



PASIÓN POR EDUCAR

Cuadro sinoptico

Principios de la etica profesional de enfermeria

- **Nombre de alumno:** Marvi Hernandez

Ramos.

PASIÓN POR EDUCAR

- **Materia:** legislación en salud y enfermería
- **Nombre del profesor:** Lic. Jorge Enrique Albores.
- **Carrera:** Lic. En Enfermería
- **Grupo y cuatrimestre:** 8° “A”.

Principios de la ética profesional en enfermería

Principios

Principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad

Crítica del paternalismo clínico y del autoritarismo terapéutico

1. 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 maléficis, 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.

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.

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.

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.

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.

Desde tiempos antiguos se ha pensado que los enfermos están incapacitados desde el punto de vista biológico porque una enfermedad lo pone en alguna situación o forma de sufrimiento e invalidez o dependencia. Pero desde muchos escritos hipocráticos de médicos antiguos sean defendido que al enfermos no solo les afecta el cuerpo sino también el alma y el sentido moral y la voluntad.

La rebelión del sujeto: provocó su introducción en el pensamiento y la practica medica en los aspectos social y clínico el primero surge por los mineros trabajadores que tenían condiciones poco aptas para seres humanos aquí existió un movimiento obrero para poder tener mejor acceso a servicios sanitarios .

La revelion de los pacientes: en 1973 se toma como un nuevo simbolo de la nueva rebelion la de los pacientes esta fecha esta aprovada en la carta de los derechos e los pacientes y es oficial el decreto de el enfermo de resivir completa informacion de su estado de salud y a desidir entre sus opciones como adulto libre y autonomo.

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. Bullough 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.

El médico-filósofo: 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.

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”.

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.

La relación clínica: de la isla desierta al equipo sanitario Laín Entralgo ha comentado la frase del clínico decimonónico Schwenger: “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.

