar y de la solidaridad social que influyen en la creación y fundamentación de la bioética, tales problemáticas son las siguientes: “1. los límites generales de la capacidad de la razón para poner al descubierto una visión concreta justificada del bien y 2. las limitaciones debidas a la moralidad del respeto mutuo fijan los límites de las acciones justificadas moralmente en nombre de la

beneficencia. Sin embargo, si únicamente se comprendiera la bioética a la luz de estas limitaciones, se habría olvidado por qué se ha decidido dedicarse a la asistencia sanitaria”, sin embargo se puede decir la bioética es limitada por las ciencias de la salud, que es la postura habitual, defendida por Tristram Engelhardt y la que lo amplía a todas las ciencias biológicas en cuanto buscan mejorar la calidad de la vida humana.

En la misma línea, se puede decir que la temática concreta de la bioética abarca cuestiones como: aborto, eutanasia, dejar morir a recién nacidos deficientes, experimentación fetal, inseminación artificial y fecundación in vitro, experimentación e investigación sobre humanos, manipulación genética, trasplante de órganos, relaciones entre médico y enfermo, derecho a la asistencia sanitaria, etc. Por lo que se crea la necesidad de una teoría ética racional que pueda fundamentar y justificar los juicios morales que han de emitirse en la sociedad actual, caracterizada por el pluralismo ideológico y la secularidad, y que han de ser aceptados por lo que Engelhardt llama “extraños morales”.

Se puede decir que la bioética tiene sus inicios en la medicina tradicional que se centra en la relación médico-paciente, sin embargo, su nomenclatura aparece hasta la década setenta del siglo XX. En 1971, Rensselaer Van Potter, investigador en el campo de la oncología menciona por primera vez la palabra bioética en su obra *La Bioética, un puente hacia el futuro*. Dónde se presenta como una rama del saber en la que las diversas ciencias relacionadas con la biología buscan mejorar la calidad de vida y reflexionan sobre la problemática relacionada con la biología a nivel ambiental y de población mundial. Por lo tanto Rensselaer Van Potter entrelaza las ciencias y las humanidades para lograr la supervivencia humana.

Enrique Cruz Rodríguez da la siguiente definición en relación con la bioética, “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales”. Pues afirma que la razón ha de plantearse las siguientes preguntas frente al actuar humano y las ciencias experimentales: ¿Se puede hacer todo lo que se puede? ¿No tendremos que aplicar también la ética a las ciencias experimentales? ¿Se trata sólo de ideologías autónomas o hay que tener en cuenta también las consecuencias que sobre el ser humano y la sociedad tienen estas ciencias? ¿Son iguales los

valores de la dignidad del hombre con su derecho a la vida y la libertad de investigación; la voluntad del paciente y de su bienestar; la prosperidad actual y el futuro bienestar de los demás?

4.3. BIOÉTICA APLICADA

Bioética aplicada es analizar diversos problemas y dilemas éticos que se plantean en áreas específicas de atención y promoción de la salud. La Bioética ha ampliado su campo de aplicación en los últimos años y ha desarrollado tanto un bagaje teórico como herramientas prácticas en nuevas y diversas áreas del cuidado de la salud. En este curso analizaremos algunas de las principales temáticas: la salud pública, la salud mental, la salud reproductiva y las nuevas cuestiones éticas relacionadas con el género, los derechos humanos y la atención de la salud al final de la vida.

4.3.1. PROYECTO GENOMA HUMANO.-

Han pasado ya algunos años desde que un grupo de científicos terminó la tarea (¿de titanes o de hormigas?) de completar la secuenciación de los tres mil millones de pares de bases que componen el genoma de la especie humana. Este hecho trascendental, fue recibido con excesivo beneplácito por mucha gente y con recelo por otros grupos.

Esta distancia, aunque sea corta, nos permite una perspectiva más tranquila para hacer una estimación de algo que compromete a toda nuestra especie y que por ello debe ser estudiada, analizada y debatida en el mayor número posible de foros.

Así se ha hecho, y si bien persisten varios interrogantes sobre las implicaciones presentes y futuras del P. G. H., la reacción inicial de que se ha descifrado el misterio de la vida y de que todo lo que va a ser una persona, está inscrito en su genoma, ha dado paso a una actitud vigilante y responsable respecto del desarrollo futuro de lo que se ha dado en llamar ingeniería o manipulación genética.

En primer lugar podemos decir que la afirmación de que el “determinismo genético” explique la conducta humana, puede considerarse una de tantas falacias reduccionistas que se han dado

en la historia de la humanidad; en efecto, reducir la complejidad del ser humano a una sola dimensión, por importante que sea, es signo de estrechez mental. La libertad es la característica primordial de la especie humana y el fundamento de la ética. Afirmar que los actos de las personas están predeterminados en el genoma, es negar la cualidad que más nos diferencia de otras especies, que obran solamente por instinto.

Además es un hecho comprobado que el hombre está condicionado no solo por su carga genética, sino por el ambiente en el que se desarrolla. Aquí es preciso citar el aforismo orteguiano “Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella, tampoco me voy a salvar yo”, y puedo agregar que en ocasiones las circunstancias son más poderosas que el yo.

Otra causa de temor es que el P G H. permita llegar a la sustancia misma de la persona, constituida por el genotipo y violar su intimidad sagrada, con la consecuente discriminación social y laboral. Esta verdad no puede ser soslayada y algunos bioeticistas hablan del hombre de cristal, aquel ser transparente en su predisposición a desarrollar enfermedades, y que por ese hecho puede ser marginado en una sociedad que privilegia a los jóvenes y saludables.

El proceso evolutivo desde los organismos inferiores hasta llegar al “homo sapiens sapiens”, se ha efectuado desde tiempos inmemoriales por ensayo y error y la naturaleza ha establecido mecanismos correctivos, con la supervivencia de los más fuertes.

Los filósofos griegos mantenían la tesis de que el cosmos sigue un patrón teleológico con una finalidad intrínseca, de ahí que la tesis del orden natural haya dominado durante siglos el pensamiento occidental. Los conocimientos actuales dan para cuestionar la tesis teleológica, ya que el azar tiene un papel fundamental en la evolución del universo, el mismo que presenta

una alternabilidad entre el caos y el orden, siguiendo el principio de “indeterminación” de Heisenberg.

De lo expuesto anteriormente se puede inferir que la famosa frase de Einstein : “Dios no juega a los dados”, puede ser complementada con una que diga “pero juega al ajedrez”, ya que en

este juego cada movimiento tiene una intencionalidad y obedece a un plan previamente establecido por los jugadores.

La digresión anterior nos lleva al tema principal que es la ingeniería o manipulación genética, ya que los científicos pueden, y de hecho algunos lo hacen, “tocar el gen” y modificarlo en su estructura íntima. Este hecho representa un giro copernicano, ya que desde las postrimerías del siglo XX y los inicios del presente, el hombre es capaz de controlar su propia evolución, y su intervención en este campo es de consecuencias impredecibles para las futuras generaciones.

Los hechos mencionados deben convocar la atención no solo de expertos sino de toda la sociedad y debe haber campañas de difusión por parte de los medios de comunicación colectiva.

Adela Cortina efectúa las siguientes reflexiones en torno al P. G. H. y de quienes tienen que ser los responsables de fijar metas últimas a las que debe dirigirse la sociedad:

1.-) El problema del neocolonialismo científico y técnico, ya que estos descubrimientos ahondan la brecha entre países pobres y ricos y condenan a la heteronomía a una inmensa capa de población. Se pasaría de una dependencia económica a una dependencia antropológica que es mucho más profunda.

2.-) ¿Es posible que sean los expertos quienes decidan el futuro de la humanidad y dirijan la evolución? Buena parte de la comunidad se inclinaría por la respuesta afirmativa; pero hay que tomar en cuenta que los expertos son en medios y no en fines y su papel consiste en asesorar y no en fijar las metas; esta es prerrogativa de los que van a verse afectados, en el presente caso toda la humanidad.

Coincidimos con estos criterios de la filósofa valenciana así como también creemos que hay malentendidos velados entre la tendencia al “cientificismo” que impregna nuestra cultura, que afirma la supuesta neutralidad de la ciencia, que es objetiva, frente a la subjetividad emotiva de la ética. Negamos que todo lo técnicamente posible sea éticamente aceptable y afirmamos que no tiene valor la ciencia sin conciencia y que hay valores permanentes a los que deben estar sujetas las investigaciones.

También coincidimos con las recomendaciones que hace para tratar de precautelar al máximo los potenciales daños derivados de las investigaciones en seres humanos:

1.-) Lograr que los expertos comuniquen sus investigaciones a la sociedad, de modo que esta pueda decidir de forma autónoma, contando con la información necesaria.

2.-) Concienciar a los individuos de que ellos tienen que decidir.

ETICIDAD DEL PATENTAMIENTO DE GENES.-

Es otro de los problemas causados por la tecnociencia sin fronteras, en la que la sociedad del conocimiento y el neocapitalismo corren parejos. Se ha dicho y es verdad que nuestra civilización no es tecnológica, sino que la tecnología es nuestra civilización. Concordante con esta afirmación es la idea, errónea por cierto, de que la tecnociencia no tiene límites. Este crecimiento ilimitado determina que se hayan patentado genes como el Br Ca 1 y Br Ca 2 como predictivos del desarrollo del cáncer de mama. Es un ejemplo ya que hay otros genes que han sido comprados.

Lo que no se toma en cuenta es que solo se pueden patentar “inventos” que aportan con algo nuevo al conocimiento, y la fragmentación del D N A no puede llamarse ningún invento, ya que los presuntos genes responsables de una mayor susceptibilidad, se encuentran inscritos en el genoma y no son causa determinante sino predisponente, al combinarse con factores de riesgo nutricionales y ambientales. De este modo resulta que es una forma más de hacer negocio de las transnacionales farmacéuticas.

MEDICALIZACION DE LA SOCIEDAD.-

Las diferentes comunidades en mayor o menor grado, se ven asediadas por una propaganda atosigante de una supuesta prevención de enfermedades reales o imaginarias, que convierten síntomas o datos de laboratorio en patologías. A guisa de ejemplo se pueden citar una cifra alta de colesterol que convierte al individuo en potencial aterosclerótico (todos lo somos desde cierta edad, y conforme avanzan los años todos tenemos un grado mayor o menor de

osteopenia que puede llegar en ciertos casos a osteoporosis; esta amenaza que pende como espada de Damocles sobre nuestra columna o fémur, debiera iniciar su prevención hacia los 30 o 35 años , que es cuando la actividad osteoclástica supera a la osteoblástica (la dieta y el ejercicio son los más indicados), pero no son rentables desde el punto de vista de las grandes empresas farmacéuticas.

Entonces los clientes comienzan y no terminan de consumir productos para afecciones supuestas o reales; no hay que olvidar que todos los fármacos tienen efectos adversos y secundarios, y la sociedad debe estar enterada de esto, ya que en ocasiones puede resultar peor el remedio que la enfermedad y hay que tomar en cuenta los riesgos de la iatrogenia.

Es deber del personal sanitario alertar a los miembros de la comunidad respecto del verdadero valor de los cientos de fármacos que diariamente nos presentan como primicias en los

Medios de comunicación Una sociedad medicalizada no da cabida a la libertad, puesto que está coaccionada por el temor a enfermar.

RELACION MEDICO PACIENTE.-

Desde tiempos inmemoriales se ha concebido a la medicina como una actividad altruista en beneficio de la colectividad en general y del paciente en particular; para llevarla a cabo, en el transcurso de milenios, se ha establecido una relación médico paciente , la cual era un vínculo interpersonal entre el enfermo que pedía ayuda para su dolencia y el médico que utilizaba sus conocimientos para curarle.

Este tipo de relación trajo como consecuencia lo que se ha llamado el paternalismo médico, en el cual se establecía una asimetría tanto física como psicológica entre ambos, en la que el médico ordenaba y el paciente obedecía ciegamente, tanto por la confianza como por el papel pasivo que debía asumir. Ejemplos de esta relación médico paciente lo encontramos en textos hipocráticos y galénicos.

Ahora se ha producido un cambio ,y el tipo de relación vertical o monárquica, como la llama Diego Gracia, en muchos países, especialmente anglosajones, ha dado paso a un modelo

horizontal o deliberativo, muy propio del “principio de autonomía” , que es el vértice axiológico de la Bioética norteamericana ; en este tipo de relación , tanto el médico como el paciente, conversan sobre la salud, las alternativas de tratamiento y de común acuerdo proceden a los exámenes y a la terapia, previa firma del “consentimiento informado” , documento en el que el usuario autoriza la realización de los mismos. Este modelo es el ideal de la Bioética y cada vez se extiende más en los países desarrollados.

En nuestros países de menor desarrollo, la baja escolaridad de un porcentaje de pacientes, unido a un respeto reverencial al veredicto del facultativo y a una idiosincrasia que le lleva a abdicar el derecho de decidir sobre su salud, determina que en algunos establecimientos, especialmente del sector público, se siga aplicando el modelo paternalista.

DESHUMANIZACION DEL ACTO MEDICO.-

Los tiempos han cambiado y los cuadros que representaban a los médicos de antaño sentados junto al lecho del dolor, con una mirada de preocupación comprensiva, no se los encuentra ahora en los consultorios, ni como recuerdo de épocas pretéritas. El médico de nuestro tiempo ya no hace visitas a domicilio, sino que ubica en su lugar de atención los aparatos de última generación, rara vez examina personalmente al paciente sino que le remite a los gabinetes de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, con una serie de pedidos que provocan en el enfermo una mezcla de admiración y temor ante seres sobrehumanos y equipos sofisticados, que se han interpuesto entre la persona que sufre y la que debe curar.

Los pacientes experimentan una sensación de desconfianza y extrañeza crecientes, y se sienten inermes y desprotegidos frente a una medicina omnipotente, que les mira como casos de estudio o sujetos de experimentación de nuevas drogas o innovadores artefactos; de aquí que añoren los tiempos en que eran tratados como personas y el profesional se ocupaba de su sufrimiento.

Esto es lo que se conoce como “deshumanización del arte médico”. James Drane indica que la enfermedad grave lesiona el centro de las personas y disminuye la vida en sus dimensiones física, espiritual, ética y social.

ETICA CIVIL Y ENVEJECIMIENTO SOCIAL.-

Es un hecho incontrovertible que en la actualidad la población mundial tiende a envejecer, con un incremento sostenido en relación a siglos pasados; a nivel mundial se estima que la expectativa de vida en los países desarrollados casi se duplicó en el siglo XX. En lo que se refiere a nuestro país, se estima que los mayores de 65 años aumentarán del 3.8% en 1990 al 8% en el 2025.

Este incremento se relaciona con el progreso de la medicina y la síntesis de antibióticos y anti infecciosos que ha permitido curar enfermedades que antaño producían gran morbilidad. Pero el aumento de la expectativa vital, ha traído como consecuencia el incremento de afecciones crónicas, con sus secuelas de minusvalía, soledad y aislamiento.

En este punto no estamos hablando exclusivamente del aspecto biológico , sino de la preocupación existencial de la persona que siente disminución de sus capacidades y piensa que es un estorbo para la familia y la sociedad. Vemos a diario en calles y plazas un gran número de ancianos para los que no se da otra respuesta que el asilo, la reclusión o la exhibición de su indigencia.

La sociedad occidental exalta el mito del “éxito personal” mediante la competitividad. En este mundo posmoderno y globalizado se prepara al niño y al joven para que compita con todo el resto y llegue más rápidamente a la cima que se ha propuesto de poder, dinero, honores y

placeres, sin que para eso importe haber destrozado física, económica y políticamente a su potenciales adversarios. El darwinismo social imperante no admite valores tradicionales a los que abomina por anacrónicos, sino el éxito y la parafernalia correspondiente.

En este entorno el senescente no encuentra ubicación .ya que la sociedad le niega la posibilidad de producir y continuar aportando aunque esté en condiciones de hacerlo. En nuestro medio

se ha señalado los setenta años como el límite para jubilar obligatoriamente a profesionales y maestros que han producido ideas innovadoras y cuya capacidad intelectual está en buenas condiciones; así nos hemos visto sustituidos por generaciones de gente joven e inexperta. Es posible que la idea de que la sabiduría llega con la edad, tenga un fundamento científico en investigaciones que sugieren que ciertas neuronas en las que se generan los pensamientos profundos parecen multiplicarse después de la madurez.

Como estrategias, aparte de las leyes de protección al anciano, deben construirse espacios y ciudades saludables, para que los adultos mayores disfruten con paz y seguridad el poco tiempo que les queda.

Defender el sentido personal, respetar la autonomía y salvar la dignidad individual, son los tres pilares en los que debe asentarse una política para la ancianidad, proveyendo oportunidades justas, no se caiga en el paternalismo que es beneficencia pura sin autonomía. La dignidad de la persona debe defenderse desde el nacimiento hasta la muerte.

EL PROCESO CULTURAL DE MORIR Y LA MUERTE DIGNA.-

La sociedad en la que vivimos tiene varias actitudes en relación al proceso de morir, las mismas que dependen de las creencias de las personas y de la cultura a la que pertenecen.

El hombre es el único animal que tiene conciencia de su propio final y se preocupa por él reaccionando con rebeldía, temor o ansiedad, por el apego a una vida conocida y el recelo que produce lo ignoto; esto es lo que se ha llamado la angustia existencial, la lucha por perseverar en su ser y la certeza de que un día dejará de existir para siempre. La fe en un más allá o la negación del mismo influirá en la forma de aceptar el hecho inexorable y darle trascendencia.

Hay que considerar a la muerte como un proceso, un hecho y un acto: es un proceso, ya que todos los seres vivos, desde el momento del nacimiento (o puede ser de la concepción), al mismo tiempo que viven van muriendo paulatinamente; es un hecho biológico que se manifiesta por la cesación de las funciones y signos vitales; y en el ser humano es un acto, quizás el más personal de la existencia, ya que representa el final de la biografía que ha escrito durante su paso por la tierra. Muchos bioeticistas no lo toman como la antípoda o la negación de la vida sino que opinan que debe incorporarse al ciclo vital.

En el mundo actual, particularmente en occidente, hay dos actitudes definidas frente a la muerte: o es negada, siguiendo la tradición hedonista de Epicuro, o es objeto de tratamientos fútiles que llevan al ensañamiento terapéutico, lo cual en nuestro concepto es otra forma de eludirla. El retruécano de Epicuro es el siguiente: “Acostúmbrate a pensar que la muerte para nosotros no es nada, porque cuando vivimos ella no existe, y cuando está presente nosotros ya no existimos. Así pues la muerte no es real ni para los vivos ni para los muertos que ya han desaparecido”.

El pensamiento en la propia mortalidad ha sido el origen de las religiones y filosofías de los hombres de todos los tiempos; pero el hombre de nuestra era ha tabuizado el concepto y se considera de mal gusto nombrarlo o exhibir las manifestaciones externas del duelo; no obstante estas posturas elusivas no cambian en nada su realidad inexorable.

La filosofía desde sus orígenes se ha preocupado de dar una respuesta a lo que no la tiene, o de encontrar el sentido de la misma, que va unido de forma indisoluble al sentido que se le ha dado a la vida.

Podría citar muchos nombres: Platón, Agustín, Spinoza, Kierkegard, Heidegger, Sartre, Jaspers, Unamuno, Zubiri, Laín Entralgo. En el siglo XX, hay dos autores en cuya obra se mira cara a cara a la muerte: “El sentimiento trágico de la vida” de Miguel de Unamuno y “Ser y tiempo” de Martín Heidegger.

En definitiva la muerte es el acto más personal de la existencia; todos morimos en soledad suprema y no nos pueden acompañar ni los seres más queridos; ellos nos acompañan

físicamente hasta ese instante y nos ven morir sin poder hacer nada por impedirlo; nos vamos solos porque se puede dar la vida por otro, lo que no se puede es “conmorir” es decir morir con el otro que se nos muere. Esta frase tiene gran significado, ya que decir “se nos muere” implica que se va con algo nuestro. Tal vez esa sea la única forma de acompañar en el trance supremo.

Luego de esta digresión de tipo filosófico, volvamos a ras de tierra, con las preguntas que se hacen los integrantes de la sociedad respecto de un buen o mal morir, vale decir de una muerte digna o indigna de un miembro de la especie humana.

Se concibe como muerte digna, la muerte oportuna, sin dolor o con el menor dolor posible, con información adecuada y que ocurre en el ambiente familiar del paciente, bajo circunstancias que respetan sus deseos y preservan su dignidad.

Este concepto está relacionado con el de “Ortotanasia”, en el cual, el prefijo “orto” da el sentido de muerte correcta, a su debido tiempo, sin abreviaciones tajantes y sin prolongaciones desproporcionadas del proceso de morir. Esta conducta humana y humanizadora se va imponiendo paulatinamente en la época actual a través de los “hospices”, especie de hogares en los que los enfermos terminales reciben atención afectuosa por parte del personal de salud y voluntarios, que confortan su espíritu en los momentos postreros de la existencia; además se encargan de preparar el ánimo de la familia para el duelo cercano. De esta forma se evita la “conspiración del silencio”, que consiste en el mutuo escamoteo de la situación entre el paciente y sus familiares.

El hombre del siglo XXI ya no fallece en el hogar sino en el hospital. Aquí la muerte se ha convertido en un fenómeno técnico conseguido por la intensificación de la lucha contra ella, por una decisión del equipo médico. Además, buena parte de veces, el paciente ha perdido la conciencia y es sostenido con signos vitales, mediante la tecnología de soporte; a esto es lo que Philippe Ariés llama la “muerte intubada”, en la que el moribundo está atravesado por sondas y catéteres que ocupan todos los orificios naturales y otros artificiales, fabricados para el efecto, tal como la traqueotomía.

Para prevenir esta “obstinación terapéutica”, como también se denomina; en diversos países se ha elaborado un documento de “Testamento vital” o “Directivas anticipadas” que consiste en que una persona que está en buenas condiciones mentales, expresa por escrito su voluntad para el caso de estar imposibilitado de hacerlo por diversas causas que trastornen su conciencia,

prohíbe que se empleen ella medios extraordinarios o desproporcionados; este documento se suscribe en presencia de testigos y con un albacea que se encargue de su cumplimiento.

En la S E B. hemos elaborado un documento en este sentido, el mismo que lo hemos socializado y presentado a la Asamblea Nacional, para que lo incorpore en el nuevo Código de Salud. Es nuestro criterio de que un documento en este sentido conste en el mencionado cuerpo legal, con lo cual se llena un vacío de la legislación que defiende al paciente del ensañamiento terapéutico y brinde un respaldo al personal médico amenazado por potenciales juicios de negligencia.

Para concluir este capítulo, hay que manifestar que la vida es un valor fundamental pero no absoluto y que el criterio de calidad de vida debe prevalecer sobre el de cantidad; esto es aplicable especialmente a los casos de estados vegetativos permanentes, a los que Jean Francois Malherbe, llama “Cuerpos deshabitados”, ya que han sufrido de una muerte metafísica y se convierten en un gran problema para sí mismos y sobre todo para los que les rodean. Es tarea de la Bioética la de promover acuerdos sobre estos casos.

La colectividad tiene una obligación pendiente con los enfermos terminales, y ésta en mi concepto, no responde a acuerdos o consensos mínimos, sino a la ética de máximos, tratando de alcanzar la excelencia moral a través de la benevolencia y la solidaridad.

4.5. PANORAMA BIOÉTICO EN MÉXICO

En México, la bioética tiene una historia que revela la visión y el compromiso éticos de importantes personalidades, íconos en el ámbito de las ciencias de la salud y las humanidades, que acertadamente dieron lugar a la creación de la Comisión Nacional de Bioética, institución

responsable de promover una cultura bioética en el país desde la perspectiva del más alto humanismo para preservar la salud, la vida y su entorno; sin dejar de lado, claro está, las bases éticas y deontológicas que han cimentado, desde distintas ópticas, la práctica médica.

4.6. BIOÉTICA: FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y APLICACIÓN.

Tradicionalmente, la ética de la medicina se ha orientado por principios arraigados en conceptos filosóficos clásicos que contemplaban el lugar del hombre en la naturaleza, su relación con la Divinidad, la salud y la enfermedad, y los conceptos epistemológicos y metodológicos de diagnóstico, evaluación de riesgos y tratamiento. Del médico se esperaban virtudes tales como no causar daño, hacer el bien y abstenerse de emplear su pericia en actos manipulativos o coercitivos. El paciente virtuoso debía tener confianza en el médico y acatar el tratamiento. Hoy día, los adelantos tecnológicos y el advenimiento de una sociedad pluralista que hace hincapié en la autonomía del paciente instruido, conforman una situación mucho más compleja y cambiante. Sin embargo, en los argumentos bioéticos se encuentran algunos principios pragmáticos que pueden ayudar a resolverlos dilemas morales. Sass propone basarse en "principios morales intermedios" que han hallado respaldo en distintas ideologías y en la aplicación complementaria de varios modelos de hermenéutica y comunicación médico paciente. La responsabilidad de la salud debe ser compartida por médico y paciente y fundamentada en el conocimiento, el respeto mutuo, y en la combinación de la pericia y la ética.

Revista Estomatología 1994; 4(1): 21-26

4.7. RELACIÓN ENTRE AUTONOMÍA E INTEGRIDAD EN LA ÉTICA MÉDICA

En los últimos 25 años, la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética médica. Esta es la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática.

Como resultado, la relación entre el médico y el paciente es ahora más franca y abierta, y en ella se respeta más la dignidad de los pacientes. Este cambio de lugar casi irreversible de la toma de decisiones es una respuesta a la confluencia de fuerzas sociopolíticas, legales y éticas. Hoy

día, el asunto central en materia de ética no es si la autonomía del paciente seguirá siendo un principio predominante; más bien, es una apreciación crítica de su impacto global en las relaciones entre médicos y pacientes. ¿La abarca el principio de autonomía, tal y como se interpreta actualmente, el verdadero significado de respeto a la dignidad de las personas? puede la tendencia a convertir la autonomía en un concepto absoluto derrotar algunos de los propósitos para los que se ha planteado tan vigorosamente. ¿Tiene el principio de autonomía un origen más profundo que abarca que de una forma más global los matices particulares que se necesitan para que el respeto a las personas sea auténtico? El objetivo de este ensayo es demostrar: 1) que la autonomía, tal y como se interpreta hoy, tiene ciertas limitaciones morales y prácticas; 2) que esas limitaciones pueden ser menos estrictas si la autonomía se vincula al principio de respeto a la integridad de las personas, y 3) que esa acción entraña una forma más fundamental y rica de salvaguardar la dignidad del paciente y el médico que las interpretaciones actuales del principio de autonomía. Se tratarán de exponer estas premisas examinando lo siguiente: 1) los orígenes y la naturaleza del concepto y el principio de autonomía y su expresión en el paradigma actual de la toma de decisiones éticas; 2) el concepto y el principio de integridad, sus relaciones con la autonomía y las distinciones entre ambos, y 3) la relación entre los principios de autonomía y la integridad de las personas con la virtud de la integridad.

Autonomía: orígenes y naturaleza como concepto y principio Como lo han señalado Faden y Beauchamp, la autonomía, pese a su uso universal en la ética médica, a menudo es objeto de una interpretación simplista (1). Esos investigadores hacen una distinción precisa y válida entre la persona autónoma y la acción autónoma, y, al tratar del consentimiento informado, prefieren hacer hincapié en el acto autónomo, más que en la persona autónoma. " Aunque se acepta esa distinción, en este ensayo se acentuará la persona autónoma y la relación de este concepto con el de la integridad de las personas, que lo sustenta. y Autonomía, según su etimología griega, significa facultad para gobernarse a sí mismo.

En este ensayo se definirá como la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades evaluadas en función de sus propios sistemas de valores. Desde este punto de vista, la autonomía es una capacidad que emana de la capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno. La

existencia universal de esa capacidad no garantiza que pueda usarse de algún modo. Existen restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas. Las primeras incluyen lesiones o disfunciones cerebrales causadas por trastornos metabólicos, drogas, traumatismos o falta de lucidez mental originada en la infancia o la niñez, retraso mental o psicosis, neurosis obsesivo-compulsivas, etc. En esos casos, el sustrato fisiológico necesario para poder usar la capacidad de autonomía está afectado, algunas veces de forma reversible. Es posible que, aunque no exista un impedimento interno para el ejercicio de la autonomía, su uso se vea obstaculizado por hechos externos como la coerción, el engaño físico y emocional o la privación de información indispensable. En esos casos, la persona tiene capacidad de autogobierno pero no la puede emplear en una acción autónoma, es decir, en una acción que dé pruebas de “autorización autónoma” (2). Un acto autónomo satisface los criterios de consentimiento informado. Es una decisión y un acto sin restricciones internas ni externas, con tanta información como exige el caso y acorde con la evaluación hecha por la persona en el momento de tomar una decisión. La existencia de la capacidad de autogobierno esta tan profundamente arraigada en lo que significa ser un ser humano que constituye un derecho moral que genera en otras personas el deber de respeto. Ese derecho se expresa como el principio de autonomía, es decir, como un modo de actuar en las relaciones con los demás que permite a la persona ejercer su capacidad de autonomía (y, por ende, su derecho moral) tanto como lo permitan las circunstancias.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y COMPLEMENTARIA:

HERNÁNDEZ ARRIAGA JORGE LUIS, Bioética General. Editorial Porrúa, México, 2002.

GARCÍA & LIMÓN. HORACIO, LUIS. Bioética General. Editorial Trillas. México, 2014.

CALVA RODRÍGUEZ, ROBERTO. Bioética. Editorial Mc. Graw Hill Itera (Medicina), México, 2003.

CANTÚ MARTÍNEZ, PEDRO CESAR. Bioética e investigación en salud. Editorial Trillas, México, 2010.

CELY GALINDO, GILBERTO S.J. Ethos vital y dignidad humana. Reflexiones Bioéticas. Colección Bioética. Bogotá D. C. Editorial JAVEGRAF. 2004, p 123. 2

GUZMÁN MORA, FERNANDO Y JUAN MENDOZA VEGA, JUAN. Bioética: Nuevos problemas y diferentes soluciones. Tribuna Médica. 91(5): 248 – 259, 1995.

CANO VALLE FERNANDO, Bioetica. Editorial Porrúa. México, 2002.

DÍAZ MÜLLER LUIS T. Bioética salud y derechos humanos. Editorial Porrúa, México, 2001.

LINKOGRAFÍA CONSULTADA.

<http://eticafilosoficaises.blogspot.com/2011/11/bioetica-fundamental.html>

<http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/view/95>

[http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p379.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p379.pdf)

LEGISLACIÓN CONSULTADA.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2018.

Ley General de Salud.

Ley General de Profesiones.

Ley General de Responsabilidad para servidores públicos.

Código Penal Federal.

Código Penal del Estado de Chiapas.