

UDS

LIBRO

LEGISLACION EN SALUD Y ENFERMERIA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

8° CUATRIMESTRE

ENERO-ABRIL

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.

Nombre de la materia

Objetivo de la materia:

Facilitar instrumentos de reflexión sobre la situación actual de la enfermería como profesión y de las enfermeras en el mundo laboral, científico y profesional.

UNIDAD I: LA PROFESION DE ENFERMERIA

La Enfermería es una profesión que consiste en el cuidado de los enfermos de gravedad y pacientes ambulatorios, con el cometido final de asistir y complementar la labor de los médicos. Mientras que estos últimos se ocupan de examinar y diagnosticar a los pacientes, los enfermeros se encargan de aplicar el tratamiento que les fue indicado, además de facilitar su recuperación y mejorar su calidad de vida. Otra labor de un enfermero es la prevención de enfermedades y lesiones. Asimismo, los enfermeros deben vincularse y atender al entorno de los pacientes, como por ejemplo sus familias; y cumplir un rol de intermediarios entre éstas y el médico.

Las tareas que cumplen los enfermeros son muy variadas: suministran medicamentos, completan tareas administrativas, extraen muestras para realizar análisis, higienizan a los pacientes, monitorizan su estado y su evolución y brindan instrucciones para que continúen el tratamiento una vez que abandonen el hospital.

Al igual que los médicos, los enfermeros también pueden especializarse, por ejemplo, en enfermería dedicada a los adultos en tercera edad, o en personas con problemas mentales o a los niños.

Uno de los aspectos más favorables de esta profesión es que puede desempeñarse en distintos ámbitos, desde centros de salud y hospitalarios hasta domicilios particulares y centros geriátricos. También ofrece diversas salidas laborales, como pueden ser la docencia, la investigación y/o el asesoramiento empresarial.

Las personas que elige estudiar enfermería generalmente tienen una clara vocación de servicio, son solidarios y comprometidos. Su gusto por ayudar a los demás y sentir que están aportando algo de valor a las personas es quizás lo que más disfrutan de su labor. Si además eres sociable y tienes una personalidad extrovertida, probablemente disfrutes de ser enfermero/a.

1.1. LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA. BREVE REPASO DE SU EVOLUCIÓN

La palabra enfermería deriva del latín *infirmus*, que vendría a ser algo así como lo relacionado con los no fuertes. Se podría decir que la enfermería es tan antiguo como la humanidad ya que las personas siempre han necesitado cuidados de enfermería cuando están enfermos o heridos. Se

cree que la figura de la enfermera apareció en durante la Edad Media. Las enfermeras eran en su mayoría mujeres sin formación que ayudaban a traer niños al mundo o era nodrizas.

Por otro lado, el cuidado de los enfermos estaba muy asociado a las monjas, con más formación y un voto religioso que les impedía a cuidar de los más débiles. De cuidar a los enfermos se Monjas tenían más formación y cuidados a los enfermos.

En 1259, los Hermanos de Alexian comenzaron el ministerio de cuidado de los enfermos y hambrientos, que todavía existe hoy en muchos países, incluyendo Estados Unidos. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se formó en España en 1550. Desde 1550 a través de 1614, San Camilo de Lelis atendía a los enfermos y moribundos en el Hospital de Santiago en Roma. No fue hasta 1633 cuando San Vicente de Paul fundó la Hija de la Caridad, donde las mujeres comenzaron a jugar un papel más importante en la enfermería organizada.

A lo largo de los años, las guerras han aumentado la necesidad de enfermeras y han tenido una gran influencia en la evolución de la enfermería. Florence Nightingale, es ampliamente considerada como la madre de la enfermería moderna, destacando por sus servicios en la guerra de Crimea de 1853 a 1856. Sus esfuerzos de saneamiento disminuyeron drásticamente la tasa de mortalidad y a su vuelta fundó la Escuela Florence Nightingale para Enfermeras en Londres. Fue el primer paso para la auténtica profesionalización de la enfermería. En 1861 las enfermeras empezaron a usar uniforme. Hoy día, la enfermería es ampliamente reconocida en el mundo.

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales.

Como disciplina y como profesión tiene como sujeto de atención el hombre, la familia y la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidados de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad.

A través de los años, enfermería evolucionó y fue cambiando sus conceptos y las definiciones. Se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital.

Definiendo el cuidado de enfermería, Meckenna, citado por Boemer y Sampaio (1997: 33) dice que “cuidar es la esencia de la práctica de enfermería”, agregando que el cuidado de enfermería no debe ser comprendido como la realización de una tarea relacionada al cuidado directo, sino

que debe ser más amplio, como una óptica multidimensional, abarcando dimensiones de naturaleza administrativa, educativa, investigativa y de asistencia, requiriendo una competencia no solo técnica sino también política.

El concepto del cuidado de enfermería fue claramente definido por Florence Nightingale, quien lo planteó en conceptos de ciencia y arte, en sus aspectos más valiosos: el cuidado y la entrega. Los relevantes aportes de esta distinguida enfermera se basaron en una investigación cuidadosa, lo que la convirtió en una persona significativa dentro de la historia de la enfermería moderna.

El desarrollo del primer programa organizado de formación de enfermeras en el año 1860, subvencionado por la fundación Nightingale, marcó el inicio de una era distinta para la enfermería. Pero, a pesar de que las primeras escuelas fueron creadas de manera independiente a los hospitales, por comité o juntas facultadas para ello, pronto fueron absorbidas por estos debido a la falta de presupuesto económico. Además, muchos de ellos descubrieron que podían crear escuelas para cubrir sus necesidades de recursos humanos en enfermería y al mismo tiempo obtener una valiosa fuente de trabajo casi gratuita. De ahí que la prestación de cuidados se convirtió en el principal producto que se dispensaba en los hospitales. La verdadera función de la escuela que Nightingale quiso plasmar en sus inicios no era la preparación sino el servicio; educando en base a un modelo propio que no girara sobre los ejes de enfermedad y tratamiento. Pero estos intentos de Florence Nightingale por establecer una enfermería profesional, basada en el entorno, fueron reemplazados por el entrenamiento orientado hacia los aspectos biológicos, para el cual dependía de los hospitales para lograr su formación práctica.

En sus Notas de enfermería, Florence Nightingale señalaba que “Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre alguna enfermedad a vivir, lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible de enfermedad” (Duran de Villalobos, 1988: 25).

Después de que Nightingale planteara esta definición y la diferenciara como profesión independiente de la medicina, con metas propias, la enfermería, por lo antes expuesto, permaneció casi setenta años en el oscurantismo conceptual, y su definición se transformó en algo metafórico, asimilada a la imagen de la maternidad que caracteriza a las acciones de nutrir, cuidar y otras formas maternas de comportamiento que influyen en la imagen misma de la enfermera y en su forma de actuar y pensar.

Estos principios fueron los propulsores del desarrollo en los cuidados de los seres humanos sostenidos en el campo de la práctica. Esta etapa tuvo sus orígenes en Occidente a fines del siglo

XVIII y comienzos del XIX, durante la guerra de Crimea. Entonces se sentaron las bases teóricas, prácticas, educativas y aun investigativas de la enfermería, sellando la profesión con su imagen de la insigne enfermera.

Remontándonos al período del Renacimiento, se inicia la aplicación del método científico por medio de la investigación, el cual influyó en el desarrollo de la medicina. De hecho, la mayoría de los científicos eran médicos. Sin embargo, la línea de separación entre la ciencia y la magia seguía siendo difusa.

En la década de 1960 surge la propuesta de Virginia Henderson que definió a la enfermería como la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna) y que las podría ejecutar por sí mismo, si hubiera capacidad, el deseo y el conocimiento” (Marriner, 1994: 181).

A pesar de la distancia de años, este concepto tiene mucha semejanza con el de Nightingale, e incluye además elementos nuevos como el de educación en la salud, la capacidad y el conocimiento, el sujeto de atención. Analizando ambas conceptualizaciones se aprecian fácilmente dos ideas:

- a) la importancia relativa que en ellas se da al modelo médico, aunque éste, a través de los años, se haya tornado el elemento predominante de la educación de enfermería;
- b) la importancia del concepto de educación para la salud, planteado también por Jean Watson, que aborda el aprendizaje del sujeto de la atención, objeto de estudio en esta investigación.

María de Villalobos (1998) en su libro *Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo*, distingue su progreso en cuatro fases que, si bien no se pueden separar puntualmente, sus características más sobresalientes se resumen en cinco puntos clave:

1. La enfermería tiene una composición eminentemente femenina.
2. Es una profesión con formación en instituciones hospitalarias, con conocimientos teóricos y actividades procedimentales.
3. La enseñanza estuvo durante mucho tiempo guiada por otros profesionales, en especial médicos, sin currícula establecida. Por lo cual predominó este modelo tanto en el aprendizaje como en la práctica.

4. Es una profesión que permitió la utilización de los estudiantes como fuerza laboral en los hospitales, dejando una serie de vicios y hábitos difíciles de erradicar, los cuales no responden a la filosofía de la enfermería.
5. La manipulación de las enfermeras en beneficio de otros grupos profesionales, en especial médicos y administradores hospitalarios, derivó en la sumisión del comportamiento de las enfermeras.

Cuando la enfermería logra la identificación de estos problemas comienza a hacer sus intentos para construir su propio modelo y sus currículas, pero la educación tradicional orientada al aprendizaje repetitivo, al entrenamiento y a la experiencia, más que en el modelo propio prevaleció sobre estos intentos.

La enfermería ha tenido dificultades para afianzar los cambios curriculares de acuerdo a sus conceptualizaciones y estos quizás se deben a que el modelo médico y la estructura de las instituciones de salud son una réplica en sí misma. Por otra parte, el proceso educativo sigue enfocado en causas anormales y desadaptadas del comportamiento en vez de centrarse en las necesidades básicas humanas, dando como producto a un graduado con orientación a trabajar la salud y la enfermedad desde el enfoque biológico como fenómeno esencial. Este marco de referencia que es utilizado por enfermería para planear el cuidado dificulta determinar conceptualizaciones como la prevención y promoción de la salud.

El tema de las necesidades básicas ha sido examinado por varios estudiosos de las Ciencias Sociales para descubrir las motivaciones que fundamentan la conducta humana. En años recientes se ha prestado cada vez más atención a la teoría de las necesidades humanas como marco conceptual (Du Gas, 1979), la cual plantea cinco tipos de necesidades en el siguiente orden de prioridad:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidades de protección y seguridad.
- Necesidades de amor y sentimiento de pertenencia.
- Necesidades de estima.
- Necesidades de autorrealización.

Según el psicólogo Abraham Maslow las necesidades fisiológicas se encuentran antes que todas las demás y son esenciales para la supervivencia, asegurando que el sujeto se encuentra en constante intento de satisfacer sus necesidades básicas, concibiendo a un sujeto en continuo movimiento y

por lo tanto aprendiendo para lograr el equilibrio. A partir de este profesional se reformaron las categorías según la adaptación de Kalish, las cuales son tomadas en cuenta (en el discurso) por el sistema formador.

I.2. CARACTERÍSTICAS DE UNA PROFESIÓN. APLICACIÓN A LA ENFERMERÍA

La profesionalización debe entenderse desde dos vertientes: El esfuerzo organizado y sistemático de los miembros de la profesión (Colegios, Asociaciones, Enfermeras, Instituciones Educativas e Instituciones de Salud) para que Enfermería cumpla con los estatutos de profesión, es decir, primero la formación profesional conforme a las características universales del sistema de educación en la carrera, lo que comprende requisitos de ingreso, permanencia y egreso semejantes, contenidos académicos homólogos, perfil académico profesional congruente y un sistema de control de certificaciones académicas como garantía de interés público, ya que es indispensable tener licencia para ejercer nuestra actividad profesional como sucede en todas las sociedades modernas. Es importante también, que en la profesión se haga investigación disciplinar y participe en investigación multi e interdisciplinaria con transferencia de conocimiento de Enfermería a la solución de problemas de salud, lo que se proyecta en publicaciones, desarrollo de tecnología y capacidad de innovación.

Un aspecto más es la acreditación de programas académicos como control de calidad de la formación profesional, que debe ser autónomo y de alta exigencia y con estándares de reconocimiento internacional. De la misma importancia es el sistema de certificación de los profesionistas que asegure el dictamen de suficiencia para tener permiso de práctica profesional reconocida por los pares y el respaldo para mantener la licencia de práctica profesional actualizada y vigente.

Es en este sentido necesario la reglamentación, y capacidad de autorregulación, pero también consolidar el sistema de estímulos, asegurar los aranceles que merecen quienes se dedican a tan delicada actividad y tener un sistema de reconocimientos al mérito y trayectoria; todos estos factores son los que contribuyen a la profesionalización de la profesión, y a desarrollar el valor de su función en las instituciones, para asegurar que las nuevas generaciones busquen dedicarse a esta delicada tarea de servicio. Por otra parte, la profesionalización entendida como el compromiso de

las enfermeras para alcanzar el nivel académico profesional con título y licencia de la Dirección General de Profesiones, preferentemente en el nivel académico, el nivel superior, nivel de estudios que caracteriza a los profesionistas, principalmente en las profesiones reguladas por la ley, como es el caso de Enfermería desde la aparición de la misma en 1945. Este esfuerzo que primero se promovió en México desde 1907 cuando se consideró la necesidad de la preparación académica para realizar la función de enfermera, y que después se fortaleció al elevar los requisitos de estudios previos para el ingreso a la carrera, como sucedió en 1935 cuando se establecieron los estudios de secundaria para cursar el nivel técnico, y más recientemente el requisito del bachillerato para cursar el nivel licenciatura, ha sido un proyecto en el que participan un buen número de las Instituciones Educativas de las Universidades de México y del sistema de Educación Superior (124 dependencias hasta la fecha).

Proyecto de profesionalización que promueven las Instituciones de Salud, pero a partir del interés y responsabilidad de las propias enfermeras, que se están comprometiendo con el avance de la profesión y con el desarrollo de su imagen pública, tema al que nos referimos en esta síntesis sobre la experiencia de México. Elevar el estatus de Enfermería a nivel profesional y por consiguiente promover que toda persona que desempeña esta delicada tarea adquiera la certificación de estudios en instituciones especializadas en su formación, es un esfuerzo que se inició en México entonces el 9 de febrero de 1907 al constituirse la primera escuela oficial para la educación de enfermería, como resultado del movimiento que se había desarrollado en Europa y en muchas partes del mundo.

La fuerza del programa Nightingale. En 1911 la Escuela del Hospital General que sólo estableció como requisito por la situación de la mujer en la época “la primaria y gozar de buena salud” para ingresar a la carrera, se incorporó a la recientemente reabierto Universidad Nacional de México.

Con esta misma lógica se integran escuelas de enfermería en las diversas regiones a sus Universidades y desde entonces hemos experimentado un crecimiento de Escuelas de Enfermería, que en buen número ahora son ya Facultades de Enfermería, a partir de cumplir con los requisitos establecidos en sus propias Universidades para lograr el estatus que tienen todas las profesiones maduras en el sistema educativo nacional. Como ya mencioné anteriormente, en 1945 la Ley General de Profesiones determinó que Enfermería quedaba regulada para evitar improvisación y charlatanería en su práctica, pero fundamentalmente para impulsar el naciente sistema de salud, lo que también dio un impulso al crecimiento de

Escuelas de Enfermería en el sistema universitario. Sin embargo, las condiciones del nivel de estudios promedio en la mujer para aquella época, obligó a mantener la oferta de nivel técnico (ingreso a carrera profesional con requisito previo de estudios de secundaria), plan académico con exigencias de nivel superior en contenidos, créditos y experiencias de formación profesional.

Hasta el momento actual, en las Instituciones de Salud, en el gremio de Enfermería, y en el sector académico de la profesión apreciamos el tipo de enfermeras que egresaron de los sistemas universitarios y de Escuelas de prestigio, que generalmente aplicaban los planes de estudio de las Universidades de su región; generaciones que se especializaron en cursos posttécnicos de las diferentes ramas clínicas, en docencia, en administración y en salud pública, durante el período de consolidación de la Enfermería en México (1945-1985).

Enfermeras Especialistas que actualmente son el eje de la práctica avanzada de Enfermería en el Sector Salud. La carrera de Licenciatura en Enfermería se inició en 1967, pero su desarrollo fue lento, de una transición prolongada, baja demanda y de un índice también bajo en la relación ingreso-egreso y la titulación. Las primeras generaciones se ubicaban en la docencia y en la investigación. De manera transitoria en los hospitales, pero finalmente frente a los pacientes predominaba la participación de enfermeras técnicas y auxiliares de enfermería. Por lo anterior se consideró urgente la profesionalización de enfermeras destacadas, con amplia trayectoria, incluso especializadas, para desarrollar la imagen y el valor de la enfermería profesional, quienes deberían alcanzar la formación de nivel superior y ubicarse o mantenerse en el vértice de la pirámide de la profesión y en el cuidado institucionalizado de los pacientes.

En este sentido, desde 1975, por recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud se inició el proyecto para profesionalizar enfermeras a nivel superior, en reconocimiento a que el plan académico de la carrera de nivel técnico comprendía las mismas disposiciones de contenidos y prácticas del primero al sexto semestre. En el caso de la UNAM, el nivel técnico de la Licenciatura, en organización curricular, sólo se diferenciaba por el séptimo y octavo semestres (área de enfermería avanzada).

En otras palabras, la enfermera que cuida, debe tener un cuerpo de conocimiento formal y vivencial, sumado a esto requiere de su manifestación como persona, única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Lo anteriormente permite que precisemos que el enfermero que cuida debe tener: conocimiento, compromiso, ética, arte de intuición y la aceptación del otro. A continuación se describen cada una de las características:

- **Conocimiento:** para Villalobos 2001, «el conocimiento lleva implícito el proceso de conocer, que comienza con el mundo y formar parte de él y este proceso amerita la necesidad de describir e interpretar los fenómenos circundantes, incluyendo la predicción con cierto grado de exactitud». La autora, refiere que conocer es entendido, como el trabajo que se realiza a fin de dar soluciones a los problemas que son importantes para el bienestar de los clientes, en otras palabras, es dar un servicio social.

Swanson, tiene en su teoría de mediano rango define el conocimiento, como un esfuerzo por comprender los eventos, que tienen un significado en la vida de los demás. Conocer, traduce el idealismo de mantenimiento de la creencia en el realismo de la condición humana. Se trata de evitar suposiciones. El conocimiento centrado en el cuidado, constituye una evaluación exhaustiva de todos los aspectos de la condición del cliente y su realidad, y en última instancia la participación del yo o la personalidad de la enfermera y el cliente en una transacción cuidado.

- **Compromiso:** La palabra compromiso procede del latín *compromissum*, y su concepción clásica se relaciona con una obligación contraída mediante acuerdo, promesa o contrato. Compromiso como característica, emerge de la proposición de que todas las personas deben ser vistas como la razón de cuidado, que ameritan, el compromiso de conocerse así mismo y al otro como persona del cuidado. Entender al otro como persona de cuidado, tiene sus cimientos en valorar y alagar la plenitud humana, la persona que vive y crece con los cuidados, tiene como resultado un compromiso activo con sus congéneres.

Según Swanson, el compromiso de cuidado de la profesión, lleva implícito la preservación de la dignidad humana y acrecentar el bienestar para todos. Es decir que el compromiso es concebido como un sentimiento, que lleva implícito la conexión y la pasión.

- **Ética:** esta característica de la persona que cuida, es definida por Husted & Husted según Marriner, «como un sistema de normas que sirven para motivar, determinar y justificar las acciones que se realizan en pro de objetivos vitales y de metas importantes. A través de la ética se analiza qué se debe hacer dentro del marco de las acciones que realmente pueden emprender con el fin de preservar y mejorar la vida de los seres humanos».
- **Arte de intuición:** La intuición desde el punto filosófico es «el poder de obtener los conocimientos que no se pueden adquirir ya sea por inferencia u observación, por la razón o la experiencia. Como tal, la intuición es considerada como una fuente original,

independiente del conocimiento, ya que está diseñado para tener en cuenta sólo los tipos de conocimiento que otras fuentes no proporcionan".

Para Sánchez, I7 es una forma de conocimiento que ha sido homologada a la percepción, la visión, el conocimiento, la perspicacia y la penetración. Se ha definido a un saber independiente de la experiencia o la razón. La capacidad de intuición y el saber intuitivo se consideran, en líneas generales, como cualidades inherentes de la mente.

McCutcheon, realizó un estudio titulado la «Intuición: una herramienta importante en la práctica de la enfermería», cuyos objetivos fueron: evaluar el papel de la intuición, examinar la comprensión de las enfermeras de la intuición y la percepción de su uso y evaluar el impacto de la intuición en la práctica de enfermería. Encontrando que la intuición, es el resultado de una compleja interacción de atributos, incluyendo la experiencia, la experiencia y el conocimiento, junto con la personalidad, el medio ambiente, aceptando la intuición como una evidencia válida de "Comportamiento" en presencia o ausencia de una relación de la enfermera y su cliente.

- **Aceptación del otro:** es la capacidad de aceptar a la persona que cuida como un ser humano y que su presencia es fundamental para el cuidado de muchos. Al cumplirse este precepto, la persona que cuida, da peso al hecho de que la otra es un ser humano digno de respeto y dignidad; el enfermero cuida con respeto y dignidad, acepta que la persona que cuida también se desenvuelve en contexto espiritual que le permite el bienestar físico y emocional.

Esta aceptación se establece a través del cuidado, cuando esté es visto como la presencia intencional y auténtica del enfermero con otro que es reconocido como una persona que vive. Es a través de la comprensión, apreciación y estar abierto a la vía estética que se logra conocer la plenitud de la situación vivida por enfermería. Cuando se da el proceso de aceptación del otro, es ver al ser humano más allá del "paciente". Esto demuestra, que la aceptación es una característica de la persona que cuida de gran magnitud y alcance cuando es ejercida en el desempeño profesional.

Enfermería en su interés por confirmar la dignidad del paciente y apoyado en la idea de que aquellos bajo su cuidado son intrínsecamente valiosos y preciosos como seres humanos, reconoce lo que verbaliza el ser humano con relación al ejercicio del cuidado que realiza enfermería. Esta

preocupación acerca de cómo visualiza el cuidado las personas que cuida, se transforma en el mundo fundamental para la enfermería, ya que, de esta forma, muestra la aceptación del otro.

1.3. LOS CAMPOS DE ACTUACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN EL MOMENTO ACTUAL.

1.3.1. ENFERMERÍA ADMINISTRATIVA

Si las organizaciones humanas tienen necesariamente que aplicar la administración, se infiere que los campos de acción de la administración son todos aquellos en donde funcionen grupos de personas con objetivos comunes. Por tanto, tenemos que los campos de acción de la materia van desde la familia, hasta la más compleja de las organizaciones humanas, porque en todas ellas es absolutamente necesaria la coordinación sistemática de métodos, técnicas e instrumentos especiales para lograr sus objetivos.

En todas las organizaciones humanas es necesario planear, organizar, integrar, dirigir y controlar las acciones para lograr el éxito.

Actualmente el sistema de salud en México tiene importantes modificaciones que definen un perfil de enfermería más acorde con la tendencia a la calidad en sus instituciones.

El Departamento de Enfermería no ha eliminado del todo las características de la administración de corte neoclásico, pero la tendencia a administrar con base en procesos gerenciales muestra cambios importantes. Pese a esto último, difícilmente se podrán eliminar las características de la administración de corte neoclásico como: la rigidez, la mecanización, la extrema normatividad, las rutinas establecidas, la centralización en puestos clave, el manejo de premios y castigos, la vigilancia como medio de control, la baja utilización y desperdicio de recursos que predominan en las instituciones del sector salud y, por lo mismo, en los departamentos de enfermería.

El perfil del administrador de enfermería que se presenta tiene como particularidad que puede aplicarse en cualquier tipo de organización de salud.

La tendencia a emprender la práctica privada de la profesión requiere, necesariamente, de un perfil para la administradora de enfermería, que pueda ubicar la empresa de estos servicios en una posición de competitividad. La administradora de enfermería debe:

- Poseer condiciones físicas saludables para enfrentar el esfuerzo que significa administrar a un grupo heterogéneo, reconociendo que los conflictos entre la organización formal y la informal son inevitables.
- Tener conocimientos de la administración que le permitan tomar decisiones confiables y con alto grado de permanencia.
- Contar con experiencia profesional a diferentes niveles de responsabilidad que le permitan conocer las funciones de todo su personal y haberlas experimentado previamente.
- Mostrar espíritu de solidaridad gremial y establecer vínculos de comunicación con sus subordinados.
- Ser creativo y ejercer un liderazgo compartido, ser innovador y fomentar la motivación y la eficiencia.
- Ser profesional y moral en la toma de decisiones, organizado y responsable.
- Buscar siempre la actualización constante, así como la de sus subordinados.
- Apoyar y fomentar la investigación en la búsqueda de nuevas formas de desarrollo organizacional.
- Conocer e incorporar tecnología adecuada para alcanzar los objetivos en materia de salud y específicamente de la atención de enfermería.
- Aplicar la administración estratégica en sus áreas de trabajo.
- Ser emprendedora y afrontar retos.
- Creer en la práctica independiente de enfermería como una necesidad de servicios requeridos por la sociedad actual.

1.3.2. CAMPOS DE ACCIÓN

Las profesionales de la salud administrativa se pueden desempeñar en las siguientes áreas del mercado laboral a nivel nacional e internacional:

- **Asistencial:** brindar cuidado a las personas, familias y poblaciones en los diferentes niveles de atención de los Sistemas de Salud.
- **Educativo:** liderar el rol educativo en diferentes escenarios de la educación para enfermería desde el nivel técnico hasta el Superior.

- **Gerencial:** desarrollar habilidades administrativas y gerenciales en diferentes organizaciones de salud.
- **Investigativo:** generar investigaciones propias para la disciplina de enfermería e interdisciplinariamente, que contribuyan a la solución de problemas en salud.
- **Ejercicio Independiente:** desarrollar el ejercicio propio del cuidado en programas especiales, en el área comercial y otras áreas relacionadas con la salud. Estos enfoques se originan a partir de diferentes doctrinas y utilizan distintos métodos para la recogida y análisis de datos.
- **Asistencia clínica:** se refiere fundamentalmente a las actividades o procedimientos que se realizan a los pacientes por el personal de enfermería.
- **Administrativa:** la función administrativa dentro de enfermería encontramos este proceso administrativo siguiendo las bases del proceso de enfermería, en relación a esto encontramos las fases de planeación, organización, selección del personal, dirección y control.
- **Docencia:** El propósito de la investigación de la enfermería es mejorar el cuidado de la salud.

Esta investigación también refleja la perspectiva de la profesión en su aspecto más tradicional. Existen dos enfoques principales para abordar los distintos aspectos de la investigación de enfermería. Estos enfoques se originan a partir de diferentes doctrinas y utilizan distintos métodos para la recogida y análisis de datos.

Entre los campos de acción que tienen la enfermería encontramos 4 que son:

1. Asistencial: clínica o domiciliaria
2. Administrativo
3. Docencia
4. Investigación

La asistencia domiciliaria comprende los servicios y los productos proporcionados a los pacientes en su hogar que son necesarios para mantener, recuperar o fomentar su bienestar. Su objetivo principal radica en los individuos y sus familias.

I.4. LA CARRERA PROFESIONAL. CONCEPTO Y SITUACIÓN ACTUAL

La naturaleza del ser humano consiste en un grupo de rasgos dinámicos que unen a los seres humanos de todos los tiempos. El ser humano está constantemente en proceso de autocreación, y su último objetivo es el describir y entender el mundo que le rodea y, al mismo tiempo, hacerlo más sensible a los ideales de la persona, utilizando su característica específica: la racionalidad.

Las acciones del ser humano son responsables en el sentido de que él elige intencionadamente entre las diversas opciones. Por otra parte, la persona está en constante interacción con su entorno y con otras personas para conseguir su objetivo. El ser humano actúa con base en su experiencia, manifestando sus capacidades de funcionar efectiva y eficazmente, afrontar y adaptarse a la vida. Cada persona tiene su propia "realidad", basada en sus experiencias. Cada uno interpreta y le da su propio significado a la realidad, con una relación de interdependencia entre las experiencias vividas. Para Maslow, cada persona tiene una jerarquía de necesidades que debe ser satisfecha, y el poder para cambiar el mundo de acuerdo con sus intereses.

El estudio histórico de la evolución de la naturaleza humana nos da la perspectiva necesaria para poner en contexto y enfocar los problemas asociados a la existencia del ser humano. Es obvia la necesidad de conocer nuestra propia historia, nuestra evolución cultural, social, política y económica, la evolución de las acciones, costumbres y creencias del ser humano, y las teorías filosóficas que han moldeado las relaciones entre los seres humanos. El entender las causas de los cambios en el pasado nos capacitará para afrontar mejor los retos del presente y para que nuestra contribución al bienestar de las generaciones futuras sea más eficaz.

Si analizamos la historia, podemos identificar diferentes conceptos de salud. Por ejemplo, para las teóricas de la enfermería, como Orem (1971), la salud se define como un estado dinámico de integridad de la estructura y función. Roy enfatiza la necesidad de la continua adaptación a los estresores del entorno interno o externo. Newman contempla la salud como una conciencia en expansión. Watson define la salud como la congruencia entre la autopercepción y la vida diaria de la persona. La capacidad de realizar funciones independientes es la visión del concepto de salud para Virginia Henderson. Para la Organización Mundial de la Salud, por otra parte, este concepto se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

La autora ve la salud como un estilo de vida dinámico satisfactorio, que incluye una adaptación al entorno satisfactoria y un estado de libertad de las alteraciones fisiológicas, psicológicas o de comportamiento que entendemos como molestas o perturbadoras. La salud nunca es completa o

absoluta, pero representa un objetivo deseado. La obtención de este objetivo es el eje de las intervenciones de enfermería para prevenir la pérdida, promover o restaurar la autonomía de las personas desde el estado de restricción que representa la enfermedad.

En general, el concepto de enfermedad se define como una limitación concreta del ser humano, pero que varía dependiendo de los valores personales, que están influenciados por las características del individuo y de su entorno. Las personas, con sus antecedentes característicos, ven la enfermedad y la salud de diferentes maneras y, consecuentemente, existe una variabilidad de comportamientos en sus acciones hacia la salud. Las características individuales, como edad, género, origen étnico, antecedentes genéticos, nivel intelectual y motivación, valores éticos y socioculturales, que varían entre personas y a lo largo del tiempo, han demostrado su influencia en las respuestas fisiológicas y en el comportamiento humano hacia la adaptación al entorno. Se reconoce tanto la influencia genética como la del entorno, en relación con el comportamiento humano.

Los factores del entorno, que influyen la manera como las personas perciben y centran sus acciones en relación con la salud, los podemos clasificar en tres grupos: el entorno físico, los patrones culturales y los patrones sociales. Estos factores han sido agrupados de diferentes maneras, dependiendo del interés específico de la autora, así como desde el punto de vista de la relación enfermero-cliente o de los principios del sistema de salud pública.

El entorno físico incluye las variables físicas, químicas y biológicas que influyen la salud humana. El entorno deseable proporciona una gran variedad de estímulos compatibles, que son necesarios para el desarrollo mental y físico. Además, también provee lo indispensable para satisfacer las necesidades básicas o fundamentales, como agua, alimentos, etc. Los peligros potenciales de las actividades humanas, como desechos, contaminación o destrucción de materiales tóxicos de labores industriales, como asbestos, monóxido de carbono o derrames de petróleo, son el principal centro de atención, ya que están claramente identificados como factores negativos relacionados con la exposición a toxicidad.

Entre los patrones culturales encontramos la religión, la organización familiar, el lenguaje, el uso de medicamentos, el cuidado de los niños y de los ancianos, los hábitos alimentarios, etc. Dentro de estos patrones podemos identificar una amplia variedad de conceptos, que tienen significado saludable para unos, mientras que no es así para otros.

Los patrones sociales, como el nivel de educación, el estatus socioeconómico, el empleo y los patrones de relación entre las personas, influyen significativamente la accesibilidad al cuidado de

la salud y la capacidad de tomar decisiones informadas. En algunos de los patrones culturales o sociales se han podido identificar factores de riesgo para enfermedades específicas. Por ejemplo, el estrés, la obesidad, la falta de ejercicio físico y el consumo de tabaco se han relacionado con las enfermedades cardiovasculares. A pesar de que el abandono de estos hábitos requiere cambios lentos de conducta, y en algunos casos son muy difíciles al enfrentarse a los valores específicos de grupos sociales determinados, los resultados de la actividad de enfermería son muy satisfactorios y generan mejoras significativas en los niveles de salud de la población.

El papel de los valores grupales y personales en el entendimiento de la salud y la enfermedad es un tema central en la práctica del cuidado de la salud. La enfermería, al igual que otras profesiones de la salud, debe asegurarse de que se consideran justamente los valores de cada persona y que no se abuse de sus derechos y privilegios. Los valores definen la salud-enfermedad y establecen funciones sociales, como la de paciente o enfermera, y además interconectan estas funciones con las expectativas estructuradas, como los derechos y las obligaciones.

¿Cuál es la función del profesional en enfermería en el sistema actual de cuidado de la salud? ¿Y cuál debe ser el ámbito de la intervención en nuestra interacción con el cliente y su entorno?

El Consejo Internacional de Enfermería, como la más antigua organización profesional internacional, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Esta organización apolítica reúne personas de diferentes países, con un interés profesional y un propósito común de desarrollo de la enfermería a nivel internacional.

La enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo. El objetivo de la enfermería debe ser, esencialmente, para el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él.

Desde el punto de vista de la autora, las intervenciones de enfermería se pueden clasificar principalmente en cuatro categorías, que afrontan las demandas del cliente:

- Cuidado.
- Competencia.
- Servicios de información y asistencia jurídica.
- Conexión.

El objetivo del cuidado debe ser promover el proceso de aprendizaje que permita al paciente ser activo en su rehabilitación o promoción de su propia salud, mediante cambios en sus hábitos o transformando las condiciones ambientales que le afectan. La función de la enfermera, como cuidadora, implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, mediante medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión o prevenir secuelas asegurando la continuidad del cuidado. Esta cuidadora debe estar abierta a las percepciones y preocupaciones del paciente y su familia, ser moralmente responsable, estar dedicada como profesional y permanecer dispuesta para escuchar, dialogar y responder en situaciones holísticas complejas. Además, debe estar basada en la evidencia empírica existente.

El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces. La función de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y educación del cliente sobre la salud, para que él pueda elegir entre las diversas opciones posibles, una vez considerados los distintos riesgos y beneficios de cada alternativa.

Esta función de educación se está convirtiendo en prioritaria, ya que la tendencia del cuidado de la salud se centra en el cliente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar. Además, el profesional en enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud asociada a la especialización. Es la enfermera quien crea relaciones, mediante el reconocimiento mutuo enfermera-paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos.

Como V. Henderson dijo, la enfermera debe conocer qué es lo que el enfermo necesita. Debemos colaborar con nuestros pacientes en la identificación de sus necesidades (físicas, mentales, emocionales, socioculturales y espirituales) y en el desarrollo de soluciones. La enfermería, desde su comienzo, ha reconocido la importancia de la intervención familiar en el cuidado del paciente para promover la salud. Esta necesidad de intervención debe expandirse a otros grupos, comunidades, organizaciones, colegios, etc. Para alcanzar el equilibrio entre la persona y el entorno, debemos reconocer la importancia de los sistemas de apoyo social y los aspectos holísticos del cuidado físico, social, económico, político, espiritual y cultural.

La enfermería debe participar en la búsqueda de medios para lograr la potenciación de la salud comunitaria.

Actualmente, las enfermedades predominantes son principalmente alteraciones debilitantes crónicas, en donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se reconocen como estrategias efectivas. Se puede decir que la mayor parte de las muertes son el resultado de enfermedades coronarias, cáncer e infartos cerebrales. Así, la enfermería debe intentar anticiparse a las situaciones que surgen y prevenir aquellas que dan lugar a riesgos para la salud.

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, la enfermera debe:

- Conocer qué es lo mejor para el paciente.
- Responder a las necesidades del paciente.
- Ser técnicamente competente, científicamente conocedora, prácticamente responsable y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud.
- Ser competente en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente.
- Ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones.
- Reconocer que en cualquier momento una persona puede necesitar ayuda de otra. La enfermera(o) puede requerir ayuda para el mantenimiento o desarrollo de habilidades, para el autoconocimiento o la comprensión de otros.
- Potenciar la dignidad y el valor de las personas.
- Enfatizar y apoyar la contribución del paciente y la familia al cuidado y a la adaptación.

Cuando la enfermería surge como profesión, en el siglo XIX, Florence Nightingale (1859) procuró no solo establecerla con unos fundamentos firmes sobre conocimientos científicos, sino también identificar e insistir sobre el comportamiento ético de la enfermería. Posteriormente, en 1980, la Asociación Americana de Enfermería define la función independiente de la profesión como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales.

A medida que comenzamos el siglo XXI, surgen preguntas sobre la dirección hacia donde la profesión se mueve. En este nuevo contexto, la investigación de enfermería es necesaria para ser profesionales competentes dentro de la compleja realidad del sistema actual de cuidado de la salud. Esta complejidad deriva del envejecimiento de la población, la disminución de las estancias hospitalarias, con un aumento del grado de gravedad de los pacientes ingresados, el progreso de la tecnología y los cambios sociales en el ámbito familiar. El análisis de la función de la enfermera en la planificación, realización y evaluación de la investigación, la divulgación de resultados y la

aplicación en la práctica, proporcionan las bases para entender el rápido crecimiento de la investigación de enfermería en el cuidado del paciente oncológico.

Creemos que es importante definir la enfermería como una ciencia, en el sentido de adquisición de conocimientos mediante la observación y la experimentación, y la práctica basada en la evidencia científica. Asimismo, la enfermería es un arte y una filosofía, compatibles con la visión científica. En la actualidad, el modelo de cuidado es fundamentalmente biomédico, centrado en la enfermedad, y deja poco espacio para las dimensiones sociales, psicológicas, culturales y espirituales de la salud.

La enorme inversión existente y prevista en tecnología, para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, favorece la tendencia hacia un cuidado impersonal y mecánico. El cambio necesario debe enfatizar el análisis de los valores sociales, culturales y personales de los seres humanos, y la función que ellos desempeñan en el análisis de la salud, como variables determinantes de intervenciones preventivas y terapéuticas. Por otra parte, en el desarrollo de nuestra función como enfermeros, existen aspectos relacionados con la teoría y la práctica, que resultan problemáticos y necesitan ser solucionados; estos son la separación crónica de la teoría y la práctica, y la realidad frente al ideal de la enfermería. Por lo tanto, debemos hacer un esfuerzo por alcanzar un objetivo importante: la práctica y la teoría de la enfermería deben unificarse y ambas fundamentarse firmemente en la realidad, en la evidencia científica y en el desarrollo de la humanidad.

El análisis del problema desde una perspectiva histórica, admite afirmar que enfermería “ha sido” y “es” en función de la sociedad del momento; es decir, es, en cada cultura, el conjunto de reglas, roles, prácticas y relaciones que condicionan causalmente su acción y su imagen en la sociedad, siendo el resultado tanto voluntario como involuntario de la acción y el pensamiento estructurante que se proyecta del pasado. Así, la historia de las mentalidades, en cuidados de salud, permite reconocer los principios que han servido de soporte o perspectiva para interpretar los fenómenos implicados en los cuidados en las diferentes culturas. En tanto que el estudio de la historia local, regional o nacional ha permitido conocer de manera concreta los cuidados vinculados al continuum salud-enfermedad en épocas específicas y contextualizadas a las culturas en las cuales se han desarrollado. Además, la historia de enfermería comparada ha permitido contrastar dichos cuidados. Sin embargo, es la historia de la educación la que aporta una base para el estudio de los mecanismos de transformación tanto de técnicas y procedimientos como de valores y actitudes asociados al binomio salud-enfermedad y sus respectivos cuidados.

El cuidado como materia de estudio de la Historia de Enfermería se relaciona con las manifestaciones que han planteado el “saber” y el “quehacer” de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos. El contenido histórico del cuidado se remonta a las “prácticas cuidadoras” ligadas a la conservación de la especie humana, en que sus elementos constitutivos habrían estado sometidos a los necesarios vaivenes de las distintas épocas y, por tanto, son capaces de establecer lazos de totalidad histórica, con base en el sistema de referencia con el que se relacionan y articulan. Entonces, los cuidados de enfermería se han constituido como hechos históricos, por ser una constante que surge, con carácter propio e independiente, desde el principio de la humanidad.

Además, la historia de los cuidados se ha desarrollado a través de dos grandes ejes que originan dos orientaciones: asegurar la continuidad de la vida y enfrentarse a la muerte. Por tanto, la significación histórica de los cuidados, lo mismo que la historia del hombre, reconoce, desde un enfoque histórico de temporalidad, tiempos de larga duración y a nivel estructural, estructuras profundas y estables con las respectivas y oportunas adaptaciones coyunturales.

1.4.1. ENFERMERÍA: DISCIPLINA Y PROFESIÓN

El diccionario de Oxford define disciplina como una rama de instrucción o educación, un departamento de aprendizaje del conocimiento y sintaxis distinta. Este hecho determina qué fenómenos o abstracciones son de interés, en qué contexto se van a ver estos fenómenos, qué problemas se van a generar, qué métodos de estudio se van a utilizar y qué cánones de evidencia y prueba se van a exigir, como resultado de la forma compleja de evolución de las disciplinas.

La ciencia y la tecnología se han desarrollado dentro del contexto de la cultura y esta situación implica, en primer lugar, una discusión racional (que puede devenir en un desacuerdo productivo), donde luego y a partir de la tradición escrita se precisa objetivar las ideas para la reorientación de la acción y la modificación de las prácticas sociales de la profesión con base en la aplicación de la teoría, para que estos tres elementos se puedan combinar en la práctica. Como disciplina, enfermería es más amplia que la ciencia de enfermería y su singularidad se desprende de su perspectiva, más que de su objeto de búsqueda o de su metodología. Además, una disciplina es inherente a un campo científico en el que se investigan determinados aspectos de la realidad con el propósito de generar, utilizar o difundir el conocimiento, y actúa en función social del trabajo y, para algunos, tiene cierto ingrediente de vocación.

En el campo profesional, típicamente existe un proceso evolutivo que se presenta a medida que el campo se mueve de un nivel vocacional, en el cual el arte y la tecnología son preeminentes, a la racionalización de la práctica y al establecimiento de una base cognitiva para la práctica profesional. Entonces, profesión (del latín *professio* y *onis*) desvela su significado como acción y efecto de profesar; sin embargo, su comprensión en términos generales y en el tiempo ha sido restringida al ejercicio de un saber o una habilidad. Así, el uso común del concepto lo ha definido como una actividad permanente que sirve de medio de vida y que determina el ingreso a un grupo profesional específico y al empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.

En este artículo se intenta recuperar el significado como declaración o confesión pública de algo, sea una creencia o confesión pública de la misma, porque permite hacer alusión a una colectividad que participa de dichas creencias, como es el caso de quienes otorgan cuidados.

Además, en este sentido se comprende que el desarrollo de las profesiones se manifieste ligado en forma permanente a la evolución de las sociedades, escenario donde asumen características que les permiten, dentro de la estructura social a la que pertenecen, ser consideradas una institución. Así, los teóricos del siglo XIX consideraban las profesiones como una modalidad de lo que Tocqueville denominó “corporaciones intermediarias”, que eran organismos por medio de los cuales podía instaurarse un nuevo orden social, en sustitución de la sociedad tradicional. Mientras que para Max Weber la profesión estaba vinculada a lo religioso, en la tradición cristiana, puesto que el acto de profesar está relacionado con la voluntad de consagrarse a Dios, obedecer a un ser superior, con un alto contenido de ascetismo, de entrega y de sufrimiento.

1.4.2. PROFESIONALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

Respecto a la aparición de la enfermería como profesión en el ámbito mundial, algunas historiadoras, especialmente las de orientación cristiana, remontan sus orígenes a Fabiola en las catacumbas romanas; otras ubican el nacimiento de la enfermería moderna en Florence Nightingale, a partir de la creación de la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás en Londres. Los sociólogos de la asistencia médica consideran que fue hacia finales del siglo XIX cuando nació la nueva profesión de las enfermeras seculares, que fueron ocupando los puestos dejados por las religiosas. Y en la medida que crecían en número, fueron conscientes de intereses comunes y en la época de la “Batalla de las enfermeras” (1883-1893), en el Reino Unido, un grupo

de ellas fundó la Asociación de Enfermeras y anunció el deseo de establecer un registro general de enfermeras. Pero solo en 1883, tras varios años de controversia, la reina otorga a la asociación un carácter real; sin embargo, no se les dio el derecho exclusivo de registrar enfermeras ni de ejercer el control sobre la enseñanza de la enfermería.

Por tanto, es en el siglo XX cuando realmente el proceso de profesionalización avanza con especial relevancia, dejando atrás las limitaciones existentes durante la “etapa preprofesional”¹ en cuanto al análisis intelectual de los problemas que trataba y la toma de decisiones sobre los mismos; en la subordinación total a la medicina (aunque este extremo no siempre fue así) y en el prestigio social tanto de la clientela como de los discípulos. En este sentido, se ha planteado que “si la enfermería continúa tratando de desarrollarse profesionalmente, se le hará cada vez más necesario identificar qué hacemos, cómo lo hacemos, para qué lo hacemos y por qué son necesarios nuestros servicios.

Asimismo, el análisis de la profesionalización permite reconocer la dimensión disciplinar cuando otros autores incluyen como primer criterio de profesionalización la posesión de “una base de investigación y un sistema teórico” –Greenwood, *The Attributes of a Profession. Social Work*, 1957, citado por Hall– o la adquisición de un cuerpo de conocimientos y unas destrezas que permitan cimentar la “especificidad funcional” del profesional, entendiendo esta como la característica según la cual un profesional ejerce su autoridad sobre un campo específico y especializado. En este sentido, el desarrollo de paradigmas en enfermería juega un rol fundamental para la puesta en común del nuevo conocimiento.

El análisis de la profesionalización desde una perspectiva histórica nos ha desvelado el nivel de preparación, en conocimientos y experiencia, alcanzado por enfermería; situación que habilita a los profesionales para ejecutar tareas complejas y en escenarios igualmente complicados. Este hecho permite plantearse inquietudes de superación profesional y de realización personal que van en sintonía con el contexto y el nivel alcanzado por la profesión en la práctica y por la disciplina en el conocimiento del cuidado, para poder plantearse de manera responsable ante la sociedad y aportar con iniciativa y creatividad.

Lo anterior en un escenario donde la retribución se plantee no solo en términos económicos, lo que es de justicia, sino también de satisfacción personal y profesional como resultado del logro de la excelencia en la práctica y la óptima calidad del cuidado. Por tanto, la meta de excelencia planteada para enfermería precisa considerar las nuevas tendencias y, con ello, las nuevas competencias profesionales que van a permitir producir cambios en la actitud de los profesionales

ante el trabajo; es decir, incorporar el hábito del “profesionalismo”, para que la participación de enfermería en la organización sea no solo efectiva, sino eficiente. Todo ello en beneficio de la calidad asistencial, de la satisfacción profesional y de la innovación en las organizaciones sanitarias.

El logro del profesionalismo en enfermería será el resultado de la síntesis personal y colectiva del conocimiento teórico que procede de las ciencias y el práctico que integra el arte y la técnica del cuidado, así como la prudencia (saber moral de la excelencia) en la acción profesional, como resultado de un ejercicio de reflexividad personal orientada a la acción en la toma de decisiones autónomas y en los diversos escenarios profesionales. Para ello, se ha de integrar en la actuación profesional la razón práctica a través de cinco operaciones: la simple “aprehensión del bien” que se propone a la voluntad, el “juicio del bien” propuesto como conveniente y posible, la consideración intelectual de los “medios disponibles” para conseguir el bien querido por la voluntad, el “consejo o deliberación” que elige el medio más apto según una decisión de la voluntad y por tanto no mediado por la evidencia disponible, y el precepto o imperio que consiste en la ordenación intelectual de la acción, movida por la voluntad hacia el bien propuesto.

En síntesis, se puede afirmar que en el entendimiento “no hay nada que no esté antes en los sentidos”, que “el pensamiento está en el cuerpo pero no depende intrínsecamente de él para realizar sus operaciones específicas”, que “la autodeterminación es propia de la persona que se sirve de su inteligencia para dilucidar el bien hacia el que se dirige” y, por tanto, ella es autoconsciente y autorreflexiva, es decir, capaz de volverse hacia sí misma (reflexividad), de modo que lo que se comunica es la propia conciencia a través de la palabra o desde el uso del lenguaje. Por ello, en la preparación de los nuevos profesionales es esencial la participación de los profesionales expertos, de quienes se espera hayan integrado el saber teórico y el práctico como resultado de la experiencia en el ejercicio de la profesión, y así transmitirla a los principiantes.

I.5. EL TRABAJO CIENTÍFICO EN LA ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El método científico (del griego: -meta = hacia, a lo largo- -odos = camino-; y del latín scientia = conocimiento; camino hacia el conocimiento) presenta diversas definiciones debido a la

complejidad de una exactitud en su conceptualización: "Conjunto de pasos fijados de antemano por una disciplina con el fin de alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables", "secuencia estándar para formular y responder a una pregunta", "pauta que permite a los investigadores ir desde el punto A hasta el punto Z con la confianza de obtener un conocimiento válido". Así el método es un conjunto de pasos que trata de protegernos de la subjetividad en el conocimiento.

El método científico está sustentado por dos pilares fundamentales. El primero de ellos es la reproducibilidad, es decir, la capacidad de repetir un determinado experimento en cualquier lugar y por cualquier persona. Este pilar se basa, esencialmente, en la comunicación y publicidad de los resultados obtenidos. El segundo pilar es la falsabilidad. Es decir, que toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser falsada (falsacionismo).

Esto implica que se pueden diseñar experimentos que en el caso de dar resultados distintos a los predichos negarían la hipótesis puesta a prueba. La falsabilidad no es otra cosa que el modus tollendo tollens del método hipotético deductivo experimental. Según James B. Conant no existe un método científico. El científico usa métodos definitorios, métodos clasificatorios, métodos estadísticos, métodos hipotético-deductivos, procedimientos de medición, etcétera. Según esto, referirse a "el" método científico es referirse a este conjunto de tácticas empleadas para constituir el conocimiento, sujetas al devenir histórico, y que pueden ser otras en el futuro. Ello nos conduce a tratar de sistematizar las distintas ramas dentro del campo del método científico.

La misión de la enfermería fue, es y será la gestión y ejecución del cuidado del paciente. La enfermería es una profesión cuyo término viene del latín, profesio y es el que profesa un compromiso público ante la comunidad, de adherirse en forma inquebrantable a un proyecto vital, a un vocatio. La vocación es un llamado a integrarse al grupo que profesan quienes comparten igual misión y que implica abrazar y cultivar una opción de vida. Cuando se recibe el título profesional, se hace un juramento o promesa de vivir y hacer efectivos los valores que implica la misión. Y ¿cuál es la misión de la profesión de enfermería? Es el bien y cuidado del paciente.

Para cumplir esa misión se debe adquirir un cuerpo de conocimientos y habilidades, un saber específico y técnico, además de cultivar hábitos de vida y actitudes que se adhieren a valores profesionales y humanos que se reflejan en actitudes y comportamientos en la práctica clínica diaria, que es la Virtus y que se configura en un Ethos. Esto es lo que confiere al profesional de enfermería una responsabilidad ética moral, que se plasma en un código moral interno de enfermería y se llama Código Deontológico de Enfermería.

1.5.1. CÓDIGO DEONTOLÓGICO Y RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA

El código deontológico de Enfermería de la Universidad de Navarra profesa lo siguiente: “Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados”.

El Consejo Internacional de Enfermeras adoptó por primera vez un código internacional de ética para enfermeras en 1953. Posteriormente se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente fue hecha el año 2000. Asimismo, el Colegio de Enfermeras de Chile actualizó en 1997 el código ética de enfermería, en respuesta a la aprobación y promulgación el 6 de diciembre de 1997 del artículo 113, inciso 4, de la Ley N° 19536 (6,7), mediante el cual se definió el rol social de la enfermera.

Concretamente el código deontológico o ético de la enfermería establece que los o las enfermeros(as) tienen cuatro deberes fundamentales y que rigen las normas de su conducta ética:

1. Promover la salud
2. Prevenir la enfermedad
3. Restaurar la salud
4. Aliviar el sufrimiento

1.5.2. INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

La investigación es una función ineludible e inseparable del profesional de enfermería. Está en los deberes del código deontológico de enfermería y debiera estar en el consciente de cada enfermera y enfermero. La investigación en enfermería es aquella realizada por enfermeras(os), cuyos resultados deben aportar mejoras en la práctica de enfermería. También se incluye la investigación realizada por enfermeras(os) en grupos multidisciplinarios donde se desea encontrar la respuesta o solución a un problema específico desde el punto de vista de cada disciplina.

1.5.2.1. Objetivos de la Investigación

La investigación permite generar conocimiento y construir la Evidencia de Enfermería para sustentar las acciones de enfermería con mayor certidumbre y basada en la demostración científica. El principal objetivo es, mejorar la Calidad de la intervención de enfermería. Este se desglosa en:

A. Mejorar la efectividad del cuidado: Las acciones de enfermería deben cumplir con el objetivo para lo cual fueron pensadas y producir el efecto deseado. Concretamente, deben tener un impacto positivo en los cuidados y la gestión de éstos, tanto en la prevención como en el tratamiento de los problemas de salud. Por impacto se entiende, que genere y produzca un cambio, que se refleje en una inflexión de la curva epidemiológica del problema, modificando la tendencia del mismo, disminuyendo la frecuencia porcentual del problema de salud. Este impacto puede ir desde un nivel de prevención primaria, secundaria o terciaria o de atención primaria, secundaria o terciaria hasta un nivel epidemiológico y social.

B. Mejorar la eficiencia del cuidado: Es utilizar los recursos que son factibles de percibir, a fin de satisfacer las necesidades del paciente. En el ámbito de la gestión del cuidado, se concreta en el uso racional de los recursos disponibles: humanos, materiales y de tiempo, que permitan hacer efectiva las acciones de enfermería.

C. Mejorar la seguridad de la intervención de enfermería: Específicamente en la prevención y disminución de eventos adversos. Esto se realiza a través de la vigilancia, autoevaluación, medición y formación.

D. Construir la evidencia científica para sustentar las acciones de enfermería: La práctica de enfermería en las últimas décadas está luchando por conformar un cuerpo de conocimientos propio que le permitan un trabajo independiente de la práctica médica, lo que se logrará, según Castrillón, con la articulación de las teorías generales, la investigación y la práctica fundamentada en evidencias.

A este concepto se le ha llamado Enfermería basada en evidencia (EBE), que se define según Ingersoll, como “el uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales”.

En concordancia con lo anterior, Alfaro plantea que “el pensamiento crítico enfermero debe considerar, entre otros aspectos, los resultados esperables, el contexto, los conocimientos, los recursos y el paciente”

I.5.3. CAMPOS DE LA ENFERMERÍA EN LA INVESTIGACIÓN

Existen áreas o campos donde las enfermeras(os) pueden desarrollarse y realizar investigación. Se describen a continuación:

A. Investigación clínica: Como profesionales del cuidado y bienestar del paciente, existe un amplio abanico de oportunidades para investigar. Para ello se explicarán brevemente los tipos y diseños de estudio que son factibles de ejecutar. Toda investigación comienza con una pregunta de investigación, la que definirá si el estudio será observacional, donde el investigador será solo un observador, que medirá y analizará ciertas variables. O será experimental, donde el investigador intervendrá sobre el sujeto de estudio, para producir un efecto positivo en la recuperación de la salud o en la prevención de una enfermedad del paciente. En éstos, se controla el tipo de intervención, la dosis, el tiempo y la administración de ésta.

Existen varios tipos de estudios, de investigación clínica cuantitativa. Los más frecuentes son:

- Estudios descriptivos/ prevalencia
- Estudios de causalidad o riesgo
- Estudios de pruebas diagnósticas
- Estudios de terapia o de intervención
- Estudios de pronóstico
- Estudios de costo-efectividad

También están los estudios cualitativos y dentro de los que más frecuentemente se publican en enfermería, son los fenomenológicos. Las autoras no se extenderán en estos estudios porque van más allá de su especialidad, sin embargo, se mencionan por la relevancia que tienen, principalmente en la labor que realiza el profesional de enfermería con el paciente y su familia. La medición de la satisfacción de éste y de los factores que se asocian a la adherencia a la terapia, son algunos de varios aspectos, que indican en la evolución del estado y recuperación de su salud y que son medidos por enfermería. Así también, se pueden desarrollar estudios cuali-cuantitativos, donde se miden variables cualitativas y se cuantifican y analizan a través de métodos estadísticos.

Definido el tipo de estudio, se decide cuál será el diseño, que estará condicionado por la factibilidad. En seguida se resumen los diseños que se pueden usar según la pregunta de investigación y el tipo de estudio y que son los más frecuentemente utilizados en investigación

1. Factibilidad Operativa: Se refiere a todos los recursos humanos que participan en procesos, en otras palabras, en que intervienen personas para la ejecución de aspectos operativos del proyecto.

2. Factibilidad Técnica: Se refiere a recursos como herramientas, equipamiento, insumos, infraestructura, que resultan imprescindibles para todas las fases de ejecución de un proyecto. Para la fase final es importante incluir dentro del equipo de co-investigadores el apoyo estadístico para el análisis de los datos.

3. Factibilidad Económica: Se refiere a los recursos económicos necesarios para alcanzar los objetivos planteados.

4. Factibilidad Ética y Legal: El investigador está en la obligación de responder, a lo menos, las siguientes preguntas respecto de su proyecto de investigación:

- ¿Puedo defender su aporte al conocimiento clínico como valor social?
- ¿Cuál es su validez científica? (resulta esencial el diseño metodológico).
- ¿Los potenciales beneficios son sustancialmente mayores a los riesgos?
- ¿Los sujetos participarán voluntariamente y otorgarán su consentimiento con información adecuada y sin coerción?

B. Investigación en gestión de calidad: La medición y control de la calidad y seguridad en los procesos de salud, son funciones inherentes de la enfermería y constituye una parte esencial y cardinal para garantizar una gestión y ejecución del cuidado del paciente con los mejores estándares disponibles.

El profesional de enfermería es el que generalmente conforma o lidera las unidades de calidad de los centros asistenciales. Son los que construyen las normas de calidad y seguridad de los procesos, los indicadores de proceso y de resultado y son parte de las comisiones de acreditación de las instituciones de salud. La investigación en la calidad y seguridad implica:

- Identificar problemas a través de estudios observacionales descriptivos y/o analíticos.

- Proponer soluciones de mejoría y evaluar la incorporación de las medidas a través de indicadores, con estudios internacionales analíticos.

Existen varios escenarios donde los estudios de evaluación de la calidad y la seguridad son necesarios. Es relevante saber que la calidad se mide en tres áreas: en los procesos, en la estructura y en los resultados. Algunos ejemplos de áreas de estudio son:

- a) La efectividad de los procedimientos, con indicadores de resultado.
- b) La eficiencia del o los procesos y el uso de los recursos (humanos, tiempo y/o económicos), con indicadores de proceso.
- c) La satisfacción del usuario ya sea en la atención directa al paciente o del personal de salud que proporciona la atención.
- d) La evaluación del acceso que tiene el usuario a ésta.

Registros con fines de investigación

La revisión de fichas clínicas ha sido la piedra angular de la investigación científica por décadas. Los registros en salud son una oportunidad para el desarrollo de investigación y para mejorar las prácticas clínicas; identificar factores de riesgo, estudiar la epidemiología de las enfermedades, conocer la realidad local, calcular expectativas de vida y reconocer oportunidades para un mejor cuidado en salud. La enfermera tiene un importante rol en la implementación y mantenimiento de los registros con fines de investigación en las diferentes instituciones de salud, principalmente en aquellas donde existe registro electrónico. Este último recurso ha permitido utilizar la información clínica para responder preguntas de investigación con el objetivo de aumentar el conocimiento en determinadas áreas y, por otro lado, ha sido una herramienta para mejorar el cuidado del paciente a través del análisis de la práctica de enfermería diaria. La información de la atención brindada por la enfermera y por el resto del equipo de salud permite analizar los recursos humanos disponibles en cada servicio, hacer estudios de costo-efectividad, detectar posibilidades de mejoras en el cuidado diario de nuestros pacientes, determinar y medir resultados en relación a nuestra atención.

Es necesario que cada registro con fines de investigación esté contenido dentro de un protocolo específico, donde se deben detallar la justificación que llevó a la creación del registro en particular, los objetivos, los responsables dentro de la institución quienes deben conocer toda la investigación que se genere a partir del él, los criterios de inclusión, las variables que se incluirán y cómo será el proceso de recolección de la información, cómo se mantendrá la confidencialidad de la información, cómo se realizará la cesión de datos a

terceros en caso que surja la necesidad de colaborar con otro centro y el proceso de consentimiento informado. Este protocolo debe ser aprobado por la institución y por el Comité de Ética local.

Coordinación de proyectos de investigación

La administración y organización de los recursos es parte de la labor de enfermería y no es raro que se solicite a las enfermeras y enfermeros clínicos que colaboren en proyectos de investigación, organizando los procedimientos que requiere el estudio, midiendo y/o registrando las variables del estudio. En concordancia a estas competencias inherentes a las y los enfermeros, surge el otro campo de desarrollo en la investigación que es la gestión y coordinación de proyectos de investigación.

Para que un proyecto sea factible debe contar con un profesional capaz de preparar, planificar, ejecutar y cerrar una investigación clínica. Los investigadores muchas veces ven afectado el desarrollo del estudio, por la dificultad que implica la planificación y ejecución de las diversas etapas y procesos del proyecto.

Para la ejecución de un proyecto de investigación, se deben cumplir los siguientes procesos: la planificación y preparación previa al reclutamiento de los sujetos que conformarán la muestra, la ejecución, el control durante el seguimiento y la finalización o cierre del estudio. Estas etapas implican:

- Preparación y planificación de un proyecto de investigación, gestión de la puesta en marcha del proyecto, coordinación de los aspectos éticos y legales en la gestión de un proyecto de investigación.
- Coordinación y gestión de los procesos durante la ejecución: proceso de consentimiento/asentimiento informado, manejo de la información, manejo de muestras, descripción estadística de los resultados, control de recursos y datos durante el desarrollo de un proyecto de investigación y otros.
- Coordinación y gestión de los procesos para el cierre del estudio. Esta labor se puede realizar desde una Unidad de Estudios Clínicos o siendo parte de un grupo clínico que desarrolla investigación.

Epidemiología y Metodología de la Investigación

Formando parte de una unidad de epidemiología o una unidad de investigación, la enfermera(o) puede realizar las siguientes labores:

- Apoyar y asesorar en la construcción y/o revisión de proyectos de investigación.
- Asesorar en la evaluación de la validez interna y externa de la evidencia publicada, a través de la lectura crítica de la literatura biomédica.
- Realizar docencia en metodología de la investigación, de análisis crítico de la literatura biomédica, en talleres, cursos, diplomas o magíster, según corresponda.
- Apoyo para la construcción y mantenimiento de registros con fines de investigación.
- Revisar metodológicamente proyectos de investigación.

I.5.4. ENFERMERAS(OS) Y SUS COMPETENCIAS EN INVESTIGACIÓN

El profesional de enfermería tiene las competencias de conocimiento científico, técnicos y humanistas que le confiere el estudio sistemático y universitario. Su alta calidad profesional le permite realizar la gestión y ejecución del cuidado y, por ende, ser consecuente con los deberes y responsabilidades inherentes a su carrera. Un cuidado de alta calidad depende de estas capacidades y habilidades. El estudio y acceso permanente a la evidencia científica les permite mantener sus conocimientos actualizados y la búsqueda de respuestas a preguntas que nacen de su quehacer clínico.

Es un hecho que las o los enfermeros no solo tienen la capacidad para la atención clínica, sino también de investigación, sólo deben desarrollarla. Orellana & Sanhueza (9) definen la competencia de los profesionales de enfermería en investigación como: “Las capacidad de la enfermera(o) asistencial de demostrar aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para generar, validar y clarificar los conocimientos que permitan encontrar y dar solución a los problemas de la práctica de enfermería, mejorar la calidad del cuidados y al mismo tiempo la calidad de vida de las personas involucradas”.

La enfermera(o) tiene competencias profesionales porque tienen el nivel de licenciatura que la o lo habilita para realizar investigación. Estas son de tres tipos y se describirán brevemente:

1. **Competencias genéricas:** Las competencias genéricas son aquellas que son esenciales a la profesión y que sin ellas no es factible ejercer la enfermería. Estas son el compromiso ético y la capacidad de trabajar en equipo. Llevar a cabo el cuidado del paciente no es posible sin abrazar un código de ética como parte inherente del quehacer asistencial. El trabajo en equipo es parte del cuidado del paciente y la organización y coordinación del equipo de salud es una tarea que tiene que realizar la enfermera(o).
2. **Competencias específicas:** La formación universitaria del profesional de enfermería lo obliga a estudiar y comprender los fundamentos científicos y biológicamente plausibles de los cuidados que se le entregan al paciente. Los procesos y procedimientos que implica la gestión y ejecución del cuidado deben estar basados en la evidencia científica disponible. Esto implica un continuo estudio, actualizando los conocimientos en forma permanente durante el ejercicio profesional. Es por ello que la competencia específica es la conciencia y la necesidad de fundamentar la práctica en resultados de investigación científica, la capacidad para leer críticamente un artículo para fundamentar la práctica en la mejor evidencia disponible.

En este nivel, la enfermera(o) debe poder participar de grupos de investigación, como colaborador, proponer temas de investigación derivados de la práctica clínica y realizar estudios descriptivos dentro de un grupo de investigadores.

3. **Competencias en publicación:** El proceso de la investigación contiene varias etapas, que se inicia con la pregunta de investigación y finaliza con la respuesta a esta pregunta. Para la búsqueda científica de ésta, se debe pasar por todas las etapas y elementos del proceso de investigación científica. Estas son:
 - Pregunta de investigación.
 - Plantear una hipótesis, objetivo general y específicos.
 - Elegir un tipo y diseño de estudio que permita cumplir con los objetivos y probar la hipótesis.
 - Construir una metodología que permita prevenir el sesgo y garantizar la validez interna y externa del estudio.
 - Definir el lugar, periodo y población de estudio: Criterios de inclusión y exclusión.
 - Realizar las mediciones que corresponda y exija el estudio.
 - Elaborar un método de control de sesgo: Información, selección y confusión.
 - Presentar la maniobra del estudio.
 - La planificación del análisis estadístico.

- Presentar los aspectos éticos que se debe preocupar de controlar el proyecto.
- Presentación de los resultados.

Sin embargo, todo lo anterior será en vano si no se muestra a la comunidad médica y de los profesionales de la salud y la forma de comunicación que perdura en el tiempo es a través de la publicación del estudio. Lo que no se publica, no existe. Nadie podrá conocer los resultados y conclusiones del estudio, si no está publicado. Si el estudio no se plasma en un escrito científico, no será parte de la evidencia disponible, lo que no permitirá incrementar la evidencia.

Los factores que obstaculizan el desarrollo de estas competencias ya han sido mencionados, sin embargo, las enfermeras(os) tiene las herramientas, las capacidades y habilidades que les permiten superar los obstáculos, sólo se necesita motivación, adquirir conocimientos.

1.6. MÉTODO CIENTÍFICO Y APLICACIÓN A LA SITUACIÓN DE LA ENFERMERA

La enfermera vive en una sociedad determinada, en la que existen valores declarados, propios de esa cultura y del grado de desarrollo socio económico alcanzado; pero sobre todo, de la forma que tiene la sociedad para distribuir sus riquezas. Esos valores sociales tienen que estar contenidos en las profesiones que tienen mayor connotación en la sociedad, entre las cuales se encuentra la enfermería, por estar relacionada directamente con los mayores valores del hombre: su vida y su salud. De ahí la importancia de capacitar a las enfermeras, desde el punto de vista teórico, en materia ética, para que puedan luego, demostrar en la práctica, con su conducta moral, la aplicación de los principios, normas y valores de la ética, tanto aquellos universalmente reconocidos, como los propios de su cultura, sociedad y profesión.

En este sentido, este artículo tiene el objetivo de apoyar a la docencia de enfermería en la aplicación del método científico de la profesión, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), visto desde el prisma de la ética y la bioética. Esta última, una joven disciplina de apenas treinta años; pero que ha venido conmocionando al mundo, tal y como hiciera en su tiempo el Renacimiento, al volver la mirada de los hombres a los hombres mismos, con su carga de espiritualidad, que justamente hace diferente la materialidad del hombre de la del resto de los seres vivos. Esa relación que establece el hombre con su medio físico social, visto a la luz de los valores morales, es lo que define a la bioética.

Desde mediados de los años 50, varias teóricas de la enfermería habían comenzado a formular sus consideraciones acerca del método de actuación profesional de las enfermeras: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el que fue realmente considerado un proceso, por primera vez, por Lidia E. Hall, enfermera norteamericana, en 1955.

En el Congreso de Montreal, Canadá, en 1929, se había presentado la primera propuesta de crear un código internacional de ética de la profesión que no fue aprobado hasta 1953.

Veinte años más tarde, en 1973, el código fue modificado, a la luz del desarrollo de la profesión y especialmente en lo concerniente a los cambios producidos en cuanto a la tradicional y absoluta subordinación al médico.

En 1977, Virginia Henderson, quien fuera más tarde (1985) ganadora del premio Christianne Reiman, en la reedición de su libro "Principios Básicos de Enfermería", le había incluido su ya bien conocida definición de enfermería:..... "la asistencia al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma...tareas que él podría resolver sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad y conocimientos necesarios".

1.6.1.El sistema de valores profesionales en enfermería

El estudio de la moral forma parte actualmente de una ciencia particular, la ética, la cual integra las ciencias sociales, es decir las ciencias que se ocupan de estudiar las relaciones establecidas entre los hombres en el proceso de producción y reproducción de su vida material, relaciones que no se limitan, por supuesto, a las puramente económicas, sino que abarcan todas las relaciones sociales, materiales y espirituales como son: producción, distribución y consumo de los bienes materiales, lucha contra las fuerzas de la naturaleza, vida familiar, vida social, espiritualidad y como parte de esta última, también las creencias (Alonso D. Ética y Deontología Médica. La Habana; 1979).

La moral ha encontrado en la ética una racionalidad, no solo valorativa en cuanto a sus funciones normativas, sino para la formación consciente de los valores que deben regular la conducta y la coexistencia humanas. Los valores, por su parte, son objetivos, porque objetiva es la actividad práctico-material de la cual ellos surgen. Y este propio hecho de que los valores surjan y participen en la actividad práctico-material de los hombres provoca que ellos adquieran una connotación social.

Los valores morales son las necesidades más significativas de los hombres traducidas en las tendencias del desarrollo social y expresadas en forma de ideal; son los intereses de la sociedad traducidos al plano de la conciencia social. Los valores se reflejan en la conciencia de los hombres en forma de valoraciones.

La valoración presupone no sólo el reflejo de la significación del objeto para el sujeto, sino además su concientización, la asimilación de la relación entre las necesidades propias y los objetos que las satisfacen.

Valorar puede sólo el hombre poseedor de conciencia y autoconciencia. De tal forma, los valores no existen fuera de las relaciones sociales, fuera de la sociedad ni del hombre. Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico-concreto. Por eso, como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social. Aquello que favorece el desarrollo progresivo de la sociedad constituye un valor, aquello que lo dificulta u obstaculiza representa un antivalor.

La enfermería, en tanto que profesión, tiene también sus propios valores que se desvían de los universalmente reconocidos; adecuados a la práctica concreta de su campo de actuación. Pero como la enfermería se desarrolla en una sociedad determinada, con sus propios valores reconocidos en cada país, la profesión de enfermería incorpora, a los valores profesionales universales aquellos que se corresponden con su sociedad particular.

El sistema de valores, tanto de una sociedad como de una profesión, se expresa en principios, virtudes y normas o preceptos éticos, que obligan moralmente a los sujetos y se traducen en los llamados deberes morales.

La ética médica tradicional está basada en 2 principios fundamentales: no dañar y hacer el bien. Ambos principios regulan el actuar de los médicos y les hace contraer deberes morales con respecto a las personas que atienden. Hoy día con la atención familiar y comunitaria estos deberes morales del médico se extienden también a los sujetos de la comunidad que también reciben su atención (Pellegrino E. Medical ethics. Education and the physician's image. Jama 1976).

La enfermería, desde su surgimiento como profesión, gracias a la labor de Florence Nightingale, hizo también suyos estos principios éticos de la medicina; pero además añadió otros 2 principios: la fidelidad al paciente y la veracidad de su expresión. El primero es sinónimo de amor, respeto y compromiso; entre este último se encuentra la confidencialidad. En el caso del segundo, la veracidad tradicionalmente ha estado más vinculado al ejercicio responsable de la profesión.

La fundadora de la enfermería profesional vivió en la Inglaterra Victoriana que contribuyó a la formación de un carácter fuerte que permitió reclamar, con mucha valentía, la necesidad de cultivar en las enfermeras las mejores virtudes morales. Entre las virtudes que deben caracterizar a una buena enfermera están: la honestidad, la dignidad profesional, la prudencia, la paciencia, la solidaridad y la modestia.

1.6.2. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y sus implicaciones éticas

Hasta muy recientemente, la mayoría de las conceptualizaciones teóricas acerca de la ética, e incluso propuestas de modelos de procedimientos para la toma de decisiones éticas, no atañían directamente a las enfermeras, pues estas no sólo eran vistas como un personal subalterno y dependiente, sino que en realidad lo eran, puesto que todo su actuar profesional estaba vinculado sólo con el cumplimiento de las indicaciones médicas.

De ahí que la mayoría de los problemas morales de la profesión de enfermería estuvieron circunscritos a "si la enfermera había o no cumplido correctamente las indicaciones médicas". Pero a partir de la segunda mitad de este siglo, con el reconocimiento de la enfermería como ciencia constituida, con su propio cuerpo teórico-conceptual y su método de actuación, esta profesión elevó su rango académico y, al alcanzar el nivel universitario, se vinculó, en un plano de igualdad, con otras profesiones, en la atención de las personas, familias y comunidades en el proceso de salud-enfermedad.

Las enfermeras, por tanto, aunque han continuado realizando acciones dependientes de las órdenes médicas han sumado las acciones interdependientes, con otros profesionales del equipo de salud; pero lo más importante de todo, han iniciado la realización de un grupo, cada vez más numeroso, de acciones independientes, frente a las cuales son las únicas responsables, tanto desde el punto de vista de la competencia y desempeño profesional demostrado en su actuar, como desde el ángulo de la ética. Especialmente en la atención primaria de salud, donde la enfermera aplica con amplitud el enfoque socio-psico-biológico que su profesión imprime al proceso salud-enfermedad.

Toda vez que su método de actuación profesional, el PAE, está dirigido a identificar las respuestas humanas de las personas, familia y comunidad que atiende ante las posibles alteraciones de sus patrones de salud y con el propósito de realizar la intervención adecuada, a la enfermera, desde el

punto de vista de su ciencia particular y su correspondiente campo de actuación, le interesa mucho conocer los valores morales de las personas. Pero la enfermera de la atención secundaria y terciaria no tiene por qué perder su enfoque socio-psico-biológico del proceso salud-enfermedad y, por otra parte, en estos niveles de atención, en los que cada día se hace cada vez más patente la invasión de la compleja y deshumanizante tecnología, la enfermera continúa aportando el precioso vínculo de la necesaria humanización de los cuidados al paciente y su familia.

No obstante, la enfermera de los tiempos actuales tiene que incorporar modificaciones sustanciales en su actuar. Tradicionalmente ha sido asociada la función de la enfermera a la de madre y esposa, la que está atenta a proveer de todo lo necesario a sus seres dependientes; pero al mismo tiempo, ese reconocimiento le ha permitido suplantar el derecho de sus dependientes a saber y decidir sobre las acciones que, sobre su propia persona, realizan a diario, sin apenas una información.

Es hora ya de que las enfermeras, que siempre han preconizado el respeto al paciente que atienden, reconozcan que ese derecho abarca el reconocimiento de sujeto autónomo, capaz de elegir lo mejor para él, si está debido y oportunamente informado de los beneficios, riesgos y consecuencias de los cuidados que se intenta prodigarles.

Otro importante elemento a tomar en cuenta es la correcta priorización de los pacientes que deben ser atendidos, así como la jerarquización, en el caso de un paciente particular, de las necesidades básicas más urgentes de satisfacer, pero, sobre todo, la prudente preparación de equipos, materiales y medicamentos necesarios para enfrentar cualquier emergencia en el servicio donde desarrollan sus actividades.

Todo lo anterior sólo podrá hacerse si se cuenta con enfermeras que posean buena competencia y desempeño profesional, puesto que sólo podrá evitarse el daño al paciente y, al propio tiempo, asegurarle el bien necesario, si se sabe hacer bien su cometido.

En la atención secundaria y terciaria, la enfermera enfrenta a diario la atención de pacientes que requieren cuidados especiales o intensivos, que resultan por tanto, aislados de sus seres más allegados afectivamente, y el stress que sufren, tanto el paciente como sus familiares y amigos más próximos, podría ser aliviado si las enfermeras dejaran de actuar mecánicamente como defensoras de reglamentos rígidos institucionales que van en contra del bienestar social y psicológico de esos pacientes.

1.6.3. Las relaciones éticas entre colegas

Las relaciones entre colegas y otros profesionales deben estar basadas en el respeto al ser humano, el respeto a sí mismo, el respeto a la existencia, opiniones y decisiones de los otros.

El ser humano es irreplicable, de ahí que, aunque se proceda de una misma etnia, cultura, sistema de creencias, sistema socioeconómico, y hasta compartan la misma ideología política, no es posible encontrar 2 personas exactamente iguales, ni que piensen y sientan igual y reaccionen de igual forma ante los mismos fenómenos.

Las relaciones humanas tienen que estar basadas en el reconocimiento a la existencia del otro, con todas sus diferencias y todos sus derechos y deberes incluidos. El debate de las ideas, ya sean científicas, religiosas o políticas, tiene que estar basado en el reconocimiento al derecho del otro a expresar sus opiniones. La tolerancia frente a ideas diferentes no significa, en modo alguno, que se asuma o se haga lo que se tolera. Ni mucho menos que se admitan acciones, fundamentadas en esas ideas diferentes, que proporcionen mal a los involucrados o a terceros. En el plano científico y profesional, en el campo de las profesiones sanitarias, lo anterior significa que se reconozca el espacio de cada una de las ciencias y profesiones que interactúan frente a un mismo fenómeno o con los mismos sujetos.

La enfermería es una profesión que sustenta su actuar en un sistema de conocimientos reconocido como ciencia ya constituida, la ciencia del cuidado. Ninguna otra profesión la respetará suficientemente si los propios profesionales de esta rama del saber no comienzan por respetarla ellos mismos. Esto quiere decir que si las enfermeras no le aportan toda la científicidad a su actuar profesional, no podrán nunca exigir que se le respete como ciencia constituida.

El respeto entre colegas y otros profesionales no significa, en modo alguno, el hacerse cómplice de lo mal hecho. De lo que se trata es de analizar los problemas científicos y profesionales en el lugar y el momento adecuado, lo que quiere decir entre los propios profesionales y en el momento en que ocurren los hechos. Recordar siempre que en materia ética, igual que en la práctica médica de enfermería, prevenir vale más que curar.

Se puede concluir que el cambio de actitudes, mucho más que los cambios de actuaciones, requieren de un trabajo sistemático para formar y reforzar valores que permitan la generación de compromisos encaminados hasta objetivos bien definidos. Esto sólo podrá lograrse si la captación, la divulgación de las teorías y experiencias más serias y útiles, y el propio ejemplo personal de los

docentes y máximos gerentes de la actividad están centrados en una estrategia en la cual el hombre es, en esencial, el fin y no simplemente el medio.

La conducta ética, tal y como expresara una gran teórica de la enfermería, no es el reflejo de la rectitud moral de cada persona en tiempos de crisis; es la expresión día a día del compromiso de cada uno con las demás personas y las formas en que los seres humanos se relacionan con otros en sus interacciones diarias. La investigación científica es sistemática, empírica y crítica:

- Que sea sistemática implica que hay una disciplina para realizar la investigación científica y que no se dejan los hechos a la casualidad.
- Que sea empírica se debe a que se recolectan y analizan datos.
- Que sea crítica quiere decir que se evalúa y mejora de manera constante.

La investigación científica puede ser más o menos controlada, más o menos flexible o abierta, más o menos estructurada, pero nunca caótica y sin método. La investigación científica cumple dos propósitos fundamentales:

1. Producir conocimiento y teorías (investigación básica).
2. Resolver problemas (investigación aplicada).

1.6.4. El método científico en enfermería

Por otro lado, el método científico es procedimiento para conseguir los objetivos propuestos en la investigación. El método científico se refiere, por tanto, al procedimiento ordenado y sistemático que se utiliza para conseguir los objetivos propuestos y, trata de contestar a las preguntas e interrogantes que se plantean en un proyecto de investigación. Está sujeto a dos características principales:

- Carácter empírico; tiene como primer y último referente la experiencia, la observación y el control.
- Carácter replicable; todos los pasos seguidos hasta llegar a él son susceptibles de ser repetidos de forma idéntica.

El objetivo es el eje en torno al cual se desarrolla un diseño del estudio y es la base para decidir los criterios de selección de los pacientes y las variables epidemiológicas, independientes y dependientes, que van a ser medidas y evaluadas en la investigación.

A partir de un objetivo general que se pretende estudiar, se realizan matizaciones y se establecen, generalmente, una serie de objetivos específicos más concretos. El modo de actuar de la razón humana es básicamente de dos formas:

1. Método inductivo; Desde observaciones particulares a la proposición general o universal. Es el más utilizado por las Ciencias Fáticas como las Ciencias de la Salud, incluyendo la Enfermería. Este método es la forma habitual de proceder en la mayoría de los estudios e investigaciones.

2. Método deductivo; Desde proposiciones generales a las premisas particulares. Utilizada por las Ciencias Lógicas como la Matemática.

UNIDAD II: NORMATIVA PROFESIONAL

2.1. NORMAS CONSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS Y CIVILES DE IMPLICACIÓN EN LA ÉTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Los profesionales en Enfermería son titulares de derechos fundamentales o constitucionales en virtud de los cuales alcanzan esa formación profesional y el ejercicio posterior de la misma. En virtud del derecho fundamental a la libre elección de profesión y oficio, la persona escoge de forma autónoma y libre la profesión acorde a su vocación. Gracias al derecho constitucional al libre ejercicio profesional, la persona ejerce los conocimientos adquiridos y procura alcanzar bienestar y existencia digna para sí y su familia, y con ese ejercicio profesional aporta a la comunidad. El ejercicio de ambos derechos fundamentales satisface otro de igual rango: el derecho al desarrollo de la personalidad. Ahora bien, el ejercicio de esos derechos no es ilimitado, encuentran límite en los derechos fundamentales de los demás, en la moral social y en normas de orden público.

El Colegio Profesional y la exigencia de responsabilidad se erigen fundamentalmente como garantías a favor de los usuarios de los servicios que ofrecen esos profesionales colegiados. Sin embargo, la imputación de responsabilidad al profesional por posibles infracciones a reglas técnicas, jurídicas y éticas que dan lugar a la responsabilidad penal, civil, administrativa o ético disciplinaria, según cada caso, debe observar las garantías del debido proceso, tendientes a garantizar los derechos de defensa y de inocencia que le asisten a todo imputado (se utiliza este concepto en sentido amplio). La responsabilidad es pues una garantía del usuario frente al profesional.

El debido proceso es una garantía del profesional frente a quien le denuncia o demande y frente a la autoridad administrativa o judicial encargada de definir su situación legal. En las siguientes líneas se pretenden exponer las ideas principales que caracterizan los derechos de libre elección y ejercicio profesional, y en relación con ellos, el Colegio Profesional, los distintos tipos de responsabilidad en las que puede incurrir una persona en su ejercicio profesional y finalmente, los principios y garantías que deben observarse cuando se le siga un procedimiento disciplinario en su contra.

La importancia de distinguir entre responsabilidad patrimonial objetiva y subjetiva En este punto se debe distinguir la responsabilidad objetiva patrimonial de la administración (por ejemplo, la Caja

Costarricense de Seguro Social), de la responsabilidad subjetiva (patrimonial) del servidor público o en su caso, del profesional en actividad privada. En efecto, el funcionario solo responde patrimonialmente por los daños provocados con dolo (intencionalidad de causar el daño) o culpa grave (falta grave al deber de cuidado). En este último caso, la Ley General de la Administración Pública excluye los daños producidos cuando ha mediado culpa leve (art. 203 LGAP).

El funcionario responde ante terceros (víctimas) o ante la administración (ejemplo, la Caja o el Ministerio de Salud) por la lesión que haya ocasionado con dolo o culpa grave en ejercicio de sus funciones o utilizando los medios y oportunidades del cargo a los administrados o a la propia administración. Por el contrario, la responsabilidad objetiva de la administración obliga al ente público a responder por las lesiones antijurídicas (que no tenía la obligación jurídica de soportar) que haya sufrido el administrado en su patrimonio o en su persona (integridad física o moral), aunque tal daño sea producido por el actuar lícito, normal, anormal o ilícito de ésta. En otras palabras, la administración responde hasta por los daños causados por la conducta indebida de sus funcionarios, siempre que al menos exista algún nexo causal entre la lesión y los medios, oportunidades y actuaciones administrativas.

La responsabilidad objetiva de la Administración Pública En general, se puede decir que la Administración Pública responde siempre que el daño le sea imputable y se trate de un daño efectivo (existente, no eventual), evaluable económicamente, individualizable (en una persona o grupo de personas), salvo cargas comunes de la vida social (art. 196 y 194 LGAP). Para que la responsabilidad subsista, al menos uno de los sujetos productores del daño tiene que ser la Administración Pública. En efecto, la lesión puede ser causada exclusivamente por la administración o en concurrencia con la víctima o un tercero, en tales casos la Caja o cualquier otro ente público responde exclusivamente por la porción que le corresponde. Para que exista responsabilidad de la administración se requiere la existencia de un nexo causal entre el daño y el actuar de ésta. Para ello se analiza que la conducta o hecho administrativo sea idóneo para producir la lesión. El nexo causal puede verse roto por razones de fuerza mayor, falta de la víctima o hecho de un tercero. En los tres supuestos mencionados, la administración quedará exenta de responder por la lesión infringida. Sin embargo, en materia de contratación administrativa, especialmente en el contrato de obras o concesión de servicio público, la administración puede participar indemnizando los daños causados al contratista por la fuerza mayor, pero esta indemnización no se fundamenta en el principio de responsabilidad, sino en el de solidaridad y en el interés público comprometido. La lesión, según la teoría de la responsabilidad

objetiva, se encuentra totalmente desligada del concepto de falta, como sí lo está en la responsabilidad subjetiva.

Lo importante del concepto de lesión, es determinar que efectivamente un administrado o grupo de ellos ha recibido en su patrimonio o en su persona (honor, intimidad, en su cuerpo, etc.) algún daño antijurídico, esto es, que no tenía la obligación jurídica de soportarlo (Art. 197 LGAP). El requisito para indemnizar el daño es que concurren tres supuestos: un perjuicio patrimonial (art. 197 LGAP), ausencias de causas de justificación (art. 195 LGAP) e imputación del daño en su totalidad a la administración o concurrentemente a ésta. La atribución de responsabilidad o imputación surge con la verificación del nexo causal. Para imputar a la administración una lesión producida por una conducta de un enfermero o enfermera, basta verificar que la persona física se encuentra integrada en la organización administrativa (por ejemplo, nombrado) y que la lesión fue producida en ejercicio de sus competencias o simplemente valiéndose o con ocasión del tiempo, los medios y las oportunidades del puesto (art. 191 y 192 LGAP). En otras palabras, la garantía alcanza hasta donde se extiende el servicio o la ilicitud del funcionario (art. 191 LGAP). Basta para imputar responsabilidad a la persona jurídico pública (Caja) la apariencia externa del acto o la apariencia de investidura del funcionario. Así, por ejemplo, es irrelevante si la enfermera o el enfermero se encuentra nombrado irregularmente, si está desempeñando el puesto sin haber sido nombrado oficialmente o si se trata de un funcionario de hecho, basta la apariencia razonable de investidura para que la Caja responda por las consecuencias de sus actos.

Una vez que se ha comprobado la existencia del daño o lesión, que tal daño es imputable a la administración y se ha atribuido la responsabilidad, surge la obligación jurídica de reparar. La reparación debe ser plena (art. 202 LGAP). La reparación es una garantía y un límite. Es una garantía para la víctima de que se le devolverá al status original, con anterioridad al daño acaecido y de que, por tanto, la reparación sólo alcanzará la magnitud del daño y perjuicio causado, ni más ni menos. Se trata de un límite, por cuanto mediante esta garantía debe evitarse que la víctima resulte enriquecida más allá de lo que le corresponde justa, integral y plenamente por la lesión padecida (art. 202 LGAP). En definitiva, la Administración Pública responderá directa o solidariamente (como garantía a los administrados, art. 199.4 y 201 LGAP) por los daños que éstos sufran en su patrimonio o persona como consecuencia de los actos de sus funcionarios en general y de los profesionales en enfermería en particular, como por ejemplo, la lesión causada a un paciente por el suministro erróneo de un medicamento o por un aborto.

La Caja o cualquier otro ente público no responderá cuando la conducta del servidor aparece totalmente desligada de la administración, de sus competencias, del tiempo, del lugar, los medios y

las oportunidades que el cargo brinda, en tal caso, la responsabilidad es directa y exclusivamente del funcionario. Ahora bien, que la administración responda ante los administrados, incluso por las conductas ilícitas de sus funcionarios cuando existe alguna conexión con la administración (medios, oportunidades, lugar, etc.), no significa de ninguna manera que el funcionario queda impune. Lamentablemente, en muchos casos eso sucede así porque la administración no va contra el funcionario a resarcirse de los daños causados o de los pagos realizados.

Pero en buen Derecho, la administración está obligada a exigir, cuando proceda, la responsabilidad patrimonial al funcionario (Art. 203 LGAP). Una práctica contraria a este principio fomenta la actuación irregular de los funcionarios públicos. La responsabilidad subjetiva patrimonial de los funcionarios públicos Todas las personas físicas y jurídicas privadas, como regla general, responden subjetivamente por los daños causados con su comportamiento (en el Derecho privado la responsabilidad objetiva es la excepción). La responsabilidad subjetiva o personal puede ser penal, administrativa o disciplinaria. En este punto se tratará sólo un tipo de responsabilidad subjetiva, la patrimonial o civil. En virtud de lo anterior, los servidores públicos responden subjetivamente tanto ante terceros como ante la propia administración (art. 199 y 210 LGAP). La característica principal es que esta responsabilidad se centra en el concepto de culpabilidad (dolo o culpa) y no en el de lesión antijurídica propio de la responsabilidad objetiva. La imputación de responsabilidad se excluye desde el análisis del comportamiento cuando este ha sido provocado por la persona, pero actuando como mera masa o bien por un hecho de la naturaleza Para que proceda la responsabilidad patrimonial o civil de un funcionario público se requiere que haya causado un daño a intereses jurídicamente relevantes de otro sujeto, mediante un comportamiento (conducta activa u omisiva) y se establezca una relación de causalidad entre el daño y el comportamiento del funcionario.

El daño tiene que aparecer como la consecuencia directa e inmediata de la conducta. La conducta (causa) tiene que aparecer como adecuada o eficiente para producir el daño, según criterios de probabilidad, razonabilidad, regularidad, etc. La causalidad la excluye únicamente que el daño haya sido provocado por fuerza mayor, hecho de un tercero o hecho de la víctima. El daño debe darse sobre intereses jurídicamente relevantes: derechos subjetivos o intereses legítimos. El daño debe probarse. Para la imputación de responsabilidad al sujeto productor del daño se requiere además del nexo causal que medie culpabilidad. La culpa en la responsabilidad subjetiva que se refiere al dolo o culpa en sentido estricto. El dolo es la intencionalidad del sujeto de producir los efectos dañosos en el patrimonio jurídico del afectado. La culpa es la negligencia (omisión de diligencia debida), imprudencia (exceso de actividad negativa), impericia (ineptitud técnica). Puede darse un

concurso de culpas, en todo caso el sujeto responde por los alcances de su acto. La responsabilidad puede ser directa o indirecta (hijos, empleados, animales domésticos).

En la responsabilidad indirecta por los actos de sus empleados, la responsabilidad, por ejemplo, de una directora de enfermería o de la supervisora, podría ser in vigilando o in eligiendo, es decir, por faltar al deber de vigilar la conducta de sus subordinados o por faltas a las exigencias que el ordenamiento impone para nombrar a un funcionario.⁵ El caso fortuito excluye la culpa únicamente si se demuestra que se ha actuado con diligencia. La ilicitud civil es más amplia que la penal.

Además de la culpabilidad, para que se impute responsabilidad tiene que darse la antijuridicidad, esto es que aquel comportamiento dañoso no aparezca justificado por otras normas, valores o principios jurídicos del Ordenamiento. Así, si el acto es lícito no se indemniza el daño, lo que significa que el Derecho tiene esos valores por superiores. Aquí hay una diferencia notoria con la responsabilidad objetiva y patrimonial de la administración, quien sí responde aunque la lesión se haya causado por la actuación administrativa normal y regular. En síntesis, excluye la culpabilidad en la responsabilidad subjetiva del comportamiento lícito, el consentimiento del ofendido, la legítima defensa, el estado de necesidad o el ejercicio regular de un derecho. El resarcimiento o indemnización tiene por objeto restaurar el patrimonio jurídico del lesionado en su persona o bienes.

Así, para seguir con el método de los ejemplos, una falta personal... perfectamente podría constituir un delito y a la vez, generar responsabilidades administrativas y civiles; veamos: una conducta delictiva de un servidor público en el ejercicio de sus funciones, lo enfrentaría a una causa penal, una información administrativa disciplinaria de despido, y a un proceso civil por daños y perjuicios” (Sentencia de la Sala Constitucional No. 1022-93).

2.1.1. RESPONSABILIDAD PENAL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA

La responsabilidad penal es imputable exclusivamente al funcionario público, nunca a la administración o ente público. En efecto, la administración no responde penalmente. Solo se le puede imputar responsabilidad patrimonial por los daños que cause con su funcionamiento normal, anormal, legítimo, ilegítimo, con las salvedades que establece la Ley (art. 190 LGAP). Aunque hoy día en algunos supuestos también las personas jurídicas privadas son susceptibles de

imputación penal, todavía no se admite que un ente público pueda ser condenado por un tribunal penal, ni siquiera de índole internacional (jurisdicción internacional penal). En síntesis, únicamente las personas físicas y jurídico privadas son sujetos activos y pasivos del Derecho Penal. Los funcionarios públicos pueden incurrir en el ejercicio de sus funciones o más bien con ocasión de ellas, en una serie de delitos tipificados por la legislación penal. El delito como una acción típica, antijurídica y culpable El delito es en primer lugar una acción o conducta humana. El actor responde hasta donde alcancen los efectos directos de la acción realizada. En segundo lugar, se trata de una acción tipificada por la legislación penal como delito. En efecto, la conducta debe ser necesariamente típica y ajustarse en un todo al tipo, tanto objetivo como subjetivo (dolo o culpa), y siempre que se lesione el bien jurídico tutelado por la norma penal. En tercer lugar, la antijuridicidad es la contradicción de la conducta con el Ordenamiento jurídico (no medien causas de justificación). Finalmente, la culpabilidad es el reproche o imputación de responsabilidad penal al actor del delito.

2.1.2. IATROGENIA Y MALA PRÁCTICA

La iatrogenia se refiere al efecto dañino o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad diagnóstica o terapéutica del equipo de salud.

Abarca desde los efectos colaterales de los medicamentos, las secuelas de los procedimientos, los daños ocasionados por el uso de tecnología, etc., hasta los errores por acción u omisión de los prestadores de servicios. El profesional de enfermería puede verse involucrado en actos de iatrogenia con pacientes en aspectos físicos o biológicos, psicológicos o de tipo social, y puede hacerlo de manera voluntaria o involuntaria. La mala práctica (o malpraxis) es otra forma en que el profesional de enfermería puede producir iatrogenia, y ésta puede deberse principalmente a tres causas:

- **Por negligencia:** Se refiere al descuido, a la omisión o abandono del paciente que le provoque un daño.
- **Por ignorancia:** Cuando no se cuenta con los conocimientos necesarios y esperados en un profesional de enfermería para prestar un servicio que ofrezca seguridad a los usuarios.
- **Por impericia:** En el caso que nos ocupa, se refiere a la falta de habilidad del profesional de enfermería para aplicar en el paciente los procedimientos necesarios durante su atención y que son atribuibles a su ámbito disciplinar.

De una mala práctica de enfermería pueden derivarse tanto conductas tipificadas como delictivas, las que a su vez pueden ser de dos tipos:

1. **Delito culposo:** Es aquella conducta ilícita y delictiva en la que se ocasiona daño a otra u otras personas, pero en la que no hubo la intención de dañar (puede deberse a negligencia, ignorancia o impericia).
2. **Delito doloso:** En este caso la conducta ilícita y delictiva tuvo intencionalidad. Esto es, que el daño se ocasionó de manera consciente y voluntaria.

2.1.3. RESPONSABILIDAD CIVIL

Desde el punto de vista del Derecho (civil y penal), se considera “responsable” a un individuo, cuando de acuerdo al orden jurídico, es susceptible de ser sancionado. La responsabilidad jurídica siempre lleva implícito un “deber”. El deber u obligación legal es una conducta que de acuerdo a la ley, se debe hacer u omitir.

La responsabilidad legal señala quién debe responder ante el cumplimiento o incumplimiento de tal obligación. Por ejemplo, la enfermera (o) tiene el deber de no dañar, y cuando no cumple con ello, comete un acto ilícito, por lo tanto será responsable del daño y deberá pagar por él. Así, la responsabilidad civil es la obligación de indemnizar los daños y perjuicios causados por un hecho ilícito o por un riesgo creado (Bejarano Sánchez).

Causas de Responsabilidad Civil

- Responsabilidad por los hechos propios: Cada quién es responsable de su propia conducta.
- Responsabilidad por hechos ajenos: Se refiere a la responsabilidad de las personas de evitar que otras cometan hechos dañinos. Al respecto, hay dos grupos por los cuales se debe ser responsable: En el primero están los niños y los incapacitados (por ejemplo: Los padres son responsables de los actos de sus hijos). En el segundo están los daños causados por empleados y representantes. Tiene que ver con la selección del personal y con la supervisión técnica o administrativa del mismo, entre otros.
- Responsabilidad por obra de las cosas: Se considera que si el daño fue causado por cosas u objetos, el dueño de ellos será responsable de las consecuencias.

2.1.4. RESPONSABILIDAD PENAL

El ejercicio profesional de enfermería conlleva el riesgo de incurrir en conductas que constituyen infracciones a la normatividad jurídica. Este tipo de faltas en su mayoría, están establecidas en el Código Penal Federal y en las leyes reglamentarias, relativas al ejercicio de las profesiones, y en un momento dado, aunque no haya una legislación específica, pueden aplicarse a la enfermería.

Debido a la naturaleza propia de la práctica de enfermería, los casos legales en los que con mayor frecuencia puede involucrarse el profesional de enfermería son:

- **Revelación de secretos:** Se trata de una falta grave y se refiere a la revelación de información de tipo confidencial, confiada a la enfermera (o), por parte del paciente (Título Noveno).
- **Responsabilidad profesional:** Se refiere a la comisión de actos delictivos, ya sean dolosos o culposos, durante el ejercicio profesional (Artículo 228).
- **Falsedad:** Se refiere a la falta de veracidad en el manejo de datos, información, documentos o al rendir declaraciones ante una autoridad (Artículo 246).
- **Usurpación de profesión:** Se aplica a aquellos casos en que sin tener un título y una cédula profesional para ejercer una profesión reglamentada, se atribuya el carácter de profesionista, realice actos de esa profesión y ofrezca públicamente sus servicios con el objeto de lucrar (Artículo 250).
- **Lesiones y homicidio:** Es el punto más delicado y trascendente del trabajo en que el profesional de enfermería puede incurrir. Puede tipificarse como culposo o doloso, dependiendo de las circunstancias ya mencionadas anteriormente (Artículos 288 y 302).
- **Aborto:** Es uno de los hechos que se pueden encontrar altamente relacionados con el trabajo de enfermería. El artículo 331 (Código Penal Federal) establece la suspensión del ejercicio profesional por un período de 2 a 5 años, además de otras sanciones.
- **Abandono de personas:** Se refiere a la no atención de personas incapaces de cuidarse a sí mismas (niños, ancianos, etc., o a las personas enfermas), teniendo obligación de cuidarlos (Artículo 335).

Como podemos ver, son múltiples las causas por las cuales el profesional de enfermería puede verse involucrado en un problema legal. La primera línea de defensa al respecto, es conocer el marco legal y ejercer una práctica ajustada a la legislación en materia de salud, laboral, en la prestación de servicios, etc.

Una práctica disciplinada, argumentada jurídicamente y cautelosa, disminuirá el riesgo de tipo legal para el profesional de enfermería.

2.2. EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

El consentimiento informado debe contener al menos los siguientes apartados:

- Nombre del proyecto de investigación en el que participará.
- Objetivos del estudio, es decir, qué se pretende obtener con la investigación.
- Procedimientos y maniobras que se le realizarán a las personas en ese estudio.
- Riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio así como las molestias que pudieran generar.
- Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.
- Compensaciones o retribuciones que podría recibir por participar en la investigación.
- Aprobación del proyecto de investigación por un Comité de Ética de investigación en humanos.
- Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.
- Retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya dicho que sí) sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

El documento del Consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen éstos con el participante en el estudio. Además, debe estar marcado el nombre y la firma del investigador que obtiene el Consentimiento informado.

También deben de haber en ese documento datos para el contacto de las personas responsables y autoras del protocolo de investigación, tales como un teléfono o correo electrónico, por si requieren comunicarse para cualquier asunto relacionado con el proyecto de investigación. Su participación siempre es libre y voluntaria. Por lo tanto, en ningún momento debe sentirse presionado para colaborar en las investigaciones.

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

I.- Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es

necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

2.- Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aún cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).

2.3. LA IMPRUDENCIA PROFESIONAL

De acuerdo con el esquema neoclásico de la teoría jurídica del delito, se define la imprudencia o culpa por referencia a dos elementos constitutivos: la infracción del deber de cuidado y la previsibilidad.

El profesor Mezger, afirma que "actúa imprudentemente el que infringe un deber de cuidado que personalmente le incumbe y puede prever la aparición del resultado".

Sin embargo, no hay que incurrir en el error de considerar ambos conceptos como separados entre sí. La previsibilidad del resultado, junto a su evitabilidad, constituye un punto de partida en la determinación de la existencia o inexistencia de la infracción del deber de cuidado.

Consecuentemente, puede afirmarse que concurre imprudencia en quien realiza un hecho típicamente antijurídico, no intencionadamente, sino a causa de haber infringido el deber de cuidado que personalmente le era exigible.

El CP –EDL 1995/16398- distingue entre imprudencia grave y leve (que coincide con las antiguas categorías de temeraria y simple) según la intensidad de la infracción del deber llevada a cabo por el autor.

La imprudencia grave consiste en la omisión de la diligencia más elemental, por lo que viene a traducir las hipótesis de culpa lata.

La imprudencia leve se define ordinariamente por referencia al cuidado exigible al hombre medio, pero, conceptualmente, representa una fórmula residual que comprende todas las hipótesis de imprudencia (es decir, de omisión de la diligencia debida) en que no concorra gravedad.

Además el CP -EDL 1995/16398- prevé dos formas agravadas de imprudencia, entre las cuales, la impericia o negligencia profesional y la cometida por medio de vehículo de motor.

El legislador de 1995 ha reservado el castigo de la imprudencia a los supuestos expresamente previstos en la Ley (art. 12 CP -EDL 1995/16398-).

De esta forma se establece un *numerus clausus* en el régimen de punición de la imprudencia, mediante su previsión específica para cierta clase de infracciones, abandonando el sistema de las cláusulas genéricas del Código derogado (arts. 565, 586 bis y 600 -EDL 1973/1704-).

III. Estructura del delito imprudencia

En palabras de Mezger la "culpa" es "reprochabilidad" "la forma de culpabilidad conocida con el nombre de "culpa" es, según su naturaleza, idéntica al reproche normativo de culpabilidad". Continúa el profesor muniqués afirmando que "donde basta la "culpa" para el castigo, basta cualquier forma de culpabilidad pura".

Según el citado profesor "un fino indicio para probar esta identidad entre "culpa" y "culpabilidad" es que, en lo países de habla alemana, la palabra latina "Culpa" se emplea tanto para designar la "culpa" en sentido estricto como para designar la "culpabilidad" en general".

A) LA INFRACCIÓN DEL DEBER DE CUIDADO

Los dos pilares sobre los que descansa la citada estructura los constituyen, en primer lugar, la infracción del deber de cuidado y, en segundo lugar, la imputación del resultado antijurídico no querido.

○ El denominado deber objetivo de cuidado

En la estructura adoptada el denominado "deber objetivo de cuidado" no desempeña ninguna función ni conceptual, ni estructural, que pueda desplegar en la práctica resultados como los que aparentemente se pretenden con la citada categoría, es decir, contribuir a la delimitación de la imprudencia de forma segura y objetiva.

Puede decirse que no hay nada que responda a la idea de un deber general de cuidado. El deber hacer es individual y existe o no según las capacidades y potencialidades del individuo concreto. El cuidado generalmente exigible no es debido por el sujeto particular en la medida en que no le sea exigible personalmente, a él.

Otra cosa es que dicho cuidado generalmente exigible, en la medida en que toma como base las potencialidades del hombre normal, resultará personalmente exigible en la mayor parte de los casos y, en consecuencia, representará una pauta normativa de la mayor utilidad. De modo que para saber si el autor ha infringido el cuidado que personalmente le era exigible bastará, en un buen número de supuestos, determinar si su prestación ha quedado por encima o por debajo de lo normalmente exigible.

Para Cobo del Rosal y Vives Antón "mediante el recurso al cuidado normalmente exigible, determinaremos en muchas ocasiones si el hecho antijurídico puede reprocharse al autor. Pero la infracción de ese cuidado no es ni el objeto del reproche ni su fundamento.

La referencia al modelo normativo del cuidado generalmente exigible representa un instrumento auxiliar en la formulación del juicio de reproche, al que cabe conceder un cierto valor heurístico pero que no constituye un propio elemento del delito culposo".

- **El deber de cuidado como deber subjetivo**

En conclusión, la infracción del deber de cuidado ha de ser establecida por referencia al que podía y debía prestar, personalmente el autor.

B) EL RESULTADO Y SU IMPUTACIÓN

El resultado lesivo, resulta, en la estructura del delito imprudente un elemento esencial que se encuentra conectado a la infracción del deber de cuidado por un nexo causal o relación de causalidad que se erige en el primer presupuesto para la imputación objetiva del resultado. Es decir, desde una perspectiva abstracta la relación causal resulta un elemento lógico absolutamente insoslayable desde la perspectiva del tipo objetivo de delito cometido bajo la forma de culpabilidad imprudente.

Cuestión distinta la constituye el reproche culpabilístico bajo la forma de imprudencia que requiere de la afirmación de la previsibilidad y evitabilidad del resultado.

Los juicios de previsibilidad y de evitabilidad, necesariamente conectan el tipo objetivo abstracto con la concreta forma de realización del mismo imputable al autor.

IV. La imprudencia en la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la jurisprudencia menor

Existe abundante Jurisprudencia sobre el delito imprudente y su estructura a la que se ha hecho referencia en el epígrafe anterior. La jurisprudencia menor ha recogido la doctrina del Tribunal Supremo. Por su interés deben aquí recogerse, como exponente, las siguientes Sentencias:

- SAP Madrid de 14 mayo 2014 -EDJ 2014/88836-: "Examinada la jurisprudencia -cfr., por todas, sentencia del Tribunal Supremo de 22 de febrero de 2005, Pte. Sr. Sánchez Melgar (EDJ 2005/37485)- el cuerpo de doctrina que existe en torno del delito imprudente es el siguiente:

"... Y para ello debemos recordar la doctrina jurisprudencial sobre este tipo de delitos.

Nuestra Sentencia 636/2002, de 15 abril -EDJ 2002/13402-, con relación al delito de homicidio imprudente, previsto en el art. 142 CP -EDL 1995/16398-, nos dice que la jurisprudencia de esta Sala ha declarado que la "imprudencia" exige:

- ✓ una acción u omisión voluntaria no maliciosa;
- ✓ una infracción del deber de cuidado;
- ✓ un resultado dañoso derivado, en adecuada relación de causalidad, de aquella descuidada conducta;
- ✓ la creación de un riesgo previsible y evitable (v. SS. de 19 abril 1926, 7 enero 1935, 28 junio 1957, 19 junio 1972 y 15 marzo 1976, entre otras muchas).

La imprudencia viene integrada por un "elemento psicológico" (que consiste en el poder y facultad humana de previsión y que se traduce en la posibilidad de conocer y evitar el evento dañoso) y un "elemento normativo" (representado por la infracción del deber de cuidado) (v., ad exemplum , SS. de 5 marzo 1974 y 4 febrero 1976).

La relación de causalidad a que se ha hecho mención ha de ser directa, completa e inmediata, así como eficiente y sin interferencias (v. SS. de 17 febrero 1969, 10 febrero 1972 y 19 diciembre 1975, entre otras muchas).

El deber de cuidado, que está en la base de toda imprudencia, puede provenir tanto de un precepto jurídico, como de una norma de la común experiencia general, admitida en el desenvolvimiento ordinario de la vida (v. SS. de 21 enero y 15 marzo 1976, entre otras muchas).

La imprudencia temeraria (hoy grave), finalmente, consiste en la omisión de elementales normas de cuidado que cualquier persona debe observar en los actos de la vida ordinaria (v., ad exemplum, SS. de 22 diciembre 1955 y 18 noviembre 1974).

Se caracteriza, en suma, la imprudencia grave por imprevisiones que eran fácilmente asequibles y vulgarmente previsibles, así como por la desatención grosera relevante, de la que es exigible a cualquier persona (v. "ad exemplum", la S. 18 diciembre 1975).

Pues bien, como ya expresábamos, a modo de resumen, en nuestra sentencia de 18 septiembre 2001 (EDJ 2001/33603) -exponente de otras muchas-, las infracciones culposas o por imprudencia, sean delito o falta, están constituidas por los siguientes elementos:

- ✓ la producción de un resultado que sea la parte objetiva de un tipo doloso;

- ✓ la infracción de una norma de cuidado, cuyo aspecto interno es del deber de advertir la presencia del peligro, y cuyo aspecto externo es el deber de comportarse conforme a las normas de cuidado previamente advertido;
- ✓ que se haya querido la conducta descuidada, con conocimiento del peligro o sin él, pero no el hecho resultante de tal conducta.

Mientras que en la infracción de la norma de cuidado se contiene el desvalor de la acción, es en la resultancia de la acción imprudente donde reside el desvalor del resultado. Desvalor que en uno y otro caso admite graduaciones y niveles de los que depende la distinción entre el delito y la falta..."

Desde otro punto de vista, la imprudencia habría de construirse -cfr. Choclán Montalvo y Calderón Cerezo en Manual de Derecho Penal I- a través de dos elementos: uno psicológico, centrado en la previsibilidad, y otro normativo, centrado en la infracción del deber.

Conforme al primero, la jurisprudencia exige la previsión y se traduce en la posibilidad de prever y, por consecuencia, evitar el evento dañoso.

A estos requisitos ha de sumarse el nexo causal entre la acción imprudente y el resultado (vínculo naturalístico u ontológico), y la imputación objetiva del resultado a la conducta imprudente, de forma que el riesgo no permitido generado por ésta sea el que se materialice en el resultado (vínculo normativo o axiológico).

Ahora bien, conviene dejar claro que la gravedad de la imprudencia se determina, desde una perspectiva objetiva o externa, con arreglo a la magnitud de la omisión del deber objetivo de cuidado o de diligencia en que incurre el autor, magnitud que se encuentra directamente vinculada al grado de riesgo no permitido que engendra esa omisión con respecto al bien que tutela la norma penal. El nivel de permisión de riesgo se encuentra determinado, a su vez, por el grado de utilidad social de la conducta desarrollada por el autor (a mayor utilidad social mayores niveles de permisión de riesgo). Por último, ha de computarse también la importancia o el valor del bien jurídico amenazado por la conducta imprudente: cuanto mayor valor tenga el bien jurídico amenazado menor será el nivel de riesgo permitido y mayores las exigencias del deber de cuidado.

De otra parte, y desde una perspectiva subjetiva o interna (relativa al deber subjetivo de cuidado), la gravedad de la imprudencia se dilucidará por el grado de previsibilidad o de cognoscibilidad de la situación de riesgo, atendiendo para ello a las circunstancias del caso concreto. De forma que

cuanto mayor sea la previsibilidad o cognoscibilidad del peligro mayor será el nivel de exigencia del deber subjetivo de cuidado y más grave resultará su vulneración.

Así lo que se incrimina y puede dar origen a la responsabilidad penal no son los errores de diagnóstico o de ejecución del acto médico debido, al no ser exigible la infalibilidad, siempre que no se aprecie una extrema gravedad atendiendo a las directrices que fija la doctrina científica. Se sostiene, con referencia estos supuestos que, si bien entre el daño ocasionado al enfermo por el acto del médico que se atuvo a la "Lex Artis ad hoc" puede existir una relación causal meramente natural, esta, por si sola, es insuficiente, en la generalidad de los casos, para dar lugar a una responsabilidad ya sea penal, ya civil que lleve consigo el deber de resarcimiento de los daños causados. En contraposición a lo anteriormente declarado, el tratamiento médico no indicado o erróneamente seleccionado, el aconsejable pero practicado contrariamente a la técnica curativa en uso o la omisión del tratamiento correcto habitualmente aceptado, implica una vulneración del deber objetivo de cuidado que difícilmente pueden sustraerse a una recriminación culpabilística con independencia de la valoración de su intensidad. Así el diagnóstico emitido sin reflexión, sin tener en cuenta los conocimientos imperantes o sin poner en juego los medios razonablemente disponibles puede ser origen de responsabilidad penal y civil cuando la equivocación sea inexcusable y revele una conducta culpable. El reproche viene dado no tanto por el error de juicio como por la dejación de atenciones o comprobaciones sobre los que aquél ha de asentarse, cuando se acusa la omisión de medidas o prevenciones en relación al cuadro de exigencia básica comúnmente aceptada en el ejercicio y praxis de cualquier especialidad (Sentencia Sala 2ª de 29 de marzo de 1988).

C.- LA IMPRUDENCIA, RASGOS DEFINIDORES

El legislador no ofrece una definición de lo que ha de entenderse por culpa o negligencia. Doctrinalmente ha venido siendo considerada como aquella conducta humana (acción u omisión) voluntaria, no intencional o maliciosa que, por falta de previsión o por inobservancia de un deber de cuidado, produce un resultado dañoso. Por su parte el T.S. identifica como rasgos generales que dibujan los contornos de la culpa o negligencia, entre otros, los siguientes:

- Una acción u omisión voluntaria, no intencional o maliciosa.
- Actuación negligente o reprochable por falta de previsión más o menos relevante (factor psicológico o subjetivo, eje o nervio de la conducta culposa en cuanto propiciador del riesgo, al marginarse la racional presencia de consecuencias nocivas de la acción u omisión empeñadas, siempre previsibles, prevenibles y evitables; se trata de un elemento de

raigambre anímica no homogeneizable y, por lo tanto, susceptible de apreciarse en una gradación diferenciadora).

- Factor normativo o externo, representado por la infracción del deber objetivo de cuidado, traducido en normas específicas reguladoras y de buen gobierno que deben observarse en el desarrollo de determinadas actividades, hallándose en la infracción de tales principios o normas socio-culturales o legales la raíz del elemento de ilicitud o incumplimiento detectables en la conducta culposa.
- Originación de un daño o alteración de la situación preexistente que el sujeto debía conocer como previsible, prevenible y evitable, caso de haberse observado el deber objetivo de cuidado que tenía impuesto y que, por serle exigible, debiera haber cumplido puntual e ineludiblemente (elemento psicológico, espiritual o subjetivo).
- Adecuada relación de causalidad entre el proceder inobservante del deber objetivo de cuidado y el daño sobrevenido, lo que supone la traducción del peligro potencial entrevisto o que debió preverse, en una consecuencia real.
- Relevancia jurídica de la relación causalidad, no bastando la mera relación natural, sino que se precisa que el resultado hubiese podido evitarse con una conducta cuidadosa o, al menos, no se hubiera incrementado el riesgo resultado preexistente y que, además, la norma infringida se orientaba a impedir.

El deber objetivo de cuidado (o lo que en cada caso concreto, atendidos los múltiples matices o variables, representa la norma objetiva de cuidado no observada) constituye sin duda el rasgo definidor del concepto de culpa o negligencia que mayor discusión ha suscitado en la doctrina científica y jurisprudencial. En general, puede observarse que en los distintos ámbitos o esferas de actividad humana, especialmente en aquéllas en que existe un riesgo latente para derechos o intereses esenciales como la vida o integridad corporal de las personas, surgen normas o reglas generales de carácter técnico o científico que expresan deberes de conductas para aquellos supuestos en los que la experiencia general de la vida demuestra una gran probabilidad de que una acción de esa índole lesione un bien jurídico. Esas normas o pautas de comportamiento habitualmente se plasman en leyes, reglamentos, ordenanzas, principios jurisprudenciales, usos, costumbres o códigos deontológicos que marcan el correcto desempeño de una actividad profesional. Estas reglas alcanzan un carácter general meramente indicativo u orientador; ahora bien, el deber objetivo de cuidado ha de determinarse con referencia a cada situación concreta de acuerdo con los diferentes factores e intereses en juego.

La diversidad de situaciones y circunstancias concurrentes en el desarrollo de la actividad asistencial ha generado una multiplicidad de reglas técnicas en el ejercicio de la profesión.

CAPITULO II. EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA

1.- Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2.- La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3.- El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5 -EDL 2002/44837-. Titular del derecho a la información asistencial

1.- El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2.- El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3.- Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4.- El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por

razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias de la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

CAPITULO IV.- EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

Artículo 8 -EDL 2002/44837--.- Consentimiento informado.

1.- La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2.- Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986 -EDL 1986/10073-, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3.- Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados

o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4.- La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5.- La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 10 -EDL 2002/44837-.- Condiciones de la información y consentimiento por escrito

1.- El facultativo proporcionará al paciente antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

2.- El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Artículo 11 -EDL 2002/44837-.- Instrucciones previas.

1.- Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2.- Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3.- No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a su "Lex Artis" ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4.- Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5.- Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud.

Dibujado el marco de referencia en el que deberá moverse el operador jurídico en su labor de valoración de los hechos, intentaremos ahora analizar pormenorizadamente las condiciones que deben concurrir en la formulación de este consentimiento informado.

A.- PRESUPUESTO NECESARIO DEL CONSENTIMIENTO: DERECHO DE INFORMACIÓN.

Destinatario de la información es, en primer lugar, el paciente y, en un segundo término, sus familiares o allegados (titulares estos últimos de un derecho derivado). La información ha de cumplir ciertos requisitos.

- a) **DE CARÁCTER TEMPORAL.-** La información debe proporcionarse de manera continuada o periódica. Así no es suficiente con informar al paciente en una sola ocasión o que se condicione su ampliación a una alteración o modificación relevante en la evolución del enfermo, debiendo adaptarse a las circunstancias del caso concreto, procurando no crear o inducir sensaciones en el paciente de "olvido".
- b) **DE CARÁCTER FORMAL.-** La dación de información debe proporcionarse no solo de palabra sino también por escrito en los casos legalmente previstos.

- c) **DE FONDO:** La información debe ser lo más completa posible, referida no solo al diagnóstico sino también al pronóstico de futura evolución, características del proceso, alternativas del tratamiento, complicaciones posibles, secuelas ... etc.

Que la información cumpla estas exigencias básicas no se traduce en una obligación de impartir al paciente un curso abreviado de medicina, procurando (con las lógicas limitaciones que comparte traducir a un paciente -normalmente profano en la materia- en palabras más sencillas y en un lenguaje asequible) transmitir al receptor la información adecuada en torno a los puntos reseñados. La obligación de informar es inherente a la relación entre médico y paciente, debiendo ser recíproca y leal.

La referencia que planteamos a la idea de "lealtad" no es gratuita. En la actualidad, debido al aumento de las reclamaciones formuladas contra el personal facultativo de grado superior y medio en las diferentes órdenes (penal o civil, o meramente disciplinaria) se ha creado un nuevo marco de relación del que se hacen eco los autores conocidos bajo la expresión "medicina defensiva": fenómeno que se ha traducido en perniciosas consecuencias para todos en general (facultativos, pacientes y beneficiarios del sistema de asistencia sanitaria).

La relación médico-paciente en los últimos tiempos viene presidida por un aura de desconfianza, de recelo mutuo a raíz de la ausencia (laguna hoy colmada) de un marco de relación estable, con mínimos de garantía de seguridad para todos.

El deber de información, desde esta nueva perspectiva, puede resultar problemático en los casos de riesgos previsible cuya materialización en hipótesis puede acontecer pero es poco probable, en los supuestos de "diagnóstico fatal" o en aquellos en que una referencia al cúmulo de probabilidades, incluidas las remotas, pueda ser contraproducente para el enfermo, acentuando el sentimiento de ansiedad y angustia que experimenta en general cualquier persona ante la expectativa inmediata de una intervención quirúrgica o tratamiento médico.

Por ello, es preciso sopesar cual es el estado o actitud anímica que exhibe el paciente y que podría mantener en los casos de pronóstico fatal. Lo razonable, en supuestos excepcionales como los indicados, sería alterar la forma en que se presenta la información, pero sin ignorar el derecho del paciente a conocer su situación. En otra hipótesis el facultativo corre un alto riesgo de enfrentarse con reclamaciones judiciales posteriores del paciente o sus familiares.

B.- EL CONSENTIMIENTO. – REQUISITOS.

Como veremos más adelante el consentimiento es uno de los ejes esenciales sobre los que debe girar la actividad médica. Para que el consentimiento sea eficaz, esto es, para que pueda adquirir plena eficacia jurídica, ha de reunir una serie de requisitos que pueden enunciarse así:

CAPACIDAD.- Es preciso que el sujeto tenga "capacidad natural" de discernimiento que le permita advertir el significado y consecuencias esenciales de sus decisiones.

Esta capacidad faltará cuando concurren ciertas circunstancias de carácter temporal (inconsciencia) o permanente (enfermedad mental o trastornos del comportamiento).

MOMENTO.- El consentimiento debe haber sido prestado con anterioridad a la intervención o tratamiento y mantenerse durante el transcurso del mismo.

FORMA.- El consentimiento ha de manifestarse por escrito para la realización de cualquier intervención quirúrgica y restantes supuestos descritos en el art. 8.2 de la Ley 41/02 -EDL 2002/44837- y, por lo tanto, de forma expresa. Esta regla general solo presenta las excepciones ya citadas de las cuales nos interesa de especial modo las dos últimas en relación con el supuesto de autos: 1) cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas; 2) cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento. Dentro de este ámbito se sitúan los casos de incapacidad coyuntural y los llamados de consentimiento presunto.

En los casos de INCONSCIENCIA O DE EXTREMA URGENCIA no es posible realizar una información completa y acto seguido recabar el consentimiento del paciente, debiendo resolverse apelando a la prudente aplicación de la denominada doctrina del "CONSENTIMIENTO PRESUNTO".

EL CONSENTIMIENTO PRESUNTO despliega su eficacia en aquellos supuestos en los que puede deducirse que el titular del bien jurídico afectado por la conducta típica hubiera consentido en su realización, de haber tenido conocimiento de los hechos. Se concibe para aquellos casos, relativamente frecuentes en la práctica de la medicina de urgencias, en los que el titular del bien jurídico está en situación de inconsciencia, sin la asistencia de terceras personas allegadas, sirviendo de salvaguarda para el facultativo que interviene en la creencia de obrar lo más favorable para el titular de ese bien jurídico frente a supuesto de reacciones irracionales posteriores o manifestaciones negativas, frecuentes en los supuestos de efectos o secuelas no deseadas o

toleradas (Ej. el médico puede verse compelido, para salvar la vida del enfermo, a tener que amputar con urgencia un miembro o parte de este para atajar un peligro serio de difusión de una infección sin que en ese instante pueda obtener el consentimiento del paciente, o, subsidiariamente, de sus familiares más cercanos, pudiendo esta amputación contrariar profundamente al enfermo más tarde).

2.4. REGULACIÓN PENAL DE ASPECTOS RELATIVOS A LA PRÁCTICA Y LA ÉTICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

La consecuencia jurídica de este tipo de responsabilidad es la sanción, castigo o pena que puede sufrir una persona según la regulación establecida en el Código Penal. Para que exista responsabilidad penal y, consecuentemente se pueda imponer una pena es preciso que el comportamiento efectuado sea constitutivo de un delito o una falta, que son los que dan lugar a la imposición de la sanción que corresponda.

2.4.1. Penas y Sanciones

El profesional de enfermería, tiene una profesión difícil, ya que por estar inmersa en el área de salud tiene la gran responsabilidad de preservar la vida humana en la medida de lo posible a través de las herramientas que mencionamos al inicio de la investigación. Por tal circunstancia su profesión está muy cercana y propensa a cometer falta o delito.

Toda falta o delito evoca pena o sanción dependiendo su naturaleza. El delito es una conducta del hombre (profesional o no), que consiste en la realización de un acto u omisión, descrito y sancionado por las leyes penales.

Causas Que Eximan: edad, alteración psíquica, drogas tóxicas, alteración percepción, defensa personal, estado de necesidad, cumplimiento de su deber. Ejemplo: Al desempeñar la Enfermería como una función dependiente o derivada por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico, estamos ejecutando acciones bajo la responsabilidad de quien las ordena.

Causas Que Atenúan: drogas tóxicas, estado pasional, confesar la infracción, intento de reparar el daño.

Causas Que Agravan: Alevosía, empleo de disfraz, abuso de autoridad, ofrecer recompensa, motivos racistas o religiosos, aumento deliberado del sufrimiento, abuso de confianza, valerse del carácter público que tenga, ser reincidente.

En el código penal venezolano, las penas son: Corporales y no Corporales. (Podemos mencionar en relación al tema las que más se adaptan a éste)

Corporales

- Presidio
- Prisión
- Arresto.

No corporales:

- Inhabilitación para el ejercicio de la profesión,
- Destitución del empleo,
- Suspensión del empleo,
- Multa
- Amonestación.

Elementos que lesionan la responsabilidad profesional

- ❖ **Omisión:** Omisión, Omitir o pasar por alto la ejecución de una actividad. Falta cometida por omitir o pasar por alto la ejecución de una actividad la cual es responsabilidad del profesional. Ejemplo: administrar medicamento sin verificar orden médica.
- ❖ **Negligencia:** Negligencia, cuando existe descuido y so se no realiza un acto en la forma debida o en hacerlo con retardo, sensatez o cordura, o bien en no hacerlo, a pesar de ser un acto de su competencia. Es el descuido o pereza de la persona en desarrollar toda la actividad de que es capaz y que es necesaria para un fin determinado. Ejemplo: El personal de enfermería obraría con negligencia cuando no vigila al enfermo o no le presta los cuidados de enfermería que esta obligado, no sólo en relación con la atención directa al enfermo, sino en relación con los deberes, obligaciones o actividades inherentes a su cargo. También podemos ser negligentes al delegar responsabilidad a personas inexpertas sin la debida supervisión.

- ❖ **Imprudencia:** Imprudencia, consiste en actuar sin previsión ni diligencia, para aplicar el grado de conocimiento y habilidad técnica requerida en la atención al cliente. Dejar de hacer las cosas en el momento oportuno, artículo 420 del Código Penal. Ejemplo: El recuento equivocado de compresas y gasas en el momento de una intervención quirúrgica, que trae como consecuencia que el paciente sea intervenido nuevamente o presente infecciones que puedan llevarlo a situaciones críticas, incluso hasta la muerte. Es el actuar con precipitación sin ninguna cautela, es la violación de la norma de conducta que nos coloca en situación de obrar con la cordura necesaria para que nuestros actos no produzcan un efecto dañoso o delictivo. En este caso el personal de enfermería actuó con imprudencia, actúa sin previsión y cae en exceso. Ejemplo: realizar determinado acto médico delegado o no, sin tener los suficientes conocimientos técnicos y científicos necesarios para realizarlo correctamente con un mínimo de seguridad para el enfermo.

- ❖ **Impericia:** Impericia, define como la falta de aptitud y habilidad en el desarrollo de un acto. Consiste en la falta o insuficiencia de aptitud y habilidad para el ejercicio de la profesión. Generalmente lo encontramos en los profesionales recién graduados y en profesionales que por diversas razones han dejado de ejecutar alguna técnica por un tiempo prolongado.

- ❖ **Inobservancia del reglamento:** Inobservancia de los reglamentos, se refiere al desacato de las normas, bien sea por desconocimiento o la desobediencia intencional o no. Incumplimiento de las normas, no acatar las normas cuando se ejecuta un acto como consecuencia directa y lesiva. Puede darse por desconocimiento o desobediencia, sin embargo el desconocimiento o ignorancia no nos excusa ante la ley.

- ❖ **Dolo e Intención:** Hacer daño con intención y engaño. Es todo engaño basado en fraude, simulación, fingimiento. Se hace daño con intención, implica por tanto una conducta anticidadana y anti-profesional.

Si el Profesional de enfermería lo cual refiere que toda acción en el desempeño del rol que conlleve a alguna de ellas y por ende la muerte del usuario, el profesional será castigado con lo previsto en la ley.

UNIDAD III: ETICA PROFESIONAL

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos. El acto humano se concibe con el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad. Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva. La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto humano, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano.

3.1. PRINCIPIOS DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

- I. **Beneficencia:** benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar

a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

2. **Autonomía:** principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada, entre otras).
3. **Justicia:** una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, el enfermero necesita preocuparse por la manera de distribuir estos beneficios o recursos entre sus pacientes como la disposición de su tiempo y atención entre los diversos pacientes de acuerdo a las necesidades que se presentan. Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad. El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.
4. **Fidelidad:** principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. La expectativa del paciente es que los profesionales cumplan las palabras dadas. Solamente en circunstancias excepcionales, cuando los beneficios de la ruptura de la promesa son mayores que su mantención, es que se puede quebrarla. La confianza es la base para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero.

5. **Veracidad:** principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos. Un ejemplo de variación cultural sería sobre la cantidad de información a ser prestada en relación al diagnóstico y tratamiento. Así, puede ser difícil elaborar un formulario para obtener el consentimiento del paciente, a quien no se le ha comunicado su diagnóstico. El profesional debe evaluar la importancia que tiene para el participante conocer su diagnóstico con relación al tratamiento o cuidado pretendido.

6. **Confidencialidad:** principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. Evidentemente, observaciones técnicas relacionadas con el diagnóstico o terapéutica deben ser registradas en las fichas clínicas, pues son de interés de todo el equipo de salud. En caso que el paciente revele, confidencialmente, una información que sea de interés de algún miembro del equipo, se debe solicitar autorización al paciente para revelarla al profesional específico, o solicitar para que él lo haga personalmente.

3.2. CRÍTICA DEL PATERNALISMO CLÍNICO Y DEL AUTORITARISMO TERAPÉUTICO

A lo largo de la historia se ha pensado siempre que el enfermo está incapacitado desde el punto de vista biológico porque la enfermedad le pone en una situación de sufrimiento e invalidez, de dependencia y, en definitiva, de infantilización. Pero, además, desde los escritos hipocráticos los médicos antiguos han defendido una y otra vez la tesis de que el desvalimiento del enfermo no afecta sólo al cuerpo sino también al alma, a la voluntad y al sentido moral. Las pasiones oscurecen el entendimiento; los deseos acuciantes, las sensaciones de placer intensas, las tentaciones irresistibles han sido siempre enemigas de la serenidad y del recto juicio moral. Las grandes emociones enturbian la conciencia y relajan la voluntad y el control de los impulsos.

Lo mismo ocurre con las pasiones negativas: la angustia, el miedo, el sufrimiento o la desesperación resultantes de una enfermedad grave son malas consejeras a la hora de realizar

juicios de realidad y llegan a incapacitar al sujeto para actuar con lucidez y prudencia. Es difícil, por tanto, que un enfermo pueda tomar decisiones complejas, como es difícil que pueda hacerlo un niño. Y así como el niño confía en que su padre elegirá siempre lo mejor para él, el enfermo ha de confiar en su médico, que con sabiduría, rectitud moral y benevolencia elegirá siempre el mejor tratamiento posible. El médico ha de decidir en lugar del paciente y por el bien del paciente. La concepción clásica de un “buen enfermo” es la de un enfermo sumiso, confiado y respetuoso; lo mismo que un niño bueno, no es reivindicativo, mantiene una actitud dócil, obedece puntualmente las indicaciones del padre/médico y no hace demasiadas preguntas.

Laín Entralgo ha desarrollado de forma clara en varios textos la tesis de Víctor von Weizsäcker según la cual la medicina del siglo veinte está profundamente marcada por la introducción en ella del sujeto humano, por el reconocimiento y la toma en consideración de la persona concreta que el paciente es. Entre los siglos diecinueve y veinte se habría producido una auténtica “rebelión del sujeto” que obligó a los médicos a introducir en su pensamiento y en su práctica los aspectos sociales, psíquicos y personales de la enfermedad: es la denominada “introducción del sujeto en medicina”.

La rebelión del sujeto

Esta rebelión del sujeto, que provocó su introducción en el pensamiento y en la práctica médica, tiene dos aspectos diferentes: el social y el clínico.

El primero se refiere a la lucha del proletariado contra las condiciones miserables en que se desarrollaba su vida a raíz de la revolución industrial. En las minas, en los altos hornos y en las grandes industrias se producía una elevada morbilidad, que se veía agravada por el exceso y la dureza del trabajo, junto a las deficiencias en la alimentación, en la higiene y, en general, en todas las condiciones de vida. En el terreno sanitario, estas condiciones suponían una distancia abismal entre la “medicina para ricos” y la “medicina para pobres”, a cada una de las cuales correspondía un tipo diferente de relación médico-enfermo. Frente a esta situación (denunciada inicialmente por algunos médicos y reformadores sociales) se producirá una rebelión social, unida a la historia del movimiento obrero, que luchará contra la desigualdad asistencial e impulsará la aparición y el desarrollo de sistemas colectivos de asistencia sanitaria de carácter público, basados en la idea de que la atención médica a los trabajadores no puede seguir siendo lo que ha sido a lo largo de los siglos (un acto de beneficencia otorgado por los poderes públicos en condiciones precarias), sino que ha de entenderse como un derecho exigible por razones de justicia.

La rebelión de los pacientes

Pues bien, el año 1973 puede tomarse como símbolo de una nueva rebelión, la “rebelión de los pacientes”. En esa fecha, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es. La época en que apareció este documento es también la del desarrollo de una serie de nuevas técnicas sanitarias (diálisis renal, unidades de cuidado intensivo, técnicas de soporte vital, trasplantes, etc.) destinadas a pacientes muy graves y de las cuales dependía su supervivencia, a veces en condiciones precarias.

La decisión sobre cuándo y a quién aplicarlas era tan compleja como trascendental (sobre todo cuando el número de plazas disponibles era menor que el de candidatos a ocuparlas) y no es extraño que los interesados quisiesen participar en semejante decisión. A partir de este momento, el enfermo deja de ser paciente (es decir, pasivo) para convertirse en agente. Deja de ser un niño dependiente y asume su condición de adulto responsable que (salvo en determinados casos excepcionales) tiene que tomar las decisiones que afectan a su propio cuerpo.

La influencia de esta primera Carta de Derechos del Paciente ha sido grande, quizá porque recoge de forma concreta una mentalidad que se ha convertido en hegemónica en las sociedades democráticas desarrolladas: la mentalidad autonomista. La idea ahora predominante es que cada uno ha de asumir las decisiones que le afectan, ha de regirse por su propio sistema de valores y, por tanto, la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin conocer la voluntad del enfermo porque antes de hacerle al prójimo el bien hay que preguntarle si tiene la misma idea del bien que tenemos nosotros.

Lo que resulta históricamente más chocante de esta irrupción de los derechos de los pacientes es que haya sido tan tardía. Es como un último paso del movimiento emancipatorio que se inició, en el ámbito religioso, con la vindicación de la libertad de conciencia por parte del protestantismo, y en el ámbito político con las revoluciones democráticas del mundo moderno. Esa emancipación fue definida por Kant como “la salida de los hombres de su culposa minoría de edad”. Las revoluciones liberales emanciparon a los ciudadanos del absolutismo y los hicieron mayores de edad al proporcionarles los derechos civiles y políticos básicos: el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad.

Fuese por el prestigio del médico, por la eficacia de las estructuras de poder profesional o por el estado de real desvalimiento en que se encuentra el enfermo, lo cierto es que transcurrieron

doscientos años desde la eclosión de los derechos humanos fundamentales hasta la aparición formal de los derechos de los enfermos. Sólo al iniciarse el siglo veinte, como ya hemos dicho, el paciente pidió claramente la palabra para que su subjetividad personal fuese tenida en cuenta por el médico. Y sólo en el último tercio del siglo pidió algo más: el poder de decidir (o al menos de participar en la decisión) sobre las técnicas diagnósticas y terapéuticas de las que va a ser objeto y de las que quiere también ser sujeto.

La forma en que se concretó la respuesta médica a esta demanda de los enfermos fue el consentimiento informado. Pero para llegar a él tuvieron que producirse antes muchos cambios en el otro polo de la relación (el médico) y en la relación misma.

El médico: de padre sacerdotal a asesor democrático

En las culturas primitivas y arcaicas la figura del médico se confundía con la del chamán o sacerdote, y muchas veces con la del gobernante y el juez. Bullough⁶ ha escrito que “en una sociedad sin especializar, el chamán era el único especialista”. Éste es el origen remoto de la profesión médica: un personaje privilegiado, respetado, poderoso e impune ante la ley común, ya que él mismo era, en el fondo, la Ley. Es el tipo de figura que se puede denominar (por el rol social que le corresponde) “médico-sacerdote”. Existe, con variaciones locales y temporales, desde que existen sociedades humanas.

En la cultura israelí es a veces difícil distinguir la función sacerdotal y la médica. Múltiples textos bíblicos muestran que la religión, la moral y la medicina se entrelazaban hasta confundirse: un diagnóstico de lepra era a la vez la constatación de una impureza; la curación se identificaba con el perdón del pecado y las normas morales se superponían con las prescripciones médicas.

Frente a la figura del médico-sacerdote aparece también desde la antigüedad la del médico-artesano, de formación puramente empírica y practicante de maniobras curativas elementales en los niveles inferiores de la sociedad. Se trataba de un simple práctico que curaba heridas, reducía fracturas o administraba hierbas, desde una posición social similar a la de un carpintero o un herrero. Carente de poder y autoridad, estaba sometido a una reglamentación tan estricta que en algunos casos (como en el Código de Hammurabi o en el antiguo Israel) era una auténtica ley del talión.

El médico-filósofo

En la medicina hipocrática se produce una espectacular evolución de médicos que parten de la situación típicamente artesanal para ascender intelectual, social y profesionalmente, si no a la

categoría de médicos-sacerdotes (que existen de forma pura en los templos de Asclepio) sí al menos a la de médicos-filósofos. El médico hipocrático se separa del sacerdote (ya no considera ni pretende utilizar fuerzas sobrenaturales) elaborando una teoría lógica y natural de la salud y la enfermedad, y aplicándola en su práctica. Conserva, sin embargo, rasgos típicamente sacerdotales, como lo es el de no estar sometido al derecho ordinario y disponer de su propio código ético, plasmado, entre otros textos, en el célebre juramento, que impone la beneficencia (dos veces aparece en el texto del Juramento hipocrático la norma de actuar en beneficio del enfermo), la conservación de la pureza y santidad en la vida y en el arte, la obligatoriedad del secreto profesional, etc.

El médico-filósofo hipocrático es por tanto el heredero del antiguo médico-sacerdote. Su elevada posición social fue lograda mediante un extraordinario proceso de superación cultural, a partir de la cirugía artesanal que ejercían los primeros hipocráticos. Pero no todos los practicantes de la medicina alcanzaron en Grecia ese elevado nivel: en las capas sociales inferiores había también, como es habitual, una gran cantidad de empíricos dedicados a realizar curas de forma artesanal, mediante la cirugía o, a veces, también mediante ceremonias de fondo supersticioso.

La medicina monástica

Con las invasiones germánicas se pierde para Europa Occidental la tradición grecorromana y se inicia la Alta Edad Media, que supone una profunda regresión cultural. Los saberes médicos quedan reducidos a los manuscritos que se conservan en los monasterios. Los monjes van a ser, en este período, los que conservan los escasos restos de la medicina clásica; se habla por ello de “medicina monástica”. Y serán también los monjes quienes, en las enfermerías anexas a los monasterios, se encarguen del cuidado de los enfermos que, según la regla benedictina, “debe ser ante todo practicado como si, dispensándolo a los enfermos, al mismo Cristo se le dispensase”. Medicina y religión vuelven a cruzar su desarrollo histórico.

La Baja Edad Media va a suponer un inicio de recuperación de la cultura grecorromana, fundamentalmente a través de la traducción de textos clásicos. Con ellos se desarrolla la profesión médica, a la vez que se va haciendo más laica; en los siglos doce y trece la Iglesia trata de restringir las prácticas clínicas de los clérigos⁸. “Varios concilios prohibieron a los monjes el aprendizaje de la medicina, la asistencia fuera de sus propios monasterios o la dedicación de mucho tiempo a esta ciencia laica (y lucrativa); estas prohibiciones se repitieron con frecuencia (y se violaron con frecuencia)”⁹. Las prohibiciones eclesiásticas fueron particularmente dirigidas

hacia la realización de técnicas quirúrgicas, quizá por el riesgo de que los monjes se vieran involucrados en intervenciones con resultado de muerte.

La medicina al servicio de la comunidad

El siglo veinte supone para la profesión médica una profunda transformación, que va a poner en cuestión definitivamente su ejercicio liberal.

La aparición de los seguros sanitarios de carácter público y ámbito nacional había sido precedida por las “sociedades de socorros mutuos” que florecieron en Inglaterra, tras la revolución industrial, como una tercera vía entre la costosa asistencia privada y las misérrimas instituciones de beneficencia. Pero fue en la Alemania de Bismarck donde apareció el primer sistema moderno de seguridad social, concebido como un seguro obligatorio, unificado y centralizado. Con particularidades diversas, los sistemas colectivos de asistencia sanitaria con carácter público surgieron también en la Rusia zarista y en otros países europeos, hasta culminar a mediados del siglo veinte en el National Health Service inglés, considerado ejemplar durante mucho tiempo por la amplitud y la universalidad de sus prestaciones. Obviamente, los médicos que se fueron integrando en todos estos sistemas sanitarios perdieron (en gran medida) el estatuto tradicional de profesionales liberales para acercarse al de funcionarios o asalariados distinguidos.

Pero además, y en parte como consecuencia de la proliferación de especialidades, se va a imponer el trabajo en equipo. El médico general ya no puede hacerse cargo de enfermedades muy específicas y ha de recurrir al especialista. Pero éste, a su vez, al no tener competencia más que sobre una parcela de la persona enferma, precisará de otros especialistas que se encarguen de las enfermedades intercurrentes, sin olvidar tampoco al médico de familia que ha de ocuparse del control rutinario del enfermo, del tratamiento de las enfermedades más habituales y de la coordinación con los especialistas. Se va estructurando así un sistema de atención en tres niveles: un nivel primario, de medicina general, higiene y prevención sanitaria; un nivel secundario, de consultas especializadas en régimen ambulatorio, y un nivel terciario que es el que corresponde a los grandes centros hospitalarios. En éstos, por otro lado, la complejidad de las técnicas que se aplican y de la propia estructura hospitalaria requiere también una forma de trabajo organizada en equipos sanitarios.

Esta colectivización de la medicina actual ha acabado casi por completo con la concepción tradicional de la medicina como profesión liberal y con lo que hemos llamado el “rol sacerdotal del médico”. El ejercicio libre de la profesión es hoy excepcional (al menos como dedicación exclusiva) y el médico ha pasado a estar, en la mayoría de los casos, al servicio de las compañías

de seguros o de los grandes sistemas sanitarios de asistencia colectivizada. Ha dejado también de gozar de impunidad jurídica, y cada vez es más frecuente que tenga que responder de su práctica profesional ante los tribunales. De hecho, las demandas judiciales de pacientes insatisfechos han crecido de forma exponencial en las últimas décadas, precisamente cuando la formación científica de los médicos y su eficacia diagnóstica y terapéutica es muy superior a la de cualquier otra época de la historia. El secreto médico se ha diluido entre los múltiples miembros del equipo sanitario que reciben información del enfermo. En definitiva, la figura del médico ha dejado de estar socialmente privilegiada para pasar a ser la de un profesional más entre otros muchos análogos.

La relación clínica: de la isla desierta al equipo sanitario

Laín Entralgo ha comentado la frase del clínico decimonónico Schweningen: “Cuando yo veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta”. Hoy no se le ocurriría a nadie una metáfora semejante. Hoy un enfermo no se relaciona tan solo con su médico, sino también con otros especialistas, personal de enfermería, auxiliares, asistentes sociales, administrativos, etc. Si a algo no se parece un centro sanitario actual es a una isla desierta. Ésta es una de las razones por las que ha perdido vigencia la expresión tradicional “relación médico-enfermo”, pues habría que hablar más bien de “relación sanitario-enfermo”.

Pero también el otro término de la relación es inadecuado. No todas las personas que acuden al sistema sanitario están enfermas; muchas van precisamente a descartar que lo estén (las primeras consultas, de hecho, suelen dedicarse a determinar si hay o no una enfermedad identificable) o a prevenir la posibilidad de estarlo. El término alternativo de “paciente” también es criticable, pues como antes quedó apuntado, el debate se produce precisamente en el momento en que éste está dejando de ser pasivo para convertirse en sujeto agente de la relación. Se ha propuesto el término “cliente”, de cierto éxito en Estados Unidos pero totalmente inapropiado en la tradición médica europea. Hay quien se inclina por el término “usuario” (con lo que se habla de “relación usuario-sanitario”, RUS), pero tiene también connotaciones que parecen reducir al enfermo a consumidor de servicios sanitarios.

En un polo de la relación ya no está sólo el médico y en el otro no hay acuerdo sobre la forma adecuada de denominar al que está. Pero además se ha criticado el hecho de concebir la relación como bipolar, pues en ella no intervienen dos únicos elementos sino también las llamadas terceras partes: familia, amigos, relaciones laborales, administración del hospital, asistentes sociales, psicólogos, consejeros espirituales, la sociedad misma personificada por el juez en caso de conflicto, etc.

Se ha llegado así a hablar de “relación clínica” (o de “relación sanitaria”), quizá el término menos inadecuado, ya que es el que mejor responde a la mayoría de estas críticas al evitar con su carácter abstracto los personalismos de las anteriores denominaciones.

La estructura de la relación clínica (con todas sus variantes) ha sido ilustrada con diversas metáforas, como la parental, la de camaradería, la contractual, la de amistad, la técnica y con diversos modelos, como el paternalista, el informativo, el interpretativo o el deliberativo¹⁸. Sintetizando mucho el problema, se pueden distinguir tres grandes tipos: la relación clínica “paternalista”, la “oligárquica” y la “democrática”.

La relación clínica “paternalista” estaba ya formulada en el juramento hipocrático: “Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré”. Son la capacidad y el recto entender del médico los que tienen que preservar del daño y la injusticia al paciente; nada nos dice el célebre texto de la capacidad y el recto entender del enfermo. Se establece así una relación vertical y asimétrica en la que el médico ordena como un padre benévolo y el paciente se deja llevar hacia el bien (que él no ha elegido) como un niño sumiso.

La relación clínica “oligárquica” es la consecuencia de la medicina en equipo que se ha ido generalizando en el siglo veinte. Es una relación vertical, como la anterior, pues el paciente sigue estando sometido a decisiones que se toman sobre él. La diferencia está en que ahora ya no es un sólo médico, sino todo un equipo sanitario, el que las toma. De la monarquía se ha pasado a la oligarquía (por seguir utilizando la metáfora política) y el poder se ha fragmentado, pero no ha llegado a manos del paciente, que sigue siendo pasivo. Con respecto al modelo paternalista, tiene la ventaja de que las decisiones no se toman desde una única perspectiva, con lo que suelen ser más contrastadas, pero tiene también el inconveniente de que es más conflictiva (como siempre que se fragmenta el poder) y de que la confidencialidad y discreción tradicionales se relajan irremediabilmente.

La relación clínica “democrática” es la que ha supuesto la auténtica (y polémica) innovación del último tercio del siglo veinte. Con la consolidación de los derechos de los enfermos, la relación se ha horizontalizado. Ha triunfado la tesis de que todo usuario de servicios sanitarios (que no sea declarado incompetente) puede y debe tomar libremente las decisiones que se refieren a su cuerpo, de acuerdo con el sistema de valores en que se basa su proyecto de vida. Si antes regía en exclusiva el código ético que el médico aplicaba para actuar en beneficio del enfermo, ahora rige el sistema de valores que el paciente ha asumido para orientar su existencia. La toma de

decisiones no resulta de un diálogo entre iguales, pues la relación no es perfectamente simétrica, ni horizontal siquiera (sólo se ha horizontalizado con respecto a la vertical paternalista). La decisión final resulta de un proceso (a veces largo y conflictivo) en el que convergen y se ajustan la información técnica que el médico proporciona con los deseos y valores personales del paciente (dentro del marco formado por las terceras partes). Ambos polos son ahora activos, pero de diferente manera. Uno aporta conocimiento científico, experiencia clínica, información técnica, consejos. El otro escucha cuanta información recibe y la contrasta con sus creencias, sus proyectos, sus deseos... El médico propone y, por primera vez en la historia, el enfermo dispone.

3.3. ALGUNOS "CASOS DIFÍCILES" DE LA ÉTICA PROFESIONAL

La existencia de las normas morales siempre ha afectado a la persona humana, ya que desde pequeños captamos por diversos medios la existencia de dichas normas, y de hecho, siempre somos afectados por ellas en forma de consejo, de orden o en otros casos como una obligación o prohibición, pero siempre con el fin de tratar de orientar e incluso determinar la conducta humana.

Ya que las normas morales existen en la conciencia de cada uno, esto provoca que existan diferentes puntos de vista y por ende problemas en el momento de considerar las diferentes respuestas existenciales que ejercen las personas frente a ellas. Estos problemas se mencionan a continuación.

1. El Problema de la Diversidad de Sistemas Morales. Este se da debido al pluralismo que existe en las tendencias frente a un mismo acto, esto es que, para cuando algunas personas un acto es lo correcto, para otros es inmoral, por ejemplo el divorcio, el aborto, la eutanasia, etc. O sea la pregunta que normalmente se hace una persona que rige su conducta en base a las normas morales es ¿cuál es el criterio para escoger una norma o la contraria?

2. El Problema de la Libertad Humana. La libertad humana no es del todo real, ya que todo individuo está de cierta forma condicionado por una sociedad en la cual toda persona actúa bajo una presión social, cultural o laboral; aunque considerando a la ética y la moral, permite conservar una conciencia, misma que permite a una persona actuar en base a un criterio propio. El problema está en la incompatibilidad de la libertad humana y las normas morales, o sea en el ser y el deber ser.

3. El Problema de los Valores. De este problema surgen numerosos cuestionamientos pero el problema radica principalmente en la objetividad y subjetividad de los valores, o sea, que existen cuestionamientos sobre si ¿los valores son objetivos?, ¿los valores existen fuera de la mente de tal manera que todo hombre deba acatar los valores ya definidos?, o si los valores son subjetivos porque ¿dependen de la mentalidad de cada sujeto?. También existe otro aspecto, su conocimiento, ¿cómo podemos conocer los valores? y en sí ¿cuál es su esencia?
4. El Problema del Fin y los Medios. Muchos sostienen la importancia del fin de tal modo que cualquier medio es bueno si se ejecuta para obtener un fin bueno, esto se conoce como la tesis maquiavélica "El fin justifica los medios", pero con esto lo único que ocurre es que se sobrevaloran las "buenas intenciones " de un acto, que es parte del interior del ser y se descuida el aspecto externo del acto (intenciones y finalidades). Con esto quiero decir que "El fin jamás va a justificar los medios".
5. El Problema de la Obligación Moral. Esto está íntimamente ligado con el tema de los valores ya que normalmente se dice que lo que se hace por obligación, pierde todo mérito , en cambio, cuando se realiza por propio convencimiento, adquiere valor moral. Con esto se da a entender que la obligación moral le quita al hombre la única posibilidad de ser el mismo, de acuerdo con su propia moralidad y con su propio criterio. Pero hay que aclarar también que una cosa es la obligación entendida como corrección externa y otra como la obligación basada en la presión interna que ejercen los valores en la conciencia de una persona.
6. La Diferencia entre Ética y Moral. Este es un problema que yo creo que a la mayoría de las personas nos ha ocurrido y nos hemos preguntado ¿qué no es lo mismo?. Pues no, por definición de raíces significan lo mismo (costumbre), pero en la actualidad se han ido diversificando y lo que hoy conocemos como Ética son el conjunto de normas que nos vienen del interior y la Moral las normas que nos vienen del exterior, o sea de la sociedad.

3.3.1. La Ética y su Método

I.- Carácter Científico y Racional de la Ética

La palabra ética viene del griego ethos, que significa costumbre y la palabra moral viene del latín mos, moris que también significa costumbre. Por lo tanto como ya se mencionó en capítulo anterior ética y moral etimológicamente significan lo mismo. Las dos palabras se refieren a las costumbres. Por lo que la definición nominal de ética sería la ciencia de las costumbres. Pero lo que en realidad le interesa a la ética es estudiar la bondad o maldad de los actos humano, sin interesarse en otros aspectos o enfoques. Por lo tanto podemos determinar que su objeto material de estudio son los actos humanos y su objeto formal es la bondad o maldad de dichos actos. Con esto podemos da una definición real de la ética como la Ciencia que estudia la bondad o maldad de los actos humanos. Con esta definición tenemos que la Ética posee dos aspectos, uno de carácter científico y otro de carácter racional

El carácter científico que da fundamentado en que la ética es una ciencia, pero ¿por qué una ciencia?, ¿por que no una técnica?. Bueno pues para aclarar esta duda tenemos que definir lo que es una ciencia; la ciencia es un paradigma fundamentado, paradigma porque establece un modelo universal o patrón de comportamiento de la realidad y nos puede decir como se va a comportar dicha realidad, o sea que la ciencia puede predecir el comportamiento de un objeto debido a que proporciona el modelo bajo el cual actúa, así pues la ciencia no nos "indica" como se comporta un objeto sino como "debe" actuar un objeto. Es fundamentado ya que utiliza el método científico, que es el encargado de corroborar por todos los medios posibles la adecuación del modelo con la realidad. Recordemos que el modelo inicial que propone la ciencia es una hipótesis y que gracias al método científico, la hipótesis puede comprobarse y en ese momento se trata ya de un modelo fundamentado. En fin el carácter científico de la ética queda fundamentado en virtud de que esta disciplina presenta un paradigma de conducta valiosa que el hombre debe realizar

El carácter racional viene por el uso de la razón. La ética no es una ciencia experimental, sino racional ya que fundamenta sus modelos éticos por medio de la razón. Ésta razón nos proporciona causas, razones, el porqué de la bondad en una conducta realizada.

Con todo esto se puede decir que a la Ética le concierne proporcionar las razones por las que ciertas conductas son buenas y por lo tanto dignas de realizarse, también de argumentar en contra de conductas malas como el homicidio, la drogadicción, el engaño, el robo, etc.

2.- La Ética es una Ciencia Normativa

La Ética también es una ciencia normativa ya que estudia lo que es normal, pero no lo normal de hecho, que es lo que suele suceder, sino lo normal de derecho, o sea lo que debería suceder, por lo tanto la Ética es una ciencia que estudia lo normal de derecho. Entonces podemos decir que se está actuando de un modo ético cuando en esta conducta lo normal de hecho coincide con lo normal de derecho.

3.- El Método de la Ética

La Ética como toda ciencia posee un método por medio del cual se tenga un conocimiento profundo de la conducta humana. El cual consiste en los siguientes pasos:

- Observación. Este paso también es propio del método científico. La observación no solo consiste en acercarse al hecho real y percibir a través de los sentidos en forma penetrante y amplia.
- Evaluación. A partir de la percepción del acto por medio de la observación, se emiten un juicio de valor moral, es decir tratar de catalogar el acto observado dentro de las categorías morales previamente establecidas estudiadas como pueden ser: reprochable, honesto, obligatorio, bueno, amable, recomendable, etc. Es necesario existan matrices de valoración moral para así poder catalogar con más detalle el acto estudiado.
- Percepción axiológica. En este aspecto se trata de descubrir en forma personal los valores que todavía no se ha sido capaz de descubrir o percibir en este acto. Una vez hecho esto podemos darle un valor al acto estudiado de acuerdo a una escala de valores.

4.- Conceptualización y conocimiento holístico en Ética

Existen dos conceptos que aclaran el modo de cómo son captadas en la mente los temas propios de la Ética. Los conceptos son dos vocablos alemanes, Verstand y Vernunft. Verstand significa intelecto. Se trata de la inteligencia o sea la conceptualización, análisis, razonamiento y percepción con toda claridad de un significado. El concepto claramente percibido es una ventaja en el terreno científico pero cuando se trata de captar la realidad en toda su riqueza, sus aspectos y dimensiones, es una desventaja ya que está demasiado delimitado o definido con precisión. Esto es que no podemos aplicar el Verstand a una obra de arte, ya que se puede hacer una descripción oral y perfecta de dicha obra pero no es suficiente para que logre atraer a nuestra mente todo lo que contiene esa obra, ya sea una novela, pieza de teatro, pintura, sinfonía, etc. Esto mismo sucede cuando se trata de captar valores, ya sean morales, estéticos o intelectuales. La Verstand

nos puede dar el concepto de un valor, pero nunca hacernos percibir el valor en sí mismo. Es ahí donde entra el concepto Vernunft.

Vernunft se refiere a un tipo de conocimiento totalmente opuesto al Verstand ya al de la razón precisa y rigurosa. Vernunft es un modo de captar la realidad sin necesidad de conceptos. En el caso de los valores ocurre cuando ya se sabe la definición del valor, se acepta y se asimila, mas no necesariamente se puede actuar con valor. Esto es por ejemplo, un campesino que no ha ido a la escuela, nunca ha tomado una clase de ética, pero eso no quiere decir que no sepa lo que es ser bueno, honesto, íntegro. Pudiera ser que no sepa definir con palabras esos valores, mas sin embargo los ha aceptado como parte de su conducta humana. En la Psicología a este tipo de conocimiento (Vernunft) también se le ha llamado Conocimiento Holístico. En Pedagogía se le ha citado cuando se hace referencia a la síntesis, llamada en alemán Aufhebung y consiste unir los significados que parecían oponerse y excluirse. Por ejemplo la tesis y la antítesis captadas por medios de Verstand, o sea de manera conceptual, se contraponen y excluyen, en cambio por medio de Vernunft, estas se fusionan en un significado unitario, superior, armónico, holístico.

UNIDAD IV: TEORIA DE LA DECISIÓN Y BIOETICA

4.1. LA TEORÍA DE LA ELECCIÓN RACIONAL APLICADA A LAS DECISIONES CLÍNICAS

La Teoría de la Elección Racional (TER) es una propuesta que surge en las ciencias sociales aplicadas especialmente a la economía, pero que se ha trasladado al análisis de la conducta humana. La TER pone atención en cómo un individuo lleva a cabo la acción de 'elegir'. Es decir, se pregunta por los patrones cognitivos y sociales por medio de los que un individuo dirige sus acciones.

La Teoría de la Elección Racional (TER) es una escuela del pensamiento que se basa en la propuesta de que las elecciones individuales se realizan de acuerdo con las preferencias personales individuales.

Por eso, la TER es también un modelo de explicación de la forma en la que tomamos decisiones (especialmente en el contexto económico y político, pero también se aplica en otros donde es importante conocer cómo decidimos las acciones y cómo esto afecta a gran escala). Lo de "racional" generalmente hace referencia a que las elecciones que hacemos son consistentes con nuestras preferencias personales, derivadas de ellas de manera lógica.

¿Qué es una elección racional según la TER?

Una elección es la acción de seleccionar una entre varias alternativas disponibles y conducir nuestra conducta conforme a esta selección. Algunas veces, las elecciones son implícitas, otras veces son explícitas. Es decir, a veces las tomamos de manera automática, sobre todo si se corresponden con necesidades básicas o con mantener nuestra integridad o supervivencia.

Por su parte, las elecciones explícitas son aquellas que tomamos de manera consciente (racional) de acuerdo con lo que consideramos que es la opción más adecuada para nuestros intereses.

La propuesta de la TER, a muy grandes rasgos, es que los seres humanos elegimos de manera fundamentalmente racional. Es decir, con base la capacidad de pensar e imaginar los posibles efectos secundarios de las alternativas que tenemos ante una decisión y a partir de ahí seleccionar las alternativas que son las más adecuadas para nuestro beneficio en ese momento (bajo una lógica coste-beneficio).

Esto último implicaría también que los seres humanos somos lo suficientemente independientes, y tenemos la capacidad suficiente de generar autocontrol emocional, como para que no existan otras variables más que la propia razón, al momento de tomar decisiones.

¿De dónde surge?

La Teoría de la Elección Racional suele asociarse con un paradigma económico (precisamente porque ayudó a generar el modelo de cálculos coste-beneficio). No obstante, es una teoría a través de la que se pueden entender muchos otros elementos que dan forma al comportamiento y las sociedades humanas.

En el contexto de las ciencias sociales, la Teoría de la Elección Racional representó una transformación teórica y metodológica importante. Surge principalmente en el contexto intelectual estadounidense durante la segunda mitad del siglo XX y en reacción a los modelos de economía del bienestar.

En el área de la ciencia política, la TER criticó gran parte de los paradigmas vigentes dentro del contexto académico estadounidense, lo que se trasladó posteriormente hacia el análisis de las disciplinas de la psicología y la sociología. En estas últimas, la TER se pregunta por las implicaciones que tiene el interés propio, la experiencia propia y la intencionalidad, en la acción humana y en la investigación. Es decir, se interesa por el individualismo metodológico.

A muy grandes rasgos se trata de una “Crítica al exceso de narcisismo matemático versus las exigencias de realismo que debe tener la ciencia social”. Así pues, la Teoría de la Elección Racional ha sido un intento por orientar las disciplinas sociales hacia prácticas y conocimientos rigurosos.

¿Tomamos decisiones “racionalmente”? Algunas críticas a la TER

Algunos problemas que han generado es sobre el uso, en ocasiones intuitivo, de la palabra “racional”. Vidal de la Rosa (2008) plantea que para la TER, las conductas humanas son meramente instrumentales y en tanto que el contexto cultural es el que determina las alternativas sobre las que podemos decidir, entonces las conductas también estarían predeterminadas por la cultura.

Asimismo, la polisemia de la palabra “racionalidad” dificulta que se pueda utilizar como sustento para la teoría social, ya que es difícil homogeneizar y con eso se complica que los investigadores puedan establecer comunicación entre sí, y luego poner en práctica los conocimientos de cara a la sociedad.

En el mismo sentido, la “racionalidad” puede confundirse fácilmente con la de “intencionalidad”, y la TER tampoco suele abordar la diferencia y las relaciones entre las elecciones implícitas y las explícitas. Desde hace unos años esto último se ha investigado en experimentos de laboratorio. Algunas de dichas investigaciones analizan las distintas variables tanto cognitivas como ambientales que pueden afectar a una decisión supuestamente racional.

Finalmente se ha criticado el individualismo metodológico, es decir, se ha cuestionado si es el interés el motivo de la conducta, y por ende se pregunta si ese interés es válido como forma de hacer conocimiento científico.

4.2. LA TEORÍA DE LA ELECCIÓN PÚBLICA APLICADA AL DISEÑO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SANITARIAS

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud. Según se pondrá de manifiesto en este capítulo, y como aspecto central en la concreción de tales objetivos, el abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación.

La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas. Pese a la falta de definiciones universalmente acordadas, las políticas públicas reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas.

En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Más aún, los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en “lo que el gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar” . Por el contrario, la determinación de políticas públicas es una función primordial del gobierno y un proceso político esencial. Como tal, implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación.

De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad . Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental. Al examinar el contenido de este capítulo, el lector descubrirá que la gran variedad de experiencias regionales, nacionales y locales que se presentan reflejan tanto la diversidad regional como algunas tendencias, logros y desafíos comunes.

Por ejemplo, las presiones en procura de mejoras más sustanciales generaron tendencias en el sistema de salud que incluyen: la redefinición del papel del Estado, que dejó de ser proveedor único en materia de atención de salud para asumir las funciones de regulación y coordinación; la expansión asimétrica del seguro privado de salud; la privatización de las instituciones de seguridad social (que afectó a las pensiones así como a otras formas de protección social) y de los servicios médicos, y la expansión de las asociaciones entre instituciones públicas y privadas. Sin embargo, simultáneamente a la penetración generalizada en el mercado, la sociedad civil aumentó su participación en el desarrollo de políticas en toda la Región por medio de sociedades, asociaciones, grupos organizados o representantes para promover temas de interés. Uno de los legados más importantes que nos dejaron las reformas en salud, y en particular de los procesos de descentralización y devolución, es que las transformaciones no siempre lograron mejorar el acceso, la equidad, la calidad de los servicios, o la rendición de cuentas, o inclusive aumentar la participación local.

En algunos casos, el logro incompleto de estos objetivos estuvo asociado con peculiaridades de las condiciones locales a las que no se prestó la debida atención. En el contexto de la “modernidad globalizada”, este es un factor de importancia creciente debido a la naturaleza de las dialécticas globales y locales, en las que los límites de la “comunidad” son cada vez más difusos y, al mismo tiempo, más heterogéneos. Las experiencias actuales muestran cada vez más que las intervenciones que alcanzan buenos resultados son las que valoran el conocimiento y la capacidad locales y funcionan mejor cuando se adaptan a condiciones y poblaciones heterogéneas, y que los países han intensificado el intercambio, la adaptación y la adopción de las lecciones exitosas. Las innovaciones en políticas de salud y en la atención de la salud es una proeza difícil, especialmente porque, en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes, requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, y a menudo suponen riesgos políticos.

Un punto importante es que, pese a las crecientes demandas que generan las tendencias demográficas y epidemiológicas, la competencia entre las necesidades y la limitación de los recursos, los gobiernos de las Américas, solos o asociados con finalidades específicas, mantienen el compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social. Sin embargo, aun cuando el marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, el seguro, la calidad y la armonización han mejorado, los persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados.

La renovación de la atención primaria de salud representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos de larga data y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven. Sin duda, el componente crítico que significan los recursos humanos para la salud ocupa un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.

4.3. INTRODUCCIÓN A LA BIOÉTICA

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

La palabra bioética es un neologismo acuñado en 1971 por Van Rensselaer Potter (en su libro *Bioethics: bridge to the future*), en el que este autor englobaba la "disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos". La prestigiosa *Encyclopedia of Bioethics* (coordinada por Warren Reich) define la bioética como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales".

En la actualidad abarca no sólo los aspectos tradicionales de la ética médica, sino que incluye la ética ambiental, con los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, desarrollo sostenible, etc. (De hecho, el libro de Potter trataba las cuestiones éticas en relación al medio ambiente con perspectivas evolutivas, pero posteriormente el término bioética se ha usado sobre todo para referirse a la nueva ética médica y a la ética de los nuevos avances en biomedicina).

En 1972 André Hellegers crea el Instituto Kennedy de Bioética, en la Universidad Georgetown (Washington DC), siendo esta la primera vez que una institución académica recurre al nuevo término. Según Warren Reich (1993), la palabra bioética ha tenido éxito en imponerse porque es muy sugestiva y poderosa: "sugiere un nuevo foco, una nueva reunión de disciplinas de una forma nueva y con un nuevo foro que tendió a neutralizar el tinte ideológico que la gente asociaba con la palabra ética".

El objetivo de la bioética, tal como la "fundaron" el Hastings Center (1969) y el Instituto Kennedy (1972) era animar al debate y al diálogo interdisciplinar entre la medicina, la filosofía y la ética, y supuso una notable renovación de la ética médica tradicional.

En los años recientes, los avances en Genética y el desarrollo del Proyecto Genoma Humano, en conjunción con las tecnologías reproductivas, están ampliando aún más el campo de la Bioética, obligando a buscar respuestas a retos nuevos.

4.3.1. Alcance de la bioética

La bioética no sólo trata las cuestiones morales en el ámbito de la biomedicina, sino que además incluye:

Cuestiones epistemológicas: modelos explicativos sobre la conducta humana (p.ej. debate entre el determinismo biológico y la influencia ambiental), metáforas y modelos sobre el papel de los genes, etc.

Cuestiones ontológicas (estatuto de lo humano al comienzo y al final de la vida; estado vegetativo persistente; relación entre la dotación genética y la identidad del individuo, etc.).

La bioética se desarrolla en el contexto de una sociedad pluralista, ajena a los grandes relatos unificadores de tipo religioso o ideológico. Por lo tanto, la bioética es una ética civil que se sustenta en la racionalidad humana secularizada, capaz de ser compartida por todos, en un terreno filosófico neutro. Como dice Marciano Vidal (1989) "más allá de un ordenamiento jurídico y deontológico, y más acá de las convicciones religiosas".

En resumen, la actual bioética pretende ser universal, alejada de los puros convencionalismos o preferencias personales, consciente de las limitaciones de la razón humana y atenta a los contextos culturales concretos.

Algunas aportaciones de la bioética al debate filosófico

Según Miguel Moreno (1996), las principales aportaciones de la bioética al debate filosófico son:

Clarificación conceptual y epistemológica, suministrando elementos (siquiera parciales y provisionales) que ayudan a resolver ciertos problemas o a arrinconar ciertos pseudo problemas o polémicas como triviales o irrelevantes.

Justificación de propuestas y alternativas, proponiendo procedimientos y métodos de discusión racional e intersubjetiva, dando argumentos válidos al menos en determinados contextos culturales y momentos históricos.

Plantear nuevas cuestiones filosóficas (como p.ej., el rediseño tecnológico de la naturaleza humana o la dirección de nuestra propia evolución).

Aportar nueva luz o perspectivas renovadas a viejos problemas (como p.ej., el debate determinismo-libertad, el valor de la vida humana, valor y uso de la naturaleza).

La bioética puede ser un procedimiento fundamentado o fundamento procedimental para tomar decisiones en los ámbitos conflictivos de la Biomedicina. Se basa en buena parte en principios éticos generales y en Declaraciones de Derechos Humanos, que al ser ampliamente compartidos, suministran un marco sólido de referencia para discutir racionalmente la rica casuística que plantean los avances tecnológicos en su interacción con la vida.

4.3.2. Fines y medios en la bioética

Un punto relativamente descuidado del debate bioético, pero esencial a la hora de discutir los aspectos de justicia en el acceso a los servicios biomédicos, es el de la conexión entre los fines de la biomedicina y los medios técnicos disponibles. Para Daniel Callahan (1996) hay dos factores que inciden sobre esta cuestión:

Tendencia de la medicina a introducir nuevas tecnologías, a menudo muy caras, y previstas para el beneficio individual y no tanto para el beneficio de la población general.

Las tecnologías biomédicas están modificando continuamente la imagen tradicional de lo que es "funcionamiento normal de nuestra especie". Se está redefiniendo la noción estadística de "normalidad", de modo que nos estamos deslizando hacia unos fines de optimización e incluso "mejora" de nuestra naturaleza.

4.3.3. Algunos peligros asociados a la invocación de la bioética

Miguel Moreno (1995) ha resumido algunas de las "trampas" que pueden jalonar el curso de la bioética:

Considerar la bioética como un mero cálculo de posibilidades técnicas y de relación costes/beneficios. Se asume que los problemas éticos suelen estar asociados a técnicas aún no maduras que presentan problemas de seguridad, pero una vez que tales problemas se solventen, desaparecen los obstáculos éticos para su aplicación. (Algo de esto se está viendo ya con la perspectiva de la clonación en humanos, y sobre la intervención genética en la línea germinal).

Invocación a la ética sólo cuando el conocimiento científico y técnico llega a afectar a la sociedad. En este caso se puede tener la tentación de usar la bioética de un modo reactivo, como "amortiguador de impactos sociales" y no como reflexión previa y crítica sobre medios y fines.

Invocación al prestigio de la bioética para pedir atención y recursos de investigación. Los científicos y gestores públicos saben que la investigación requiere grandes inversiones, para lo cual pretenden ganar un amplio apoyo social. Esto favorece el surgimiento de una ética informal en los

proyectos de investigación, cuyo peligro es el de ser instrumentalizadora, el de "hacer tragar" la irrupción masiva de nuevas tecnologías que favorecen a ciertas capas o sectores. Se trata de una ética domesticada, como trámite publicitario, para cubrir el expediente y acallar conciencias. Este es el peligro de la ética "institucionalizada" en comités oficiales, que intentan cerrar el debate de modo prematuro. También es el recurso de comités ligados a empresas o a grupos profesionales (p.ej., en los servicios de FIV, análisis genéticos, etc.).

Daniel Callahan ha hablado igualmente del riesgo que él llama "de nuestra pandilla" (Bioethics, our crowd, and ideology, Hastings Center Report, nov.-dic. 1996, pp. 3-4), por el que los bioéticos tienden a mimetizar las "guerras culturales" tan características de los entornos académicos de los EEUU: se puede predecir lo que va a decir un bioético conociendo su edad, creencias religiosas (o falta de ellas), educación previa y clase social. Callahan emite varios deseos:

Que los expertos no se impliquen en ninguna comisión donde haya una razonable certeza de que su propósito político sea dar legitimidad a una investigación o propuesta política controvertidas. (Esto se relaciona con el punto 3 de las advertencias de Moreno arriba citadas).

La bioética debe respetar las distintas posturas que surjan en el debate. El bioético debe defender sus posiciones, pero para ello no debe escamotear el debate, y por lo tanto, sus propuestas deben entrar a dialogar (sin deformarlas ni ridiculizarlas) con propuestas diferentes.

Evitar que los foros académicos sean homogéneos, a base de gente de la propia pandilla. Por ejemplo, los biotecnólogos deberían invitar a ecologistas críticos con la ingeniería genética; las revistas "liberales" favorables al aborto deberían invitar a oponentes, (y viceversa), etc.

Albert Jonsen (1996) rompe una lanza en favor de tolerar la riqueza de la perplejidad y ambigüedad que acompaña al debate bioético. Es mejor no cerrar el debate prematuramente, y dejar que durante un tiempo la "zozobra" nos invada, porque ello es garantía de que seguiremos buscando soluciones que no sean simplistas e inflexibles. Para Renée Fox (1996) la prioridad que la bioética americana ha concedido al individualismo le ha apartado de varias clases de temas sociales, especialmente de los que afectan a los más desfavorecidos, y ha levantado una barrera entre entre los temas sociales y los temas éticos.

4.4. INTRODUCCIÓN A LA ÉTICA ECOLÓGICA

La primera vez que se comenzó a hablar de una ética orientada al cuidado y respeto del medio ambiente, indicando que el pensamiento moral debería ir más allá del ámbito de los intereses humanos para incluir los intereses de los seres naturales no humanos, fue en las conclusiones del libro de memorias del ingeniero forestal norteamericano, Aldo Leopold, “A Sand County Almanac” (1949), que la tituló: Land Ethic (Ética de la Tierra). En los años setenta, en el ámbito académico anglosajón, se comienza utilizar la expresión “Environmental Ethics” para referirse a esta nueva área de la ética aplicada. Esta expresión se consolidó a partir de una conferencia de la Universidad de Georgia titulada “Filosofía y crisis medioambiental” (1971), en la que se hacía eco de una preocupación por estos temas ya presente por ese entonces en el debate social, a través de los primeros movimientos ecologistas de los años sesenta, y en el debate político-jurídico internacional. Recordemos que la primera Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente se celebró en Estocolmo en 1972 (“Conferencia de NN.UU sobre Medio Humano”) y que ese mismo año se publicó el Informe del Club de Roma, “Los límites del crecimiento”.

A partir de entonces el concepto de environmental ethics adquirió carta de nacimiento y se definió como “el estudio ético de las interacciones humanas con y el impacto humano sobre el mundo natural y el sistema natural”, o bien, como “un nuevo campo de la ética filosófica preocupada por la descripción de los valores que posee el mundo natural no humano y por la prescripción de una respuesta ética apropiada para asegurar la preservación o restauración de estos valores”.

En 1972, con la conferencia del filósofo Arne Naess “The Shallow and the Deep, Long-Range Ecology Movement”, publicada en *Inquiry* 16, 1973, se comenzó hacer la distinción entre ecología profunda (deep ecology) y ecología superficial (shallow ecology) y se introduce el término “ecofilosofía”. Este último, según Naess, apunta a “hacer hincapié en una ponderación altamente crítica de las sociedades de crecimiento industrial desde el punto de vista ecológico”.

En 1975, con la publicación del libro “Liberación Animal”, de Peter Singer, se inicia el debate dentro de la environmental ethics sobre los derechos de los animales y el bienestar animal (animal-welfarism), tanto desde la perspectiva utilitarista de la igual consideración de los intereses morales de los seres vivos sintientes (Singer), como desde la perspectiva de los derechos de los animales con conciencia de fines (Regan).

En el ámbito filosófico continental, dos de los grandes filósofos que abordaron esta dimensión de la ética y su fundamentación (Hans Jonas y K. O. Apel) no utilizaron el término “ética

medioambiental” sino el de “ética de la responsabilidad”. El primero habla de una “ética para la civilización tecnológica” —expresión que será el subtítulo de su celeberrima obra, “El principio de responsabilidad” (1979) y el segundo de una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia” — título de una de sus primeras conferencias sobre el tema, dictada en 1984.

El debate filosófico en esta disciplina se ha centrado en tres grandes líneas:

- El diagnóstico sobre las causas de la crisis socioecológica en un nivel planetario, en términos históricos, sociales, culturales, políticos, jurídicos y económicos;
- La consideración de los intereses morales de los seres humanos futuros o generaciones futuras, y
- La teoría del valor sobre la cual se sustentan las obligaciones ético-ecológicas, dividida en valores instrumentales, extrínsecos a la naturaleza y basados en los intereses humanos — que fundamentan los antropocentrismos éticos—, y en valores intrínsecos a la naturaleza o a los seres vivos que la integran, fundamento de los biocentrismos y ecocentrismos en ética medio ambiental.

El axioma clave para comprender la extensión del horizonte de consideración moral más allá de los intereses humanos actuales, esto es, el de las generaciones futuras y los seres vivos no humanos, se puede expresar diciendo que todo agente moral es paciente moral, pero no todo paciente moral es un agente moral. Por agente moral se entiende a los seres humanos con capacidad de asumir obligaciones y responsabilidades por sus acciones, y por paciente moral un ser ante el cual se tiene obligaciones y responsabilidades, debido a que sus intereses y capacidades merecen consideración moral. Esta distinción significa que en el núcleo de la ética medio ambiental se abre la discusión sobre la existencia de deberes no recíprocos y asimétricos, vale decir, deberes que se tienen sin que exista un derecho correlativo. Sin embargo, el principio de la igual consideración de los intereses de los seres vivos no humanos no implica que se otorgue un mismo significado moral a los seres ante los cuales estamos obligados en una ética extendida hacia la naturaleza, pues se reconocen y establecen prioridades en caso de conflicto de intereses entre las entidades consideradas moralmente.

Desde los tiempos del padre fundador de la ética medioambiental, Aldo Leopold, ha estado presente en esta disciplina la visión de que la ética ha ido ampliando su horizonte de consideración moral. En efecto, durante buena parte de la historia de la humanidad el ámbito de consideración moral quedaba reducido a los miembros de una misma tribu, etnia o comunidad política, excluyéndose a los restantes seres humanos como extraños morales. Solo a partir del

pensamiento ilustrado en el s. XVIII, se comienza a postular, con I. Kant, un criterio ético de universalidad, argumentando que las diferencias de raza, sexo, etnia o de otro tipo no constituyen diferencias éticamente razonables, y que todo individuo humano merece respeto por ser un fin en sí mismo, un ser con dignidad, no pudiendo ser tratado jamás como un mero medio para los fines de la voluntad de otros.

Hoy, sin embargo, dada la amplitud de los efectos de la acción humana en el tiempo y en el espacio, por el poder tecnológico, comenzamos a preguntarnos si este principio de universalidad es extensible incluso a los seres humanos futuros, los cuales pueden verse afectados en sus intereses por nuestras acciones presentes. Si la ética tiene por misión proteger al “otro”, vulnerable y frágil, y aunque los individuos futuros no estén presente al mismo tiempo que nosotros, deberíamos considerar sus intereses morales, porque sus capacidades, vulnerabilidades y necesidades no deberían ser sustancialmente distintas de las nuestras.

Con todo, más allá del principio de universalidad de los intereses de los seres humanos actuales y futuros, el pensamiento ético, ya desde fines de la Ilustración, se preguntó si el criterio para considerar los intereses morales se limitaba solo a la capacidad de raciocinio propia de la especie humana. Así, el padre del utilitarismo, J. Bentham, sostuvo que lo esencial en la moralidad no es pertenecer a una especie determinada, sino ser un individuo con capacidad de placer y sufrimiento. De tal modo que los animales sintientes tienen tanto interés en no sufrir como cualquier miembro de la especie humana, por lo tanto, merecen igual consideración moral que éstos. Es el razonamiento que ha seguido, por ejemplo, la ética del bienestar animal de Peter Singer.

Pero, dentro de la ética medio ambiental, otros filósofos se han preguntado si este es un criterio último para fijar el límite de la consideración moral de los seres naturales, ya que, sostienen, hay otros seres vivos que, sin ser sensibles, poseen igualmente un fin propio que buscan realizar y con los cuales los animales sintientes comparten capacidades e intereses, como la autoperpetuación metabólica, la respiración y la reproducción. Esta línea argumental es la propia de las posturas biocéntricas. Aunque hay bastantes matices entre ellas, pues unos postulan un igualitarismo biótico radical y otros un biocentrismo moderado, que establece jerarquías de fines entre los distintos seres vivos.

Por último, otras corrientes dentro de la ética medioambiental han puesto el criterio de consideración moral más que en los individuos vivos en los sistemas naturales que estos forman, a saber, especies, ecosistemas y biosfera. Es la postura que adoptan los ecocentrismos. Aunque aquí

también hay matices, pues unos privilegian a los sistemas vivos (comunidades bióticas y ecosistemas) por sobre los individuos, mientras que otros establecen una coordinación entre los intereses de los individuos vivos y las especies, considerando que éstas son el nivel adecuado de valoración y los sistemas vivos más complejos solo tienen un valor derivado de estas últimas.

Si bien la ética medioambiental, en sus distintas corrientes de fundamentación, ha puesto hoy sobre la mesa la necesidad ineludible de contemplar más allá de los intereses presentes de los seres humanos, los debates de esta disciplina resultan muchas veces escolásticos e infructuosos para enfrentar un cambio pragmático de la sociedad actual y su relación con la naturaleza, esto es, un cambio en el metabolismo sacionatural.

Por eso, consideramos que para desarrollar una ética medio ambiental es necesario equilibrar un antropocentrismo ético moderado con un biocentrismo. Esto quiere decir que la primera obligación ética ecológica es garantizar la supervivencia humana y la dignidad de la vida humana actual y futura, puesto que lo primero en verse afectado por la crisis socioecológica es el proyecto civilizatorio humano, con todos sus logros y riquezas culturales, científicas, éticas y políticas. Ello, por lo demás, teniendo en cuenta que la vida planetaria, pese a los impactos ambientales humanos, seguirá adelante en su proceso evolutivo.

Sin embargo, en la medida en que una vida humana digna en el presente y en el futuro es impensable sin la conservación y cuidado de la biosfera, es necesario precisar que el interés del hombre finalmente coincide con el resto de lo vivo, teniendo en cuenta además que el valor de la Tierra como biosfera significa que es el origen común de ambos y su morada (oikos) en el más sublime de los sentidos. De modo que podemos considerar ambos deberes como uno solo, bajo la idea del deber para con el futuro de la humanidad, sin caer por ello en un reduccionismo antropocentrista excluyente. Por el contrario, reducir el deber ético exclusivamente al hombre hoy en día significaría deteriorar el significado de una existencia humana digna en la Tierra. Este es el razonamiento que ha desarrollado el filósofo Hans Jonas bajo el principio de responsabilidad, como cuidado por el ser vulnerable, que comprende a las generaciones futuras y a la entera biosfera.

Una vez revisadas las distintas teorías de fundamentación en ética ecológica, se tiene la impresión de que ninguna de ellas por sí sola es suficiente para abordar la crisis socioecológica. A nuestro juicio, la crisis ecológica planetaria solo puede entenderse y abordarse como una crisis de ajuste metabólico entre la actual sociedad global y el medioambiente, en su doble vertiente:

La crisis entre el sistema social en su conjunto y el sistema biosférico; y, La crisis interna de la sociedad global causada por las desigualdades socioecológicas. Con el fin de compensar estos sesgos teóricos que se dan en la ética ecológica y elaborar una teoría de enfoque múltiple, proponemos algunos principios:

1. El principio de responsabilidad como cuidado del ser vulnerable (los seres humanos actuales y futuros y la restante vida planetaria).
2. El principio de justicia ecológica en sus tres vertientes: la justicia global (las desigualdades socioeconómicas a nivel planetario), la justicia intergeneracional (generaciones futuras) y la justicia interespecífica (principio de hospitalidad biosférica hacia los otros seres vivos). Son principios que pueden entrar en conflicto y que debemos jerarquizar de acuerdo con ciertos principios estratégicos.
3. Principios estratégicos: sustentabilidad, precaución y responsabilidad compartida, pero diferenciada y solidaria.
4. Ciudadanía ecológica responsable.

El principio de responsabilidad como cuidado del ser vulnerable: hacia una ciudadanía ecológica. A nuestro modo de ver, en términos del fundamento ético de la idea de sustentabilidad, debe introducirse el principio de responsabilidad como cuidado del ser vulnerable, que implica para su conservación principios claves para el desarrollo sostenible, como son el principio de precaución, el principio de solidaridad (entre los seres humanos presentes y entre éstos y las generaciones futuras), el principio de autocontención (valores de suficiencia, moderación y frugalidad) y el principio de responsabilidad ciudadana global, que fundamenta el concepto de ciudadanía ecológica.

En el discurso ético, el concepto de responsabilidad es de aparición tardía. Las primeras éticas de la responsabilidad se comienzan a articular a partir de la segunda mitad del s. XX (Lévinas, Arendt, Jonas y Apel). El sujeto contemporáneo se encuentra hoy inserto en una amplia red de figuras de la responsabilidad, diversas y heterogéneas, que se mueven desde el polo subjetivo al polo institucional y colectivo, lo que obliga a repensar este concepto más allá del paradigma formal jurídico-político. Hoy este concepto toma fuerza, no como responsabilidad retrospectiva por las consecuencias o efectos de nuestras acciones pasadas (responsabilidad de), sino como responsabilidad prospectiva, esto es, una responsabilidad por el cuidado y protección de seres vulnerables (generaciones futuras y otros seres vivos), que pueden verse afectados por las consecuencias a largo plazo de nuestras acciones y el poder colectivo característico de las

sociedades técnico-industriales (responsabilidad por, que implica deberes asimétricos y no recíprocos de cuidado).

Más allá de los debates sobre la responsabilidad colectiva en sentido legal y moral, que no es tema a puntualizar ahora, sintetizamos los supuestos mínimos de una responsabilidad moral ampliada para la sociedad global actual. Si tomamos en cuenta que este tipo de responsabilidad se caracteriza por ser colectiva y orientada al futuro (prospectiva), los supuestos mínimos de ella son:

- Quién es responsable: la humanidad actual en su totalidad, comprendiendo los individuos, empresas u organizaciones intermedias, Estados, organismos internacionales;
- De qué somos responsables: de los efectos de largo alcance en el espacio y el tiempo de las acciones emanadas del poder industrial y científico-tecnológico global, ante la vulnerabilidad y fragilidad de la humanidad actual y futura y la vulnerabilidad de la biosfera;
- Ante quién somos responsables: una ética orientada al futuro implica deberes de cuidado por la solidaridad entre humanidad y biosfera, lo que significa dar un giro no antropocéntrico en relación con las éticas del pasado, basadas tanto en la reciprocidad entre deberes y derechos como en éticas del aquí y ahora, y
- En nombre de qué somos responsables: por la dignidad de la vida humana actual y futura, que no es separable de los límites ecológicos de la biosfera y los seres que la integran.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y COMPLEMENTARIA

1. Rodríguez, Cristina. (2012). Normas que regulan la vida de las personas en sociedad. Manuscrito no publicado. México D.F.: SUAyED-ENEO-UNAM.
2. Rodríguez, Cristina. (2012). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Manuscrito no publicado. México D.F.: SUAyED-ENEO-UNAM.
3. Rodríguez, Cristina. (2012). Artículo 5° Constitucional. Manuscrito no publicado. México D.F.: SUAyED-ENEO-UNAM.
4. Duvergere, Maurice (1987). Instituciones Políticas y derecho constitucional. Barcelona, España Ariel.
5. Escriche, Joaquín (1851). Diccionario Razonado de Legislación y Jurisprudencia. Consultado el 30 de abril de 2012. <http://www.bibliotecajuridica.org/libros/libro.htm?l=86>
6. Libro LEGISLACION SOBRE SALUD SINA UTOR EDICIONES ANDRADE 2003
7. Libro LEGISLACION EN ENFERMERIA FRANCISCO GONZALEZ RODRIGUEZ TRILLAS 2010
8. Libro ETICA Y LEGISLACION EN ENFERMERIA MARIA DEL PILAR ARROYO GORDO MC GRAW HILL 1998
9. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. <http://biblio.juridicas.unam.mx>
10. Calva Rodríguez, "Bioética". Ed. MacGrawHill. I ra. Ed. México 2006 (P.75-77).
11. Ley General de profesiones <http://es.scribd.com/doc/73375243/Leyde-Profesiones-Para-El-Estado-de-Guanajuato>. Para consulta; justia.com/estados/gto/leyes/ley-de-profesiones-para-el-estado-de-guanajuato/
12. Código de Enfermeras de la American Nurse Code of Ethics for Nurses with interpretive statements. American Nurses foundation/ American Nurses Association. American Nurses publishing. 2001
13. Código Penal para el Estrado de Título segundo De los delitos cometidos en el ejercicio de la profesión, cargo, empleo u oficio. Capítulo I. Revelación de secretos. Última reforma publicada en el POGEG II de junio de 2013.
14. Villoro T., M., (1990.) Introducción al Estudio del Derecho. México D.F. Porrúa