

UDS

ANTOLOGIA

BIOÉTICA

*LICENCIATURA EN ENFERMERIA
SEGUNDO CUATRIMESTRE*

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 – Tzimol 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 – Tzimol 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.

Bioética

Objetivo de la materia:

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

UNIDAD I Aspectos generales de bioética

- 1.1 Concepto de bioética y ética
- 1.2 Concepto de vida según ciencias biológicas y filosóficas
- 1.3 El individuo y proceso de humanización
- 1.4 La dignidad de la persona
- 1.5 Diferencia entre dignidad ontológica y dignidad moral
- 1.6 La ética y la moral
- 1.7 Los valores universales
- 1.8 Los derechos humanos
- 1.9 La igualdad para todas las personas
- 1.10 Declaración universal de Derechos humanos
- 1.11 Surgimiento de la bioética
- 1.12 Códigos de bioética en el personal de salud

UNIDAD II Bioética en la enfermería

- 2.1 Concepto de profesión, principios y deberes deontológicos
- 2.2 La enfermería como profesión
- 2.3 Códigos de ética en la enfermería
- 2.4 Derechos del paciente
- 2.5 Responsabilidad profesional en la enfermería
- 2.6 Respeto a la intimidad y secreto profesional
- 2.7 Participación de enfermería en el consentimiento informado
- 2.8 Requisitos que debe reunir el consentimiento informado
- 2.9 Derechos y obligaciones relativas al consentimiento informado
- 2.10 Elección del bien y la libertad (limitaciones)
- 2.11 Principios éticos del acto médico

UNIDAD III Enfermería y bioética en el cuidado

- 3.1 Modelos y principios de la bioética
- 3.2 Metodología para la toma de decisiones
- 3.3 Comités de bioética y ética (papel de la enfermería)
- 3.4 Humanización del cuidado
- 3.5 Factores de deshumanización de la práctica sanitaria
- 3.6 Bioética de la vida frágil y respeto a la debilidad
- 3.7 Bioética en la sexualidad humana
- 3.8 Responsabilidad ética y jurídica ante infecciones sexuales
- 3.9 Aborto, parámetros éticos y legales de protección al embrión
- 3.10 Regulación ética y jurídica de la fertilidad y la clonación

- 3.11 Implicaciones éticas y legales del trasplante de órganos
- 3.12 Comprobación de la muerte natural y muerte violenta
- 3.13 Autoridades competentes para conocer en casos bioéticos difíciles
- 3.14 Cuidados paliativos, eutanasia, distanasia, ortotanasia, suicidio asistido y homicidio.
- 3.15 Bioética en la investigación

UNIDAD IV Bioética en la práctica de la enfermería

- 4.1 Proceso cultural de morir y muerte digna
- 4.2 CONAMED y su función en casos bioéticos
- 4.3 Responsabilidad legal en la enfermería (negligencia médica)
- 4.4 Delitos de lesiones
- 4.5 Delito de homicidio
- 4.6 Delito de violencia obstétrica
- 4.7 Delitos contra la reproducción sexual
- 4.8 Delito de tráfico de órganos
- 4.9 Delitos de narcotráfico
- 4.10 Delito de discriminación
- 4.11 Delitos que pueden cometer los servidores públicos

Criterios y procedimientos de evaluación y acreditación:

Actividades en la Plataforma Educativa	30%
Actividades áulicas	20%
Examen	50%
Total	100%
Escala de calificaciones	7-10
Mínima aprobatoria	7

UNIDAD I Aspectos generales de bioética

I.1 Concepto de bioética y ética

Para la Comisión Nacional de Bioética la Bioética:

Es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones.

Esta noción de Bioética, formulada con el apoyo y aval del Consejo de la Comisión, deriva de dos aspectos: la necesidad de contar con una aproximación conceptual en tanto no se cuenta con una definición como tal, de carácter universal; y, por otra parte, se precisa de una noción que permita trasladarla al terreno operativo y llevarla a la práctica.

En relación con otros datos históricos sobre el término Bioética y su aplicación, es importante mencionar que fue acuñado por Fritz Jahr en 1927, quien lo definió como la ética de las relaciones de los seres humanos con los animales y la naturaleza; sin embargo, es Van Rensselaer Potter quien lo incorpora al discurso académico contemporáneo en el artículo Bioética, la ciencia de la supervivencia, publicado en 1970. En la década de los años setenta también sobresalen instituciones dedicadas a estos temas como la Universidad de Georgetown, en Washington, D.C., que centró sus esfuerzos en el ámbito de las ciencias de la salud y los avances científico-tecnológicos. Asimismo, en el año de 1972, André Hellegers crea el Instituto de Bioética Joseph and Ross Kennedy y en Europa -en Barcelona, en 1975- se funda el Instituto Borja de Bioética

Otros referentes importantes en el desarrollo de la bioética aparecen en el año de 1978, cuando se presenta la primera edición de la Enciclopedia de Bioética, editada por Warren T. Reich, en la que se define a la Bioética como El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales. A esta primera edición siguieron dos más en las que distintos conceptos fueron actualizados y analizados a la luz de los cambios que la disciplina bioética atravesaba. Las segundas y terceras

ediciones, por disposiciones del propio Reich fueron encomendadas a Stephen G. Post y todo un grupo de trabajo que en 2003 la concluyeron con la inclusión de más de 110 artículos nuevos, y nutridos de los viejos estudios y los viejos dilemas.

Más adelante, en 1979, Tom L. Beauchamp y James F. Childress publican el libro *Principles of Biomedical Ethics*, cuyo tema principal es el estudio de la ética biomédica. Dicha publicación fue la más representativa de esa época y, aún en nuestros días continúa siendo una de las más empleadas, ya que en ella se basa una de las corrientes más extendidas en el ámbito de la bioética, mejor conocida como Principialismo, a través del cual se pondera una tétrada clásica: Beneficencia; no maleficencia; autonomía y justicia.

A lo largo de las tres últimas décadas del siglo XX, el desarrollo de la cultura tecno-científica, por un lado, y el impacto de los movimientos de la sociedad civil por el otro, suscitaron una serie de acontecimientos de indudable importancia para el desarrollo de la bioética. Si bien en sus inicios la bioética fue de dominio básicamente anglosajón, posteriormente, a partir de los años ochenta, se extendió a los países europeos y ha tenido, desde los años noventa hasta la actualidad, un desarrollo que incluye a la región latinoamericana y una gran parte de los países del mundo, por lo que actualmente se puede hablar de una bioética internacional con diferentes grupos, voces y análisis particulares. Ejemplo de ello son los principios o postulados que establece la escuela europea: vulnerabilidad, dignidad, integridad y autonomía.

De igual forma, desde la perspectiva latinoamericana los cuatro principios tradicionales no son suficientes. A ellos es necesario agregar nociones fundamentales como el respeto a la dignidad; la salvaguarda de los derechos de las personas y su autonomía; la tolerancia; la inclusión; la solidaridad y la no discriminación como pautas no sólo orientadoras en el plano ético, sino que faciliten su aplicación práctica en diversos contextos.

Lo anterior es pertinente ya que ha sido señalado —y con mucha razón— que siendo una realidad inobjetable en Latinoamérica la desigualdad, toda perspectiva ética y bioética deberá considerar dos postulados esenciales: la búsqueda de justicia y el ejercicio de la protección universal.

En suma, se acepta que la bioética emerge como resultado de tres aspectos:

1. La aparición del paradigma de los derechos humanos, en el ámbito de la posguerra mundial y el movimiento de derechos civiles en Estados Unidos, ambos en su relación con la medicina y la salud;
2. El poderío y ambigüedad moral del desarrollo científico y tecnológico, sus implicaciones para la supervivencia de la especie humana y el bienestar de las personas, así como el cuidado del medio ambiente; y
3. Los problemas de justicia en el derecho a la protección universal y acceso a los servicios de salud.

La bioética ha evolucionado hacia un movimiento internacional que abarca los aspectos tradicionales de la ética médica, la ética ambiental, los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, el desarrollo sostenible, etc. La bioética es una instancia de juicio práctico que se ejerce en circunstancias concretas y a la que se le asigna una finalidad práctica a través de diferentes formas de institucionalización. La bioética se concibe como un campo interdisciplinario de especialistas y como un movimiento social y cultural de los ciudadanos. Es un área de conocimiento que se refiere a la moralidad de las nuevas formas de nacer, morir, curar y cuidar.

La bioética es una disciplina:

- **Laica.** Busca acuerdos racionales entre personas de diversas filiaciones religiosas o ateas. Es tolerante.
- **Plural.** Reconoce y promueve la diversidad y trata de alcanzar acuerdos razonables entre diversas posturas dentro de una discusión que parta de mínimos compartidos. Reconoce la pluralidad no sólo como un hecho sino como un valor.

- **Autónoma.** Es libre de influencias políticas, religiosas y económicas. Reconoce la capacidad de autorregulación del ser humano.
- **Racional, filosófica y discursiva.** La realidad ética no se conoce a priori sino a través de la reflexión sobre las consecuencias de las decisiones.
- **Universal.** Válida para todos, en cualquier lugar. Las decisiones deben ir más allá de los convencionalismos morales pues se aspira a decisiones responsables por vía del acuerdo intersubjetivo pero con base en acuerdos objetivos de mínimos como lo son los derechos humanos.
- **Interdisciplinaria.** Comprende aspectos filosóficos, científicos, sociales, antropológicos, psicológicos, técnicos, legales, del cuidado de la salud y de la investigación en salud.
- **Intermediadora.** Promueve mecanismos razonados y racionales para la toma de decisiones difíciles y para resolver conflictos.
- **Regulatoria o procedimental.** Apoyo a los protocolos, procedimientos, cuerpos colegiados.
- **Aplicada.** Reflexiona y cuestiona problemas reales, cotidianos y concretos. Con base en lo anterior, la bioética no se reduce a la deontología médica clásica. No ofrece un conjunto de recetas simplistas, de valores rígidamente preestablecidos o fórmulas hechas que indiquen claramente lo que está bien y lo que está mal.

La bioética, al ser dinámica, no es un conjunto de mandamientos o de prohibiciones absolutas, o un conjunto de afirmaciones subjetivas y relativas. La bioética se ha consolidado como un espacio de reflexión multidisciplinario necesario para abordar con éxito los problemas complejos suscitados en el ámbito específico de la atención sanitaria y ha ido ampliando progresivamente su enfoque para estudiar los factores naturales, tecnológicos y sociales que pueden tener repercusiones importantes sobre la salud humana y en la biosfera en su conjunto. A pesar de ser una disciplina joven y en continuo desarrollo, se ha convertido en una herramienta de trabajo fundamental para los comités y organismos que, con funciones predominantemente consultivas, son requeridos para elaborar informes, desarrollar tareas de formación de profesionales de la biomedicina e identificar los aspectos éticos en protocolos de investigación que implican a seres humanos.

Para su normal funcionamiento, los diversos comités que realizan evaluación ética deberían contar con miembros familiarizados con aspectos básicos de la argumentación y del razonamiento moral.

En este sentido conviene recordar que la ética no consiste en la aplicación mecánica de principios o de normas morales importadas sin más de un código previo, sino en la justificación racional argumentativa de los cursos de acción preferibles entre varias alternativas. La calidad del proceso deliberativo es un aspecto fundamental, pues únicamente en el marco de un diálogo multidisciplinario y pluralista se tienen las garantías mínimas para identificar los aspectos relevantes por considerar, de modo que la acción práctica en determinadas circunstancias responda a los valores en cuestión. Este objetivo no se consigue con la mera aplicación de principios generales ampliamente aceptados. Es preciso tener en cuenta que los valores son el producto condensado de experiencias y de circunstancias que han ido configurado, a lo largo de generaciones, todo lo bueno, deseable e importante para grupos humanos muy diversos. Por medio de múltiples formulaciones jerarquizadas de maneras diversas, estos principios generales son la base sobre la que se articulan códigos de normas morales, a veces muy detalladas y complejas. Los códigos morales pueden servir de referencia a instituciones, grupos y sociedades enteras, impregnando procesos esenciales de socialización y de pautas de actuación.

La ética es un análisis sistemático y crítico de la moralidad, de los factores morales que guían la conducta humana en una determinada práctica o sociedad.

Cuando los valores, reglas y deberes morales están sujetos a un análisis ético, es particularmente importante su relación con los intereses humanos básicos compartidos por la población, independientemente de su entorno cultural. Los valores morales pueden cambiar y el razonamiento moral se pregunta si las actividades legitimadas tradicionalmente y en la práctica por la religión, el derecho o la política merecen ser reconocidas. En efecto, la evolución de la ética en el siglo pasado se ha caracterizado por la tendencia a cambiar los valores y derrocar las convenciones morales que han guiado las relaciones entre los sexos, entre los seres humanos y los animales y entre los seres humanos y su entorno.

Una tarea más reciente de la ética consiste en ofrecer resistencia a esas tendencias a la mundialización, la comercialización y el dominio de la tecnología que erosionan la biodiversidad y aspectos valiosos de la identidad cultural y que incluso podrían llegar a amenazar los derechos humanos. Aunque estas tendencias se presentan a menudo como neutrales en relación con los valores, conllevan hipótesis ocultas que son posibles fuentes de desigualdad y abuso.

1.2 Concepto de vida según ciencias biológicas y filosóficas

La pregunta “¿qué es la vida?” ha sido un rompecabezas para biólogos, físicos, teólogos, poetas y en general para cualquier ser humano; es uno de los problemas científicos y filosóficos por excelencia y a los cuales, en la mayoría de los casos, se unen las concepciones religiosas en la búsqueda de una visión del universo, una visión del mundo y una visión del hombre. De la forma como el hombre ha respondido a esta pregunta construye su forma de sentir y de entender la vida (de respetarla o degradarla, de exaltarla o de humillarla). De las preguntas centrales de la ciencia sobre: el universo, las especies, la humanidad y la conciencia, todas tienen que ver con el problema del origen de la vida. ¿Qué es la vida?, es una de las preguntas más difíciles que se le pueden formular a un ser humano, y se presenta mucha dificultad cuando se trata de explicar, de conceptualizar, de verbalizar y definir.

En la mayoría de los textos biológicos que tratan el problema se encuentran frases como: “la vida no existe como tal, nadie la ha visto”, “la vida no existe, no hay más que seres vivos”, “la vida es imposible aislarla o concebirla en abstracto”, “pedir una definición de vida es pedir algo acerca de lo cual no se llega a ningún acuerdo satisfactorio”, “se puede caracterizar la vida, mas no definirla”, “se pueden establecer las leyes de la vida, pero no se debe esperar del biólogo alguna respuesta acerca de la íntima esencia de la vida”, “la vida es un axioma, un dato primordial que debe ser simplemente aceptado, no explicado”.

En algunas definiciones se habla de la vida como de un conjunto de fenómenos, una acomodación continua de relaciones, un conjunto de funciones, una organización, una actividad especial, una manera de ser, un estado de cosas. Pero ante todo la palabra vida está cargada de un profundo misterio cuyo origen se encuentra en la explicación de nuestra propia vida y su sentido; porque el concepto vida es uno de esos conceptos intuitivos, inexpresables, que están en nuestra experiencia directa, y el mayor de nuestros afanes es dar razón de todo desde nosotros mismos, dar razón de la vida desde nuestra vida; de explicar el misterio desde el misterio. Sólo hablamos de lo que podemos entender y por consiguiente asimilamos nuestra vida a la vida de los demás seres vivientes. Asimilamos nuestra vida mental y nuestra vida orgánica a la vida que está fuera de nosotros.

Definir la vida es tarea imposible, la vida se nos presenta a cada instante en múltiples manifestaciones, con caracteres nuevos y diversos. Desde su nivel molecular hasta la complejidad de los ecosistemas y la biósfera.

La dinámica evolutiva le confiere a cada instante nuevas posibilidades que son difíciles de predecir en tiempo y espacio. Su desconcertante diversidad espacial y temporal, la complejidad de sus interrelaciones, la inmensa cantidad de variables que influyen sobre cada organismo; todo esto hace que no podamos encasillar los fenómenos vitales en una fórmula. Definir entonces la vida sólo desde el nivel molecular, o sólo desde el nivel holístico no tiene ningún sentido, “no puede darse a la vida una definición únicamente física, únicamente biológica, únicamente elemental, únicamente totalizante, únicamente organizacional, únicamente existencial.

La vida humana es un fenómeno complejo, tal vez el más complejo e importante sobre el que se pueda tener conocimiento. El desarrollo de la ciencia arroja que ésta surge en un momento determinado, siendo aun, pese a lo avanzado, oscura la explicación del momento específico de su aparición y comienzo de su evolución. La vida humana es parte de la vida en general, es una forma de su manifestación, la más desarrollada de las conocidas. Desde los albores mismos de la civilización el hombre inicia el interminable camino hacia el descubrimiento y explicación de la verdad sobre la razón de ser de su existencia, pues cada individuo humano a lo largo de su vida va adquiriendo una visión muy particular y específica sobre este fenómeno de acuerdo a lo vivido.

¿Qué es eso que llamamos vida humana? Según Recansens Siches, la sola cuestión nos retrotrae a la modalidad de existencia de un ser del universo que no sólo se diferencia de los demás, “sino que es el ser fundamental” porque su vida “es la realidad primera y radical y a la vez la base y ámbito de todos los otros seres y la clave para la explicación de éstos” (Siches, 2009).

Hasta dónde se sabe, el ser humano es el único que hoy toma su vida y la de los demás como objeto investigación, y aquí en la tierra no caben dudas de que la vida de todos los demás seres está cada vez más condicionada por la actividad vital de éste. El conocimiento sobre el hombre y su vida son aspectos que tienden a fundirse, de ahí la enorme importancia de revelar la esencia de éste como ser genérico para poder desentrañar su singular modalidad de existencia: la existencia humana.

En un período no del todo determinado antes de nuestra era, el salmista parece haberse percatado de ello cuando se hizo la pregunta fundamental de las humanidades: “¿Qué es el hombre...?” (Salmos: 8:4), a la que la cultura griega tempranamente trató de dar respuesta, estableciendo las bases para el origen de la antropología filosófica. Los sofistas fueron los primeros filósofos en hacer de los problemas humanos el objeto principal de su reflexión, aseverando con Protágoras que el hombre era el centro de todas las cosas (Laercio, 1990, p. 236).

Sócrates enunció que la esencia del hombre radicaba en su alma, mostrando con ello que la racionalidad era el rasgo distintivo de lo humano, por lo que alma y cuerpo comenzaron a diferenciarse como elementos integrantes de toda vida humana.

Siguiendo a su maestro, **Platón reconoció la primacía del alma sobre el cuerpo, entendiendo que éste no era más que un obstáculo o cárcel para el alma que preexiste y lo sobrevive.** Para el filósofo griego, el hombre era esencialmente su alma –o un alma que se puede hacer servir de un cuerpo-, por ello encaminó su filosofía a enseñar cómo liberar al alma de la prisión del cuerpo mediante la acción purificadora del conocimiento.

En La República aclaró que el alma perfeccionaba al cuerpo (Platón, 1991, Libro tercero, p.485), valorando su relación con éste en la existencia humana individual y social, en la que la función directiva o de gobierno se organizaba en correspondencia con su parte racional.

A diferencia de Platón, que veía la relación entre el alma y el cuerpo como accidental en la vida humana, Aristóteles consideraba al hombre como una sustancia compuesta de cuerpo y alma, en la que el alma era la sustancia formal o “la entelequia primera de un cuerpo natural que tiene la vida en potencia” (Aristóteles, 1969, II, I, pp. 47-48). **Reconocía que ambos elementos eran inseparables, pero estimaba que lo que realmente distinguía a la vida humana era la presencia en ella de la razón o alma racional. Por ello planteaba en la Política que “los hombres llegan a ser buenos y virtuosos por tres cosas, que son la naturaleza, el hábito y la razón”**, pero que encontrándose las dos primeras también en los demás animales, “el hombre vive por la razón que sólo él posee, por lo que es preciso que en él guarden aquellas tres cosas una armonía recíproca” (Aristóteles, 1992, VII, 12, p. 295).

Sin embargo, la vida del hombre y en general la humana no se agotan con la corporeidad y la espiritualidad individual, porque estas son a su vez partes de un conglomerado mucho mayor que resulta de la interacción de los propios seres humanos: la sociedad. Aristóteles también se percató de lo anterior, por ello definió al hombre diciendo que “por naturaleza es un animal político”, al tiempo que aseveraba “que quien por naturaleza y no por casos de fortuna carece de ciudad, está por debajo o por encima de lo que es el hombre”. Según la visión aristotélica, la sociedad precede al hombre como el todo a la parte por cuanto éste como individuo no se puede bastar a sí mismo, de ahí que considere que quien sea incapaz de vivir en sociedad o a causa de su suficiencia no la necesite, “es una bestia o un dios” (Aristóteles, 1992, Libro I, I, pp. 158-159).

En la Edad Media encontró continuidad el pensamiento griego, pero esta vez de forma subordinada o como medio para un cometido mucho mayor: hacer razonable la fe. Para el cristianismo, religión y cosmovisión dominante en este período, la vida en general y la humana en particular eran el resultado de un acto de creación, adquiriendo su esencia de manos del creador, quien creó al hombre a imagen y semejanza suya, razón por la que el alma se llegó a interpretar como la expresión individual de la eterna espiritualidad divina en un cuerpo mortal. **“Ningún ser vivo hay que no venga de Dios –decía San Agustín-, porque Él es, ciertamente, la suma vida, la fuente de la vida” (San Agustín, 1956, XI, 21, p. 93).**

Siguiendo a Platón, San Agustín consideraba que el hombre era esencialmente alma, un alma que se servía de un cuerpo (San Agustín, 1956, XXIII, 44, p.121), por ello, como ser libre, el hombre se veía obligado a elegir cómo vivir, según la carne o según el alma, y asumir las consecuencias de su elección (San Agustín, 2008). Así, basado en la concepción antropológica platónica y en su experiencia personal, el Obispo de Hipona entendió que al hombre, a quien todo le viene de Dios (San Agustín, 1997, I, VI, p. 14), la investigación lo debe conducir a la fe. Para ello solo tenía que buscar la verdad en sí mismo -en su interior o alma-, para que le fuera revelada, y luego purificarse por la propia fe y lograr así su renovación (San Agustín, 1956, XXXVI, 66, 67, pp. 151-152).

Santo Tomas de Aquino utilizó a la filosofía de Aristóteles en su empeño de fundamentación, desarrollando su idea del hombre como unidad del cuerpo y del alma. El hecho de que el alma tenga materia es lo que permite diferenciar al hombre de Dios (de Aquino, 1975, 75, V, pp. 370-371). Lo que distingue al hombre de los demás seres vivos es que a él lo define su alma intelectual que integra las formas inferiores (sensitiva y nutritiva), pero ésta también está unida inseparablemente al cuerpo, conformando entre ambas la naturaleza humana (de Aquino, 1975, 76, IV, p.389). Todo esto debe tenerse presente cuando se afirma que el hombre esta hecho “a imagen de Dios” por no tratarse aquí de una semejanza en igualdad, lo que se advierte por la presencia en la frase de la preposición “a” que “significa un cierto acercamiento que compete a lo distante”, presuponiendo cierta imperfección de la semejanza (de Aquino, 1975, 93, I, p. 405).

Ya estos pensadores tomaban en cuenta aspectos a los que el desarrollo posterior de la reflexión sobre la vida humana no dejará de hacer alusión: el alma o razón, el cuerpo y su proyección individual y social. Fue así como el alma -por las posibilidades que ofrece- comenzó a ser el aspecto decisivo en la definición de los actos humanos, que el humanismo clásico tuvo a bien distinguir de los actos del hombre. Tomas de Aquino enunció con claridad esta diferencia en su Suma Teológica, en la que precisaba:

De las acciones que el hombre ejecuta solamente pueden llamarse “humanas” aquellas que son propias del hombre como tal. El hombre difiere de las criaturas irracionales en tener dominio de sus actos. Por lo tanto, solamente aquellas acciones de las cuales el hombre es dueño pueden llamarse con propiedad humanas. Este dominio de sus actos lo tiene por la razón y la voluntad; por eso el libre albedrío se llama “facultad de la voluntad y de la razón”. En consecuencia sólo se podrán considerar acciones propiamente humanas las que proceden de una voluntad deliberada. Y si algunas otras acciones hay en el hombre, pueden llamarse acciones del hombre; pero no propiamente humanas, porque no son del hombre en cuanto tal. (de Aquino, 1954, I,I, p. 101)

La vida humana es vida personificada, es la vida de la persona que se distingue por ser consciente y voluntaria, es decir, es vida que llega a tener conciencia de sí misma y elige alternativas de desarrollo individual y social por las que contrae cierta responsabilidad.

La existencia personal está condicionada socialmente toda vez que es personificación individual de la vida social o genérica, de un mundo cultural que se expresa en un determinado contexto histórico. Lo biológico, aunque subordinado al componente consciente y social, también es humano en el hombre, y no sólo porque se haya transformado y socializado a través del desarrollo histórico, sino también por ser el soporte natural de la persona, lo que le confiere valor y dignidad.

La vida humana se reconoce y existe jurídicamente como vida personal, lo que ya entraña de por sí una cualidad del hombre o de lo humano. El problema está en la concepción de que se parte: de la interpretación de la persona como la actualización o manifestación individual de ciertas propiedades distintivas del ser humano, o como una entidad consustancial a lo humano.

Acogiéndose a la primera interpretación, Tristram Engelhardt señalaba que lo que distingue a las personas “es su capacidad de tener conciencia de sí mismas, de ser racionales y preocuparse por ser censuradas y alabadas”, concluyendo que “no todos los seres humanos son personas” porque “no todos son autoreflexivos, racionales o capaces de formarse un concepto de la posibilidad de culpar o alabar”. Por tal razón, **“los fetos, los retrasados mentales profundos y los que se encuentran en coma profundo” no son personas aunque sean seres humanos o miembros de la especie homo sapiens (Engelhardt, 1995, p. 155).**

I.3 El individuo y proceso de humanización

Llamamos “humanización” al proceso evolutivo que supone la maduración de las capacidades cognitivas y emocionales de la conciencia reflexiva humana por una auto-transcendencia activa (K. Rahner) de la materia hacia el espíritu. Esta auto-transcendencia activa supone la dinámica creadora de Dios. Los vestigios dejados por el Homo sapiens, en los que aparece una creencia de

un más allá, juntamente con las representaciones simbólicas del arte paleolítico, nos confirman que la conciencia humana, aunque de forma aún balbuciente, había adquirido ya su maduración.

En nuestra aportación anterior hemos definido el proceso de humanización como:

La vida humana es vida personificada, es la vida de la persona que se distingue por ser consciente y voluntaria, es decir, es vida que llega a tener conciencia de sí misma y elige alternativas de desarrollo individual y social por las que contrae cierta

Proceso que está entrelazado íntimamente con el de hominización (maduración del sistema nervioso central), como los dos cabos de un mismo cordel; pues es el cerebro humano el lugar donde va a emerger la conciencia reflexiva es necesaria la colaboración y el diálogo interdisciplinar conjunto de biólogos moleculares, arqueólogos, paleontólogos, psicólogos, filósofos, antropólogos y teólogos. La primera gran pregunta es: ¿El Homo sapiens es una especie biológica más? Si la respuesta es afirmativa y la aparición de la conciencia no supone un punto de inflexión en el proceso evolutivo, el Homo sapiens sería una de tantas especies de las que han aparecido a lo largo de la evolución y que igualmente podría desaparecer. Si por el contrario, el ser humano es una nueva especie de vida original, una nueva fórmula de vida hasta él inédita e irreductible al conjunto de especies animales, incluidos los primates superiores, entonces sería necesario investigar profundamente cuándo y dónde en el doble proceso hominización y humanización se da la emergencia de la novedad, caracterizada primariamente por la aparición de la conciencia reflexiva y la libertad, lo que llamamos el espíritu.

El animal reacciona automáticamente ante las diversas situaciones y el ser humano tiene libertad para dominarlas. Al respecto, Xavier Zubiri, el hombre, ha sido, sin duda, uno de los filósofos que mejor ha buceado en las características que constituyen lo humano. El ser humano se enfrenta con las cosas no como estímulos sino como realidades. El hombre es un animal de realidades: «Esta unidad metafísica de realidad y animalidad no es exclusiva de la inteligencia. Es una habitud que subyace igualmente a la voluntad y al sentimiento.

1.4 La dignidad de la persona

La etimología latina de “digno” remite primeramente a dignus y su sentido es “que conviene a”, “que merece”, implica posición de prestigio “de cosa”, en el sentido de excelencia; corresponde en su sentido griego a axios (valioso, apreciado, precioso, merecedor). De allí deriva dignitas, dignidad, mérito, prestigio, “alto rango”.

Se parte de que la persona merece que se le reconozca, respete y por ende tutele su dignidad, atento a que ésta deriva del hecho de ser, ontológicamente, una persona y, consecuentemente, el derecho debe garantizarle esta dignidad precisamente por ser tal. El respeto por la dignidad de la persona humana comienza por reconocer su existencia, su autonomía y su individualidad, de allí que dicho artículo la considere inviolable.

Como ha dicho la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN, Fallos: 316:479): "el hombre es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo –más allá de su naturaleza trascendente– su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental".

La dignidad es algo sustancial. Tan sustancial e inalienable es esta dignidad que nadie puede ser esclavo, ni tan siquiera por voluntad propia o por contrato. Y de ninguna manera podemos perder tal dignidad; de modo que, no pudiéndose perder la dignidad humana sustancial en ningún supuesto, es en ella donde hay que hacer pie para desautorizar la pena de muerte o la tortura y para conceder al criminal más criminal la oportunidad y el derecho a la rehabilitación.

Dicho esto, **dignidad humana significa que un individuo siente respeto por sí mismo y se valora al mismo tiempo que es respetado y valorado.** Implica la necesidad de que todos los seres humanos sean tratados en un pie de igualdad y que puedan gozar de los derechos fundamentales que de ellos derivan. Poseemos dignidad en tanto somos moralmente libres, por ser autónomos, igualados a otros de la propia ley.

En definitiva, la dignidad constituye la fuente de todos los derechos y esto implica un cambio en la concepción de la persona, atento a que ya no se puede hablar de persona o derechos a secas, sino

de persona digna y de derechos que contemplan esta dignidad de la persona humana.

Desde una perspectiva filosófica y religiosa, el concepto de dignidad humana posee una larga trayectoria histórica. No obstante, desde un punto de vista jurídico, la dignidad es un concepto nuevo, que surge luego de la Segunda Guerra Mundial, en tanto los textos que la mencionan son de la historia reciente.

Así, la dignidad de la persona humana aparece como núcleo central en importantes documentos internacionales (la expresión dignidad se encuentra en la Conferencia de San Francisco (1945) («reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana...»)).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) ("la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca [...] de todos los miembros de la familia humana". (...) «La fe de las Naciones Unidas en la dignidad y el valor de la persona humana»).

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) cuyo preámbulo expresa que la libertad y la justicia y la paz en el mundo, tienen por base el reconocimiento de la dignidad humana inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables («que conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz del mundo tienen por base la *dignidad* inherente a todos los miembros de la familia humana...»).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) («La educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad»); la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) («Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad»).

También en la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** (2005), dice que el respeto a la dignidad humana emerge del reconocimiento que todas las personas poseen un valor intrínseco, dado que todos tenemos la capacidad de determinar nuestro propio destino

moral. El desprecio de la dignidad humana podrá conducir a la instrumentalización de la persona humana.

La Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997), la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (2003), la Convención de Derechos Humanos y Biomedicina (o Convención de Oviedo) del Consejo de Europa (1997), entre otras declaraciones, también mencionan a la dignidad.

1.5 Diferencia entre dignidad ontológica y dignidad moral

Una vez que se ha expuesto el concepto e importancia de la dignidad humana, es menester hacer diferencia entre dignidad ontológica y dignidad moral de la siguiente manera:

Dignidad ontológica.- La dignidad ontológica se refiere al ser.

Decir que la persona tiene una dignidad ontológica es afirmar que goza de una dignidad y, por lo tanto, es merecedora de un respeto y de una consideración. La dignidad de la persona humana, desde este punto de vista, **radica en su ser y no en su obrar**. Puede actuar de una forma indigna, pero, a pesar de ello, tiene una dignidad ontológica que se refiere a su ser. Es digno por el mero hecho de ser persona. Dice R. Guardini que “sacrificar la integridad de la persona por un fin cualquiera, incluso el más elevado, significaría, visto en la realidad, no solo un crimen, sino también una dilapidación”. Por ello podemos decir que la persona posee una dignidad absoluta y por ello, inapreciable.

Dignidad moral.- Existe una dignidad arraigada en el ser y una dignidad arraigada en el obrar. La dignidad del obrar es la dignidad ética y se refiere a la naturaleza de nuestros actos.

Hay actos que dignifican al ser humano, mientras que hay actos que lo convierten en un ser indigno. La dignidad moral: no debe identificarse ni confundirse con la dignidad ontológica, como

decíamos, la primera se relaciona con el obrar; la segunda, en cambio, se relaciona con el ser. Hay seres que, por su forma de obrar y de participar en el seno de la comunidad, se hacen dignos de una dignidad moral, mientras que los hay que, por su forma de vivir, son indignos desde un punto de vista moral. Sin embargo, ambos, por el mero hecho de ser personas, tienen una dignidad ontológica.

Recomendación ver el siguiente video sobre qué es la dignidad:



<https://youtu.be/iU4VYMyPAkc>

1.6 La ética y la moral

En la enfermería, **la ética sirve de guía para la toma de decisiones adecuadas con el objetivo de que al brindar los cuidados se pase de los hechos a los valores y a los deberes.** En la práctica profesional de enfermería se ha observado una marcada deficiencia en la aplicación de estas normas morales

La palabra *ethos* (cuyo origen es griego) puede significar costumbre o carácter y comprende los comportamientos que caracterizan a una cultura o un grupo profesional. A la vez que engloba el uso de algunos valores y de una escala de valores, incluye la tradición y la experiencia comunes de un grupo, las cuales están basadas en una jerarquía de valores, así como en las direcciones de una profesión o de una clase social.

El ethos puede ser definido como un conjunto de valores que una determinada profesión tiene y presenta a la sociedad; es el elemento por el que esa profesión es reconocida y merecedora de la confianza de los que integran la sociedad.

Por lo tanto, el *ethos* no es fijo ni inmóvil; evoluciona con la propia profesión y con las influencias del medio, por lo que son determinantes las influencias filosóficas, religiosas, sociales, económicas, políticas y jurídicas para su definición.

La profesión de enfermería fue moldeando su propio perfil ético a lo largo de la historia y así se constata la existencia de tres tipos de *ethos* que se desarrollaron a partir de las influencias mencionadas: el *ethos* altruístico o altruista, el *ethos* agápico y el *ethos* filantrópico.

El ethos altruístico o altruista está en el origen de toda la atención y cuidado dispensado por la enfermería desde la época de las comunidades primitivas hasta las civilizaciones antiguas y el mundo greco-romano. Su característica principal era la amistad o el amor al ser humano, a la humanidad.

El altruismo se traducían en las formas de conducta que revelaban compasión, respeto y honestidad. El fundamento altruístico es la beneficencia. Según este principio, hacer el bien, no causar daño, cuidar de la salud y favorecer la calidad de vida constituye las máximas del *ethos* de la beneficencia.

El ethos agápico, por otro lado, fue el *ethos* de la enfermería en la cristiandad antigua y en la edad media. Los diáconos, las diaconizas y después las órdenes religiosas practicaban la enfermería para todos, movidos por la figura del buen samaritano. Hacían de su trabajo una obra de misericordia y establecían condiciones igualitarias de tratamiento y valoración terapéutica y moral de la convivencia con el dolor.

Asimismo, **el ethos filantrópico** de la enfermería surgió en la modernidad con el fenómeno creciente de la secularización y consecuentemente del pluralismo. La filantropía volvió a ser el fundamento de la enfermería y la expresión de la beneficencia de la modernidad.

Por lo tanto la ética, como juicio crítico de valores, necesita reunir ciertas condiciones para influir en las acciones morales de las personas. Los valores no son meras palabras; valores sin acción correspondiente no pasan de ser un eslogan, pues los valores son razones por las cuales vivimos, causas que defendemos y por las cuales luchamos.

Los valores surgen como producto de la convivencia social y humana. Son eslabones que mantienen vivas todas las estructuras de la pirámide social y esto va desde la familia, base de la sociedad, hasta las grandes organizaciones y los países del mundo. Así, todo grupo social crea sus

propios valores que le facilitan su desarrollo y progreso, lo cual origina ambientes caracterizados por el respeto a los derechos, a la libertad, a la vida e incluso a la diversidad.

Con la ética se analizan intelectualmente los valores morales de las personas, es decir, su naturaleza, su universalidad y su diversidad. La ética es un rasgo característico de los seres humanos; en su conformación intervienen los factores culturales, la historia, las tradiciones, la educación y las creencias religiosas.

La enfermería como otras profesiones estableció su *ethos* a través de códigos de ética sustentados en las convenciones de Ginebra, de la Cruz Roja, **la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de la Organización Internacional del Trabajo y del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)**. Este código fue adoptado por el Consejo de Representantes Nacionales (CRN) por primera vez en 1953 en Brasil. El actual código fue aprobado en 1973 en la Ciudad de México y corroborado en 1987 por el CRN de Nueva Zelanda. Esta Organización Internacional de Enfermería define el *ethos* de la enfermería como la promoción y la recuperación de la salud, la prevención de enfermedades y el alivio del sufrimiento.

El CIE considera que la necesidad de los cuidados de enfermería es universal y que el respeto a la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. Por esto, la enfermería no hace distinción ninguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, color, edad, credo religioso, opción política o condición económico-social.

Los principios éticos más comunes según Fry son la beneficencia, la autonomía, la justicia, la fidelidad, la veracidad y la confidencialidad.

Moral

Moral proviene del vocablo latín "mos" o "mores" que significa costumbres en el sentido de las normas o reglas adquiridas por hábitos.

Conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en sociedad, que son aceptadas en forma libre y consciente por un individuo. (Balderas, 1998)

La moral, es parte de las tradiciones y costumbres del grupo humano, unidos por un interés común.

El comportamiento moral se sujeta a valores y normas establecidas socialmente, es un comportamiento consciente, libre y responde a una necesidad social.

Características:

- Aquellos fenómenos que son estudiados por la ética
- Incluye el conjunto de los deberes del hombre
- Se refiere al deber ser
- El individuo moralmente bueno debe practicar cosas buenas (en forma libre, no por violencia, ni a la fuerza)

Normas morales para las enfermeras (os)

Las raíces de la moral de las enfermeras (os) han sido legadas por la sociedad. Dichas normas se relacionan con:

- La Profesión.

- **Vocación**
- **Disciplina**

- La atención al usuario

- Proteger la individualidad
- Proteger al usuario de causas externas que puedan producir enfermedad
- Mantener las funciones fisiológicas del usuario en parámetros normales
- Colaborar con la rehabilitación del usuario y su incorporación a la comunidad
- La profesión de enfermería requiere del conocimiento de diversas ciencias para brindar los cuidados a los seres humanos, pero también es de vital importancia que incorpore, equilibradamente, los principios éticos y morales en su actuar profesional y personal, para así lograr brindar cuidados de manera integral y holística. Requiere una guía moral para cumplir con el objetivo esencial de servir al bien común, mejorar la salud de los individuos y prolongar la vida del ser humano.
- La enfermera (o) debe ser capaz de asumir la responsabilidad de tomar decisiones y realizar acciones en sociedad, ya que su comportamiento profesional afecta o beneficia a otros miembros de la comunidad, por lo que debe ajustarse a las normas de la ética profesional.

- Podemos decir que la ética y la moral son la base para regular el comportamiento, las acciones, las motivaciones en el actuar del profesional de enfermería, o sea, lo que debemos hacer o nuestros deberes como profesionales de la salud, para así no provocar algún daño, ya sea por omisión o negligencia, sino al contrario, favorecer positivamente la salud y el bienestar de los individuos.

1.7 Los valores universales

Valores universales son el conjunto de normas de convivencia válidas en un tiempo y época determinada.

Ante esto debemos comprender que no es un concepto sencillo. Esto se debe a que en ocasiones se confrontan valores importantes que entran en conflicto. El derecho a la vida y a la salud, el respeto a la propiedad privada, la observancia de las leyes, etcétera.

Al inicio del siglo XXI existe la necesidad de llegar a un acuerdo mundial en el manejo de los valores comunes y principios éticos universales que sirvan de base para fomentar una educación para la paz, que ayuden a establecer la convivencia pacífica entre individuos, familias, comunidades, etnias, naciones y culturas, y avanzar así a la meta deseada de una fortaleza humana homogénea para este nuevo milenio. El primer paso es disponer de un núcleo de valores y principios éticos comunes que la mayoría de las naciones y culturas acepten de forma voluntaria, es decir, no imponerlos por la fuerza o la coacción, sino por la educación para la paz.

El desarrollo humano es un proceso de descubrimiento, crecimiento, humanización, conquista de la libertad; representa el esfuerzo de hombres y mujeres por conquistarse a sí mismos mediante la iluminación de la inteligencia y el fortalecimiento de la voluntad, y con apertura, resultado del amor a los demás. Estos valores forman un perfil de hombre que encarna convicciones y creencias funcionales para un determinado ideal de sociedad integrada por la conducta colectiva, el comportamiento humano social y los valores deseables.

Un concepto decisivo y, estrechamente ligado a los valores, es el de la actitud. ¿Qué son las actitudes? Son tendencias adquiridas que predisponen a una persona a reaccionar de un modo determinado ante un objeto, persona, suceso o situación, y actúa en consecuencia. Una de éstas es la “opinión”, que es la manifestación pública, por lo general verbalizada, de un sentimiento o creencia. Expresa un valor o una actitud. Otro concepto relevante es el “hábito” que es un comportamiento o modo de proceder regular y adquirido por la repetición de actos similares.

Enseguida menciono algunas formas de conducta que se consideran valores fundamentales:

Valor	Significado
AMISTAD	Es el afecto o estimación entre personas que les permite establecer vínculos más estrechos de convivencia.
AMOR	Es un principio de unión entre los elementos que forman el universo; una manifestación de los hombres hacia el bien y la belleza absoluta.
BONDAD	Es una cualidad de una cosa o persona que la voluntad considera como un fin deseable tendiente a lo bueno
CONFIANZA	Actitud de esperanza hacia una persona o cosa; sentimiento de seguridad en uno mismo; acto de fe.
FRATERNIDAD	Es la unión y buena correspondencia entre los hombres.
HONOR	Es el sentimiento profundo de la propia dignidad moral del hombre
HONRADEZ	Es la cualidad que nos hace proceder con rectitud e integridad
JUSTICIA	Es dar a cada quien lo que se merece, según sus obras
LIBERTAD	Es obrar con libre albedrío; es hacer lo que uno desea sin dañar a nadie. La libertad física es limitada y sólo el pensamiento es infinitamente libre
PAZ	Es el conjunto de actos de unión o concordia que hacen posible la convivencia armoniosa entre los miembros de una sociedad o familia
RESPECTO	Es la consideración especial hacia las personas en razón de reconocer sus cualidades, méritos, situación o valor particulares
RESPONSABILIDAD:	Es el deber de asumir las consecuencias de los actos que uno ejecuta sin que nadie obligue
SOLIDARIDAD	Es una responsabilidad mutua contraída por varias personas, que nos hace colaborar de manera circunstancial en la causa de otros

TOLERANCIA	Actitud abierta hacia posturas u opiniones diferentes a la propia.
VALENTIA	Es la cualidad que nos permite enfrentar con decisión y sin dudar todos los actos de nuestra vida.
VERDAD	Es la conformidad o acuerdo de lo que se dice con lo que se siente, se piensa o hace.

1.8 Los derechos humanos

Hablar de Derechos humanos es hablar del largo recorrido de la historia humana en pro de una conquista todavía no conseguida en muchos países y amenazada continuamente en aquellos que los aceptan como fundamento ético de su construcción jurídica, política y social.

Desde el holocausto de la Segunda Guerra Mundial el principio de la dignidad humana ha adquirido una importancia creciente, no solo en el ámbito social, sino también en el ético y jurídico. Todas las declaraciones de Derechos Humanos desde el texto de la Declaración de 1948 hasta el presente, han considerado que el principio de la dignidad humana pueda ser entendido como fundamento último del orden moral y legal.

La categoría ético-jurídica de “Derechos Humanos” es axiológicamente previa a las concreciones morales de la ética económica, cultural, política, etc., ya que es base y fundamento de las otras como “derecho fundamental”. En la moral tomista se habla de virtudes sociales y la moral casuística habló del mismo tema bajo el nombre de deberes cívicos.

Como ya hemos dicho, la experiencia ética de la humanidad se concentra en un núcleo decisivo: la dignidad del hombre. De este núcleo emanan y hacia él convergen todas las variaciones de ethos humano: la ascensión de la conciencia de libertad social o civil de la humanidad.

Para hablar de libertades sociales y de su toma de conciencia del hombre occidental recordemos –como hemos dicho- el antiguo mundo judío y greco romano, la influencia del mundo cristiano, la filosofía nominalista con el descubrimiento del particular-universal, la aparición del individualismo en el Renacimiento, el influjo de la Reforma con Lutero y Calvino con el desarrollo del

subjetivismo individualista, para desembocar en los siglos XVIII y XIX donde las “libertades” con la caída del “Antiguo Régimen” y la aparición de la “burguesía” con la Revolución Francesa y la aparición del Estado Liberal, constitucional, democrático, representativo como forma cultural. Las nuevas libertades, más que del pueblo fueron de la “burguesía” que se encargó de la exclusiva de salvaguardar las propiedades y libertad de las personas, y una parte del pueblo que oprimía la otra parte. Con ello surgirá Carlos Marx con la pretensión de una nueva libertad con el “proletariado”. Surgirá en Alemania el Nacional Socialismo que por vía de representación popular subirá al poder y desde allí se absolutizará desembocando la perversión racista del nazismo alemán. Lo cierto es, que ni la revolución burguesa ni la revolución proletaria han conducido al hombre a la posesión de la libertad y de las “libertades”.

Los D.H. son categorías jurídicas del Derecho Positivo vigente, pero también categorías éticas que expresan valores básicos introducidos en el campo de la norma jurídica, es decir, que los D. H. son proféticos universales y meta jurídicos y por ello van más allá de las concreciones históricas de donde surgieron. La categoría ético-teológica de ser hijo de Dios, tener un mismo origen, ser libres en responsabilidad de cuidar dicha dignidad humana, y llamados a un mismo destino trascendente, queda reforzada con la razonabilidad de los D.H. a nivel universal.

También podemos decir que los D.H. Son norma axiológica del Derecho Positivo de los pueblos libres. Con los D.H. Se vuelve a afirmar que la persona y la familia son anteriores al Estado y por ello, éste debe ser servidor en favor de la persona y la familia como entes constitutivos del tejido social. Por otra parte es bien conocido que a nivel internacional la Declaración Universal de los Derechos Humanos, no tiene todavía la suficiente protección jurídica, lo cual corresponde a un gran desafío del orden planetario para la justicia y la paz mundial.

Los Derechos Humanos han sido clasificados atendiendo a diversos criterios, así podemos encontrar clasificaciones que atienden a su naturaleza, al origen, contenido y por la materia a la que se refieren. Con un propósito pedagógico han sido clasificados en tres generaciones, esto en función al momento histórico en que surgieron o del reconocimiento que han tenido por parte de los Estados. Es conveniente indicar que el agrupamiento de los derechos humanos en generaciones no significa que algunos tengan mayor o menor importancia sobre otros pues todos ellos encuentran en la dignidad humana el principio y fin a alcanzar. Así entonces en la primera generación fueron agrupados los derechos civiles y políticos, en la segunda generación los derechos económicos, sociales y culturales y en la tercera generación se agruparon los que corresponden a grupos de personas o colectividades que comparten intereses comunes.

Actualmente es mayormente aceptado clasificar los derechos humanos únicamente en civiles, económicos, sociales, culturales y ambientales.

Es importante decir que dentro del conjunto de derechos humanos no existen niveles ni jerarquías pues todos tienen igual relevancia, por lo que el Estado se encuentra obligado a tratarlos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso.

Derecho a la vida

Toda persona tiene derecho a que su vida sea respetada. Este derecho debe conceptualizarse en dos sentidos:

- a) Como una obligación para el Estado de respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones;
- b) Como una limitación al actuar de los particulares, para que ninguna persona prive de la vida a otra.

- Derecho a la igualdad y prohibición de discriminación
- Igualdad entre mujeres y hombres
- Igualdad ante la ley
- Libertad de la persona
- Derecho a la integridad y seguridad personales
- Libertad de trabajo, profesión, industria o comercio
- Libertad de expresión
- Libertad de conciencia
- Libertad de imprenta
- Derecho a la libertad de tránsito y residencia
- Libertad de asociación, reunión y manifestación
- Libertad religiosa y de culto
- Derecho de acceso a la justicia
- Derecho a la irretroactividad de la ley
- Derecho de audiencia y debido proceso legal
- Principio de legalidad
- Seguridad jurídica en materia de detención
- Seguridad jurídica para los procesados en materia penal

- Derechos de la víctima u ofendido
- Seguridad jurídica en las detenciones ante autoridad judicial
- Seguridad jurídica respecto de la imposición de sanciones y multas
- Seguridad jurídica en los juicios penales
- Derecho a la inviolabilidad del domicilio
- Derecho a la inviolabilidad de comunicaciones privadas
- Derecho a la propiedad
- Derechos sexuales y reproductivos
- Derecho de acceso a la información
- Derechos a la protección de datos personales
- Derecho de petición
- Derecho a la ciudadanía
- Derecho a la reparación y a la máxima protección
- Derecho a la educación
- Derecho a la salud
- Derecho a la vivienda
- Derecho al agua y saneamiento
- Derecho a la alimentación
- Derecho a un ambiente sano
- Derecho a la identidad y al libre desarrollo de la personalidad
- Derechos de los pueblos y comunidades indígenas
- Derechos agrarios
- Derecho de acceso a la cultura
- Derecho a la cultura física y al deporte
- Derecho al trabajo
- Derecho en el trabajo
- Derecho a la seguridad social
- Derecho de las niñas, niños y adolescentes
- Derecho de las personas con discapacidad
- Derecho de las personas adultas mayores
- Derecho de las personas migrantes
- Derecho a la reparación integral del daño

- Derecho a la reparación por violaciones a los derechos humanos
- Derecho a la verdad
- Derecho a la Reinserción Social

1.9 La igualdad para todas las personas

¿Qué es el derecho a la igualdad?

Es el derecho de todos los seres humanos a ser iguales en dignidad, a ser tratados con respeto y consideración y a participar sobre bases iguales en cualquier área de la vida económica, social, política, cultural o civil. (Fernández, 2017)

En la identificación de las expresiones graves de la discriminación, encontramos dos causas estructurales que dan origen a ésta: a) por un lado desigualdad económica y pobreza y b) por otro, factores socioculturales que se traducen en una desigualdad de trato y oportunidades.

Desde el punto de vista legal, la discriminación se entiende de acuerdo al artículo 5 de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Cd. de México, como:

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo

En ambos casos, la discriminación tiene como resultado, la negación de derechos y libertades fundamentales, que imposibilitan la igualdad real de trato y oportunidades y con ello el pleno goce y ejercicio, precisamente, de esos derechos y libertades, como la salud, el trabajo, la educación, procuración de justicia, entre otros.

El derecho a la no discriminación es el derecho de toda persona a ser tratada de manera homogénea, sin exclusión, distinción o restricción arbitrarias, con el fin de que sea capaz de aprovechar plenamente el resto de sus derechos y libertades fundamentales y el libre acceso a las oportunidades socialmente disponibles. (Rodríguez Zepeda, 2017).

El principio de igualdad ante la ley, igual protección ante la ley y no discriminación, pertenece al jus cogens, puesto que sobre él descansa todo el andamiaje jurídico del orden público nacional internacional y es un principio fundamental que permea todo ordenamiento jurídico. Hoy día no se admite ningún acto jurídico que entre en conflicto con dicho principio fundamental [...] Este principio (igualdad y no discriminación) forma parte del derecho internacional general. En la etapa de la evolución del derecho internacional, el principio fundamental de igualdad y no discriminación ha ingresado en el dominio del jus cogens. Corte IDH, Loc. Cit. (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2013).

¿Por qué derecho a la igualdad y no discriminación?

Tras el fin de la Segunda Guerra Mundial, y con el convencimiento de que un marco común de normas era necesario para el desarrollo y la convivencia, la comunidad internacional decidió regular las acciones comunes de los Estados y proteger a las poblaciones del orbe sobre la base de un régimen de derechos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, marca el inicio de una larga serie de encuentros y debates que han llevado a la celebración de un conjunto de acuerdos referentes a la protección de las poblaciones y al reconocimiento de derechos, fundamentalmente el de igualdad y no discriminación. El artículo 1° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU reconoce que **“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”**, de igual forma los artículos 23 y 74 de la misma declaración, avalan el principio de igualdad.

1.10 Declaración universal de los Derechos humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948, fue el resultado de la experiencia de la Segunda Guerra Mundial. Después de la Segunda Guerra Mundial y la creación de las Naciones Unidas, la comunidad internacional se comprometió a no permitir nunca más atrocidades como las sucedidas en ese conflicto. Los líderes del mundo decidieron complementar la Carta de las Naciones Unidas con una hoja de ruta para garantizar los derechos de todas las personas en cualquier lugar y en todo momento. El documento que consideraban, y que más tarde se convertirá en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, fue examinado en la primera sesión de la Asamblea General en 1946.

Es importante recordar que en este instrumento internacional se consideran los principales derechos humanos reconocidos en el mundo por la comunidad internacional (ONU). Es por ello que debemos conocer su contenido.



Puede consultar el contenido de la Declaración en el siguiente link:

<https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/spanish>

1.11 Surgimiento de la bioética

La bioética surge ante la necesidad de responder y tratar de solucionar los grandes conflictos que plantean hoy los hechos científicos y las tecnologías, su uso y aplicación al ser humano, a la vida y a la supervivencia en el planeta. Su reciente aparición y rápida expansión tienen antecedentes históricos y filosóficos que hunden sus raíces en la evolución cultural occidental, ligados a la ciencia, sus revoluciones y paradigmas, al estallido y dispersión múltiple del conocimiento. Esto último, se manifiesta en las especializaciones y super especializaciones del conocimiento científico para tratar de obtener, así sea en un campo reducido, el dominio que nos permita llegar a un conocimiento parcial ante la imposibilidad de dominarlo todo.

La Bioética, podría pensarse, constituye un momento o intento de agrupación y de reflexión que nos recuerda el surgimiento de la universidad en la edad media, cuando los saberes dispersos en los grupos de la sociedad fueron recogidos, se creó la institución universitaria y se constituyó corporativamente en un momento de síntesis para darles unidad en la diversidad. Fue un fenómeno espontáneo de la sociedad de entonces en el siglo XII que permitió la organización académica y científica del conocimiento humano.

Hoy, la bioética, plantea ante los grandes hechos científicos, los interrogantes éticos que ellos suscitan, alrededor de una discusión interdisciplinaria y transdisciplinaria a la que deben confluír todas las áreas de conocimientos surgidas en los últimos siglos, y en especial, los avances en el conocimiento biológico, y como consecuencia, de la biomedicina, que se hizo científica, participando de la "Crisis" de las ciencias que plantea Husser (I). Hay, pues, un punto de vista técnico: actuar sobre la vida del hombre, y un punto de vista ético: "Qué debo hacer" frente al "qué puedo hacer".

La etimología del término bioética denota una ambigüedad ética que nos remite, bien a una visión instrumental, bien a un visón reflexivo. Intentaré resumir brevemente en esta presentación algunos de los hechos más destacados alrededor de la bioética, sus características, sus tendencias y su aplicación como ética práctica.

"La Bioética es el estudio interdisciplinario de la mezcla de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos progresos y complejidad del saber y de las tecnologías biomédicas" (D. Roy).

"La Bioética designa la investigación del conjunto de exigencias del respeto y de la promoción de la vida y de la persona en el campo biomédico" (Guy Durand).

En 1949, Aldo Leopold, uno de los precursores del movimiento ecológico por la preservación ambiental, fue el primero en tratar de sustentar una relación entre la ética y la ecología, y esbozó la llamada 'ética de la tierra' que, a finales del siglo XX y en estas primeras décadas del siglo XXI, ha vuelto a tomar auge, dentro del concepto de una bioética global y a tono con los movimientos como el de Albert Arnold Gore Jr., ex vicepresidente de los Estados Unidos, premio Nobel de la

Paz, que manifiestan una gran preocupación por el futuro del planeta. Potter consideró la 'ética de la tierra' de Leopold como el principal antecedente y referente de la bioética.

Dos años antes, en 1947, se había publicado el **Código de Nuremberg** como uno de los resultados del proceso del mismo nombre, en el cual se investigó, juzgó y condenó a muchos de los responsables de la cruel violación de los derechos humanos en los campos nazis de concentración. **De ahí surge un valioso elemento, el "consentimiento informado" que irá irrumpiendo progresivamente en los procesos de investigación biomédica** y, posteriormente, en la prestación de los servicios de salud.

La bioética es una disciplina que se interrelaciona con diversos saberes, y se ha desarrollado apoyándose sobre declaraciones internacionales, que la han definido y delimitado tales como:

- ✓ Código de Nuremberg (1948)
- ✓ Declaración de Helsinki (1964, revisiones: 1974, 1983, 1989, 2000, 2008, 2013)
- ✓ Bioethics: Primera Carta de Derechos del Paciente (1973)
- ✓ Informe Belmont (1978)
- ✓ Convenio Europeo de Bioética (1997)
- ✓ Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos,(2004)
- ✓ Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1977)
- ✓ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), entre otros.

Desde la década de 1980 como respuesta a la necesidad de resolver las cuestiones éticas dentro de la práctica hospitalaria y de investigación se crearon Comités en distintos países para resolver y dar pertinencia a problemas dilemáticos. Es así que se inició la injerencia en el diálogo bioético de los gobiernos a través de políticas públicas y con la creación de distintos Organismos.

México, al darle respuesta a las directrices internacionales como necesidades nacionales, el 30 de marzo de 1992 consolidó la formación de la **Comisión Nacional de Bioética** –CNB-, la cual para su correcto funcionamiento, como la obtención de su legitimación y legalización, en 1993 estableció su Reglamento Interno. A pesar de los cambios estructurales originados por los distintos decretos presidenciales y su distinta expresión histórica, su misión ha permanecido perenne: construir y difundir una cultura bioética en el país. Para lo anterior se difundió y

promocionó la bioética a partir de la publicación del Boletín de la Comisión Nacional de Bioética, y de distintas acciones individuales colegiadas con el poder público (CNB, 2013).

El Boletín mencionado ha originado una argumentación bioética para fortalecer un comportamiento ético en las distintas esferas de acción de cada actor de la sociedad. Como consecuencia de la participación global de la Bioética, el 23 de octubre del año 2000 se emitió el Acuerdo Presidencial (DOF, 2013) mediante el cual la CNB adquiriría el carácter de permanente como reconocimiento de la importancia de su tarea. Dentro de la medicina la Bioética ha generado un contexto, ya referido, que ha sido regulado en el ámbito jurídico con distintos acuerdos que dan esencia y origen a normas que regulan lo que hasta ahora sólo estaba contemplado como un fenómeno existente en el ámbito social.

En este orden de ideas el Estado Mexicano se ha preocupado por crear un ambiente jurídico idóneo para el desarrollo de la práctica médica basada en la Bioética, por ello el 23 de octubre del año 2000 se emitió el Acuerdo Presidencial para conformar la Comisión Nacional para el Genoma Humano (CONAGEN) con el objeto de coordinar el engranaje político, educativo y de salud en relación con el conocimiento sobre dicho tópico. El 27 de febrero de 2003, por iniciativa de la CNB, el Consejo Nacional de Salud (integrado por los Secretarios de Salud del Gobierno Federal y de las 32 entidades federativas), decidió la creación de una comisión local de Bioética para cada estado (Luengas, Feinholz, Soberón, 2007). Este trabajo originó la necesidad de establecer la autonomía de la CNB, por lo que, el Decreto Presidencial del 7 de septiembre de 2005 le dio la calidad de órgano desconcentrado con autonomía técnica y operativa, pero subordinado a la Secretaría de Salud Federal (DOF, 2013).

1.12 Códigos de bioética en el personal de salud

La Bioética representa hoy un movimiento universal de responsabilidad profesional y por su concepción de ética global es de la incumbencia de todos los seres humanos para respetar la naturaleza, conservar los ecosistemas y favorecer la supervivencia de la biodiversidad. Para los médicos y personal que complementa el equipo de salud es, además, un sistema de reflexión moral en todos los acontecimientos de la vida, como constante llamada de alerta a efecto de respetar los derechos humanos, procurar siempre la beneficencia y la justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona humana y evitar la maleficencia con los enfermos y con los

seres vivos en general, incluyendo el deber social de disponer y utilizar los recursos con responsabilidad racionalmente considerada en la justa distribución y en su utilización.

El presente Código de Bioética representa una guía de conducta en el ejercicio profesional, con el fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así como entre personas y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente relacionados con la Medicina y la salud.

Los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales. El más conocido y que más ha influido en la medicina occidental es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, el cual se basa en dos componentes “no haré daño...” y “actuaré en beneficio del enfermo...”. Principios que siguen vigentes aún; a pesar de que en ese Juramento no se menciona la capacidad determinante del paciente para participar en la toma de decisiones, ni del principio de justicia, que ya consideran los códigos de ética médica recientes, como son el de Nüremberg y las Declaraciones de Helsinki y de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica (en seres humanos y animales de laboratorio).

Estas guías de conducta ética han sido básicas para las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO que, congruentes con la Declaración de los Derechos Humanos (ONU, 1948), se refieren al establecimiento de guías o códigos nacionales de conducta ética y otras reflexiones deontológicas necesarias. Es oportuno considerar el carácter reciente de los principios de la Bioética, que estudia sistemáticamente lo relativo al derecho a la vida, a la salud y la dignidad de la persona humana, para revisar los avances científicos y tecnológicos en especial aquellos que pudieran modificar la herencia y el destino del hombre.

Para la conformación del Código de Bioética para el Personal de Salud de México se ha consultado a distinguidos profesionales de la salud, académicos, investigadores, profesores y estudiantes de medicina y enfermería y de ámbitos sociales afines a la salud, a través de dos ejercicios, el primero a partir de abril, 2001, cuando se emitió un anteproyecto y, posteriormente, con la recopilación de opiniones en mayo, 2002, se difundió el documento previo a su terminación con los agregados de las consideraciones sugeridas.



Puede consultar el código completo de bioética para México en el siguiente link:

[http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_b
ioetica.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_bioetica.pdf)

UNIDAD II Bioética en la enfermería

2.1 Concepto de profesión, principios y deberes deontológicos

La palabra profesión proviene del latín *professio*, -onis, que significa acción y efecto de profesar. El uso común del concepto tiene diferentes acepciones, entre ellas, empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente; protestación o confesión pública de algo (la profesión de fe, de un ideario político, etc.).

En este sentido, profesión puede definirse como una actividad permanente que sirve de medio de vida y que determina el ingreso a un grupo profesional determinado.

En términos generales, se ha definido la profesión como una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales.

Una nueva concepción de la profesión se da a partir del trabajo de Cleaves (1985), quien sostiene que las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas. Esto lleva a sostener que, generalmente, la profesión aseguraría la posibilidad de hacer carrera a través de una actividad en la que los conocimientos del profesionista, además de ejercitarse, se amplían acumulativamente, enriqueciéndolo.

Un profesional debe ofrecer una preparación y capacidad intelectual deben tener un conjunto de conocimientos especiales utilizados dentro de su profesión que va adquiriendo durante sus estudios universitarios que deben estar actualizados mediante el estudio constante.

La capacidad ética es el valor del profesional como persona, lo cual da una dignidad, seriedad y nobleza a su trabajo, digna del aprecio de todo el que encuentra. Abarca no solo la honestidad en el trato, no solo en el sentido de responsabilidad en el cumplimiento de lo pactado, sino además la capacidad para abarcar y traspasar su propia esfera profesional en un horizonte más amplio, **hacia la búsqueda y construcción de una sociedad más justa y equilibrada.**

Podemos definir a la profesión como la actividad personal, puesta de una manera estable y honrada al servicio de la sociedad y en beneficio propio, para el impulso de la propia vocación con la dignidad que corresponde a la persona humana.

En virtud de su profesión, el ser humano ocupa una situación que le confiere deberes y derechos especiales, en base a la elección de la profesión que realizó de manera libre que tiene como finalidad el bien común. El profesional debe ejercer su función desde la más estricta honradez y fidelidad a los principios. Junto a los conocimientos y habilidades para el buen desempeño, los profesionales deben caracterizarse por sus propios conocimientos y habilidades para el buen desempeño, deben caracterizarse por sus principios éticos, por su honestidad a toda prueba, por su incorruptibilidad, por su disciplina y espíritu colectivo.

El ejercicio profesional demanda un amplio campo de autonomía, tanto personal como del colectivo en su conjunto, cuyo relato es la asunción de las responsabilidades inherentes al desarrollo de la actividad. La ética profesional es la expresión de las diversas acciones orientadas al bien, a lo bueno, desarrollar una profesión, es adquirir unos deberes y llevarlos a cabo mediante la intervención de un determinado ámbito de la sociedad, es intentar hacer un bien a un destinatario y a sí mismo, a un conjunto social, es en general construir prácticamente un sentido con la propia actividad y con la propia vida.

En cuanto a la relación de los profesionales entre sí:

- a. No plagiar trabajos profesionales;
- b. no difamar directa ni indirectamente a otros profesionales en virtud de su actuación profesional;
- c. defender la legitimidad de la formación titulada: no designar ni influir para que sean designados en cargos técnicos individuos carentes de títulos habilitantes;
- d. darse compensaciones dignas entre profesionales; e. abstenerse de emitir juicios adversos sobre otros profesionales (salvo –suele aclararse- que sea indispensable por el interés general con la condición de que se le haya dado a tal profesional la posibilidad de rectificarse y no lo haya hecho).

En cuanto a la relación de los deberes del profesional para con los clientes y el público en general:

- a. Mantener secreto y reserva de toda circunstancia relacionada con el cliente, salvo obligación legal;
- b. Advertir al cliente sobre posibles errores de él o del profesional;
- c. Atender con diligencia los asuntos del cliente.

En cuanto a los deberes del profesional ligado por una relación jerárquica:

- a. Independientemente de las jerarquías se promueve el debido respeto y trato impuestos por la condición de colegas;
- b. La obligación de cada profesional de cuidarse de no cometer, permitir o contribuir a que se cometan actos de injusticia en relación con otro profesional/es.

Los códigos de ética son esquemas normativos que establecen obligatoriedad. Expresan valores, enuncian y aplican principios. Todos aluden a la responsabilidad del profesional en tanto ha de hacerse cargo de las decisiones que adopta –y las que no- y sus efectos en el orden de los

conocimientos específicos, en orden al cliente, a las instituciones, a la sociedad, al medio ambiente y en relación consigo mismo.

En una profesión organizada, es imprescindible formular y aceptar libre y voluntariamente normas éticas que tengan como efecto la regulación de la actividad profesional en todos los campos que ésta abarca. A pesar de que las obligaciones éticas básicas son constantes, su cumplimiento puede variar por las necesidades siempre cambiantes de una sociedad compuesta de seres humanos libres. Surge pues, la necesidad de precisar dichas normas y también de contar con organismos que aseguren su cumplimiento y puedan eventualmente determinar sanciones en caso de faltas a las mismas.

*La **deontología** es el conjunto de principios y reglas que han de guiar una conducta profesional. El código de deontología es un conjunto de normas que se aplican a un colectivo de profesionales y que hace las veces de un prontuario (conjunto de reglas) morales.*

El código de ética y deontología constituye el conjunto de preceptos de carácter moral que aseguran una práctica honesta y una conducta honorable a todos y cada uno de los miembros de la profesión.

2.2 La enfermería como profesión

La enfermería es una profesión moralmente responsable. Históricamente, se ha caracterizado por ser una profesión con sentido humanístico, lo cual la diferencia de las otras profesiones, incluida la medicina. En el currículo de formación, la enfermería se considera como el eje rector del aspecto ético-humanista en los cuidados de la salud de las personas.

Sin embargo, en la práctica profesional existen quejas de los usuarios cuando la enfermera no asume la función de defensa, definida la defensa como la acción que un defensor toma para representar la causa del otro. La práctica de enfermería involucra una relación entre la enfermera y el paciente, la cual es necesaria para promover, prevenir, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento; la enfermera debe explicar cómo lleva a cabo esa responsabilidad, por lo que cuando se omite dicha información, se crean conflictos entre los pacientes y las enfermeras, lo cual provoca un menosprecio social.

Esta situación resulta preocupante, puesto que los profesionales de enfermería cada vez nos esforzamos más por alcanzar mejores grados profesionales de formación, con el objeto de mejorar nuestra calidad de servicios; sin embargo, tal parece que existen factores que intervienen para que nuestros esfuerzos no prosperen y nuestro trabajo demerite o se quede estancado en la sub profesionalización y la mediana calidad de servicios.

Por tal motivo, el propósito de este artículo es reflexionar sobre lo esencial de los aspectos relacionados con la pérdida de ética y los valores en la profesión, con la finalidad de aportar una serie de reflexiones y cuestionamientos al contexto de la enfermería profesional en México y de alguna manera contribuir a su desarrollo, progreso y prestigio profesional.

La enfermería ocupa un lugar preponderante dentro de los servicios de salud. Su importancia recae en el cuidado de la salud del individuo y de la sociedad, por las cualidades y virtudes morales del que la ejerce y por el carácter sagrado de la vida humana que se pone en sus manos.

La enfermería en nuestro país fue evolucionando conforme al desarrollo del contexto histórico-social. Sus orígenes datan de la época colonial con sentido religioso y de carácter altruista. Hasta principios del siglo XX inició la profesionalización y fue adquiriendo un perfil más moderno y diverso, el cual estaba fundado en los cambios políticos, sociales y económicos de México.

En las últimas décadas la ética y la deontología se establecieron como ejes de formación de los profesionales de enfermería. Hoy el profesional egresado de la universidad cuenta con el conocimiento y la información necesaria respecto a los valores éticos y morales relacionados con la atención y los cuidados de los pacientes.

Sin embargo, en el ámbito laboral, sucede que la información y los conocimientos no impactan en la atención al paciente, ya que se aprecia que la ética y los valores se están perdiendo y en consecuencia nuestro prestigio y reconocimiento social no progresa. Pareciera que las enfermeras están más preocupadas por la profesionalización o la actualización de la tecnología que por cultivar los valores de los cuidados que proporcionan.

En la realidad hospitalaria los pacientes solicitan que la enfermera sea sensible a su dolor. Se observa que al paciente se le identifica por el número de cama y en el enlace de turno, el paciente es objeto de revisión para que no haya ningún pendiente (lenguaje utilizado para detectar la falta de algo en el paciente).

Cuando cuida al paciente la enfermera debe demostrar un sentimiento de empatía hacia él y prestarle toda su atención. Tristemente al finalizar la jornada de trabajo no saben cómo se llama el paciente y argumentan que la sobrecarga de trabajo no permite que exista una interacción entre enfermera-paciente.

2.3 Códigos de ética en la enfermería

Es importante recordar que un código de ética profesional es:

Un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional.

Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad. El compendio de los deberes que los profesionistas de la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo.

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 de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos. El acto

humano se concibe como 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.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad.

La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten. La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas.

La conciencia moral u órgano axiológico de lo ético va más allá de la mera complacencia o convicción personal, en tanto que juzga el bien o el mal de lo hecho y a la bondad o maldad de quien lo hace, porque el hombre siempre elige un bien pero en ocasiones no elige bien.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien

común, proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad.

Así resulta que la moral no es restricción, limitación o prohibición, sino más bien afirmación, elevación, expansión y plenificación.

Cada hombre será más hombre si se reconoce en la dignidad de los demás. Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno...es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana. Quien pueda contribuir a que el hombre obtenga bienestar en todos estos aspectos que lo constituyen se realizará a sí mismo y se hará más humano. Esta premisa constituye un sustento a la enfermería, ya que ésta durante mucho tiempo se consideró como un trabajo intrascendente en lo social, que existió para alimentar o cuidar al enfermo sin un adiestramiento previo, orientada sólo por la inclinación hacia elevados valores espirituales o religiosos.

Por esto último, desde su formalización como carrera universitaria de sustento científico, respaldo técnico y orientación humanista se han venido impartiendo como materias obligadas la ética y la deontología. Aún así existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;

- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerarse de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

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

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

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

2.4 Derechos del paciente

La palabra paciente es un término que proviene del latín “patiens” que significa “padeciente” en el sentido de sufrir, pero que también tiene la acepción de “el que tiene que soportar sin quejas”.

De esta manera, el uso de la palabra “paciente” utilizado como sustantivo es una “persona que sufre” y utilizado como adjetivo significa “ser tolerante”.

El concepto “paciente” ha empezado a caer en desuso en los últimos años debido a que conceptualmente, el término refleja una actitud pasiva del ciudadano ante los prestadores de los servicios de salud y lo sitúa como objeto receptor del derecho y no como sujeto que ejerce el derecho a su salud.

Actualmente, con el impulso de modelos de participación social en salud, el término “paciente” está siendo sustituido por el concepto de “usuario de los servicios de salud”, concepto que ha quedado claramente definido en la Ley General de Salud en su artículo 50 que a la letra dice:

“Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de los servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los servicios que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Entrando de lleno al tema que nos ocupa y con la intención de contestar la primera pregunta ¿qué son los derechos de las y los “pacientes”?, un referente que estoy obligado a mencionar es el documento denominado “Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes” que la Secretaría de Salud publicó en el 2001. Este documento, se elaboró en la forma de un decálogo que sintetiza lo que se consideraron los principales criterios de la atención médica segura de calidad, que deben cumplir los prestadores de los servicios de salud y a los que tienen derecho los usuarios de los servicios de salud. Estos criterios son los siguientes:

- 1. Recibir atención médica adecuada.**
- 2. Recibir trato digno y respetuoso.**
- 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.**
- 4. Decidir libremente sobre tu atención.**
- 5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.**
- 6. Ser tratado con confidencialidad.**
- 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.**
- 8. Recibir atención médica en caso de urgencia.**
- 9. Contar con un expediente clínico.**
- 10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.**

El tratar de sintetizar los derechos de los y las pacientes en un decálogo es un buen esfuerzo que cumple con el propósito de mostrar a los usuarios de los servicios, de manera resumida, el tipo de atención médica a la que tiene derecho. Sin embargo, siempre que se realiza una síntesis de esta naturaleza, se corre el riesgo de omitir criterios que pueden ser sustanciales.

Los usuarios tienen derecho a que los servicios de salud se otorguen con equidad, a recibir atención con integralidad y a no ser discriminados por cuestiones de raza, etnia, religión o algún estigma social. Aunque es indiscutible que nuestro Sistema Nacional de Salud ha ido creciendo y consolidándose, dentro de un enfoque de justicia social redistributiva, aún tiene debilidades estructurales y organizativas como las mencionadas, que es necesario analizar de manera precisa, a través de investigaciones, para su modificación favorable. Tal vez, también sería importante debatir sobre la pertinencia de la gratuidad de los servicios en el sector salud, en tanto que el derecho a la salud, al igual que el derecho a la educación, son derechos humanos a los idealmente no se deberían anteponer condiciones de pago.

Por otro lado, también es conveniente no perder de vista que, en un sentido amplio, el derecho a la salud y la posibilidad de disfrutar de una vida saludable está condicionado por los determinantes sociales de la salud como son el derecho a la alimentación, al empleo, a una vivienda digna, a la educación, a ambientes saludables, a transporte, a vestido y al acceso a servicios básicos como son

el agua, drenaje, luz, gas, entre otros. En este sentido, es necesario impulsar en el resto de los sectores de la administración pública, políticas públicas que sean favorable a la salud.



DATO

Sabías que la **Comisión Nacional de arbitraje Médico (Conamed)** se creó, entre otros aspectos, para que los usuarios de los servicios de salud puedan presentar una queja por probables actos u omisiones derivados de la prestación de los servicios médicos y tanto el paciente como el prestador de servicio de salud quieran resolverla de manera pacífica, mediante acuerdos conciliatorios y el arbitraje.

2.5 Responsabilidad profesional en la enfermería

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).

Diferentes tipos de responsabilidad que pueden generarse:

- **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.

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.

2.6 Respeto a la intimidad y secreto profesional

Probablemente, la indicación hipocrática de guardar silencio “*acerca de aquello que jamás deba trascender*”, es el primer testimonio expreso de una precaución que los médicos vendrían ejercitando desde tiempos inmemoriales. Las afirmaciones del libro bíblico del Eclesiástico (27,17 ss.): “*El que revela secretos pierde la confianza y no encontrará a un amigo...*” testimonian que la valoración positiva de esta conducta no se limitaba, ya en ese entonces, al actuar profesional, sino que abarcaba a las relaciones humanas en general. Así, no es de extrañar la permanente consideración que, tanto la sociedad como la profesión médica, han tenido a través de los siglos hacia las prescripciones del Juramento Hipocrático.

Se ha sugerido que aquello que busca proteger la conducta del secreto médico sería, en definitiva, lo íntimo. Siguiendo el argumento, ése no sería sino un aspecto de una conducta más amplia: **el respeto a la intimidad**. La custodia de la intimidad -conducta propiamente humana- tiene cierta analogía con la conducta animal instintiva de protección de la integridad física y del territorio. Sin desconocer la conexión que tiene el cuidado de la intimidad con dimensiones subconscientes o instintivas, es patente que en el ser humano esta conducta adopta el carácter de una protección inteligente y libre de la vida, como del desarrollo social y personal.

La intimidad es un criterio único para cada individuo, siendo subjetivo e influenciado por factores como la educación, la edad, el sexo, la etnia, la religión, etc. El término intimidad es definido por La Real Academia de la Lengua Española como «zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia»

Teniendo en cuenta que el derecho a la privacidad, confidencialidad e intimidad es un derecho esencial de los ciudadanos reconocido y protegido por la legislación, los pacientes a veces lo echan en falta y lo estiman como valores muy apreciados y necesarios para sentirse cómodos durante la asistencia sanitaria.

Para mejorar la intimidad de los pacientes es fundamental incorporar pautas de comportamiento donde los profesionales tengan presente al paciente como una persona y no como un simple objeto de cuidado.

El derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos:

- 1. La confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente y**
- 2. La protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores y creencias.**

El paciente, consiente de forma tácita ser explorado y observado, pero esto no supone que renuncie por ello a su intimidad. También se debe cuidar este aspecto desde un punto de vista psicológico en relación con el deseo de la persona de permanecer en soledad o en el anonimato, respetando su vida privada y autonomía.¹ La función de cuidar, pone al profesional enfermero en contacto con aspectos de la intimidad, que requieren de una sistemática profesional de aproximación a la persona cuidada. Puesto que esa aproximación se justifica sólo por y para las acciones de cuidar, dichas acciones han de realizarse de forma compartida, aceptada y ejecutada en condiciones de intimidad, entre el paciente y el profesional de enfermería.

2.7 Participación de enfermería en el consentimiento informado

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

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

- 1.- La Enfermería, participa en todas las fases de preparaciones de procedimientos médico-quirúrgicos, empleando a su vez, algunas técnicas invasivas (colocación de catéteres, administración de medicación que puede alterar el estado general, etc ..).
- 2.- La Enfermería colabora en todas la Técnicas invasivas, tanto en Diagnósis, como en Terapias Correctoras, Intervenciones Quirúrgicas, Anestesia, etc ..
- 3.- La Enfermería, asume un papel importante en el control del Paciente en el pos actuaciones de normal y alta Tecnología, en el bienestar y en el confort del enfermo.

Por todo lo expuesto anteriormente, se puede comprender la necesidad que supone el "paso" desde el PRINCIPIO DE BENEFICENCIA AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA. Se hace necesario, integrar el concepto en el propio ser profesional en el que ningún miembro del equipo sanitario, se puede sentir exento. **LA ENFERMERÍA DEBE SENTIR QUE POR SU CARACTER DE CUIDADOR, NO PUEDE NI DEBE MANTENERSE AL MARGEN DE ESTOS Y OTROS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA.**

2.8 Requisitos que debe reunir el consentimiento informado

*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:

- a. **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.

- b. **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, aun 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).

2.9 Derechos y obligaciones relativas al consentimiento informado

El consentimiento informado se regula en la Ley general de salud en los siguientes artículos:

Artículo 51 Bis 1.- Los usuarios tendrán **derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.** Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios **tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos.** En **caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal;** en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

El consentimiento informado, que constituye el núcleo del derecho a la salud, tanto desde la perspectiva de la libertad individual como de las salvaguardas para el disfrute del mayor estándar de salud.

El consentimiento informado es la conformidad expresa de una persona, manifestada por escrito, para la realización de un diagnóstico o tratamiento de salud.

Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, están obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado

Una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos.

En situaciones en las que una persona no pueda dar su consentimiento para un tratamiento en un momento específico por ningún medio, no exista un documento de voluntad anticipada, y su salud se encuentre en tal estado que, si el tratamiento no se administra de inmediato, su vida estaría expuesta a un riesgo inminente o su integridad física a un daño irreversible, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico, otorgando informe justificado a los Comités de Ética y a la autoridad judicial competente.

En el caso de las niñas, niños y adolescentes constituye una obligación por parte de los prestadores de servicios de atención a la salud implementar los apoyos y ajustes razonables, adecuados a su edad para que su voluntad y preferencias sean tomadas en cuenta en la determinación del tipo de intervenciones encaminadas a garantizar su recuperación y bienestar.

Se entenderá como ajustes razonables a las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

No se entenderá que la persona no puede dar su consentimiento cuando se estime que está en un error o que no tiene conciencia de lo que hace.

2.10 Elección del bien y la libertad (limitaciones)

Todo ser humano es una persona, es decir, es un ente capaz de ejercer derechos y contraer obligaciones. Goza de autonomía personal. Ello significa que tiene ante sí un proyecto de vida y que está habilitado para tomar decisiones.

Tal pensamiento, trasladado al campo de la Medicina, permite configurar el principio bioético de la autonomía del paciente. Desde Kant, se admite la existencia de normas autónomas y heterónomas. El hombre ha de ser respetado en su dignidad como tal y, por lo tanto, no han de imponérsele tratamientos médicos que él no autoriza. El hombre es un fin en sí mismo y ha de tener la facultad de elegir entre distintas opciones terapéuticas en el caso de que las mismas existan en el campo de la Medicina.

Por otra parte, hay otro principio de la bioética al que se denomina principio de beneficencia, el cual consiste en que la terapia propuesta implica el bien de la persona interesada, es decir, del paciente o enfermo. Sin embargo, este ha de tener la posibilidad de elegir entre las distintas opciones existentes para el mejoramiento de su salud. El principio de autonomía en bioética, es el principio supremo ante el cual deben ceder los demás principios. Ello es así, por cuanto la dignidad de la persona humana es el valor que se halla en la cúspide de la jerarquía axiológica (jerarquía de valores).

De no haber más que un tratamiento, el paciente ha de tener el derecho al rechazo del mismo y, en ello consistirá la libertad de elegir tratamiento médico en tal supuesto.

De dicho principio se deriva la necesidad del llamado consentimiento informado. El médico, que es el experto o especialista en los temas de su competencia, no debe ejercer su autoridad y mucho menos coacción sobre el paciente, sino que ha de informarle sobre la situación de su salud. Tal información ha de ser adecuada de modo que posibilite que el paciente tome su propia decisión con relación a la misma. Recurriendo a la analogía, el paciente ha de actuar como un juez actúa basándose en el criterio de la sana crítica, aunque desde luego, no es un tercero. Ello es así, porque se trata de un derecho existencial sobre su cuerpo, su integridad física, psíquica o espiritual; en fin, se trata de decidir sobre su propia vida.

2.1 Principios éticos del acto médico

Los principios morales sirven de guía o como reglas para la acción pero a menudo entran en conflicto y cada uno de ellos puede ser ponderado de diversas formas según el contexto de referencia. No pueden considerarse normas precisas de acción puesto que tienen un carácter orientador y son dependientes de las circunstancias. Su presunta validez a priori puede verse seriamente afectada por los detalles del caso en los que colisionan con principios de importancia equiparable.

En consecuencia, los principios morales tienen una función orientadora. Su aplicación no puede ser mecánica sino mediada por procesos de reflexión y de argumentación sensibles a los detalles y a las circunstancias de aplicación. Es en la deliberación donde se identifican los criterios para aplicar principios que a menudo compiten con el fin de procurar que la acción finalmente elegida promueva los valores que dotan de contenido a los principios.

No se trata simplemente de "hacer lo correcto" porque aparentemente se tiene en cuenta una regla o principio ampliamente aceptado sino de garantizar en lo posible "que el resultado sea bueno", atendiendo a las circunstancias y a los detalles relevantes de la situación en donde es preciso aplicar ciertos principios.

Los principios pueden servir de apoyo en la argumentación orientada para identificar el curso de acción más razonable, sea en el marco de una reflexión estrictamente individual (autorregulación) o en entornos institucionales especializados (autorregulación social). En ambos marcos se busca que la acción práctica responda a ciertos valores.

Los principios comprometen de entrada, pero no con la misma intensidad, pues la complejidad de los contextos donde pueden operar obliga a identificar criterios de aplicación, en ocasiones complejos. Quienes otorgan un carácter absoluto a los principios morales (enfoques deontologistas) los consideran válidos pese a las circunstancias y desarrollan estilos de argumentación moral de rigidez deductiva.

Desde estos enfoques, resulta difícil cuando no imposible, abordar casos en los que algunos de estos principios colisionan. Los comités de bioética difícilmente pueden articular reflexiones pluralistas sobre planteamientos exclusivamente deontológicos. Lo habitual es que sus miembros consideren los principios como relativos o vinculantes prima facie, es decir, que han de ser tenidos en cuenta siempre, a menos que unas circunstancias determinadas impidan que varios de ellos se realicen simultáneamente. Se desarrollan entonces criterios de aplicación orientados a salvaguardar los valores que dan contenido a los principios en colisión, intentando que las normas o las propuestas de acción resultantes sean coherentes con la importancia relativa de los valores por proteger.

En definitiva, el hecho de que los principios morales a menudo compiten entre sí, obliga a desarrollar entornos y criterios de aplicación razonados y razonables, atendiendo a una realidad siempre compleja que no se deja atrapar en las formulaciones simplificadoras de los principios morales.

Dentro de la bioética, la corriente principialista es una de las aproximaciones teóricas directamente relacionada con el desarrollo de la disciplina. En el centro de la misma se encuentran los principios ampliamente conocidos que se han retomado en la mayoría de los documentos éticos y normativos. Entre ellos, el más conocido es el Informe Belmont elaborado por la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta (1978). Dicho Informe expresó los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia. Posteriormente, estos principios fueron ampliados y aplicados para la ética biomédica por Beauchamp y Childress. Son los siguientes:

I. Respeto por la Autonomía. Se refiere a la necesidad de respetar, tanto en acciones como en actitudes, a la capacidad y al derecho que poseen las personas para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores entre las diferentes posibilidades de las que se les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida. Son decisiones respecto a su cuerpo y a su salud, tanto en términos de intervenciones como de investigación. Este principio sustenta la necesidad de contar con un consentimiento informado y del derecho a negarse a una intervención o participación en una relación clínica o de investigación. No se refiere a la no interferencia con las decisiones del otro. Implica la obligación de crear y de mantener las condiciones para tomar decisiones autónomas al tiempo que se ayuda a despejar el temor y otras situaciones que destruyen o interfieren con las acciones autónomas. De este principio se desprende el deber de proteger a quienes no tienen esta capacidad.

2. Beneficencia. Este principio considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, o de los procedimientos de investigación, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras.

3. No Maleficencia. No se debe infligir daño o hacer mal. Este principio obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones.

4. Justicia. Es el principio por el cual se pretende que la distribución de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria o en la investigación, se realicen en forma justa. Es decir, que se distribuyan equitativamente entre todos los grupos de la sociedad, tomando en cuenta la edad, el sexo, el estado económico y cultural, y consideraciones étnicas. Se refiere, asimismo, a que todos los pacientes en situaciones parecidas deban tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos.

UNIDAD III Enfermería y bioética en el cuidado

3.1 Modelos y principios de la bioética

Aunque las distintas teorías éticas puedan tener principios prioritarios y razonamientos diferentes, se ha ido llegando a un consenso sobre los principales principios de la bioética.

- ❖ **Dignidad humana, derechos humanos y justicia**, que se refieren a la obligación de promover el respeto universal hacia las personas. En el contexto de la pesca, este principio se refiere, por ejemplo, a la autodeterminación de los pescadores, el acceso a los recursos pesqueros y el derecho a los alimentos. Donde está mejor representado esto es en un enfoque de la ética basado en los derechos, poniendo de relieve la protección del ámbito personal de cada individuo. No obstante, esto podría requerir el establecimiento de derechos individuales o comunitarios, cuyo carácter exacto dependerá de las condiciones locales.
- ❖ **Efectos beneficiosos**, que se refiere al bienestar de las personas, reduciendo los daños y aprovechando al máximo los beneficios de las prácticas sociales. En el contexto de la pesca, hay que observar este principio cuando se evalúan los efectos de las políticas y prácticas en los medios de subsistencia de las comunidades pesqueras. El principio está relacionado con las condiciones laborales (seguridad a bordo), así como con la calidad y la inocuidad de los alimentos. La cuestión de los organismos modificados genéticamente también se debe abordar en este contexto (FAO, 2001b). Este principio invita a utilizar un enfoque ético en relación con la pesca que se concentre en las consecuencias para el bienestar general.
- ❖ **Diversidad cultural, pluralismo y tolerancia**, que están relacionados con la necesidad de tener en cuenta diferentes escalas de valores dentro de los límites de otros principios morales. Las apremiantes cuestiones morales de pesca tienen modalidades diferentes en las distintas culturas, y es una exigencia moral importante que sean las propias personas quienes definan cómo están mejor atendidos sus intereses en un entorno cultural particular. Este principio encaja bien con la ética del diálogo, que pone de relieve la participación directa de las personas interesadas.
- ❖ **Solidaridad, igualdad y cooperación**, que se refieren a la importancia de la acción en colaboración, el intercambio de conocimientos científicos y de otro tipo y la no

discriminación. En el contexto de la pesca, este principio subraya el imperativo moral de erradicar la pobreza en los países en desarrollo y asegurar la equidad en las pesquerías y entre diferentes sectores. También exige políticas transparentes y subraya la necesidad de reducir el vacío que hay entre los productores y los consumidores. Este principio es pertinente en el plano normativo, así como en el individual de las ventajas y las obligaciones profesionales para fomentar la confianza y la tolerancia entre las partes interesadas.

La solidaridad, la igualdad y la cooperación son principios fundamentales de la bioética

3.2 Metodología para la toma de decisiones

El modelo racional para tomar decisiones y resolver problemas, en cualquier ámbito de conocimientos, supone que las decisiones más eficaces son resultado de un proceso de cuatro pasos, investigar la situación, desarrollar alternativas, evaluar las alternativas y elegir la mejor y después, implantar la decisión y darle seguimiento.

- 1) **Investigar la Situación:** Una buena investigación cubre tres aspectos: La definición del problema, el diagnóstico y la identificación de objetivos.
- 2) **Revisar Alternativas de solución.** Esta etapa puede resultar razonablemente sencilla en el caso de la mayor parte de las decisiones programadas, pero no tan sencilla tratándose de decisiones complejas no programadas, sobre todo si existen limitaciones de tiempo.
- 3) **Evaluar las alternativas y elegir la mejor entre las disponibles:** Cuando los profesionales cuentan con una serie de alternativas, tendrán que Evaluar cada una de ellas con base en tres preguntas claves ¿Es viable la alternativa? ¿Cuenta el sistema con los recursos necesarios para llevar a cabo la alternativa? ¿Satisface la alternativa todas las obligaciones jurídicas y éticas de la organización.

- 4) **Implantar la decisión y monitorearla:** Cuando se ha elegido la mejor alternativa existente, los profesionales pueden hacer planes para abordar los requisitos y los problemas que se podrían encontrar al llevarla a práctica.

En el área del cuidado de la salud, los profesionales tienen especial capacitación y experiencia en los procesos de razonamiento clínico. La “mecánica del razonamiento clínico” es poco conocida, está basada en factores como experiencia y aprendizaje, razonamiento lógico inductivo y deductivo, interpretación de los datos que por sí mismo varían en reproducibilidad o validez, y en la intuición que a veces es difícil de definir. La calidad de este razonamiento, independiente del bagaje científico y tecnológico que posee la medicina, es lo que diferencia a un buen clínico del que no lo es.

Las habilidades intelectuales de análisis y de síntesis, así como los conocimientos de patología y experiencia, se van ajustando a las situaciones.

Sócrates (siglo V AC), mediante la mayéutica, introduce, por primera vez, la reflexión personal como método de conocimiento. La resolución de conflictos es una de las actividades específicas de la bioética. Se resolverán dialogando, ya que la comunicación tiene mucho que ver con la ética.

La bioética médica, con sus características propias de disciplina racional, pluralista y secular, ha establecido métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas, conflictos y dilemas, mediante una metodología procedimental que permite su enfoque, estudio, y la consecuente toma de decisiones correctas, esto es, “situadas” -en cada caso concreto y conforme a sus peculiaridades propias-, racionales, meditadas, argumentadas y honestas.

Siguiendo resumidamente el orden expositivo brindado por Gracia en su libro: “Procedimientos de decisión en ética clínica los diferentes procedimientos de toma de decisión que surgieron en las últimas décadas, pueden ser agrupados de acuerdo con los distintos “lenguajes” éticos, pudiendo hablarse de cuatro grandes categorías.

En primer lugar, se describirá el método basado en la jerarquía de principios.

Representa el primer enfoque de análisis situacional que diseñaron los profesionales dedicados a la bioética, recoge los antecedentes fundamentales de la disciplina:

- **Desde la tradición médica:** se definen 2 principios, de Beneficencia y No Maleficencia
- **Desde la tradición normativa:** El principio de Autonomía
- **Desde la tradición política:** El principio de Justicia

El método principalista recurre al lenguaje de los “principios” y de las “consecuencias”. Se determinan principios elementales con los que se analizan los casos concretos y las consecuencias que se seguirán en cada caso particular de la aplicación de esos principios, siendo tal el método que más adecuado para la toma de decisiones éticas en la clínica médica. Constituye un marco referencial que atiende a ciertas pautas (principios y reglas) destinadas a brindar un cierto orden sistemático a la reflexión y deliberación, desde el planteo del problema hasta la emisión del dictamen (recomendación) del caso, debiendo siempre primar la prudencia.

Para operacionalizar el análisis, se dividen en dos grupos de acuerdo a los valores éticos que cada principio representa, es decir, en primer lugar: los 2 principios que representan los elementos protectores más básicos de la condición humana. En segundo lugar aquellos 2 principios que si bien son protectores al igual que los anteriores, son susceptibles de adecuar a cada situación – conflicto. Se analizarán primero los de primer nivel (ética mínima) y luego los de segundo nivel (ética de los máximos)

Dado que, la jerarquización de estos principios no resulta ser fácil, es prudente recurrir a un principio de balance o de ponderación complementario (estimar riesgos / beneficios), recurriendo al concepto evaluativo de calidad de vida, el cual (bien entendido y libre de toda consideración “economicista”), referido al ámbito biomédico, atiende, en esencia, a las actuales condiciones de vida de un paciente determinado, comparadas con las que él juzga aceptables o deseables o con las que resulten efectivamente posibles, con el fin de mejorar esas condiciones de vida, en función de su propio beneficio y bienestar, estado que, de poder decidir por sí, en definitiva, corresponde que cada individuo defina, por supuesto, dentro de su propio contexto social y de acuerdo a pautas subjetivas únicas.

Los principios de no-maleficencia y de justicia tienen carácter público, es decir, se refieren a nuestra relación con el exterior, y, por tanto, determinan nuestros deberes para con todos los seres humanos, en el orden de su vida biológica y social. Son, por ello, exigibles a todos por igual.

Los principios de beneficencia y autonomía pertenecen al ámbito privado de cada persona, ya que responden al desarrollo de su proyecto de vida, y dicha persona los tiene que gestionar de acuerdo con sus ideales. Así pues, justicia y no-maleficencia se deberían de anteponer siempre a beneficencia y autonomía. Los dos primeros principios son los que hay que respetar en la ética de mínimos y los otros dos se refieren a la ética de máximos y, por tanto, no necesariamente se tienen que compartir en el ámbito de la universalización.

3.3 Comités de bioética y ética (papel de la enfermería)

*El **Comité Hospitalario de Bioética** se comprende como un espacio de reflexión, deliberación y educación, en un ambiente de libertad y de tolerancia donde se analizan de manera sistemática los conflictos de valores y principios bioéticos que pudiesen surgir durante el proceso de la atención médica o en la docencia que se imparte en el área de salud.*

Se conforman como órganos autónomos, institucionales, interdisciplinarios, plurales y de carácter consultivo. Son una garantía pública y un elemento para fomentar una educación interdisciplinaria y multisectorial. Representan la expresión institucional de la bioética en las instituciones de salud.

Establecimientos deben de contar con un comité

Todos aquellos establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud a los que se refieren los artículos 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, referidos en la primera disposición general para la integración y funcionamiento de los CHB, de acuerdo al artículo 41 Bis fracción I de la LGS

En la ley general de salud establece lo siguiente:

Artículo 41 Bis. Los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, además de los señalados en los artículos 98 y 316 de la presente Ley, y de acuerdo con su grado de complejidad y nivel de resolución, contarán con los siguientes comités:

- I. *Un **Comité Hospitalario de Bioética** para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de esta Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como promover la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento, y*
- II. *En los casos de establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, un **Comité de Ética en Investigación** que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones.*

Los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en la Investigación se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética. Serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las **profesiones de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho** que cuenten con capacitación en bioética, siendo imprescindible contar con representantes del núcleo afectado o de personas usuarias de los servicios de salud, hasta el número convenido de sus miembros, guardando equilibrio de género, quienes podrán estar adscritos o no a la unidad de salud o establecimiento.

Los Comités Hospitalarios de Bioética surgen en la segunda mitad del siglo XX con el propósito de implementar mecanismos formales encaminados a resolver los dilemas que se presentan en la práctica de la medicina. En 1975 se enuncia por primera vez la necesidad de contar con comités multidisciplinarios para orientar la toma de decisiones en torno a cuestiones éticamente complejas. Los CHB se han creado para abrir un espacio de análisis, reflexión y estudio de los elementos que forman parte de un proceso de atención médica. Deben concebirse como órganos que representen un cuerpo colegiado, de competencia profesional, alta solidez científica y técnica, objetividad, imparcialidad y rectitud de sus acciones. Los CHB deberán fomentar el respeto a los Derechos Humanos; el reconocimiento de la dignidad de los individuos; promover la educación del personal de salud; auspiciar el respeto a la autonomía de los pacientes mediante el

consentimiento informado, entre otras acciones que tiendan a mejorar la calidad de la atención en salud.

Como referente histórico para señalar la importancia de los Comités Hospitalarios de Bioética o de ética clínica, el caso de Karen Ann Quinlan es paradigmático. Los dilemas éticos que surgen al principio y final de la vida son temas de consulta y deliberación frecuente dentro de los CHB, así como también los aspectos relacionados con la neuroética, la comercialización del cuerpo humano, el acceso a medicamentos de alto costo y el diagnóstico prenatal, entre otros.

La CONBIOÉTICA ha impulsado la creación y modificación de normas sanitarias para fortalecer el marco jurídico nacional en la materia, incorporando y observando el respeto a los derechos humanos reconocidos en la normatividad vigente. En este apartado se enuncian de manera general los instrumentos normativos que se refieren a la práctica clínica, la atención médica y la docencia en salud, y que establecen la regulación y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética.

Marco jurídico nacional

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** La Constitución establece los derechos humanos reconocidos para toda persona que se encuentra en el territorio nacional, así como las garantías a los mismos. El derecho a la protección de la salud está reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto. Este derecho es explicado y desarrollado por la Ley General de Salud, los reglamentos emanados de ella y las normas oficiales mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud. Aunado a ello, se debe tener presente que la propia Carta Magna reconoce los derechos humanos contenidos en los tratados internacionales de los que México es parte.

- **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.** En su artículo 26, señala a la Secretaría de Salud como integrante de la administración centralizada. Por su parte, el artículo 39 establece las facultades de la Secretaría de Salud para planear, desarrollar, establecer, evaluar y vigilar que el derecho de protección a la salud se haga efectivo.

- **Ley General de Salud.** Esta Ley desarrolla los principios del derecho a la protección de la salud en ámbitos diversos. El Título Tercero establece las disposiciones relativas a la prestación de servicios de salud, definiéndolas como aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Clasifica los servicios de salud en atención médica, salud pública y asistencia social en

los cuales se debe garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables. Además, enfatiza que la atención médica comprende actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas. Especial mención merece la adición del Título Octavo Bis, que establece los criterios para brindar cuidados paliativos a enfermos terminales. Este Título comprende del artículo 166 Bis al 166 Bis-21, y en él se contemplan los derechos de los enfermos en situación terminal, así como las facultades y obligaciones de las instituciones de salud y el personal médico y sanitario en la materia.

Los principales objetivos de los Comités Hospitalarios de Bioética son:

- *Asesorar al personal de salud y usuarios en relación con los problemas y dilemas bioéticos que surgen en la prestación de servicios de atención médica y docencia en salud, desde una perspectiva laica y científica.*
- *Fungir como foro para la reflexión de problemas y casos bioéticos.*
- *Promover la participación de la población en el debate de los problemas bioéticos.*

Funciones

El desempeño de los CHB contemplan las siguientes funciones:

Función consultiva. El ejercicio de la función consultiva se lleva a cabo a solicitud explícita del personal profesional y técnico de atención a la salud, el paciente, familiares o representantes legales. En el ejercicio de esta función, el Comité recibirá las dudas presentadas, podrá recurrir a la opinión de expertos, analizará el caso desde diversas metodologías que permitan una visión objetiva, propiciando el razonamiento y la fundamentación para cada caso, y formulará recomendaciones. Los dictámenes de los Comités estarán fundamentados y siempre se deben respetar las decisiones de las personas involucradas, es decir, el médico, el paciente o la familia.

La función de los CHB no será emitir sentencias obligatorias, sino auxiliar a las partes involucradas en un conflicto. **Los Comités intervienen generalmente:**

- a) *Cuando se presenta una situación problemática derivada del proceso de atención a un paciente o de alguna persona que provee el servicio de atención y se observa un riesgo en la integridad física, moral o psicológica;*
- b) *En procesos de toma de decisiones que puedan implicar un riesgo mayor a la salud del paciente o su muerte;*

- c) *En situaciones de vulnerabilidad en el trato a cualquier persona involucrada en el proceso de atención a la salud;*
- d) *Cuando se requiera orientación sobre tratamientos muy costosos y/o de dudosa eficacia; y*
- e) *En casos de pacientes no competentes para tomar decisiones, entre otros.*

Es importante mencionar que, si bien la función consultiva es la actividad paradigmática de los CHB, a medida que se amplía su ámbito de acción, debe proveer a la comunidad hospitalaria de instrumentos para identificar los dilemas bioéticos y promover la implementación de medidas preventivas de casos futuros.

Función orientadora. Permite anticiparse a los posibles conflictos de interés que surgen en la atención médica, a través de procedimientos congruentes con las condiciones sociales, económicas y culturales, así como con el momento histórico y el marco jurídico vigente, por ejemplo, mediante el establecimiento de procesos de diálogo y consentimiento informado con las áreas clínicas, para fomentar la adecuada relación del personal de salud con los pacientes. Esto debe ser flexible y revisarse en forma periódica para modificarse si es necesario. El ejercicio de la función orientadora contempla los aspectos siguientes:

1. *Establece procedimientos de toma de decisiones en el ámbito clínico que contemplan conflictos de valor, como el rechazo del tratamiento y la falta de capacidad para otorgar el consentimiento, como el caso de menores de edad, personas con deficiencia mental o pérdida temporal de consciencia;*
2. *Instaura procesos de diálogo y consentimiento informado con las áreas clínicas para fomentar la adecuada relación del personal de salud con los pacientes; y*
3. *Realiza el análisis de los aspectos bioéticos involucrados en la donación y trasplantes de órganos y tejidos, proveniente de donadores vivos u obtenidos por donación cadavérica.*

Es posible proponer algunas políticas en los hospitales para que, en caso de encontrarse ante algún dilema bioético, se brinde atención oportuna relativa a no reanimar, desconectar los aparatos que proveen soporte vital, determinar el contenido y pertinencia de los consentimientos informados, distribuir los recursos y equipos médicos e indicar terapias en casos de discordancia familiar, entre otros.

Función educativa. Abarca un conjunto de actividades que ayudan a los miembros de la comunidad institucional a incorporar información, conocimiento y conductas concordantes con

los aspectos bioéticos elaborados y definidos por el Comité. El grupo que integra el Comité transita por una etapa de capacitación, así como el personal hospitalario, a través de conferencias, jornadas, cursos, materiales audiovisuales y otras actividades. Posteriormente el CHB fomenta el conocimiento bioético entre los pacientes y familiares para sensibilizarlos en el debate de los problemas bioéticos.

Limitaciones en las funciones de los Comités Hospitalarios de Bioética

Para evitar que las funciones de un Comité Hospitalario de Bioética se confundan con otras de otro tipo de comités, es importante señalar cuáles son sus limitaciones:

- × No suplen las funciones de los profesionales en la toma de decisiones clínicas, sólo intervendrán a petición de los mismos, cuando se identifique un conflicto en el ejercicio de la atención a la salud y se requiera asesoría para su análisis, por lo que deberán abstenerse de involucrarse en decisiones que competan al médico tratante y al paciente.
- × No es ámbito de competencia analizar o sancionar la negligencia médica.
- × No les corresponde tratar asuntos o problemas de carácter laboral, administrativo o legal.
- × No deberán comprenderse como grupos activistas o políticos
- × No es competencia de los CHB revisar protocolos de investigación.

Integración

Los Comités deben ser multidisciplinarios y plurales, e integrados por personal médico de distintas especialidades y por otros integrantes del equipo de salud, expertos en bioética, profesionales de áreas no médicas, abogados con conocimientos en materia de salud y representantes del núcleo afectado. Pueden pertenecer a la propia institución o no y deben tener capacitación previa en bioética, o bien recibirla durante los siguientes seis meses de su integración al Comité. No se debe incluir a personal administrativo, ni a los directores de las instituciones o a personas que ocupen puestos directivos en la institución para promover un ámbito de equidad.

El propósito de la integración multidisciplinaria del Comité es llevar a cabo la argumentación desde diversas perspectivas para favorecer la resolución de los dilemas éticos, por ejemplo:

1. Los profesionales de la salud clarifican los datos clínicos del caso, como el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento, esto debe ser considerado como el paso previo a todo análisis bioético;
2. El experto en bioética conduce la reflexión y la ponderación de los valores y principios en conflicto, conforme a la metodología de análisis bioético;
3. El abogado define el marco legal vigente y los aspectos legales a contemplar bajo el cual se analizará el caso; y
4. Los representantes ciudadanos hacen consideraciones como usuarios de los servicios de salud.

Esta selección deberá considerar las siguientes características:

- Contar con antecedentes que demuestren honestidad y compromiso (referencias de sus pares, puestos de trabajo, comunidad y/o de la organización a la que pertenece).
- Documentar experiencia profesional.
- Tener alguna formación o capacitación en bioética clínica, preferentemente.
- Adquirir el compromiso de capacitarse continuamente en el conocimiento bioético, desde una perspectiva laica y científica.
- Poseer interés y estar dispuesto a desarrollar las capacidades de escucha respetuosa, argumentar de manera racional y razonable. Ser tolerante, reflexivo, prudente y honesto.
- Representar los intereses de la comunidad usuaria de los servicios de atención médica.
- Mantener el compromiso de permanecer durante el periodo establecido por el mismo Comité y realizar sus tareas.
- Admitir y transparentar conflictos de interés, en caso de existir.
- Comprometerse con el cuidado de los participantes en la atención médica.
- No deberá pertenecer al cuerpo directivo del hospital.

3.4 Humanización del cuidado

La humanización es un proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano, desde el punto de vista biológico, antropológico, espiritual, racional y social. Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada individuo, a través de un vínculo. El cuidado enfermero según Peplau H. “Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene

necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero”.

Melia S apoya esta teoría diciendo que”...la herramienta central del cuidado es el vinculo”.... Medina sostiene: “Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar”.

La teoría del cuidado humano fue iniciada por Dra. Jean Watson en 1979, basada en 3 premisas:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

La humanización del cuidado desde la educación de enfermería, requiere centrarse en el ser humano, en el entendido de que ese ser humano no sólo incluye la persona sujeto de cuidado, también a la enfermera y el estudiante de enfermería, quienes deben formarse para proveer cuidados desde una perspectiva social, ética y política, pero esencialmente humana. La educación de enfermería como fenómeno social se centra en el aprendizaje de técnicas e incorpora el conocimiento científico. Sin embargo, han dejado de lado al alumno como eje central del proceso educativo, esto mismo, se replica en las situaciones de cuidado entre la persona sujeto de cuidado

y enfermera, ya que el cuidado se organiza en torno a la enfermedad. La educación integral y de calidad, exige interacción y diálogo entre el educador y el educando, a fin de tener la certeza de que el proceso educativo ha tenido su efecto positivo o es captado por el estudiante.

Cuidar de otros en el ámbito clínico, requiere de una serie de elementos que facilitan la tarea de la enfermera, sin embargo reducir la comunicación humana tanto con el equipo de trabajo, como con las personas a las que otorga el cuidado, repercutirá en una experiencia poco gratificante. Humanizar, enfocado al mundo sanitario, se refiere al hombre en todo lo que se hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual.

Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. La humanización de los cuidados hace referencia a personas en interacción, que saben clarificar sus necesidades, reconocen sus sentimientos y se enfocan positivamente. Para ello, se requiere formar una enfermera con empatía, capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante.

Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

3.5 Factores de deshumanización de la práctica sanitaria

La práctica médica actual, estrechamente asistida por el avance técnico y científico, detenta como nunca antes un insospechado poder sobre las personas. Ese poder, en ausencia de claros referentes éticos, puede conducir al vértigo del dominio y la manipulación más deshumanizante y cruel, en lugar de lo que está realmente llamada a ser: el servicio más noble, honorable y dignificante, ámbito privilegiado de enriquecedores modos de relación interpersonal y de encuentro a la verdadera altura y medida del ser humano, al decir de López Quintás.

Algunos autores emplean deshumanización indistintamente junto al término despersonalización, aunque otros distinguen entre ambos conceptos, asociando el primero con una pobreza comunicativo-afectiva desplegada en las relaciones interpersonales, reservando en cambio el segundo para aquellas de corte impersonal, excluyentes de la identidad y subjetividad de sus protagonistas, fenómeno motivado por la superficialidad y la fugacidad de las relaciones en las que interviene un elevado número de actores.

Tal es el caso del enfermo que es atendido de forma casi simultánea por un numeroso grupo de profesionales médicos, paramédicos y personal auxiliar, mientras que por otro lado, cada uno de esos miembros del equipo asistencial tiene a su cargo un enorme volumen de pacientes. Como resulta lógico suponer, por encima de tal distinción, es indudable la existencia de una estrecha interconexión entre ambos fenómenos. Los rasgos más comunes de la despersonalización y deshumanización en la práctica sanitaria son:

- a. **La «cosificación» del paciente** que «pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos», y pasar a ser tratado como: «la cama número tal», «la colecistitis» o «la historia clínica más cual».
- b. **Falta de calor en la relación humana**, distanciamiento afectivo por parte del personal, rayano en fría indiferencia o indolencia.
- c. **Ausencia de un entreveramiento creativo** entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial que favorezca formas mutuamente enriquecedoras de encuentro.
- d. **Violación de los derechos del enfermo** (privacidad, confidencialidad, autonomía...), que puede llegar incluso a la negación de sus opciones últimas.

En medio de la tendencia actual, que parece trasladar casi por completo el debate bioético al mundo microscópico (clonación, transgénesis, células estaminales) y de la aparente crisis de la deontología como disciplina, el presente trabajo pretende estimular la reflexión acerca de los principales factores cuya presencia y compleja interacción, favorece la aparición de rasgos de deshumanización en la asistencia sanitaria contemporánea, así como contribuir, en lo posible, a dilucidar los retos y exigencias para una relación asistencial con mayor calidad y calidez humana.

Hemos creído de utilidad, con miras a facilitar la comprensión, distinguir entre los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias, los imputables al personal sanitario y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnociencia médica. Sin embargo, tal distinción corre el riesgo de incurrir en enojosas simplificaciones, pues en realidad todos estos factores interactúan de forma tan compleja y proteica que en la praxis cotidiana se hace con frecuencia imposible tal categorización.

I.- Factores Sociológicos

a) Crisis de la cultura Vivimos en sociedades secularizadas, en las que se impone cada vez más una cultura homogénea, en la cual prevalece el «tener» sobre el «ser», entronizándose una visión utilitarista del hombre y de la sociedad. Lo valioso pasa a ser solo aquello que reporta determinado beneficio o utilidad práctica. En tal ambiente, las relaciones interpersonales experimentan un palpable empobrecimiento al ser trastocadas en meras relaciones interindividuales en las cuales sus actores se auto degradan de sujetos a la categoría de objetos que se usan mutuamente para buscar la satisfacción de sus propios intereses. La nefasta repercusión de este fenómeno en el mundo de la atención sanitaria no precisa comentarios.

b) Pluralidad de sistemas éticos En un mundo tan plural en creencias, posturas e ideologías, ha sido hasta ahora imposible alcanzar unos principios éticos fundamentales que nos permitan un consenso responsable; esto es, una «ética de mínimos». Asistimos a la puja entre la ética clásica de Aristóteles, las posturas pragmáticas o utilitaristas de S. Mill y W. James, la contractualista de Hobbes, Locke y Rosseau, la fundamentación discursiva de Habermas, la ética deontológica de Kant, la fenomenológica de M. Scheler y N. Hartmann, entre otras. Nos encontramos pues, en medio de una Babel ética donde no logramos entendernos.

c) Exigencias paradójicas Por otro lado, en el seno del mundo contemporáneo existe una profunda ambigüedad, que consisten por un lado al personal sanitario (médico y paramédico) se le exige de manera válida, una cuota de sacrificio, abnegación, entrega y desinterés, que sin embargo la sociedad actual, atenazada por el egoísmo individualista, el afán de lucro y el hedonismo, no esta dispuesta a asumir ni vivenciar y, por tanto, es la mayoría de las veces incapaz de incentivar.

d) Medicalización de la sociedad Las numerosas problemáticas, tensiones e insatisfacciones de todo tipo que afrontan de manera constante los individuos, se traducen habitualmente en

síntomas de origen funcional, pertinaces y de muy difícil control. El gran volumen de personas así enfermas, genera una demanda que presiona a los sistemas sanitarios estimulando su hipertrofia. Este fenómeno, unido al simplismo con el cual es enfocada la solución de ciertas problemáticas sociales e individuales, ha dado paso a una creciente medicalización de la sociedad.

De esta forma, son invertidos en todo el mundo cuantiosos recursos materiales y humanos que, con la pretensión de solucionar «problemas de salud», solo están tratando sus signos y síntomas en lugar de sus verdaderas causas, pues sus soluciones rebasan ampliamente la perspectiva sanitaria.

2.- Factores Secundarios a la Organización y Funcionamiento de las Estructuras Sanitarias

Con cierta frecuencia, es en la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias donde se hallan algunos de los factores que de forma directa o indirecta, atentan contra una asistencia humanizada, entre estos se encuentran:

- a) **Inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud** Debido a la complejidad, dinamismo y sobrecarga a los que están expuestos algunos servicios de salud, no siempre es posible garantizar la estabilidad de la atención y el seguimiento del paciente por el mismo profesional. A menudo el individuo enfermo se relaciona no con un médico en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas. Esto impide la relación que es capaz de generarse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas. Otro peligroso factor de despersonalización de la asistencia sanitaria es la cada vez mayor fragmentación de los servicios, lo cual atenta contra la visión del individuo en su compleja e indivisible totalidad.
- b) **Criterios parciales de evaluación de la calidad de los servicios de salud** En las últimas décadas, ha tenido lugar el progresivo establecimiento, en la mayor parte de los países, de la economía de mercado de corte neoliberal, en la que las leyes del libre mercado disfrutan de un poder casi ilimitado. Al mismo tiempo, los estados parecen desentenderse cada vez más de su tradicional papel de velar por el interés general y de asistir a los más desfavorecidos. Como una de sus consecuencias negativas, ha ido ganando terreno la tendencia a evaluar también los resultados y la calidad de los servicios de salud con fríos

criterios economicistas (competencia, productividad, eficiencia) encaminados a rentabilizar al máximo los recursos sanitarios y originar ganancias.

3.6 Bioética de la vida frágil y respeto a la debilidad

El concepto de dignidad es tan básico y fundamental que resulta difícil de definir. Podría decirse que la dignidad constituye una sublime modalidad de lo «bueno»: la excelencia de aquello que está dotado de una categoría superior. Pensadores tan distintos como Kant y Tomás de Aquino coinciden en considerar al hombre como un bien en sí mismo. Algo dotado de una nobleza y dignidad intrínseca.

Kant dice que el hombre no puede ser tratado -ni por otro hombre, ni siquiera por sí mismo- como un simple medio o instrumento, sino siempre como un fin. Tomás de Aquino señala que el término «dignidad» hace referencia a la bondad de alguien considerado en sí mismo, frente a la «utilidad» que es la cualidad que posee algo, como medio para obtener un bien distinto. La grandeza del hombre -intrínseca, en sí- es la que fundamenta su dignidad.

Toda criatura tiene valor. Cada una de ellas merece el respeto acorde a la perfección de su ser. La diferencia fundamental entre la importancia que corresponde a toda criatura por el hecho de ser y la incomparable nobleza del hombre es el carácter irrevocable de fin de sí mismo de éste que impide tratarlo exclusivamente como medio. Toda persona, aun llena de taras y defectos, aporta al universo una contribución única e irrepetible que hace de ella algo radicalmente irremplazable, y al mismo tiempo resulta degradante y éticamente inaceptable tratar a una persona como si fuera una cosa, para el progreso de la ciencia o de toda la Humanidad, o como un factor improductivo que sólo genera gastos o incomodidad.

En definitiva, todo ser humano (desde la concepción hasta su último instante) tiene un derecho absoluto, por el mero hecho de existir, de ser considerado como fin; debe ser tratado como algo único, insustituible e irrepetible. Esta es la dignidad constitutiva u ontológica de la persona, del ser humano. Esta dignidad pertenece a todo hombre y está indisolublemente ligada a su naturaleza con independencia de sus condiciones, sus circunstancias o su actuación. Desde el ser más joven, el embrión, pues la ontogénesis es un proceso continuo en el que nada permite sostener, sino todo lo contrario, que un individuo vivo no humano se ha transformado en ser humano, hasta la persona incompetente por pérdida de sus facultades como consecuencia de alguna enfermedad o de la evolución geriátrica.

No cabe, pues, arrebatar la dignidad a ningún ser humano -como ha pretendido Singer, entre otros- con la argumentación de separar los conceptos de «hombre» y «persona». Si, como pretende el utilitarismo, se exigiera la conciencia del yo y una racionalidad madura, ciertos grupos humanos dejarían de ser considerados personas. Los embriones, los lisiados, los deficientes mentales o los viejos podrían ser sacrificados. ¿Y quiénes serían los expertos que decidieran esta selección? El valor supremo del hombre no puede depender del juicio variable de otros.

En este contexto es muy importante que todos -los sanitarios por supuesto- tengamos muy presente el respeto a los débiles. Herranz ha escrito mucho sobre el «respeto a la debilidad», y muchas de estas consideraciones son suyas.

La sociedad en general y los médicos y enfermeras en particular necesitamos comprender que nuestro primer deber ético es el respeto a las personas cuya vida está debilitada. Es esencial que la Medicina acepte la vulnerabilidad y la fragilidad humana y que la haga comprender a todos. El respeto médico a la vida es respeto a la vida frágil y doliente. Lo propio del médico es curar o cuidar a la vida dañada.

Por eso es fundamental que el médico reconozca en esa humanidad deteriorada toda la dignidad de un hombre. Se ha ido implantando un determinado enfoque de la «calidad de vida» por el que la vida sólo goza de valor si tiene o puede recuperar ciertas condiciones de eficiencia, de productividad y de bienestar. De esta forma se ha introducido un concepto de «calidad de vida» que discrimina entre vida dotada de valor y vida sin valor y, por ello, no merecedora de ser vivida. Al medir la «calidad» de una persona no sólo hay que tener en cuenta su estado físico. Hay enfermos en silla de ruedas o viviendo sus últimos días en la cama de un hospital que resuma generosidad, alegría profunda, madurez y verdadera fortaleza interior que supone para todo su entorno un ejemplo inestimable, dándonos el privilegio de cuidarlos.

Debemos pensar que la verdadera felicidad no siempre coincide con el bienestar físico o material. Los más felices no son siempre los que más sanos están o los que más poseen. Por ello hay que comprender que la vida de cada persona incluye la capacidad de sufrir, la limitación aceptada y la enfermedad. Estos elementos forman parte de la vida. Se podría decir que no se es verdaderamente humano si no se acepta cierto grado de fragilidad, en uno mismo y en los demás.

Hay que ser muy preciso en la verdad, y por tanto en la información, para decir que la persona ha decidido con libertad. Para asegurarnos de que ha elegido con verdadera autonomía. Pero no nos engañemos, la libertad de elección tiene unos límites. A veces es una bandera mal utilizada para realizar atentados contra la propia dignidad. La dimensión fundamental es el amor. Donde hay amor hay dignidad. En realidad, se diría que las tres anteriores no son más que expresiones del amor. El amor por sí solo sustenta y expresa la dignidad.

La persona ha sido creada para ser amada y para amar. Este es el fundamento de la existencia de los médicos y enfermeras que quieren ser respetuosos con la dignidad de toda persona frágil. Esta es la ética de su razón de ser. Esta es la señal de un verdadero progreso de la sociedad moderna.

3.7 Bioética en la sexualidad humana

En general hay dos modos contrapuestos de justificar los actos que las personas hacemos:

- 1.- Porque se ajustan a ciertos principios, en cuyo caso los actos son correctos
- 2.- Porque sus consecuencias son deseables, en cuyo caso los actos son buenos

Sin embargo, en la toma de decisiones concretas, el sentido común siempre tiene en cuenta ambos extremos, y en las circunstancias de cada caso contrapesa, tanto los principios como las consecuencias. Se puede entonces decir que la decisión moral es un sánduche entre principios y consecuencias. Aunque la Ética (y la Bioética en el caso de profesiones de la salud) trata siempre de permanecer siempre cerca de las situaciones concretas, las teorías éticas están siempre presentes en las discusiones y en las soluciones que se propongan.

El y la adolescente ajustarán sus decisiones en sexualidad a dos teorías aparentemente enfrentadas:

a.- Las teorías principialistas, deontológicas o del deber, que consideran éticos los actos que se ajustan a una norma o precepto socialmente aceptado, modelos de esto serían el deontologismo kantiano y más modernamente el principialismo de Beauchamp y Childress

b.- Las teorías consecuencialistas, teleológicas o de los fines, que afirman que la bondad o maldad de un acto está determinada por sus consecuencias, siendo el modelo más conocido el utilitarismo de Bentham y Stuart Mill.

En el ejercicio de la sexualidad humana las emociones juegan un papel muy importante en la toma de decisiones, y ello es muy visible y digno de tomarse en cuenta en la adolescencia. Los filósofos a lo largo de los siglos se han planteado si las decisiones del ser humano son meramente racionales, o meramente emocionales, o una combinación de las dos, y si de ello puede configurarse una determinada teoría ética.

Decía Platón que: “una buena decisión está basada en el conocimiento y no en los números”, y Hume sostenía que “la medida de todas las cosas es el hombre, él decide lo bueno, lo bello y lo verdadero; al menos, nada más allá de él mismo se puede asegurar. Naturalmente su decisión no es consciente ni voluntaria, pues son los mecanismos que, ocultos y en silencio, trabajan en su psiquismo, los responsables de esta «creación del mundo». El conocimiento, es conocimiento humano, de un ser más sensible que racional; sus decisiones morales se hacen desde los sentimientos y se miden por la felicidad que pueden promover”.

Martha Nussbaum ha estudiado profundamente el papel de las emociones en el razonamiento ético. Ella sostiene que no se puede concebir un sistema ético sin apelar a las emociones. Afirma que el intelecto y las emociones no son apartados separables que actúan de manera paralela.

Las emociones tienen tres características importantes:

1. Nos revelan como seres vulnerables ante situaciones en las que no tenemos el control (circunstancia presente en la adolescencia cuando al expresar un amor romántico hacia una persona, la respuesta de esa persona escapa a nuestro control)
2. Se centran en nuestros propios fines y nos hacen ver el mundo de acuerdo a esos fines (se relaciona bien con el ejemplo antes indicado)
3. Son ambivalentes en cuanto a sus objetos (rechazo hacia una persona que nos ha lastimado, pero al mismo tiempo la seguimos amando – una especie de Síndrome de Estocolmo)

El estudio de las emociones brinda elementos de gran valor que nos permiten identificar por qué actuamos de modo A o de modo B, y en esencia eso es la Ética, pues es la reflexión individual de porque hacemos lo que hacemos frente a las normas que la sociedad ha establecido como buenas, como correctas, como apropiadas. Siempre es importante establecer la debida diferenciación entre Ética y Moral, la que en verdad es ese conjunto de normas al que nos referimos. Las emociones tienen dos componentes, uno psico-biológico, y otro fruto de un aprendizaje social: la sociedad moldea, de alguna manera lo que es aceptado emocionalmente entre los individuos, y de ese modo, respecto a la sexualidad humana, la sociedad moldea las normas de un comportamiento sexual apropiado de acuerdo a la edad y al estado de las personas, muestra si la sexualidad ejercida del modo A o del modo B es una práctica adecuada, y en qué sentido lo es, define lenguajes, vestimentas, peinados y otros atributos exhibibles. Todo lo antes nombrado es un elemento de sexualidad en el y la adolescente.

Las sociedades también sugieren lo que es deseable conocer sobre nuestra propia sexualidad, y lo que debe quedar oculto por no considerarse apropiado. La conveniencia de ignorar está altamente relacionada con las emociones, de manera que buscar algo sobre la sexualidad, que hemos aprendido que es mejor no conocer, o que por nuestra peculiar situación no es debido que conozcamos, puede considerarse inapropiado, y generar una emoción de vergüenza, que es justamente lo que puede pasarle al adolescente que anhela información, por ejemplo, sobre anticoncepción.

Si estudiar las emociones, según sostiene Martha Sánchez, filósofa mexicana, nos lleva a conocer como decidimos en materia de sexualidad, sería importante que las políticas públicas de salud sexual y reproductiva tuvieran un componente de educación emocional. Este conocimiento es necesario para reflexionar sobre nuestras decisiones en materia de sexualidad y sus consecuencias éticas.

Paz Robledo, hebiatra chilena, afirma, y con razón, que, en la época de la adolescencia, irrumpen los impulsos sexuales producto de la maduración biológica y psicológica propia de la pubertad, y desde allí se adquiere la capacidad sexual y reproductiva de la especie humana. Además, los cambios biológicos, psicológicos y sociales determinan la construcción de una nueva identidad, propia, única e irreplicable, como lo es la de todo ser humano como decía Kant. Este momento del desarrollo de la persona implica una gran vulnerabilidad, y en él pueden aparecer conductas de riesgo como un inicio precoz de la actividad sexual no protegida, inicio sexual bajo coerción, violencia de género, circunstancias que pueden llevar por ejemplo a exposición a enfermedades de

transmisión sexual, embarazos no deseados, e incluso a decidir interrumpir una gestación en condiciones muy riesgosas.

El modelo paternalista clasifica a las personas como “mayores de edad” o “menores de edad”, y en este segundo caso la decisión sobre temas de salud, y de vida en general, sexualidad incluida, depende de los padres o tutores legales, y a veces hasta del profesional que les atiende. Así pues, es otra persona la que decide en base a sus propias experiencias generacionales, y esquemas valorativos y culturales, no siempre armónicos con las necesidades y expectativas de los adolescentes. El modelo autonomista reconoce capacidades y competencias progresivas de las personas en desarrollo y preconiza que el rol es “acompañar” en las decisiones del y la adolescente estimulando el desarrollo de lo que se ha dado en llamar “autonomía progresiva”, evidentemente entregando toda la información necesaria, sin manipulación ni distorsión, orientando a la toma de las mejores decisiones para su vida. La autonomía entonces no determina la capacidad sólo por edad sino por las condiciones de juzgar de manera adecuada el tema en discusión.

La sexualidad se relaciona con los derechos básicos pertenecientes a todo ser humano por el solo hecho de ser cada uno de nosotros una persona. “.. esos derechos, de algún modo, son anteriores a su reconocimiento positivo por parte de las leyes, y lo que ellas hacen es reconocerlos y positivarlos” (Robledo 2015). A pesar de lo antes expresado, no toda decisión sexual en adolescentes representa el ejercicio de un derecho personalísimo, y no es infrecuente que, por ejemplo, el inicio de una actividad sexual precoz, o el mantener una actividad no protegida sea consecuencia de una relación de abuso de poder, violencia de género o coacción.

En diversos documentos internacionales se reconocen los derechos sexuales de los individuos, entendiendo como tales aquellos que abarcan el derecho a ejercer una sexualidad plena en condiciones seguras, lo que es motivo de preocupación mayor en la época de la adolescencia. La Convención de los Derechos del Niño de 1989 validó la infancia y la adolescencia, y reconoció los derechos específicos de las personas en crecimiento y desarrollo, incluyendo los políticos, civiles, sociales y culturales y sobre los que se debe ir desarrollando una capacidad progresiva para ejercerlos, la antedicha “autonomía progresiva”, bajo la guía y orientación primero de los padres, luego de los educadores, y en algún momento también, de los profesionales de la salud que atendemos a las personas en ese momento biográfico de su devenir en el mundo.

3.8 Responsabilidad ética y jurídica ante infecciones sexuales

En el marco de la bioética para la atención a la salud, el autor hace varias reflexiones sobre diversos aspectos éticos de las relaciones sociales y de la atención a la salud de los pacientes VIH/SIDA, dentro de la dinámica de una sociedad compleja y demandante como la contemporánea en donde se ha tomado conciencia del respeto a la autonomía de los pacientes. En el ámbito de las responsabilidades y obligaciones morales, se plantean aquellas que conciernen al estado, a la sociedad y a los propios pacientes quienes padecen un problema de salud de consecuencias fatales, aún no resuelto. Se hace énfasis en las responsabilidades de estos últimos, a partir de que su estado de salud no invalida ciertas obligaciones morales que todo paciente tiene ante la sociedad.

Como es conocido, la tasa de morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA va en aumento por la carencia de medios de protección específica y de terapia farmacológica efectiva. Esta no es la única explicación de dicho incremento, sino que a ello se agregan factores de orden histórico, social, religioso, moral y cultural en general. Entre los factores de orden cultural prevalecen conceptos erróneos acerca de la condición del enfermo y del status de los pacientes en la dinámica social.

De una forma u otra, el sida es una enfermedad en la que no solo se padecen los síntomas físicos, si no que la afectación en el bienestar de la persona es general, y en esto influye el estigma y la discriminación que sufren las personas infectadas, los cuales se ha constatado que son universales, causado por su modo de transmisión (más frecuente por vía de las relaciones sexuales), los prejuicios sociales en torno a la sexualidad y el hecho de que el sida hasta este momento sea incurable; desde su descubrimiento ha generado rechazo en la población e incluso en el personal de salud.

En cuanto a la responsabilidad jurídica tanto la constitución federal como el código penal y la ley general de salud, sancionan la discriminación o el contagio de enfermedades independientemente de la vía que cause el contagio.

3.9 Aborto, parámetros éticos y legales de protección al embrión

El inicio de la vida y la muerte han sido históricamente 2 situaciones que han planteado importantes problemas éticos. Ambas constituyen los 2 momentos más importantes de la vida, compartiendo todavía algo de misterio y solemnidad. Particularmente los problemas éticos al inicio de la vida han ocasionado actitudes muy polarizadas con dificultades para llegar a acuerdos sociales.

El problema ético del aborto se plantea por el conflicto entre 2 valores. La autonomía procreativa de la mujer y la inviolabilidad de la vida humana. Si ambos valores se plantean de forma absoluta no existe posibilidad de una solución equilibrada.

En un extremo del absolutismo se sitúan los grupos «pro vida» que parten de la consideración de la vida como valor absoluto sin excepciones y de que el inicio de la vida humana se produce en el mismo momento de la concepción.

En el otro extremo los grupos «pro aborto» que consideran la concepción y gestación como apéndices del organismo femenino y solo ella debe tener capacidad para tomar decisiones hasta la desvinculación orgánica del feto respecto al cuerpo de la madre.

En el origen de las posiciones polarizadas antes enunciadas se encuentra la ausencia de consenso sobre el momento biológico, dentro del proceso de desarrollo embrionario, en que podemos considerar la existencia de una persona. En este proceso hay grandes diferencias sobre cuál sería el punto crítico; la fecundación, el momento de la anidación, el inicio de la actividad cerebral, el final de la diferenciación de órganos y aparatos vitales o la existencia autónoma fuera del vientre materno. Cada una de estas opciones conlleva posiciones morales diferentes que resulta complejo conciliar.

En la Ciudad de México, el 26 de abril de 2007 se realizaron reformas al Código Penal y adiciones a la Ley de Salud, **reconociendo el derecho de las mujeres a interrumpir legalmente su embarazo durante las primeras doce semanas de gestación.** En toda América Latina y en el resto de México las mujeres continúan por lo general enfrentando obstáculos para lograr el ejercicio de sus derechos reproductivos y son criminalizadas por la práctica del aborto.

Afortunadamente, la legalización del aborto marcó un cambio, no solo en la práctica, sino también en la concepción de la mujer como persona con capacidad de decisión. Inmediatamente después de estas reformas, las mujeres pasaron de ser “delincuentes”, a ser usuarias legítimas de un servicio público.

En México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió por unanimidad que es inconstitucional criminalizar el aborto de manera absoluta, y se pronunció por primera vez a favor de garantizar el derecho de las mujeres y personas gestantes a decidir, sin enfrentar consecuencias penales.

En el ámbito internacional, en derechos humanos relativos a este tema se destaca la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en la Recomendación General N° 24, Artículo 12, La Mujer y la Salud, menciona:

31. Los Estados parte también deberían, en particular:

c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual para reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad, mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos.

Sin embargo, recientemente hemos presenciado un retroceso en la Ley en materia de aborto en Estados Unidos. Dicha ley prohíbe interrumpir el embarazo a partir de las seis semanas de gestación, incluso en casos de violación o incesto, a pesar de que en este corto periodo, muchas mujeres ni siquiera saben que están embarazadas. Esta ley se convierte así en una de las más restrictivas contra el aborto

Se ha demostrado que impedir el acceso a un aborto legal no solamente no contribuye a reducir la cantidad de abortos, sino que además obliga a las mujeres a recurrir a abortos inseguros y, por lo tanto, poner en peligro su salud y su vida. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al año se realizan 25 millones de abortos clandestinos —es decir, inseguros—, siendo esta la tercera causa más común de muerte materna del mundo y la causa de cinco millones de discapacidades, en su mayoría evitables.

Al respecto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) se pronuncia a favor del derecho de las mujeres a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, y en contra de la criminalización que sufren cuando se ven orilladas a la interrupción de un embarazo. Además,

reconoce que la falta de acceso al aborto legal, seguro y gratuito es una clara violación a sus derechos fundamentales.

La CNDH considera que esta situación vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como los relativos a la igualdad y a la no discriminación, a la autodeterminación, a la vida, a no ser sometidas a torturas, a la libertad y seguridad personales, a no ser objeto de injerencias arbitrarias en la vida y en la familia, así como a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, por lo que exhorta a todas las entidades del país a que, en el marco de sus competencias, garanticen el aborto legal, seguro y gratuito como parte de los derechos humanos de las mujeres, para que tengan acceso a una ciudadanía plena y una vida digna. El derecho a decidir otorga dignidad a las mujeres –base de los derechos humanos– y, por lo tanto, el Estado debe garantizar estos derechos sexuales y reproductivos, como educación sexual, acceso al aborto electivo realizado por profesionales y, en el marco legal, a la anticoncepción, a los tratamientos de fertilidad y a la protección legal contra abortos forzados.

3.10 Regulación ética y jurídica de la fertilidad y la clonación

Los avances de las ciencias biomédicas y de la biotecnología hacen posible en la actualidad mejorar la calidad de la vida y de la salud de los seres humanos y estos importantes logros pueden también ser utilizados en contra de la propia vida humana, de la dignidad de la persona, así como a la violación de los derechos humanos. Lo anterior obliga especialmente a los legisladores a generar las leyes y normas jurídicas que por un lado propicien la investigación clínica y científica en apoyo al desarrollo de técnicas y tecnologías biológicas que contribuyan a elevar los niveles de calidad de vida y salud, pero que en este contexto se establezcan métodos que permitan valorar las posibles consecuencias que deriven de las aplicaciones del conocimiento científico. Derivado de lo anterior, a continuación se detallan las bases jurídicas, científicas, tecnológicas y éticas para prohibir la práctica del procedimiento de clonación humana con fines de reproducción de individuos genéticamente idénticos.

Es un hecho universalmente aceptado que, derivado de los conocimientos científicos y tecnológicos surgidos del desarrollo de la medicina y de la biología, el ser humano ha sido capaz de modificar genéticamente las características de los organismos vivos. El conocimiento generado y acumulado le ha posibilitado lograr en experimentos genéticos, la obtención de animales y plantas de mayor calidad, resistencia a plagas y otras cualidades. Igualmente, hemos sido testigos

del descubrimiento de la estructura molecular de los genes y los mecanismos de duplicación y transmisión de los caracteres hereditarios, de la capacidad de modificar la expresión de proteínas, la posibilidad de manipular los genes y crear embriones a través de la clonación, considerando la producción de éstos mediante técnicas instrumentales; lo cual nos obliga a analizar estos hechos desde el punto de vista científico, sociológico, filosófico y jurídico que permita legislar para conducir la investigación científica hacia el beneficio del ser humano.

La vida humana tiene su origen y desarrollo en un proceso gradual compuesto por una serie de fases que comprende desde la fecundación hasta la formación del feto. La fecundación desde el punto de vista médico biológico inicia al momento en que se unen los gametos femenino (óvulo) y masculino (espermatozoide), pasa por la formación del cigoto y culmina en la mitosis o primera división celular. Llegado este punto se forma el embrión de dos células (blastómeros), que posteriormente se agrupan formando un conjunto compacto de células que recibe el nombre de mórula. Las células de esta fase embrionaria son totipotentes porque cada una de ellas, por separado, puede dar lugar a un embrión entero así como originar cualquier linaje de células. Ahora bien, la totipotencialidad de las células es una característica efímera, pues dura apenas el lapso que va del segundo al tercer día posterior a la fecundación, ya que a partir del séptimo día y después de sucesivas divisiones celulares, la mórula se convierte en blastocisto, el cual consta de una capa externa y otra interna de células. Las células de la masa interna del blastocisto adquieren progresivamente un cierto grado de especialización que permitirá la formación, a partir de ellas, de cualquier tipo de tejido celular del cuerpo humano, pero no pueden producir un organismo completo, por tanto, son células pluripotenciales en tanto que carecen de la propiedad de totipotencialidad. Debe señalarse que en la fase de blastocisto todas las células son iguales y no se puede tener la certeza de que en esas primeras células aportadas por ambos gametos con igual número de cromosomas se encuentren determinadas las cualidades genéticas del producto, ya que sólo podemos hablar del mismo y de embarazo hasta la implantación del embrión en el útero.

La pertinencia de prohibir la clonación reproductiva, no tiene por qué implicar la prohibición para la manipulación de embriones preimplantatorios (el Tribunal Constitucional de España en sentencia 116/1999, derivada del recurso de inconstitucionalidad 376/1989, promovido por diputados del grupo parlamentario Popular contra la Ley 35/1988 del 22 de noviembre, de técnicas de reproducción asistida, señala que ni los preembriones no implantados ni, con mayor razón, los simples gametos son, a efectos "persona humana y que... los preembriones in vitro no gozan de una protección equiparable a la de los ya transferidos al útero materno". El Tribunal Constitucional de la República Federal de Alemania, en sentencia de 25 de febrero de 1975,

reconoció que "según los conocimientos fisiológicos y biológicos la vida humana existe desde el día catorce que sigue a la fecundación"). Se argumenta que el uso de las células troncales adultas puede evitar la utilización de tejido embrionario, sin embargo éstas son poco numerosas, presentan dificultades para su identificación, aislamiento y purificación, sólo tienen capacidad para formar un número limitado de células especializadas, no existe, hasta la fecha, una población aislada de células troncales adultas que permitan formar todos los tipos de células del organismo, hay un número insuficiente de células para ser trasplantadas, y no se replican indefinidamente en cultivo. De ahí que consideremos que en el periodo previo a la implantación en el útero, no existen razones éticas para impedir la experimentación en embriones para fines terapéuticos. Por lo tanto, no se aplica aquí ningún criterio utilitario que instrumentalice a una persona causándole un daño irreversible, mucho menos que se esté pensando en los embriones como material de "desguace" o como "materia prima en procesos industriales o en investigación". En todo caso, para evitar cualquier exceso se deben establecer controles legales estrictos y excluir, por falaz, el argumento de la "pendiente resbaladiza" en el sentido de que comenzar con la experimentación en embriones para fines terapéuticos conduciría necesariamente a su industrialización para fines comerciales.

Es claro que hasta el momento la clonación reproductiva no es aceptada por ninguna legislación en el mundo, y es rechazada en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y en el Protocolo Adicional al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad Humana en relación con la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos, a diferencia de lo que ocurre con la clonación con fines terapéuticos, ya que varios países, entre ellos el Reino Unido, Francia, Australia, Japón, Bélgica, Singapur y China y recientemente el estado de California en la Unión Americana han regulado de forma permisiva la clonación con fines terapéuticos. Sólo a manera de ejemplo, vale la pena citar la Ley de Fertilización Humana y Embriología promulgada en el Reino Unido en 1990 y modificada en enero de 2001, que permite la creación de embriones siempre y cuando responda a los siguientes fines: a) promover avances en el tratamiento de la infertilidad; b) aumentar el conocimiento sobre las causas de enfermedades congénitas (leucemia, diabetes, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, afecciones coronarias, remedios para espinas dorsales dañadas, etcétera); c) conocer las causas de los abortos espontáneos; d) desarrollar técnicas contraceptivas más eficaces; e) desarrollar métodos para detectar la presencia de un gen o anomalía cromosómica en embriones preimplantatorios.

3.1 Implicaciones éticas y legales del trasplante de órganos

La donación y el trasplante de órganos han supuesto un enorme avance en el conocimiento de la biología y en el bienestar de las personas al tiempo que han originado preguntas éticas sobre alguno de los aspectos relacionados con ellos. Así, los trasplantes de órganos plantean múltiples cuestiones sobre el significado de la muerte, la constitución de la identidad humana, las fronteras entre los individuos y entre las especies, las diferencias entre la naturaleza y la cultura, el tipo de ciencia biológica y médica que nuestra sociedad desarrolla, etc. Los trasplantes nos dicen mucho sobre nosotros mismos porque revelan valores culturales que asignamos al cuerpo y, a su vez, nos descubren nuevos terrenos sobre los que reflexionar para entender los límites que definen los lazos sociales, y cuestionan muchas asunciones generalizadas sobre la relación entre el cuerpo y la identidad personal.

Las cuestiones éticas nos obligan a reflexionar sobre cuáles son los objetivos de las cosas que hacemos (y de las que no hacemos) y sobre la forma en que las hacemos para que cumplan unos mínimos éticos básicos y, si se puede, lleguen a ser, además, excelentes. El trasplante de órganos conforma una de las acciones humanas más benéficas y solidarias que se dan en medio de lo que algunos califican como una medicina excesivamente tecnologizada y deshumanizada.

El marco ético para analizar estas cuestiones se fundamenta en tres pilares básicos que deben impregnar tanto la práctica sanitaria como su análisis ético:

1. La idea que mantiene que las personas no somos sólo medios sino que también somos fines en nosotros mismos y que por ello tenemos dignidad y no precio.
2. La convicción de que el fin no justifica los medios sino que, al revés, muchas veces son los medios los que justifican y hacen buenos los fines.
3. La defensa de que todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la deliberación.

Para el análisis de los problemas éticos se propone seguir la metodología que aplica los cuatro principios ya clásicos de la bioética: *a)* la justicia, esto es, la distribución equitativa de las cargas y los beneficios de nuestras acciones; *b)* la no maleficencia, la obligación de no hacer daño o, si éste es necesario, que sea el mínimo necesario para conseguir el fin propuesto, que debe ser siempre

un bien superior al daño causado; c) la autonomía, el obligatorio respeto de las decisiones nacidas de la libre voluntad de las personas, y d) la beneficencia, el compromiso de hacer el bien.

Por ello en la ley general de salud regula el trasplante de órganos y tejido humanos de la siguiente forma:

Trasplante, a la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo;

Artículo 315. Los establecimientos de salud que requieren de licencia sanitaria son los dedicados a:

- I. La extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células;
- II. Los trasplantes de órganos, tejidos y células;
- III. Los bancos de órganos, tejidos no hemáticos y células;
- IV. Los servicios de sangre
- V. La disposición de células troncales, y
- VI. Los establecimientos de medicina regenerativa.

La Secretaría de Salud otorgará la licencia a que se refiere el presente artículo a los establecimientos que cuenten con el personal, infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para la realización de los actos relativos, conforme a lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás aplicables.

El Comité Interno de Trasplantes deberá coordinarse con el comité de bioética de la institución en los asuntos de su competencia. Los establecimientos que realicen actos de disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, deberán contar con un Comité de Medicina Transfusional, el cual se sujetará a las disposiciones que para tal efecto emita la Secretaría de Salud. Los establecimientos de atención médica que transfundan sangre y sus componentes deberán contar con un Comité de Medicina Transfusional

Artículo 320.- **Toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente**, para los fines y con los requisitos previstos en el presente Título.

Artículo 321.- *La donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres, consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes.*

Artículo 322.- La donación expresa podrá constar por escrito y ser amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo o limitada cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes.

En la donación expresa podrá señalarse que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y cualquier otra que condicione la donación. Los disponentes secundarios, podrán otorgar el consentimiento a que se refieren los párrafos anteriores, cuando el donante no pueda manifestar su voluntad al respecto.

La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.

En todos los casos se deberá cuidar que la donación se rija por los principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y factibilidad, condiciones que se deberán manifestar en el acta elaborada para tales efectos por el comité interno respectivo. En el caso de sangre, componentes sanguíneos y células troncales se estará a lo dispuesto en las disposiciones jurídicas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

3.12 Comprobación de la muerte natural y muerte violenta

Muerte natural.- procesos biológicos propios (endógenos o exógenos)

Muerte violenta.- Causas exógenas al organismo, (mecánico, físico o químico). ej.- Arma blanca, fuego, electricidad, tóxicos etc. La muerte violenta puede ser a su vez homicida, suicida o accidental

Clasificación médico legal de la muerte.

Según la constatación fehaciente de signos de muerte

- **Muerte real**
- **Muerte aparente** (Thoinot en 1916): un estado en el que las funciones vitales parecen abolidas. La actividad circulatoria y respiratoria son casi imperceptibles. Puede ser de corta duración y terminar en muerte real. Ej.- descarga eléctrica

Muerte natural. Aquella que es el resultado final de un proceso morboso en el que no hay participación de fuerza extrañas al organismo. La etiología de la muerte es endógena o si fuera exógena , es espontánea (caso de infecciones). ∪ En estos casos el médico extiende el certificado de defunción

Muerte violenta. Se debe a un mecanismo suicida, homicida o accidental, es decir exógeno al sujeto (mecanismo exógeno y persona responsable).

3.13 Autoridades competentes para conocer en casos bioéticos difíciles

En el escenario internacional, México se ha caracterizado por ser un país que promueve el avance científico y tecnológico en salud, un ámbito en el que se presentan innovaciones a un ritmo cada vez más acelerado. Considerando la importancia de encauzar este desarrollo bajo el marco de los derechos humanos, el bien común y apego a criterios éticos internacionales, en años recientes se han implementado modificaciones normativas de gran impacto en el Sistema Nacional de Salud; estableciéndose así disposiciones fundamentales para impulsar una cultura de la Bioética en todo el territorio nacional, enfocada principalmente en fortalecer la investigación con seres humanos, apegada a las mejores prácticas internacionales.

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Bioética, consolida los mecanismos institucionales que garantizan el bienestar y el respeto a los derechos de los sujetos que participan en investigaciones en salud, subrayando al mismo tiempo el rol medular de los procesos de revisión ética para su protección.

La Comisión Nacional de Bioética promueve el estudio y observancia de principios y criterios éticos en la investigación en salud e incluye entre sus funciones fomentar la integración y registro de los Comités de Ética en Investigación (CEI), así como establecer los criterios precisos para el adecuado funcionamiento de estos cuerpos colegiados, apoyando además la capacitación de sus integrantes. Los criterios para la integración y el funcionamiento de los CEI son emitidos a través de la Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, en su sexta edición. Ha sido revisada con apego a las nuevas disposiciones en México respecto de la investigación en salud con seres humanos y a la actualización de los lineamientos internacionales, con el objetivo de fortalecer a los CEI.

En todo caso, en los establecimientos donde no se cuente con Comités de Ética o de Bioética la ley general de salud establece lo siguiente;

Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

En situaciones en las que una persona no pueda dar su consentimiento para un tratamiento en un momento específico por ningún medio, no exista un documento de voluntad anticipada, y su salud se encuentre en tal estado que, si el tratamiento no se administra de inmediato, su vida estaría expuesta a un riesgo inminente o su integridad física a un daño irreversible, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico, otorgando informe justificado a los Comités de Ética y a la autoridad judicial competente.

3.14 Cuidados paliativos, eutanasia, distanasia, ortotanasia, suicidio asistido y homicidio.

Desde el punto de vista cultural, conformado de creencias y prácticas de los pueblos, mayoritariamente asume la idea de que los seres humanos poseen un alma que sobrevive a la muerte; cada cultura la asume según sus usos y costumbres, a verbigracia, se cita la visión de los indígenas tzotziles, quienes sostienen que la muerte es sólo un paso para la reencarnación, es decir, para volver a vivir, se necesita morir y en ese sentido refieren: El alma innata se ubica en el corazón y consta de 13 partes. Si bien es divisible en forma temporal, se le considera eterna e indestructible. Con la muerte abandona el cuerpo y se le asocia con su tumba durante varios años; pasado un tiempo ingresa al grupo de almas innatas cuidadas por los dioses ancestrales, que la implantarán de nuevo en un embrión humano y de manera simultánea instalarán la misma alma innata en el embrión de un animal. Esta alma abandona el cuerpo para volver a recorrer el curso de su vida, al juntar todas sus piezas de carne, cabello y uñas.

Por cuanto hace a la concepción médica, el marco conceptual-legal se fundamenta en la Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto, Capítulo IV, artículo 343, que señala a la muerte como la pérdida de la vida, la cual se presenta con la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible:

Artículo 343. Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible. La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos: I. Ausencia completa y permanente de conciencia; II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociocéptivos. Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas⁴. Por tanto, afirma que la muerte de una persona se presenta cuando hay cesación de estos sistemas funcionales, tanto de signos vitales como de actividad cerebral.

Por tanto, afirma que la muerte de una persona se presenta cuando hay cesación de estos sistemas funcionales, tanto de signos vitales como de actividad cerebral. Más que una conceptualización jurídica de la muerte, se enuncian consideraciones sobre ésta; es conocido por todos los estudiosos del derecho que la muerte es tratada por legislaciones de la ciencia penal, el bioderecho, el derecho social, el derecho civil, entre otras tantas; y en último punto los derechos

y obligaciones civiles, no cesan con la muerte, según los postulados del derecho sucesorio mortis causa.

La muerte vista desde la autonomía del paciente o enfermo terminal, es un derecho que no puede ser soslayado; como se ha sostenido, la persona decide su vida y por ende puede decidir cómo morir; los conceptos que a continuación se describirán, se consideran procesos de humanización, de asistencia para la buena muerte en enfermos terminales.

El término eutanasia deriva de las voces griega "EU", que significa dulce, suave; y de "TANATOS", muerte, es por tanto la muerte "suave" y con este concepto se maneja en la actualidad.

*La Organización Mundial de la Salud ha definido a la **eutanasia** como acción ejercitada por un médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.*

Se traduce como la acción deliberada que tiene por finalidad retirar la vida del ser humano que se encuentra enfermo y sin perspectiva de cura; se clasifica de diversas formas:

- **Eutanasia Activa, Positiva o Directa:** aquella que, mediante una acción o intervención positiva se provoca la muerte de la persona, ésta a su vez puede ser voluntaria, la cual se lleve a cabo con el consentimiento de la persona y la involuntaria o Cacotanasia, que es sin el consentimiento del enfermo.
- **Eutanasia Pasiva, Negativa o Indirecta:** procura aliviar al enfermo de sus dolores aunque se corra el riesgo de acortar su vida, suspender deliberadamente el tratamiento del paciente, por tanto hay intención de causar la muerte.
- **Eutanasia suicida;** también conocido como suicidio Asistido o Voluntario; que consiste en ayudar a una persona enferma en etapa terminal a terminar con su vida; se reconocen dos formas:
 - I. **Eutanasia por piedad;** tiene el propósito de liberar a la persona de una senectud angustiada o de las consecuencias de una enfermedad que lo priva de una certeza de vida digna y la

2. **Eutanasia eugenésica**; también conocida como eugenesia económica o social, ya que con ella se eliminan a las personas con deficiencias o defectos físicos, que le provocarían al Estado altos costos económicos, recordemos que fue utilizada en tiempos de Hitler para purificar la raza aria.

Está penada, aunque en el Código Penal Federal no está definida como tal. Sólo se menciona en el artículo 312 que *"quien prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado, con la pena de 1 a 5 años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será de 4 a 12 años"*.

En ese mismo sentido se encuentra el término distanasia, entendido como:

El tratamiento fútil o inútil, proporcionado a un paciente en su fase terminal; su fin es prolongar el proceso de muerte que en ocasiones puede estar acompañado de dolor y agonía; por tanto, los profesionales de la ciencia médica deben hacer un ejercicio de ponderación entre insistir en curar lo incurable o terminar con la vida sin transgredir la dignidad de la persona.

Etimológicamente la palabra distanasia viene del griego dis (dificultad o anomalía) y thánatos (muerte); consiste en retrasar la muerte de un paciente infligiendo al moribundo dolor o sufrimientos adicionales, secundarios a los efectos adversos de las terapias que se aplican, producto de una lucha desmesurada contra la muerte. También se conoce como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico y obstinación terapéutica.

“Los Cuidados Paliativos (CP) constituyen un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes que afrontan enfermedades que amenazan la vida (y sus familias) a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación de excelencia, así como el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Ortotanasia, resulta ser el término más aceptado social, jurídica y médicamente, es definido como llevar el final de la vida en las mejores condiciones, se le conoce también como el arte de morir bien, sin que el paciente victimado, preservando en todo momento la dignidad de la persona en ese proceso final, basándose en cuatro principios: autonomía del paciente, justicia, reflexión y actitud profesional y por último la beneficencia y no maleficencia.

La ortotanasia designaría la actuación correcta frente a la muerte: ayudar al enfermo y a su familia a enfrentarla, mediante el alivio del dolor, del sufrimiento y de las demás molestias que tenga el paciente con una enfermedad terminal, acompañándolo de cerca y apoyándolo durante sus últimos días. Esta conducta respeta plenamente la dignidad de la persona humana, ayudándole a afrontar el crucial momento de la muerte.

3.15 Bioética en la investigación

La ética, parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre, está presente en toda forma de actuación humana.

La atención médica necesita de la investigación científica para la obtención de nuevo conocimiento y, en muchas ocasiones, requiere de la experimentación en sujetos humanos, la cual se rige por principios éticos que han sido publicados en consensos internacionales. Uno de los más importantes es la Declaración de 1964, en Helsinki, Finlandia, y que se ha sometido a múltiples revisiones y clarificaciones.

También la Unesco, en 1975, hizo una declaración sobre la utilización del progreso de la ciencia y la técnica en interés de la paz y beneficio de la humanidad, ante la constatación de ciertos peligros que la ciencia puede representar para la paz, los derechos del hombre y las libertades fundamentales de las personas.

Otro documento de importancia histórica fue el informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. El reporte fue desarrollado en 1979 y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont. El mismo tiene sus antecedentes en un estudio clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972, en Alabama, Estados Unidos, donde individuos afroamericanos, en su mayoría analfabetos, fueron estudiados para observar la progresión natural de la sífilis no tratada, sin consentimiento informado, sin ser informados de su diagnóstico

y, además, fueron engañados al decirles que tenían “mala la sangre” y que podrían recibir tratamiento médico gratuito, transporte gratuito a la clínica, comidas y un seguro de sepelio en caso de fallecimiento, si participaban en el estudio. Cuando en 1947 la penicilina se convirtió en el tratamiento de elección para la sífilis, los científicos ocultaron esta información para continuar investigando cómo la enfermedad se diseminaba y causaba la muerte. Este experimento ha llevado a profundas reflexiones éticas; constituyó un hito importante en la ética de la investigación con seres humanos e incorporó como aspecto ético a tomar en cuenta el principio de justicia.

La ética médica trata de los fundamentos por los que se rige la conducta profesional en la práctica de la medicina, tanto en la relación médico paciente como en las relaciones interprofesionales. Los avances en biología y medicina han planteado problemas éticos no concebidos en la definición teórica y en la práctica de la ética médica tradicional. La gran revolución tecnológica de mediados del siglo pasado trajo consigo una revolución también en la toma de decisiones, y las preocupaciones se pusieron de manifiesto con mucha claridad, dando lugar a la iniciación de esa disciplina que es la Bioética, puesta a punto en un artículo de Van Rensselaer Potter, en 1971: “Bioética, puente hacia el futuro”. El autor señalaba el peligro que corría el ecosistema por la ruptura entre dos ámbitos del saber: el saber científico y el saber humanístico.

UNIDAD IV Bioética en la práctica de la enfermería

4.1 Proceso cultural de morir y muerte digna

El concepto de muerte está sujeto a la influencia de la cultura y de la historia. El hombre se ha preocupado personalmente por este tema que hoy en día ocupa un lugar destacado en la reflexión de todas las ciencias humanas.

Enmarcadas en las presiones por la "calidad de vida" y por la autonomía del paciente, las distintas asociaciones existentes en el mundo a favor de la eutanasia, afinan sus argumentos para exigir una discusión basada en estudios empíricos y más allá de los planteamientos éticos y morales derivados de las creencias religiosas. Así, dar "muerte no es siempre un crimen; por ejemplo, si se hace buscando el bienestar de otros".

Para obviar las dificultades legales que origina la práctica de la eutanasia los llamados movimientos en pro de una muerte digna han venido cobrando fuerza a través de los testamentos vitales y las voluntades finales. Los primeros generan un fuerte debate ya que llevan al dilema ético de aceptar que el paciente tiene derecho a solicitar la eutanasia y que ésta se le practique. Las voluntades finales son solicitadas por los pacientes con el ánimo de morir en paz y no correr el riesgo de que se les aplique la distancia

La eutanasia es absurda e inhumana; equivale a adueñarse de la muerte de modo anticipado, poniendo fin "dulcemente" a la propia vida o a la de otros. Además, es un retroceso y rechazo de la ciencia que ofende la dignidad del moribundo y su persona. Es uno de los síntomas más alarmantes de la "cultura de la muerte" que avanza en las sociedades del bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista, que presenta el creciente número de personas ancianas y debilitadas como algo demasiado gravoso e insoportable (Evangelium Vitae, 64c).

Esta "cultura de la muerte", en la que el Santo Padre insistió reiteradamente en sus homilías durante su reciente visita a México en el año en curso, es la expresión del facilismo que caracteriza la sociedad actual. Es más fácil poner fin a la vida de un enfermo que llenar de amorosos cuidados sus últimos días. Es más fácil cortar de raíz la vida, que envejecer. Es más fácil morir cuando uno decida que cuando la vida llegue a su fin después de la enfermedad y la agonía.

El bienestar y la eficiencia con frecuencia llevan a que imperen condiciones legales e institucionales que escudadas en una ética principalista llevan a que la sociedad vea con buenos ojos las prácticas que ocultan la eutanasia. La aceptación de los testamentos vitales, los moritorios y el suicidio asistido son nuevas formas que reviste la cultura de la muerte que ve como incómoda la enfermedad y la vejez y que en la eutanasia cifra su victoria contra la muerte.

La idea que el hombre tiene del "derecho a morir con dignidad" ha dominado el debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana. Muchos de los autores que abogan por el derecho a una "muerte digna", entienden que éste incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose para ello en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente. Se afirma, así, que nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea.

De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia. La fuerza de esta línea de argumentación aumenta, en la medida en que el contacto con pacientes en situaciones límite nos lleva a comprender la problemática existencial que subyace a las solicitudes de eutanasia y asistencia al suicidio.

4.2 CONAMED y su función en casos bioéticos

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos. Es por lo tanto, una institución que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la *lex artis* médica y la ética en la relación médico-paciente.

La CONAMED, es una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje (Modelo Mexicano de Arbitraje Médico).

2. ¿Qué hace la CONAMED conforme a las atribuciones que le confiere su decreto de creación?

- a) Brinda orientación y asesoría especializada a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- b) Recibe, investiga y gestiona de manera inmediata asuntos relacionados con la posible irregularidad o negativa en la prestación de servicios médicos justificados o urgentes, por parte de las instituciones públicas.
- c) Recibe toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requiere aquéllas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, y practica las diligencias correspondientes.
- d) Interviene en amigable composición para conciliar conflictos por presuntos actos inapropiados u omisiones derivadas de la prestación del servicio y presuntos casos de negligencia con consecuencias sobre la salud del paciente.
- e) Funge como árbitro y pronuncia los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.
- f) Emite opiniones sobre las quejas que conoce, e interviene de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia.
- g) Hace del conocimiento de las autoridades competentes, y de los colegios, academias, asociaciones o consejos de médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios, de proporcionar la información que se hubiere solicitado para el análisis de un caso.
- h) Informa del incumplimiento de sus resoluciones o de cualquier irregularidad detectada y de hechos que, en su caso, pudieran llegar a constituir la comisión de algún ilícito.
- i) Elabora los dictámenes o peritajes médicos que le son solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.

- j) Establece convenios con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones.
- k) Asesora a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional.
- l) Orienta a los usuarios para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesional.

¿Cómo ayuda la CONAMED para resolver los conflictos que conoce?

Permite a los ciudadanos y a los prestadores de servicios de salud, dirimir y resolver sus diferencias o quejas, en un entorno especializado, con pleno respeto a sus derechos, obligaciones y con apego a la *lex artis* médica, la deontología y la normativa aplicable. El proceso básico se resume en una atención modular que asegura un servicio especializado y personalizado, a través de personal competente, tanto médico como jurídico; aplica procesos estandarizados y certificados bajo la norma ISO 9001:2000, aspecto que la institución, integralmente refrenda cada seis meses ante una agencia certificadora, conforme a los reglamentos y procedimientos institucionales, en el marco del derecho civil y los códigos correspondientes.

Ambas partes, promovente y demandado, deberán aceptar, voluntariamente y de buena fe el procedimiento institucional; el cual inicia con la presentación de la queja médica. Esta presentación supone la recepción institucional de un reclamo por un acto médico realizado, en el que subyace la sospecha de una probable mala práctica en la prestación médica o quirúrgica, en donde, necesariamente deberá existir algún resultado no esperado o alguna consecuencia negativa objetiva, ya sea física o patrimonial; y que ambas partes, una vez entendido el procedimiento, facultan a la institución a actuar, conforme a la *litis* o situación base de la controversia.

Procedimiento arbitral

Los elementos que lo integran son los siguientes:

- a) Escrito de queja: se trata del documento inicial para el arbitraje médico, el cual será emitido por el quejoso con la participación de la CONAMED ante la que se promueve y contendrá los siguientes elementos: - Narración de los hechos. - Citación del derecho que se estime pertinente.

- Fijación de pretensiones civiles (no deberán ser contrarias a derecho). - Designación como árbitro a la CONAMED.

b) Fijación de las pretensiones: El promovente podrá solicitar indemnización de manera general o determinar prestaciones específicas, en tales supuestos, la CONAMED informará a éste, de los alcances de las mismas y del trámite correspondiente (en el evento de fijar prestaciones específicas, no existe derecho al incidente de liquidación ni a solicitar prestaciones adicionales).

c) Cláusula Compromisoria: Se trata de un acuerdo de voluntades que puede pactarse por escrito y no deberá ser contraria a derecho. En ella se deberá designar a la Comisión como árbitro y se aceptará seguir el proceso hasta la emisión del laudo.

d) Fijación del Objeto del Arbitraje: Permite acotar límites del acto reclamado con los criterios que a continuación se citan:

- Obtener el acuerdo de ambas partes, el cual deberá ser por escrito y referirse a materias susceptibles de ventilarse en arbitraje.
- Ser posible y lícito.
- Ser emitido con claridad y precisión.
- Fijar la fuente de obligaciones.
- Prestaciones determinadas o determinables.

e) Ventajas del procedimiento arbitral:

- Se trata de un contrato, pues proviene de la voluntad de las partes.
- Apreciación especializada de quien participa como perito.
- Las partes fijan el procedimiento.
- Señalan la legislación aplicable.
- Permite la conciliación en cualquier momento.
- Otorga mayor celeridad.
- El procedimiento es confidencial.
- Designa al juez competente para la ejecución del laudo. Tanto el médico como el abogado deben actuar en forma complementaria y nunca el médico interpretar la ley ni el abogado interpretar la *lex artis* médica ad hoc. La riqueza del proceso arbitral, con el compromiso voluntario de las partes, en un ambiente que asegure el respeto a sus derechos y obligaciones, con la congruencia

que deba existir en cada aspecto que se presente o se discuta, hacen que la búsqueda de la verdad sea más objetiva, veraz y equitativa.

¿Qué asuntos no atiende la CONAMED?

- Actos u omisiones que constituyan delito(s)
- Asuntos que ya se encuentren en trámite ante otras instancias civiles.
- Controversias laborales o competencias de las autoridades del trabajo, en materia de seguridad social.
- Asuntos cuyo objetivo sea obtener pruebas pre constituidas para el inicio de un procedimiento judicial.
- Cuando la única pretensión sea sancionar al prestador del servicio médico.

4.3 Responsabilidad legal en la enfermería (negligencia médica)

¿Qué debemos entender por ejercicio profesional? Según el artículo 24 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México , conocida popularmente como Ley de Profesiones, (la cual es la base de la cédula emitida por la Dirección de Profesiones de la Secretaría de Salud Pública y que también resulta aplicable no solo en la Cd. De México sino a nivel Federal, debido a que su artículo 7 señala que:

“Se entiende por ejercicio profesional, para los efectos de esta Ley, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo...”

Es decir no solo se toma por ejercicio profesional el realizado por las personas que cuentan con título y cédula, sino el realizado por aquellas personas que se hagan pasar como tales. Pero referente a las personas que lleven a cabo el ejercicio profesional sin serlo, la misma ley señala en sus artículos 62 y 63 lo siguiente: “ARTICULO 62.- El hecho de que alguna persona se atribuya el carácter de profesionista sin tener título legal o ejerza los actos propios de la profesión, se castigará con la sanción que establece el artículo 250 del Código Penal vigente, a excepción de los gestores señalados en el artículo 26 de esta Ley.”

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.

Algunas de las conductas tipificadas y sancionadas penalmente son las que se estudian a continuación en los subsecuentes temas.

4.4 Delitos de lesiones

Los profesionales de la salud tienen la obligación de asistir y atender a las personas cuya vida se encuentre en peligro, teniendo en cuenta que el fin supremo de esta profesión es preservar la vida humana, por lo que queda bajo su responsabilidad la protección de la vida y la salud del paciente, así como su integridad física.

Sin embargo, a pesar de estas máximas, se ha observado que el actuar de los profesionales de la salud no siempre se apega a las normas establecidas. La actuación inadecuada o incorrecta por parte de éstos, capaz de provocar un daño a un paciente, se conoce como mala práctica médica. La mala práctica resultado de acciones negativas, se encuadra en las modalidades de negligencia, imprudencia e impericia, mismas que derivan en diversos tipos de responsabilidades que pueden fincárseles a los profesionales de la salud, ya sea de tipo administrativo, civil o penal la cual se determinará en función del daño ocasionado.

El **delito de lesiones**, como su nombre lo indica, es el que consiste en causar lesiones a una persona, entendiéndose por estas según el artículo 288 del Código Penal Federal, **toda alteración en la salud o daño que deje huella material en el cuerpo.**

Se trata de un delito del fuero común, por lo que se castiga conforme a las diferentes legislaciones de los Estados de la República Mexicana.

El castigo por las diversas lesiones se basa en los siguientes aspectos:

- La severidad de las mismas, además de si estas se hicieron de forma dolosa (con intención) o culposa (por accidente).

- El medio que se empleó para realizar dichas lesiones.
- Quién las realiza.
- A quién se le realizaron las lesiones.
- Las circunstancias en que se realizaron.

Por la **severidad de las lesiones**, por mencionar algunas serían las siguientes:

1. Las conocidas como **leves**, para efectos de aplicación de sanción son las que tardan menos de quince días en sanar y no ponen en riesgo la vida de la persona lesionada. Estas se persiguen por querrela, lo que significa que admiten el perdón del ofendido, siempre y cuando no las inflijan los padres o tutores a sus hijos o pupilos en cuyo caso serán perseguidas de oficio por el ministerio público.
2. Aquellas que **dejen cicatriz en la cara de manera perpetua**, así como aquellas que causan una disminución de la capacidad física.
3. Las que **causen una enfermedad incurable** o que causen la pérdida total de la capacidad en algún órgano, parte del cuerpo o sentido.
4. Aquellas que **pongan en peligro la vida de la víctima**, con la precisión de que si esta muriera a causa de las lesiones se aplicaría la sanción correspondiente al homicidio.

En cuanto al **medio empleado para causar la lesión** nos remitimos a si son simples que serían las ya enumeradas o con la calificación de ventaja, a su vez, con la del empleo de armas por parte del delincuente o premeditación cuando usare medios como inundación, incendio, minas, bombas o explosivos, sustancias venenosas o cualquiera otra nociva a la salud.

Respecto a **quién se lesiona o quién causa la lesión**, aumenta la sanción si las lesiones las causa un familiar, un tutor o un padrastro, si la lesión la causa un funcionario público en ejercicio de su cargo o si hubiere alguna relación de confianza entre la víctima y el victimario que fuera aprovechada por este último para causar las lesiones.

4.5 Delito de homicidio

Los homicidios intencionales cometidos por los trabajadores sanitarios durante el desempeño de sus tareas son eventos muy poco frecuentes. Su importancia reside en que a través de su análisis se exponen las debilidades estructurales y funcionales de los sistemas de salud. Sus efectos nocivos no se limitan a las víctimas y sus familias, sino que resulta dañada la confiabilidad del sistema sanitario en su conjunto.

Entre los supuestos que más se contemplan en la legislación penal de los Estados están:

- La sustitución de medicamentos;
- El abandono injustificado del paciente y/o su tratamiento;
- Negar la asistencia médica en caso de urgencia;
- Realizar operación quirúrgica innecesaria;
- La realización de operación quirúrgica sin autorización del paciente o de quienes tengan que otorgarla, y
- La simulación de intervención quirúrgica.

El supuesto más penado es precisamente realizar una operación quirúrgica que ponga en peligro la vida, cause la pérdida de un miembro u órgano o afecte la integridad de una función vital, en donde en la ciudad de México se sanciona con una pena máxima de 12 años de prisión. En cuanto a las multas la entidad que contempla el monto mayor de días multa es Tabasco quien prevé de 1000 a 5000 días a quien lleve a cabo una operación quirúrgica innecesaria y por simulación de intervención quirúrgica. Y el Estado que prevé la multa más baja es Tamaulipas por sustitución de medicamentos y por negar la prestación de servicios en caso de notoria urgencia. La suspensión menor que se marca es de un mes, sin embargo la mayor puede llegar a ser hasta de 12 años como en el caso de la Cd. de México, en virtud de que se señala que ésta se dará por tiempo igual al otorgado para prisión que es su máxima pena.

A través de esta iniciativa se propone incorporar a la Ley General de Salud como parte de los delitos en materia de salud a la negligencia médica, a la cual define como los actos u omisiones que cometa el médico, técnico o auxiliar de la atención médica por diversos supuestos como:

- Ignorancia;
- La propia negligencia,

- Impericia;
- Imprudencia, o
- Mala organización.

Los cuales para consumarse y considerarse como tal deberán provocar en el paciente consecuencias como:

- La muerte
- Lesiones, o
- Daño temporal o permanente.

Para la imposición de las sanciones remite a lo establecido en el artículo 228 que precisamente propone reformar para concordancia y armonía en las leyes, contemplando como se ve líneas arriba, sanciones mayores si quien comete el delito son médicos, técnicos o auxiliares de la atención médica

4.6 Delito de violencia obstétrica

En el código penal de Chiapas se establece:

Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

Con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño.

Artículo 183 Quáter.- Se equipará a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien:

- I. Omita la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

- II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- III. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

Esta situación ha sido llevada a instancias internacionales, teniendo como consecuencia una audiencia ex profeso para abordar el tema ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos bajo el título “Salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México”

Como resultado de la audiencia el gobierno mexicano se comprometió a dar seguimiento a las quejas y continuar la capacitación del personal médico en todos los hospitales y clínicas del país para evitar este tipo de casos.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem Do Pará, 1994). } Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)

De acuerdo con el artículo I de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), se entiende como violencia contra la mujer: } **“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.**

Artículo 9. Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. (ART. 12)

Disposiciones jurídicas aplicables

Artículo 4, Constitución Política de los EUM } Artículo 61 Ley General de Salud. } Código penal federal (apartado delitos contra los derechos reproductivos, arts. 199 ter-199 sextus) } Ley de Acceso a las mujeres a una vida libre de violencia (Artículo 6) } NOM 007-SSA2-2010 Para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. } NOM 046. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención } Guías de práctica clínica (realización de operación Cesárea). } Lineamientos y recomendaciones de la OMS. Violencia obstétrica física Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la paciente, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico

Violencia obstétrica psicológica

El trato deshumanizado, grosero, discriminatorio, humillante, cuando la mujer va a pedir asesoramiento o requiere atención o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto.

Tipificar el delito de violencia obstétrica no garantiza que se dejen de realizar dichas prácticas, como se ha demostrado en los diversos Estados de la república en el que se implementó como delito la violencia obstétrica imponiendo sanciones privativas de libertad y pecuniarias, sin tener resultados significativos.

Se estaría saturando de disposiciones legales, siendo que en la actualidad ya se encuentra perfectamente normado acerca de dicho tema, tal es el caso de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2010 y el código penal federal que instituye el apartado de los delitos contra los derechos reproductivos. En la norma oficial mexicana se fijan los lineamientos e indican las obligaciones de los prestadores de servicios de salud con los cuales se pretende evitar la práctica

de la violencia obstétrica. La violencia obstétrica es consecuencia de diversos factores, entre ellos las vacíos presupuestales y las deficiencias en la gestión de los recursos, la falta de clínicas y centros de salud, el sobrecupo de camas, la falta de insumos, la falta de personal de servicio de salud que conlleva a dar un deficiente servicio y por lo tanto a no cubrir las necesidades de la población y generar insatisfacción.

4.7 Delitos contra la reproducción sexual

Todas las personas tienen derecho a reproducirse, y este derecho forma parte de su facultad de tomar decisiones vitales y organizarse familiarmente. Ante este derecho, corresponde al Estado desempeñar un papel pasivo que consiste en abstenerse de imponer límites o interferir, eliminar o controlar este tipo de decisiones, salvo circunstancias extremas. Sin embargo, a la pregunta ¿es un derecho subjetivo, es decir, se puede exigir su cumplimiento a la administración pública? ¿O más bien se trata de un derecho en sentido propio como una expresión de la libertad personal configurada como la libertad reproductiva? Contestaríamos que más bien se configura como una facultad, la de decidir tener o no tener hijos y el espaciamiento temporal entre ellos.

Aunque también debemos tener en cuenta que los derechos a la reproducción, además protegen otros derechos relacionados con él, tales como el derecho a fundar una familia, el derecho a la privacidad y confidencialidad, y el derecho a la salud en su vertiente reproductiva, entre otros.

Desde 2002 el Código Penal para la Cd. De México definió nuevos tipos penales en los que se delimitaron aquellas conductas que resultaban atentatorias contra la libertad reproductiva de las personas, y se sancionaron, a través del artículo 150 del CPDF, a quienes —sin consentimiento de una mujer— realizara en ella una inseminación artificial.

Por su parte, el artículo 151 del mismo Código⁵ sancionó a quienes implantaran en una mujer un óvulo ajeno o con espermatozoides de donante no autorizado. Estos tipos penales han sido perfeccionados técnicamente en posteriores reformas, para diferenciar los casos de menores de edad o de mayores pero incapaces de comprender el significado del hecho o si las técnicas se llevaron a cabo con violencia o que de ellas resulte un embarazo.

Además, la reforma de marzo de 2011 introdujo un nuevo tipo penal ***para sancionar a quienes lleven a cabo procedimientos dirigidos a producir una esterilización no consentida por la persona, ya sea que esta sea hombre o mujer.***

Con el nuevo tipo penal se pretende proteger la libertad reproductiva de las personas e impedir que esta sea suprimida de una manera irremediable. La esterilización es la anulación permanente e irreversible de la capacidad reproductiva, tanto de hombres como de mujeres. Este drástico procedimiento ha sido utilizado a lo largo de la historia de la humanidad, justificado con distintas argumentaciones. Por ejemplo, a finales del siglo XIX, a partir de las tesis del científico inglés Francis Galton, se llevaron a cabo esterilizaciones a deficientes psíquicos y a personas portadoras de alguna enfermedad hereditaria, como medida suficiente para evitar la transmisión de enfermedades. A estas “razones” eugenésicas se han agregado otras justificaciones, entre ellas, la pobreza, la delincuencia, la vagancia, la prostitución o la pureza de una raza. Recordemos, por ejemplo, las atrocidades cometidas en la Alemania nazi.

En una época más reciente la esterilización ha sido utilizada también como un método de control de la natalidad. En vista a la tremenda agresión tanto física como emocional y a su irreversibilidad, los procedimientos de esterilización no consentida generan un repudio generalizado en contra de ellos. Estas prácticas afectan derechos fundamentales de las personas, como el derecho a la salud, a la integridad física y a tener descendencia.

En nuestro país, la Ley General de Salud, en el último párrafo del artículo 67, se refiere a la esterilización bajo los siguientes términos: ***“quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que ésta la admita, serán sancionados por la propia ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurra”.***

Esta referencia a la responsabilidad penal hacía necesario definir como delito la práctica de procedimientos de esterilización bajo ciertas circunstancias que más adelante se comentarán. La introducción del nuevo tipo penal era pues necesaria y quedó en los siguientes términos:

“A quien sin consentimiento de persona mayor de dieciocho años realice en ella un procedimiento de esterilización, se le impondrán de cuatro a siete años de prisión”.

De acuerdo con la descripción del tipo penal, la esterilización se justifica cuando quien la practica cuenta con el consentimiento del mayor de 18 años. El consentimiento es la base de toda relación médico-paciente; el médico no debe actuar sin que su paciente haya aceptado previamente su intervención. Pero además, ese consentimiento no se refiere a un simple asentimiento general, sino que, por el contrario, previa toda actuación, el médico debe haber informado al paciente de su estado de salud y de los procedimientos que vaya a seguir para lograr la recuperación de la salud, o en determinados casos, para evitar el avance de su enfermedad o para paliar sus efectos.

Aplicado este concepto a los procedimientos de esterilización, significa que la persona con intención de suprimir su capacidad reproductiva de manera permanente, debe conocer previamente las distintas alternativas de procedimientos, así como sus riesgos, molestias y beneficios, los posibles resultados y sus consecuencias, especialmente la irreversibilidad.



Consulte la sentencia de la SCJN en donde se resolvió el caso de violación a los derechos reproductivos por realizar una OTB
<https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-07/Resumen%20AR1064-2019%20DGDH.pdf>

4.8 Delito de tráfico de órganos

Analicemos el concepto desde la óptica de la norma vigente, el tráfico de órganos, consiste en la extracción, venta y compra clandestina de partes del cuerpo humano, entendiéndose por órgano a la "entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño del mismo trabajo fisiológico".

La situación de realizar un trasplante comienza por tener un órgano saludable, entonces se necesita saber si realmente la persona de donde se extrajo el órgano no padeció enfermedades crónicas o no murió en condiciones violentas, ya que en esta medida se sabrá si el que recibirá el órgano no lo rechaza o acepta.

Es por tal razón que referirse al tráfico de órganos o tejidos de seres humanos, implicaría referirse a toda una organización bien estructurada con la capacidad de mantener una tecnología médica de punta y contar con el personal médico adecuadamente capacitado para realizar dichas operaciones. De los datos proporcionados por la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Informática y procreación de órganos y tejidos, se sabe que no ha podido constatar fehacientemente la realización delictiva del tráfico de órganos.

El delito de tráfico de órganos lo encontramos en el artículo 461 de la Ley General de Salud al señalarlos que "al que saque o pretenda sacar del territorio nacional, órganos, tejidos y sus componentes de seres humanos vivos o cadáveres, sin permiso de la Secretaría de Salud, se le impondrá prisión de uno a ocho años y multa por el equivalente de diez a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

“La imposición de las pena se establece en el artículo 462, que a la letra dice

"se impondrá de dos a seis años de prisión y multa por el equivalente a ciento cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate: I. Al que ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare o suministre órganos, tejidos y sus componentes, cadáveres o fetos de seres humanos, y II. Al que comercie con órganos, tejidos, incluyendo la sangre y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos. Si intervinieren profesionistas, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les aplicará además suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional y hasta cinco años más en caso de reincidencia.

"Asimismo, los artículos 320 y 322 establecen que "se considerará disposición ilícita de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, aquella que se realice en contra de la ley y el orden público." "Queda prohibido realizar el trasplante de un órgano único esencial para la conservación de la vida y no regenerable de un cuerpo humano vivo a otro cuerpo humano vivo."

Necesariamente para la realización de la extracción de un órgano o tejido humano con la finalidad de poder venderlo a un donante, es necesario de la utilización de todo un aparato médico sofisticado, que realice tal cirugía, así como de tecnología para que su preservación pueda ser aceptable de recepción. Independientemente de que tanto el donante como el receptor deben coincidir en toda una serie de características determinadas, así como el mantenimiento de buenas condiciones de salud de ambos.

Considerando que México ha sido permanentemente un país adscrito a las políticas mundiales emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es necesario resaltar que desde el año 2004 dicha organización mundial solicitó a los estados miembros "tomar medidas para garantizar que los grupos más pobres y vulnerables estén protegidos contra el turismo de trasplantes y la venta de sus órganos".

En tal sentido, nuestro país no es ajeno a dichas actividades, ya que en los últimos meses diversas agrupaciones han intentado constantemente realizar trasplantes entre personas extranjeras. No obstante que nuestra legislación ha sido reformada y publicada en el mes de Diciembre de 2011, con el propósito de enfrentar y reducir las prácticas alejadas de las disposiciones legales aplicables, buscando también apearnos a la legislación internacional. Más aún derivado de la reforma Constitucional en materia de derechos humanos y de la CONTRADICCIÓN DE TESIS 293/2011, Por la cual la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en Pleno definió el criterio que debe prevalecer respecto del lugar constitucional de los tratados de derechos humanos de fuente internacional, ... "La mayoría determinó que los derechos humanos de fuente internacional a partir de la reforma al artículo 1º constitucional tienen la misma eficacia normativa que los previstos en la Constitución, es decir, se les reconoce el mismo rango constitucional."

"De esta manera, se interpretó que la reforma en materia de derechos humanos, amplía el catálogo constitucional de los mismos, pues permite armonizar a través del principio pro persona, las normas nacionales y las internacionales garantizando así la protección más amplia a la persona." Así mismo señaló: ... "de la misma forma trascendente, el Tribunal Pleno resolvió, que toda la jurisprudencia de la Corte Interamericana, incluyendo aquella en los casos de litigios en los que México no fue parte, resulta obligatoria para los jueces Mexicanos, siempre que sea más favorable a la persona."

Es por ello que la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Trasplantes rechaza de manera contundente y categórica estos actos de donación y trasplantes de órganos y tejidos

condenados internacionalmente, haciendo un llamado de atención y alerta a los integrantes del Sistema Nacional de Salud, y de manera particular a los profesionales de la salud interesados en la realización de trasplantes, para que se tomen las medidas y las precauciones necesarias y se difunda su control y las sanciones claramente señaladas en la Ley General de Salud.

4.9 Delitos de narcotráfico

En relación con los delitos contra la salud en materia de narcóticos, las reformas han sido constantes para estar en posibilidad de enfrentar al crimen organizado.

Del catálogo de delitos contra la salud, previstos en los artículos 193 al 199 del Código Penal Federal, le corresponde conocer a la Subprocuraduría Especializada en Investigación de Delincuencia Organizada sólo los tipos previstos en los dispositivos 194 y 195 del Código Penal Federal, cometidos por los integrantes de la delincuencia organizada.

El comercio ilícito de sustancias psicotrópicas y/o narcóticos es la principal expresión de la delincuencia organizada, además de que de su comisión se originan otros delitos como el acopio y tráfico de armas, lavado de dinero, tráfico de indocumentados, extorsión y secuestro, entre otros.

De igual manera, la disputa entre organizaciones criminales por el control del territorio utilizado para la distribución y trasiego de drogas, genera un grado de violencia tal, que impacta directamente en el ánimo social.

La lucha contra el tráfico de drogas (delitos previstos en los artículos 193 al 199 del Código Penal Federal), ha sido una labor ardua y difícil, sin embargo, en un combate sin cuartel ni fronteras, se ha logrado no sólo la desarticulación de diversas organizaciones delictivas dedicadas al tráfico de drogas, sino también se ha obtenido la aprehensión y consignación de sus dirigentes y principales miembros, todo ello en un esfuerzo para contribuir a la seguridad nacional. Refrendando la Procuraduría General de la República su compromiso con la ciudadanía de aportar los elementos jurídicos necesarios a jueces y magistrados del Poder Judicial de la Federación, para sujetar a proceso penal a quienes se separen de la legalidad, al colaborar con la delincuencia organizada y delitos conexos.

4.10 Delito de discriminación

Se impondrán de seis meses a tres años de prisión o de 30 a 150 días de trabajo a favor de la comunidad y multa de hasta cien días de salario, al que por razones de origen étnico, edad, sexo, embarazo, estado civil, raza, nacionalidad, idioma, religión, ideología, preferencia sexual, condición social o económica, trabajo o profesión, discapacidad, características físicas, estado de salud o cualquier otra causa que implique discriminación, atentando contra la dignidad humana, limite, anule o genere un menoscabo a los derechos, libertades y seguridad de la persona.

Asimismo, al servidor público que por las razones previstas en el primer párrafo de este artículo niegue o retarde a una persona un trámite, servicio o prestación al que retenga derecho, se le aumentará en una mitad la pena prevista en el presente artículo y además se le impondrá destitución para el desempeño de cualquier cargo, empleo o comisión públicos hasta por el mismo tiempo de la pena de prisión impuesta.

La discriminación es uno de los peores males que lacera a la sociedad. El trato desfavorable o desprecio en contra de las personas o grupos sociales no solamente afecta los derechos humanos más fundamentales, sino también limitan la posibilidad de acceder a una vida digna.

La exclusión por origen étnico, el sexo, las preferencias sexuales, el estado de salud, las condiciones socioeconómicas, el credo o religión, las ideologías, entre otros aspectos, constituyen sólo algunas fuentes de marginación y restricción de derechos sociales.

Es una realidad que la discriminación –como un fenómeno de intolerancia a lo que es diferente– es considerada como una práctica que fomenta la desigualdad. Una persona excluida socialmente, a la que le restringen sus derechos fundamentales y libertades, tiene más posibilidades de caer en la pobreza, el aislamiento, la violencia y la desesperanza.

Uno de los principales retos en el siglo XXI, que involucra a los estados, a la comunidad internacional y a los gobiernos comprometidos con la democracia, es erradicar la discriminación mediante el fortalecimiento de los derechos humanos y la aplicación del estado de derecho.

En México, el combate a la discriminación se plasma en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las diversas leyes reglamentarias y en los tratados suscritos por nuestro país en la materia.

De acuerdo con el artículo 1o. constitucional “queda prohibida la discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

México ha suscrito un gran número de tratados internacionales en los que se establece la obligación de respetar y garantizar el derecho a la igualdad y la no discriminación, entre los que destacan el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Para cumplir con el mandato constitucional y los compromisos internacionales, el Estado mexicano a lo largo de más de dos décadas –que incluye a los gobiernos, órganos constitucionalmente autónomos y organizaciones de la sociedad civil–, han realizado extraordinarios esfuerzos para erradicar la discriminación.

Los mexicanos contamos con dos organismos reconocidos a nivel internacional; hablamos específicamente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH, y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), los cuales a lo largo de muchos años han destacado por su solidez institucional, su capacidad legal de actuación y sus resultados en favor de la lucha contra la discriminación.

A partir de las reformas a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicadas en el Diario Oficial de la Federación en marzo de 2014, se crea un diseño institucional que refleja el firme compromiso de todos los mexicanos de avanzar hacia una sociedad incluyente, democrática y tolerante.

En un esfuerzo sin precedentes, el gobierno federal instrumenta el Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018, que viene a coordinar con una visión transversal todas las políticas del Estado, a efecto de consolidar un país igualitario, respetuoso de los derechos humanos y tolerante de todos los sectores sociales.

4.11 Delitos que pueden cometer los servidores públicos

El médico tiene una responsabilidad, primero ante su propia conciencia, esto es, su responsabilidad moral, pues es la conciencia la instancia ante la cual tiene que rendirle cuentas de sus acciones. El individuo sabe cuándo ha actuado bien o cuándo ha hecho algo malo; en este último caso tendrá sentimiento de culpa. El médico también tiene una responsabilidad social, es decir, está obligado a responder ante los demás, en virtud de que su actuación o no actuación necesariamente tiene determinadas implicaciones en su entorno, en las demás personas con las que interactúa. La responsabilidad social del médico es lo que la sociedad, su comunidad, espera como respuesta a sus actuaciones. Si hay aprobación, las manifestaciones de satisfacción y de aceptación social le darán “el buen nombre” y la fama; de lo contrario, si hay reprobación de su actuación, el castigo será el “reproche social”, el desprestigio o la mala fama.

En el área administrativa, el prestador de servicios de salud que tenga el carácter de servidor público y que por tanto, se rija por la ley de responsabilidades administrativas de los servidores públicos que le corresponda, tendrá la obligación de conducirse conforme a lo reglamentado en dicha ley; de lo contrario, podría hacerse acreedor de alguna de las sanciones administrativas fijadas, consistentes en: apercibimiento privado o público; amonestación privada o pública; suspensión; destitución del puesto; sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público. En este orden de ideas, la responsabilidad penal no excluye a la civil y viceversa, así como ambas no excluyen la responsabilidad laboral y tampoco la administrativa cuando se trata de un servidor público, pudiéndose encontrar el prestador de servicios de salud en una o en todas las situaciones posibles, en forma separada o inclusive simultánea.

La legislación mexicana, en el artículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, especifica, para efectos de responsabilidad, a qué personas considera como servidores públicos:

Artículo 108. Para los efectos de las responsabilidades a que alude este título se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial federal y del Poder Judicial de la Cd. de México, a los funcionarios y empleados, y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública federal o en la Cd. De México...

De este modo, podemos establecer que todos los profesionales, técnicos o auxiliares de la salud que laboran en instituciones que proporcionan servicios de atención médica de los sectores público y de seguridad social, en virtud de manejar o aplicar recursos económicos federales, son considerados como servidores públicos, y por ende son sujetos del derecho administrativo; asimismo, quienes manejen o apliquen recursos económicos locales, específicamente en la Cd. De México, tienen el carácter de servidores públicos. Estando igualmente regulada esta situación por el artículo 2o. de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

En la actualidad, la responsabilidad administrativa del médico como servidor público por el ejercicio de su profesión tiene como un punto importante de referencia el crecimiento de la población que atiende, así como los problemas de trámites administrativos que muchas veces lejos de ayudarlo a brindar una atención médica con calidad y calidez generan un punto de riesgo al que diariamente se pueden enfrentar el paciente y el médico.

Fuentes de información

Bibliografía

- Sánchez González, Miguel Ángel. Bioética en ciencias de la salud. Editorial ELSEVIER, México, 2018
- Institut Borja de Bioética (URL) (ed.). Bioética: Toma de decisiones. Editorial Proteus, España, 2011.
- García Fernández, Dora. Bioética Tomo IV: Un acercamiento médico y jurídico, editorial Porrúa, México, 2019.

Linkografía

- <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/que-es-bioetica?state=published#:~:text=Consejo%20Consultivo%20de%20la%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Bio%C3%A9tica%2C%202012&text=Reich%2C%20en%20la%20que%20se,y%20de%20los%20principios%20morales>.
- [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/59F0B1DFF4B09FFB05257D18006D362B/\\$FILE/ceboax-0105.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/59F0B1DFF4B09FFB05257D18006D362B/$FILE/ceboax-0105.pdf)
- <https://www.fao.org/3/y6634s/y6634s03.htm>
- http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin8/derechos_pacientes.pdf
- http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2009/cons09li.pdf>

Videos sugeridos:

- ✓ **El Origen de la Bioética;** consultado en: <https://www.youtube.com/watch?v=vhXi46xrkPM>
- ✓ **Aspectos jurídicos del consentimiento informado en la investigación clínica;** consultado en: https://www.youtube.com/watch?v=8dM_-UTZzWA&t=137s
- ✓ **Reportaje MORIR EN PAZ: Cuidados Paliativos vs. Eutanasia;** consultado en: <https://www.youtube.com/watch?v=j4JPYmuBkbg>