

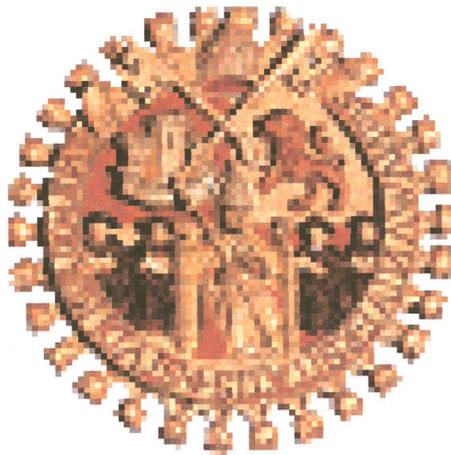
RN 2678

T. de grado
HER
mar

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA**

Departamento de Enfermería



**MARCO ÉTICO NORMATIVO DE LA
DIGNIDAD EN EL AMBITO
DE LA ENFERMERÍA**

**NIEVES HERNÁNDEZ SAN ANTONIO
SALAMANCA, 2004**





DÑA. María Dolores Calvo Sánchez, Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca,

CERTIFICA

Que el trabajo titulado "**Marco ético normativo de la Dignidad en el ámbito de la Enfermería**", realizado por **Dña. Nieves Hernández San Antonio**, bajo esta dirección, reúne a mi juicio todas las condiciones necesarias para optar al **Grado de Salamanca**.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, expido la presente en Salamanca a 29 de Noviembre de dos mil cuatro.



[Handwritten signature]



AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Enfermería y Fisioterapia, y especialmente al Departamento de Enfermería, por darnos la oportunidad de seguir formándonos.

A mi directora de Grado por sus constantes enseñanzas.

A mi familia : Esposo, hijos, padres y hermanos por el apoyo, cariño y comprensión que en cada momento he recibido de ellos.

A mis amigos y compañeros porque han sabido escucharme.

A los profesores de los que he recibido ayuda muchas veces si solicitarla.

A todas y cada una de las personas que me han prestado ayuda, para la realización del presente trabajo.

INDICE

Introducción	1
Material y método.....	4
Resultado.....	7
Capitulo I.: Definición de términos.....	8
Capitulo II: Dignidad y Enfermería.....	14
2.1.- Apuntes Históricos.....	15
Capitulo III: Códigos Deontológicos.....	20
3.1. Código Internacional de Ética.....	21
3.2. Código Deontológico de la Enfermería Española.....	22
3.2.1. – Ámbito de aplicación	26
3.2.2. -El ser humano, deberes de la Enfermería	26
3.2.3.- Derechos de los enfermos y de los profesionales.....	33
3.2.4. - La enfermería ante la sociedad.....	35
3.2.5. – Promoción de la salud y bienestar social	36
3.2.6.– De los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados .	38
3.2.7. El derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social	39
3.2.8. - El derecho a una ancianidad mas digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad	41
3.2.9. – El derecho a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos.....	50
3.2.10.–Normas comunes en el ejercicio de la profesión	51
3.2.11. – La educación y la investigación en la Enfermería...	65
3.2.12. – Condiciones de trabajo	68
3.2.13. –Participación del personal de enfermería en la planificación sanitaria.....	68
3.2.14.- Normas Adicionales	69

Capítulo IV Comités de Ética	70
Conclusiones	76
Bibliografía	78
Referencia legislativa.....	81

Anexos:

- Código Internacional de la Enfermería.
- Declaración de los Derechos Humanos.
- Carta de Ottawa
- Etiquetas NANDA.
- Convenio de Bioética de Oviedo.

Introducción

Hemos elegido este trabajo después de valorar distintas opciones, porque como veremos la Enfermería se esta desarrollando dentro de un marco legal además de ético y vocacional como ha podido ser en épocas anteriores, además creemos que la dignidad de la persona esta presente en muchas de las actuaciones que realiza la Enfermería, y es una obligación de esta, el salvaguardarla y protegerla de las acciones que podrían ponerla en peligro mediante una practica inadecuada de la profesión.

El presente estudio pretende reflexionar, sobre las diferentes facetas legales y deontológicas para las que la Enfermería esta preparada, pero ante las cuales, a veces le resulta difícil saber distinguir entre lo legal y lo ético, siempre teniendo en cuenta que trabaja con personas y en situaciones, muchas veces dolorosas e incomprensibles para la propia persona o familia.

Hoy la masificación de los hospitales y el siempre recorte de los recursos de personal, hace que la situación de estrés que vive el personal de Enfermería, necesite de un marco legal que regule sus actuaciones, en aras de una mínima seguridad laboral.

Últimamente están apareciendo leyes tanto de ámbito Nacional como Autonómico, que protegen, tanto al usuario de Sistema Sanitario, como al profesional de la salud.

El Código Deontológico de la Enfermería sigue siendo la guía para resolver los conflictos éticos que el ejercicio de la profesión puede plantear y está basado en una ética inspirada en el bienestar de las personas y contribuye a mantener un nivel y un estatus social y digno de la Profesión de Enfermería.

La Enfermería trabaja diariamente para que las personas a las que proporciona cuidados vivan mejor y que cuando mueran lo hagan dignamente, pero además tiene que trabajar para que su profesión no pierda esa dignidad, preservando con ello la dignidad personal propia.

Nuestro trabajo de investigación se sustancia a través de un estudio a la referencia legislativa , con especial hincapié en la dignidad como valor esencial de la persona y por ende de la Enfermería, desde la visión histórica hasta los códigos deontológico, y sin mas dilación pasamos a exponer el material y método utilizado y los resultados habidos a la investigación.

Material y Método

Realizamos una revisión bibliográfica sobre los temas de Ética, Dignidad y Enfermería, utilizando como material libros, publicaciones y documentos a través de Internet utilizando como buscador preferente: www.google.com, empleando las palabras claves:

Ética y Enfermería.

Dignidad.

Enfermería y Trabajo.

Deontología enfermera.

Enfermería y Legislación.

Ética y Moral.

Dignidad y enfermería.

Deontología.

Ética y Legislación.

Bioética.

Con la introducción de estos caracteres hemos obtenido muchas páginas que sin embargo no encajaban dentro de lo que nosotros queríamos conseguir para centralizar el tema, desechando las que no se ajustaban a las pretensiones referidas en la introducción.

El método a seguir ha sido puramente descriptivo, propio del investigador universitario, comenzando con las definiciones de la terminología que con frecuencia vamos a utilizar al fin de homologar conceptos.

Estudiamos a continuación la dignidad desde la vinculación con la Enfermería, desde los antecedentes históricos, el Código Deontológico

tanto Internacional como Nacional, completando el resultado trayendo los comités de ética al trabajo, finalizando con las conclusiones habidas al tema investigado.

Resultado

CAPITULO I:

Definición de términos

Comenzaremos este trabajo de investigación estableciendo unos conceptos básicos que citaremos a lo largo del estudio, al fin, de acercar las definiciones y la homologación expresiva, entendemos por:

DIGNIDAD: Deriva del latín **dignitas, -atis**.

Cualidad de digno. Excelencia, realce. Gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse. (1)

ÉTICA: Vocablo que procede del griego **ethos** (carácter, hábito, costumbre), pero además puede decirse que es el lugar en el que se habita, y el modo de vivir en ese ámbito, valorando la persona de forma global, en todos sus sentidos no fragmentariamente y además como parte de la filosofía, se interrelaciona con los preceptos que deben controlar el comportamiento moral. (1)

MORAL: Deriva del latín **moralis**, bueno o correcto en la conducta o el carácter... Principios del bien y el mal basados en la costumbre. (1)

NORMA: deriva del latín **norma**.

Regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc. Precepto jurídico. (1)

DEONTOLOGÍA: Deriva del griego, *ovtoc* y *-logía*.

Ciencia o tratado de los deberes.(1)

PROFESIÓN: Es una actividad mediante la cual se presta un servicio único, definido y esencial a la sociedad. Un uso antiguo solo usaba el vocablo profesión para la Medicina, Derecho y Teología. (2)

Respecto al Marco jurídico diremos que la Enfermería es un profesional facultativo a tenor de la ley 44/2003 de 4 de Noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias establece en el artículo 2, sobre profesiones sanitarias tituladas en el párrafo de nivel de diplomado: Las profesiones para cuyo ejercicio habiliten los títulos de Diplomado en Enfermería. Por lo tanto la Enfermería queda reconocida legítimamente como Profesión Sanitaria, con la trascendencia que ello conlleva a nivel de responsabilidad.

El artículo 18 de la Constitución Española establece como derecho fundamental de la persona la dignidad, reconociendo como valor de especial protección sobre la ciudadanía.

La ley General de Sanidad (ley 14/86) igualmente reconoce como derecho de todos los usuarios-pacientes la dignidad (art.10.1), resultando de ello que es de obligado cumplimiento respetar esta dignidad por parte del personal de Enfermería.

Se accede al ejercicio profesional a través de un periodo de preparación especializada teórica y práctica, por lo tanto reclama un amplio campo de autonomía, para el cuerpo al que pertenece. Por ello es preceptivo que los profesionales cuenten con un Código Deontológico que les permita la interrelación, pero además es preciso que se doten de ese código ético de conducta.

El fin y las funciones de la Enfermería sigue estando basado en los cuidados dentro del ámbito sanitario, pero el tipo de actitudes ha cambiado, ahora se exige a los profesionales que sean creativos para que alcancen la meta profesional de acuerdo a la conciencia moral de su trabajo.(3)

¿POR QUÉ SE INTENTA RECUPERAR LA ÉTICA PROFESIONAL?

El filósofo alemán Leibniz, afirmaba que si la geometría tocara nuestra vida, la rechazaríamos al igual que la moral. Así en las últimas décadas la ética fue puesta bajo sospecha y posteriormente bajo acusación: Hablar de ética era ofensivo para el hombre liberado. Sartre clamaba en contra de la normativa moral afirmando que, de darse, estaría negándose la libertad.

Sin embargo mas recientemente se aprecia una recuperación de la ética, incluyéndose con mas frecuencia Etica Empresarial es las Escuelas de Negocio e incluso en las Facultades de Ciencias Económicas y Empresariales de muchos países del mundo. Los motivos que pueden justificar esto son de estricto carácter económico: Si las personas que trabajan para la empresa tienen una serie de virtudes – lealtad, sinceridad, puntualidad, laboriosidad, etc-, será razonable pensar que el empresario ganará mas.

Inspirándose en Voltaire, algunos empresarios piensan: “No creo en la Ética, ni como ciencia ni como arte, pero prefiero que mis empleados si le presten crédito, porque así me robarán menos y se esforzarán mas.”

Se convierte así la Ética en un mero elemento de motivación de las energías de los trabajadores.

- Otro motivo tiene un carácter mas puritano para defender al hombre de si mismo aceptando que algunos usos deben ser controlados, pues no es bueno que la persona quede completamente desatendida.
- Quizás el motivo mas serio y riguroso pueda ser que la persona es un **unum** recordando que la moral no es un punto de llegada sino de partida.(2)

¿CÓMO VIVE LA ENFERMERÍA LA DIGNIDAD EN SU TRABAJO DIARIAMENTE?

A la Enfermería le toca enfrentarse día a día con situaciones en las que parece que la dignidad no es lo más importante en ese momento y le hacen plantearse dilemas éticos que necesitan de una actuación pensada y evaluada, para que el paciente, antes que cualquier “otra cosa” siga siendo reconocido como persona.

No es más importante colocar perfectamente la sujeción de una vía, que preservar su intimidad o preguntar como se siente, por ello es necesario conocer y actuar según los principios éticos que marcan nuestras actuaciones como se observan en el siguiente cuadro:

PRINCIPIOS ETICOS

Los principios éticos son directrices generales que gobiernan la conducta, proporcionan una base para el razonamiento y dirigen las acciones. Estos principios son:

AUTONOMIA: Los individuos no deben ser tratados como medios que conducen a un fin, sino como un fin en si mismos. En la atención a la salud es la libertad para tomar decisiones sin interferencia de los demás.

BENEFICENCIA: El concepto de hacer el bien y prevenir el daño a los pacientes es una condición “ sine qua non “ para la profesión enfermera.

NO MALEFICENCIA: Dicta que se evite el daño y desaparezca las situaciones nocivas para el paciente. Debe servir de guía para la actuación de los profesionales sanitarios.

VERACIDAD: La acción de decir la verdad, es un principio ético que subraya la relación con el paciente. Es muy importante al solicitar el consentimiento informado y asegurarse que el paciente es consciente de los riesgos y beneficios. Si esta información no es exacta se viola el principio de autonomía.

FIDELIDAD: La lealtad y cumplimiento de la promesa hecha a los pacientes es una condición, “ sine qua non “ para la Enfermería.(4)

Capitulo II:

DIGNIDAD Y ENFERMERÍA

2.1 APUNTES HISTÓRICOS

Desde muy antiguo se han elaborado distintas normas para definir los derechos y deberes de los hoy llamados profesionales sanitarios. Estas normas han venido a conformar los Códigos Deontológico. Por eso se puede decir que estos códigos son un componente de normas dictadas y asimiladas desde un colectivo profesional determinado.

A lo largo de la historia se han formulado diferentes códigos conductuales desde donde nacen los actuales Códigos Deontológico.

El primero de estos códigos escritos es el atribuido a Hammurabi rey de Babilonia (1730-1686 a.C.) que establece una regulación tanto legal como ética, donde extraemos los cánones referentes o relacionados con la sanidad.

CODIGO DE HAMMURABI

- Si un hombre ha destruido un ojo de un noble, su propio ojo será destruido.
- Si ha roto el hueso de un noble, su hueso será roto.
- Si ha destruido el ojo de un plebeyo, o ha roto el hueso de un plebeyo, pagará una mina de plata.
- Si ha destruido el ojo del esclavo de un hombre, o roto un hueso del esclavo de un hombre, pagará la mitad de su valor.
- Si un hombre le ha quitado los dientes a otro del mismo rango, le serán quitados su propios dientes.
- Si le ha quitado los dientes a un plebeyo, pagará un tercio de una mina de plata.

- Si un médico ha tratado, con el cuchillo de bronce de las operaciones, una herida grave de un noble, y la ha curado; o ha abierto un absceso en el ojo de un noble, y lo ha curado, recibirá diez siclos de plata. Si es un plebeyo, recibirá cinco siclos de plata. Si es un esclavo, su dueño pagará dos siclos de plata.
- Si un médico ha tratado , con el cuchillo de bronce de un noble y le ha producido la muerte, o ha abierto un absceso en un ojo y le ha ocasionado la pérdida de éste, se le amputarán las manos.
- Si un médico ha tratado, con el cuchillo de bronce de las operaciones, una herida grave al esclavo de un hombre y le ha producido la muerte, deberá devolver esclavo por esclavo. Si ha abierto en un ojo de un esclavo, con el cuchillo de bronce de las operaciones, y le ha destruido el ojo, pagará la mitad del valor del esclavo.
- Si un médico ha curado un hueso roto o una víscera enferma de un noble, recibirá cinco siclos de plata. Si es un plebeyo, recibirá tres siclos de plata. Si es un esclavo, su dueño pagará dos siclos de plata. (3)

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

En el medio sanitario resulta paradigmático la declaración de Hipócrates (460-373 a.C.).

- “ Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higía y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y compromiso siguientes:

Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores; compartir con él mi hacienda, y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, de forma gratuita y

sin contrato o compromiso; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por el juramento a la ley médica, pero de nadie mas.

Haré uso del régimen de vida de ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender. De daño y de la injusticia le preservaré.

No daré a nadie aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

No haré uso del bisturí ni aún con los que sufren del mal de piedra. Dejaré esa práctica a los que la realizan.

Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupción; en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres ya mujeres, esclavos o libres.

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré, teniéndolo por secreto.

Si voy fiel a este juramento y no lo quebranto, séame dado el gozar de mi vida y de mi arte, rodeado de la consideración de todos los hombres. Pero si lo violo y cometo perjurio, que me ocurra todo lo contrario .” (3)

El juramento es el compromiso personal básico de la ética profesional médica en la civilización occidental. En él se hayan formulados los principios inmutables de la ética profesional de todos los tiempos. Sin embargo parte de su contenido no es sostenible hoy.

El juramento difunde una ética de los deberes del buen profesional médico, pero como deberes no correlativos a los derechos de los pacientes. En su texto no hay lugar para los derechos. Lo cual tiene como

consecuencia que el criterio del bien del enfermo se interprete también de un modo que hoy consideramos incorrecto, **el paternalista**.

Sin embargo hay cosas que permanecen con idéntica vigencia. La más importante de éstas es la búsqueda de la **excelencia**. Hoy consideramos la excelencia en el sentido que hay que practicarla respetando los derechos de los ciudadanos. Universalizar la excelencia, entendida en un sentido no paternalista debe ser la tarea de la ética profesional. (5)

JURAMENTO DE FLORENCE NIGHTINGALE

Para aquellos que se dedicaban al cuidado de los enfermos, se toma como primera declaración de deberes profesionales de las enfermeras el llamado “ Juramento Florence Nightingale “ que fue redactado en 1893 por una comisión especialmente nombrada a tal fin por el Colegio Farrand del Hospital Harper, en Detroit:

“ Juro solemnemente ante Dios, y en presencia de esta asamblea, llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno, y de tomar o administrar a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva para la salud. Haré nombre de la profesión, y guardaré inviolable el secreto de las cuestiones que se confíen y los asuntos de familia que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad, procuraré auxiliar al facultativo en su obra, y me dedicaré al bienestar de los que están encomendados a mi cuidado.”

Este juramento con mínimos cambios esta vigente en el ámbito ético de la Enfermería. Actualmente el Consejo General de la Enfermería viene estudiando el proyecto de exigir a todos los colegiados en Enfermería realizar este juramento o promesa de forma obligatoria antes de ejercer las actividades propias de la Profesión.

En esta Escuela de Enfermería se viene solicitando, a los alumnos próximos a alcanzar la Diplomatura en el solemne acto, de imposición de becas por los padrinos, realizado por la profesora M. D. Calvo, el siguiente juramento:

“Juráis o Prometéis, por vuestra conciencia y honor, en presencia de esta asamblea, llevar una vida digna y ejercer la profesión de la Enfermería honradamente, absteniéndoo de todo cuanto sea nocivo o dañino para la salud, haciendo todo cuanto este a vuestro alcance para elevar el nivel de la Enfermería y considerar como confidencial toda la información que os sea revelada en el ejercicio de la profesión, así como todos los asuntos familiares de los pacientes.”

Capitulo III:

Códigos deontológicos

Los Códigos Deontológicos no resuelven un problema ético pero, proporcionan unos principios generales para la actuación. (3)

3.1 Código Internacional de Ética de Enfermería

En 1953 el Consejo Internacional de Enfermería promulga un Código para enfermeras que recoge las responsabilidades de la enfermera, para con los sujetos, la sociedad, sus colegas y la profesión. Este Código ha sido actualizado en distintas ocasiones por el mismo Consejo Internacional. (Anexo I)

Este Código en una de sus ultimas revisiones (año 2000) en las sugerencias para el uso del Código Deontológico del Consejo Internacional de enfermería para la profesión de enfermería, dice, que es una guía para actuar sobre la base de valores y necesidades sociales. Solo tendrá significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.(6)

Para lograr su finalidad, el Código a de ser comprendido, asimilado y utilizado por las enfermeras en todos los aspectos de su trabajo, debe permanecer al alcance de los estudiantes y las enfermeras a lo largo se sus estudios y de su vida de trabajo.(7)

El Código establece claramente que el respeto de los derechos humanos, con inclusión del derecho a la vida, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto, es inherente a la enfermería. El Código de ética del Consejo Internacional de Enfermería orienta a las

enfermeras en sus opciones de cada día y sostiene su negación a participar en actividades contrarias a la prestación de cuidados y curación.(8)

3.2 Código Deontológico de la Enfermería Española

Según un estudio llevado a cabo por estudiantes de Enfermería en la Universidad de Jaén sobre el conocimiento del Código Deontológico el 45% de los encuestados desconocen todo sobre el Código Deontológico de Enfermería y un 20,42% saben muy poco de él. Estos resultados vienen a confirmar el desconocimiento existente sobre las cuestiones éticas y deontológicas de los profesionales de Enfermería.(9)

En este estudio llama la atención que la cultura paternalista vivida por los profesionales de Enfermería no ayuda a la aparición de la conciencia ética profesional.

La idea de que es la excelencia técnica, el único criterio de la calidad profesional, desvanece y hace ignorar la presencia de objetivos y de valores éticos en las estrategias terapéuticas.(9)

El Código Deontológico de la Enfermería Española fue aprobado por la Resolución 32/89 de 14 de Julio de 1989. Hasta ese momento la Enfermería Española venía asumiendo el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería elaborado en 1953, pero los cambios ocurridos en la sociedad política y sociocultural de nuestro país nos llevaron a sentir la necesidad de disponer de un Código Deontológico propio.

En 1988 el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un comité formado por profesionales enfermeros de diferentes ámbitos, para elaborar un proyecto que fuese asumido por aquellos a los que iba dirigido, pero como hemos visto en el estudio realizado por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Jaén esta realidad está aun por cumplir ya que sigue existiendo un gran número de profesionales que desconocen su contenido. Este código fue actualizado y corregido por una resolución del pleno del Consejo de Enfermería en 1998.

El Código propone una enfermera con responsabilidades en cinco grandes áreas (3):

- ❖ **Prevención de la salud.**
- ❖ **Mantenimiento de la salud.**
- ❖ **Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.**
- ❖ **Educación para la salud.**
- ❖ **Formación, administración e investigación en Enfermería.**

Los cuidados de Enfermería comprenden la atención prestada por profesionales de Enfermería en el ámbito de su competencia profesional, a personas enfermas o sanas, y a comunidades en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, prevención y restablecimiento de la salud, prevención de enfermedades y accidentes, así como la asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.

Este Código Deontológico es de obligado cumplimiento y sus disposiciones se aplicarán a todos los profesionales inscritos en los

Colegios, así como a aquellos extranjeros que puedan ejercer en nuestro país y para ejercer la profesión es necesario estar colegiado por mandato legal.

El incumplimiento de dicho Código lleva implícito las sanciones disciplinarias prescritas en los Estatutos de la Organización Colegial como:

- Faltas muy graves con sanciones, de suspensión, inhabilitación o expulsión.
- Faltas graves, con sanciones de, amonestación escrita y/o suspensión.
- Faltas leves con amonestación verbal o escrita.(10)

El Código Deontológico de Enfermería, es el conjunto sistematizado de normas mínimas que el grupo profesional establece, en cuyo seno se compromete a desempeñar su profesión, y que reflejan la concepción ética, común y mayoritaria de sus miembros.

La ética enfermera ha de ser una construcción moral que oriente las actitudes y los comportamientos de los profesionales hacia la priorización de cuidados, que promuevan la salud, prevengan sus alteraciones, contribuyan a la recuperación y ayuden no solo a vivir, si no, también a morir con dignidad, cuando la mejoría o la recuperación no sean posibles y, todo ello desde el reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales.

El profesional de Enfermería entiende que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente y participa como miembro de una sociedad.

La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano y por lo tanto, la Enfermería debe estar en disposición de proporcionar una respuesta adecuada a los cambios que experimenta la atención de la salud, y prestar un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas y han de enfatizar de una manera prioritaria, dentro de sus programas:

- 1. La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.**
- 2. La participación activa en la sociedad.**
- 3. Reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de ética profesional.**
- 4. La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.**

Debemos tener como nuestra mayor responsabilidad el respeto de la dignidad humana.(11)

Intentaremos desgranar capítulo a capítulo el contenido de nuestro Código Deontológico.

Este Código comprende trece capítulos, con ochenta y cuatro artículos con un artículo final y seis normas adicionales.

3.2.1 Ámbito de aplicación

Este capítulo contiene tres artículos y sus disposiciones obligan a todos los profesionales inscritos en los Colegios Profesionales.

Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto de los derechos y dignidad de los enfermos, por lo tanto deberá favorecer y exigir el cumplimiento de los deberes deontológico.

3.2.2 El ser humano, deberes de la enfermería

Este capítulo contiene diez artículos y tiene como principal objetivo el respeto de los derechos humanos.(Anexo II)

El profesional de Enfermería debe reconocer que la libertad, igualdad y dignidad son valores compartidos por todos los seres humanos y deben tratar a todos con el mismo respeto.

Así mismo, deben proteger a sus pacientes de posibles tratos humillantes. Y en otro artículo se refleja el deber de respetar la voluntad de elegir y/o mejorar los cuidados que se le presten.

También trata el deber del profesional de obtener el **consentimiento informado** antes de cualquier intervención de Enfermería, y debido a su importancia debemos adentrarnos detenidamente en él.

El término **consentimiento informado** se introduce en la práctica sanitaria española a partir de la promulgación de la *Ley General de Sanidad de 14 de Abril de 1986*; aunque en la práctica, no es hasta unos años mas tarde, cuando comienza a adquirir importancia, y a despertar interés entre los profesionales.

Antes de la promulgación de esta Ley, algunos centros sanitarios, pedían al paciente su rúbrica para la autorización de una intervención; pero poco tenía que ver este documento con un consentimiento libremente prestado para esa autorización; este documento lo que pretendía fundamentalmente era amparar al médico de responsabilidades jurídicas, por las lesiones que el paciente pudiera sufrir durante las intervención pero poco o nada se le explicaba al paciente de la intervención a la que iba a ser sometido. Ha sido necesario que los profesionales vean al paciente no como un incompetente moral para tomar decisiones acerca de su vida y salud, sino como un adulto capaz y responsable que debe no solo ser consultado respecto a todo lo que le afecte, sino que además debe ser escuchado y sus decisiones aceptadas.(12)

El concepto consentimiento informado se apoya en dos pilares básicos: la información y la aceptación voluntaria del paciente de toda actuación sanitaria

La Ley 41/2002 de 14 de Noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente en su artículo 8 dice “ toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, reciba la información prevista en el artículo 4 y haya valorado las acciones propias del caso”

La Ley 8/2003 de 8 de Abril de Castilla y León Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud en su artículo 33 dice “ con el fin de acreditar el respeto a las decisiones sobre su propia salud de sus

usuarios, todos los centros, servicios y/o establecimientos sometidos a las presente Ley deberán recabar el consentimiento por escrito del paciente o de quien deba sustituir su decisión, antes de realizar intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, procedimientos sanitarios que impongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente...”.“ Cuando en tales supuestos la persona hubiere decidido no ser informada, se recogerá igualmente su consentimiento previo por escrito, dejando constancia de su renuncia a la información” .

Pero sabemos que todavía hoy nos cuesta pedir permiso para realizar nuestros cuidados, y quizá lo que mas nos cuesta es dar explicaciones sobre las técnicas que vamos a realizar. Necesitamos un cambio en nuestra forma de pensar y actuar.

Como vemos, no solo nos obliga nuestro Código Deontológico a obtener el consentimiento informado ante cualquier actuación de Enfermería, sino que también existen leyes, tanto de ámbito nacional como regional.

El profesional de Enfermería nunca deberá emplear la fuerza física o moral para obtener el consentimiento, tampoco debe consentir que otros lo empleen. Si no fuera posible obtener el consentimiento por las condiciones físicas o psíquicas del paciente, deberá buscarlo a través de sus familiares.

Es responsabilidad del profesional de Enfermería mantener informado al paciente empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

El consentimiento informado trata de ser un parámetro de medición de la calidad ética de las relaciones sanitarias y por lo tanto de la calidad de la actividad asistencial e investigadora.

El consentimiento informado es un proceso de encuesta y dialogo entre el profesional sanitario y el paciente, que va desde que el sanitario entra en contacto con el apaciente hasta que es dado de alta definitiva. Ambos deben transmitirse información, y entre ambos decidir los objetivos terapéuticos y los procedimientos aceptables para conseguirlos. En este proceso los formularios escritos del consentimiento informado, tienen la función de facilitar la transmisión de información al paciente y sirven como registro de que el proceso de consentimiento se realizó, pero además proporcionan protección legal si fuera necesario.(13)

El consentimiento informado nos da derecho a una información, que debe ser clara, concisa, concreta y de fácil entendimiento para todos los usuarios del sistema , por ello se recoge el DERECHO A LA INFORMACIÓN junto con el consentimiento en el siguiente marco legislativo.

*La Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información u Documentación Clínica en el capítulo 2, artículo 4.1 dice “ los pacientes tienen derecho a conocer con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud toda la **información** disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad a no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias” .*

El usuario de los servicios sanitarios tiene la necesidad y el derecho de información respecto a todo lo que se va a realizar (exploraciones, tratamiento, cuidados...) para que pueda tomar las decisiones mas oportunas según sus valores o creencias.



El profesional de Enfermería debe ser capaz de explicar los derechos de los pacientes y que su información sea comprensible.

Hasta hace pocos años, estaba prohibido a las enfermeras dar información al paciente, si tenía fiebre, cifras de T/A..., porque se consideraba que era solo, la ayudante del médico y se les exigía discreción y reserva(12) . Sin embargo el paciente siempre preguntaba a las enfermeras porque era la persona que tenían mas cerca y quizá por considerarlo el “ confidente” (según María Moliner):

“ con quién se trata las cosas íntimas” .(14)

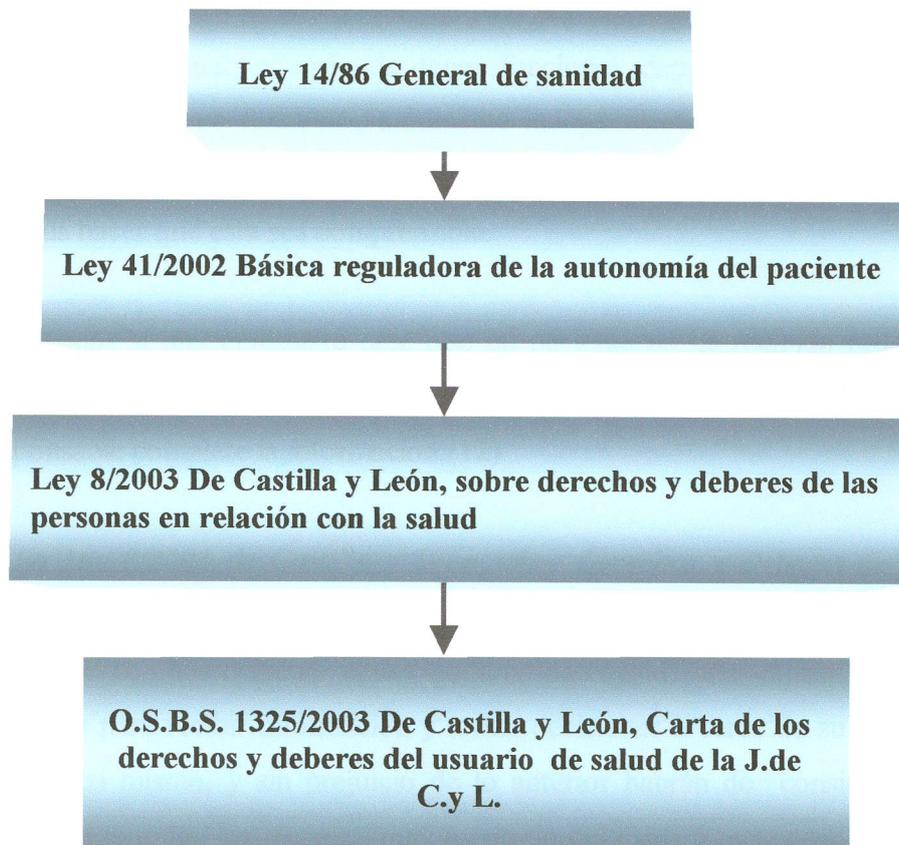
El criterio profesional del médico y de Enfermería, deberían determinar que información es necesaria revelar, ya que para algunos pacientes aprensivos cierta información puede ser contraproducente. Habría que sopesar en cada caso las ventajas o inconvenientes que la información produciría.

La Ley 8/2003 de 8 de Abril de Castilla y León sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud en su título 3 capítulo I artículo 20 dice “ sería necesario informar a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho y dejar constancia en la historia clínica de la necesidad terapéutica existente. En función de la evolución de dicha necesidad terapéutica el médico podrá informar de forma progresiva, debiendo aportar al paciente información completa en medida en que aquella necesidad desaparezca”.

Según el doctor F. Abel existen dos tendencias, la Norteamericana y la Europea. Mientras que la Norteamericana daría toda la información para que el paciente tenga autonomía para tomar decisiones, en Europa se tiende a no dar toda la información, sobre todo en malos pronósticos para no perjudicar la paciente, evitando así sufrimientos sobreañadidos. Es preciso encontrar el equilibrio entre una revelación completa y la

discreción dependiendo de cada caso, pero teniendo en cuenta la normativa existente.(12)

La Normativa que regula el consentimiento informado y la información en la Comunidad Autónoma de Castilla y León es:



En la práctica habitual no es infrecuente que la obtención del consentimiento informado para realizar algunas pruebas diagnósticas sea una actividad que realice la Enfermería, que al aceptar la responsabilidad de informar deba hacerlo completamente con los riesgos y ventajas y no solo de tratar de conseguir una firma.

Nosotros pensamos que el médico debe informar de los que él haga y sea su responsabilidad, y la Enfermería sea la responsable de dar la información que le corresponde sobre los cuidados que va a prestar.

La Enfermería aun hoy siente cierto pudor en el momento de dar información sobre los cuidados y las técnicas que va a realizar. Tiene los conocimientos y la preparación suficientes, pero no olvidemos que hasta hace poco le estaba prohibido ya que solo era la ayudante del medico. En el momento actual, además de tener funciones dependientes de otros profesionales, tiene funciones totalmente independientes, de las que solo ella es responsable, y por lo tanto , de las que tiene que dar información y además hacer que esta sea comprensible.

Además si una enfermera cree que un paciente no ha recibido toda la información o ésta está incompleta debe insistir ante el equipo para que el responsable complete la información.(12)

La Ley 8/2003 de Castilla y León sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud en su artículo 5.1 dice: “toda persona mayor de 16 años o menor emancipada ha de considerarse capacitada, en principio para recibir información y tomar decisiones a cerca de su propia salud. Así mismo, y sin perjuicio de lo anterior habrán de considerarse capacitados todos los menores que, a criterio del médico responsable de la asistencia, tengan las condiciones de madurez suficiente”. En su punto 2 dice: “aún cuando la capacidad se encuentre limitada, ha de garantizarse que la aportación de información y la participación en la toma de decisiones sean las máximas posibles en función de las facultades de la persona sin perjuicio de que dicha capacidad deba ser completada o sustituida dependiendo del caso, por otra persona o institución” .

3.2.3 *Derechos de los enfermos y de los profesionales*

Durante los nueve artículos que contiene este capítulo, entre los que resalta el derecho a la vida y a la seguridad, la protección de la salud a que tiene derecho todo ser humano, así como el deber que tiene el Profesional de Enfermería de protegerla. No participará en investigaciones o en tratamientos experimentales en pacientes que estén a su cuidado sin haber obtenido de ellos el consentimiento libre e informado. Ante un enfermo terminal se esforzará por la calidad de los cuidados paliativos y proporcionará ayuda a la familia para afrontar la muerte, si ésta no puede evitarse. Guardará el secreto de toda la información sobre el paciente que le haya llegado en la ejecución de su trabajo, por tanto, el secreto profesional no es solo un deber de la Enfermería, sino que además es un derecho del paciente, derecho fundamental, según **La Constitución Española**.

La Ley General de Sanidad 14/86 en su artículo 10.3 dice: “ el paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas o privadas que colaboren con el sistema público”.

La Ley 42/2002 de 14 de Noviembre, informe y documentación clínica en su artículo 7:, nos recuerda el derecho a la intimidad de las personas “ toda persona tiene derecho que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley” .

En el ámbito internacional, la Declaración de Derechos Humanos hace referencia a este tema en su artículo 12.:

“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su

reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.”(Anexo II)

Pero este derecho no es nuevo, ya que como hemos visto antes, Hipócrates describió el secreto profesional en el juramento que debían acatar los médicos.

En Enfermería el secreto profesional se trataba ya en 1800 en el “ Manual para los servicios de los enfermos” . Percival en 1803 insiste en que “ los pacientes deben ser interrogados en un tono que no debe ser oído ni por el azar” . También Florence Nightingale hace referencia al secreto profesional en su juramento.

Deberá considerarse secreto profesional no solo las confidencias de los pacientes sino toda la información que recoge su historia.(14)

El profesional de Enfermería recibe mucha información que el apaciente no ha revelado al médico ya que muchas veces se convierte en su confidente por ser el que mas tiempo está a su lado y éste ha de tener sumo cuidado para no perder esa confianza.

Sin embargo el profesional de Enfermería puede verse obligado a revelar el secreto profesional en algunos casos, ya que no es un derecho absoluto y existe la regla de la proporcionalidad:

- ❖ **Cuando se atiende a víctimas de un delito. Es obligatorio denunciarlo a la autoridad competente, como señala la Ley de Enjuiciamiento Criminal.**
- ❖ **En caso de mala praxis.**
- ❖ **Ante enfermedades de declaración obligatoria.**
- ❖ **En caso de ser requerido como testigo en un juicio.**
- ❖ **Urgencia vital.**

Ante esto la primera preocupación del profesional de Enfermería será la seguridad del paciente y reducir al mínimo la cantidad de información y el número de personas que participan del secreto.(14)

El Profesional de Enfermería tiene derecho a la objeción de conciencia, según lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española y deberá ser debidamente explicitado en cada caso, velando el Consejo y los Colegios para que ninguno pueda sufrir discriminación a causa de este hecho. También tiene el deber de rechazar la utilización de sus conocimientos y habilidades en perjuicio de las personas. La objeción de conciencia no implica no dar información clara sobre quien pueda ayudar.

3.2.4 La enfermería ante la sociedad

Durante los ocho artículos de que consta este capítulo el código nos habla como el Profesional de Enfermería debe reconocer los efectos adversos que pueda ejercer la no protección del medio ambiente, así, tiene el deber de:

- Conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y los efectos nocivos sobre los seres humanos.
- Actuar, principalmente participando en la educación relativa a la salud de la comunidad, contribuyendo a la formación de una conciencia sana sobre el medio ambiente.
- Participar con otros grupos en investigaciones epidemiológicas dirigidas a obtener informes sobre los riesgos medio ambientales.
- Promover ambientes y comunidades saludables, mediante la colaboración con los sistemas de salud locales y la participación ciudadana.

- Ayudar a implantar planes, formular nuevos proyectos y coordinar acciones interinstitucionales, además de vigilar la situación epidemiológica y diseñar y ejecutar campañas de prevención de la salud en la comunidad.

3.2.5 Promoción de la salud y bienestar social

Este capítulo consta de cuatro artículos y resalta el papel del Profesional de Enfermería en la promoción de la salud, o la búsqueda del disfrute de la vida, con sus conocimientos y conducta ética, respetando la justicia social.

Las funciones de la promoción de la salud se establecieron en la carta de Ottawa en 1986.(Anexo III)

Es a partir de Alma Ata cuando empieza a hablarse de promoción de la salud. Al principio con el término de “promoción primordial” como término que se diferenciaba de el modelo medical izado de Clark de prevención basada en la historia natural de la enfermedad, y que planteaba iniciativas previas a la prevención primaria se trataba de actuar sobre las causas de las causas.

La Carta de Ottawa supone además del nacimiento de la promoción de la salud en un sentido amplio, el inicio de un nuevo estilo de trabajo en Salud Pública que supera los problemas en décadas anteriores. Este marco puede resolver la vía muerta de intentar aplicar el higienismo a nuestros tiempos. Proponía la unión operativa entre información y acción, sugiriendo la incorporación de las tradicionales actividades de vigilancia epidemiológica, vigilancia de la salud pública en la función de defensa de la salud. Esto quiere decir que el profesional de salud pública

ha de pasar de su actual status de subordinación administrativa en el Estado a tener una voz pública para defender la salud de la población o de un grupo. Esto supone no solo un cambio de status profesional sino también un cambio en la naturaleza de la información que recogemos. Una reunión de la OMS en Barcelona, en 1987, definió la naturaleza de esta nueva información que necesitamos como:

- A) Capaz de estimular el cambio debido a su visibilidad política y a su impacto, sensibles a los cambios y permitir comparaciones.
- B) Deben recogerse, usarse y entenderse fácilmente por la población y los decisores.
- C) Estar relacionadas con la promoción de la salud en el sentido de la definición de Ottawa.

Uno de los vehículos más interesantes en que ha cristalizado esta propuesta de Ottawa es en la realización de informes de salud periódicos. Estos informes proporcionan información asequible tanto a la población como a los decisores a través de los medios de comunicación de masas. Se crea así un marco de rendimiento de cuentas público sobre las actuaciones y los programas, se pone a la salud y a las actividades de salud pública, tanto en la agenda de los políticos como en la de los intereses de los ciudadanos ayudando a crear un clima social favorable al desarrollo de políticas públicas saludables.

Surge en Ottawa la noción de capacitación. No se trata ya de decir a la gente lo que debe o no debe hacer, sino de capacitarlos para una más autónomo de los servicios sanitarios y la tecnología médica.

Podríamos decir en resumen que el objetivo de la promoción de la salud sería mediar en la puesta en marcha de políticas públicas saludables, utilizando herramientas aceptables en democracia y adecuadas a la sociedad de la información como son la defensa de la

salud y el trabajo por un mayor grado de autonomía de grupos e individuos.(15)

3.2.6 De los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados

Este capítulo consta de tres artículos en los cuales resalta como el Profesional de Enfermería debe poner al servicio de los disminuidos, físicos, psíquicos e incapacitados tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para identificar las causas con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

La intervención de enfermería la plantearemos desde:

- Prevención de deficiencias
- Asesoramiento
- Reinserción al trabajo.

La actuación de la enfermería será:

- Vigilancia de los factores que pueden afectar a la salud y el análisis del trabajo a realizar y el posterior asesoramiento.
- Participar en la prevención de accidentes y enfermedades profesionales y en la supervisión de EPI.
- Vigilancia de la higiene de las instalaciones sanitarias y demás dependencias.
- Reconocimientos médicos.
- Vigilancia de la adaptación a las tareas.
- Asesoramiento sobre la asignación de puestos de trabajo.
- Asesoramiento individual.
- Tratamientos de urgencia.
- Instrucción de personal en primeros auxilios.
- Instrucción sobre seguridad e higiene.
- Cumplimentación y revisión de estadísticas.
- Investigación.(16)

3.2.7 El derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social

Componen este capítulo cuatro artículos que sintetizan el deber del Profesional de Enfermería de salvaguardar los derechos del niño, protegiéndolos de cualquier forma de abuso. Promocionará la salud y el bienestar familiar para que crezcan con salud y dignidad. Intensificará los fines de protección cuidando y evitando que sean maltratados y desprotegidos y procurará la reinscripción o adopción de los niños abandonados.

El niño debe desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente de forma saludable y normal así, como en condiciones de libertad y dignidad y se atenderá siempre el interés superior del niño.

Debe ser protegido de toda forma de abandono, crueldad y explotación. Por esto la explotación laboral infantil no puede tener cabida en ningún país.(17)

Los niños por su dignidad y vulnerabilidad, deben gozar de especial protección y cuidado. Es por eso que en el marco de la Nueva Cultura Laboral, la Dirección de Equidad y Género impulsa programas que tienden a prevenir y proteger la explotación laboral infantil y erradicar sus peores formas; así como campañas de información sobre la naturaleza de esta problemática y las consecuencias que genera tanto para el desarrollo personal del niño como social. Con esto, se trata de cumplir con una de las estrategias definidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, para acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades, que es dar protección y promover el desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes.(18)

La ley muestra especial interés en la protección de los intereses de la infancia y de la juventud frente a los posibles efectos nocivos o indeseables de la publicidad.

La especial protección de la infancia en el campo de la publicidad ha de plantearse por medio de una doble vía: pasiva y activa. Esto quiere decir que debe cuidarse escrupulosamente la forma de presentación y el tratamiento del contenido publicitario, tanto si los menores son los destinatarios directos de la misma, como si intervienen como sujeto dentro de su elaboración o producción. Así por ejemplo todo anuncio que lance mensajes de agresividad, violencia o muerte.

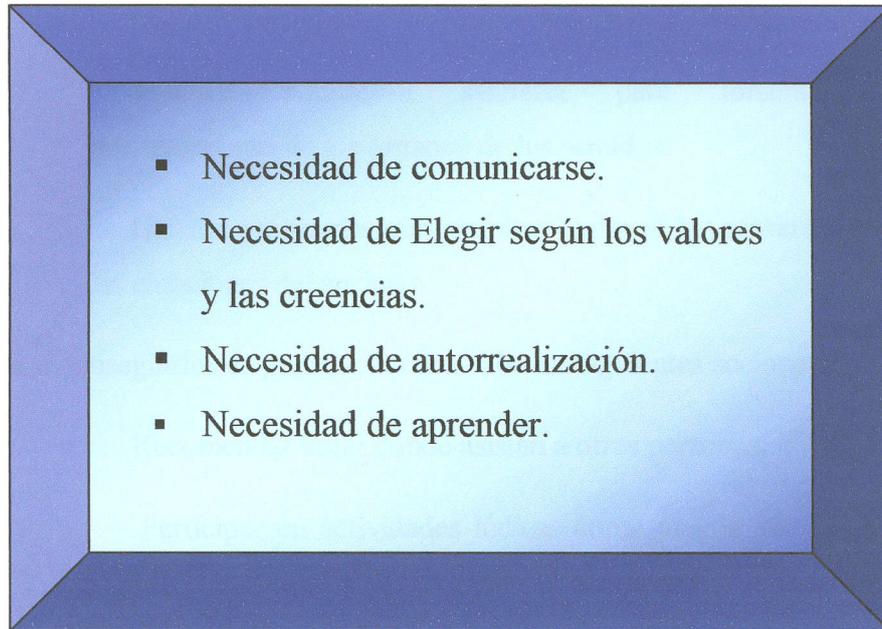
Por todo esto la enfermería debe estar siempre vigilante y alerta para poder dar la protección que la infancia necesita ya que además, es una obligación deontológica.

3.2.8 El derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad

Este capítulo consta de cuatro artículos que recogen el deber del Profesional de Enfermería para prestar especial atención a la salud del anciano ya sea enfermo o sano, para mantener su independencia y fomentar el auto cuidado.

Será responsable de los programas de educación de una forma integral. Influirá en la política de salud para facilitarle la adaptación a la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE LAS NECESIDADES DEL ANCIANO



* Necesidad de comunicarse:

El anciano necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener pertenencia a un grupo, mantener una movilidad suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad y expresar sin temores su sexualidad.

En esta independencia que necesita el anciano influyen los siguientes factores:

- Estado físico.
- Estado psíquico.
- Situación social.

Ante la necesidad de la comunicación en los ancianos los *principios de actuación de la enfermería* deben ir encaminados a conseguir el mantenimiento de la independencia, para ello se plantean los siguientes objetivos:

- Conocer los hábitos del anciano a la hora de comunicarse.
- Realizar educación sanitaria para fomentar el mantenimiento de los órganos de los sentidos.
- Diseñar programas que permitan expresar los sentimientos y las emociones del anciano.

Para conseguirlos se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Recomendar lugar donde asistan a otras personas.
- Participar en actividades lúdicas como juegos excursiones, etc.
- Utilizar medios de comunicación a su alcance.
- Mantener una higiene y arreglo personal para que no sea una causa de aislamiento social.
- Instarle a formar parte de asociaciones de ayuda social, o indicarles practicar una religión.
- Indicarle como expresar su sexualidad.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano, como por ejemplo la incomunicación debida por perdidas sensoriales, problemas del sistema nervioso, depresión y soledad, así como aquellos trastornos orgánicos (accidentes cerebro-vasculares, cataratas, inmovilización, traumatismos, uso de fármacos hipnóticos y antidepresivos, ansiedad, estrés y sentimiento de culpa) que puedan dificultar la comunicación.

*** Necesidad de elegir según los valores y las creencias:**

El anciano necesita elegir según sus propios valores y creencias, necesita y nadie puede negarle el mantenimiento de sus convicciones personales frente lo bueno y a lo malo, por la cultura, ideología o religión, frente a la propia vida o muerte, el anciano es capaz de opinar y de mantener actitudes que evidencien su forma de pensar, necesita vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia, esta en su derecho de asistir a actos representativos de sus creencias y es capaz de encontrar un significado a su asistencia.

Ante la necesidad del anciano de elegir según los valores y las creencias los *principios de la actuación de enfermería* para el mantenimiento de la independencia, pretenderán los siguientes objetivos:

- Conocer hábitos en cuanto a la expresión de sus creencias y determinar sus acciones según sus valores.
- Instruir al anciano para que sea capaz de expresar sus creencias y valores.
- Planificar conjuntamente programas que nos den la posibilidad de expresión de sus creencias religiosas o ideológicas.

Para conseguirlos se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Informar de la importancia de conseguir un equilibrio espiritual mediante la expresión de sus creencias.
- Asistencia religiosa, lecturas y tranquilidad emocional.
- Ejecución de actividades recreativas relacionadas con la forma de percibir su espiritualidad.
- Exteriorización de sus emociones, sentimientos y opiniones en un medio receptivo.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano, estas pueden ser debidas por incapacidad asociada al desequilibrio psíquico, crisis, falta de afirmación, situaciones de pérdida, conflictos de autoestima, sentimientos de culpabilidad y faltan de motivación. Por otra parte la desvalorización asociada a enfermedades invalidantes, demencias, frustraciones, ansiedad, vulnerabilidad a enfermedades, problemas de incapacidad sensorial, etc. serán factores a tener en cuenta por su importante influencia en este aspecto.

*** Necesidad de Autorrealización:**

El anciano necesita autorrealizarse, deberá ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas, lúdicas que permitan mantener sus autoestima, se deberá sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad.

Los principios de la actuación de enfermería en el mantenimiento de la independencia para conseguir y/o mantener la autorrealización del anciano se encaminará a la consecución de los siguientes objetivos:

- Conocer gustos y aficiones del anciano.
- Realizar educación sanitaria referente a las diferentes formas de participación social.
- Elaborar un programa de actividades que ocupe el tiempo libre del anciano.

Para ello se podrían llevaran a cabo las siguientes acciones:

- Su pertenencia a un grupo o asociación, según sus preferencias o aficiones.
- Se animará a realizar actividades útiles que le reporten satisfacción personal como jardinería, manualidades, etc.

- Mantener sus aficiones y ayudar a fomentar sus hobbies.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano para su autorrealización, estas pueden ser debidas por desinterés asociado a falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento y situaciones de perdida, también pueden ser debidas por inadaptación asociada a problemas de desorientación, demencias, enfermedad, problemas sensoriales, traumatismos, estrés, etc.

*** Necesidad de Aprender:**

El anciano necesita aprender. El anciano vivirá una existencia plena y productiva si se conoce a sí mismo y tiene interés, si se siente motivado y es capaz de razonar, si demuestra habilidad para solucionar situaciones referidas al aprendizaje, si se plantea cuestiones, dudas y preguntas a cerca de sus emociones, sentimientos y existencia.

Los *principios de la actuación de enfermería* en el mantenimiento de la independencia para que el anciano pueda aprender estarán basados en los siguientes objetivos:

- Conocer las inquietudes del anciano frente a su necesidad de aprender, teniendo en cuenta sus limitaciones.
- Enseñar al anciano en el conocimiento de los recursos a su alcance.
- Realizar un programa para desarrollar los hábitos de aprendizaje.

Para la consecución de los objetivos marcados se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Facilitar la información precisa de los recursos y medios que cuenta para aprender.

- Reforzar el aprendizaje del anciano.
- aconsejar al anciano la asistencia a actos de culturales de interés que se realicen en el entorno.
- Apoyar todas las iniciativas del anciano para aprender.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano y que impidan el aprendizaje o que dificulten la adaptación a su nuevo estado de jubilado, por ello se deberán vigilar y controlar los posibles problemas originados por la falta de motivación, disminución sensorial, depresión, falta de interés debilidad psicomotriz y disminución de la capacidad de aprendizaje, por otro lado deberán vigilarse también las dificultades originados por problemas psíquicos, demencia, estrés y dolor.(19)

Según la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico la enfermería que trabajan en residencias de ancianos es responsable de la realización de su rol profesional desde las perspectivas asistencial, gestora, docente e investigadora en los siguientes términos:

FUNCIÓN ASISTENCIAL

a) Parcela de independencia profesional.

Desde esta perspectiva el desempeño de su rol profesional se extiende a la *administración de cuidados* que cumplen las siguientes características:

- ❖ Diferenciados de los cuidados no profesionales.
- ❖ Basados en principios científicos, humanísticos y éticos.
- ❖ Mediante intervenciones enfermeras basadas en evidencia científica.

- ❖ Asumiendo responsabilidades.

La administración de éste tipo de cuidados implica que:

- ❖ Valora e interpreta con instrumentos y estándares enfermeros en función de las respuestas humanas identificadas.
- ❖ Detecta situaciones de riesgo y potencia su prevención.
- ❖ Interviene sobre los patrones comportamentales inapropiados en situaciones de salud y enfermedad para su resolución.

Lo que permite:

- ❖ Dispensar cuidados individualizados.
- ❖ Fomentar el auto cuidado
- ❖ Retrasar la dependencia, potenciando las capacidades residuales.
- ❖ Mejorar la calidad de vida.
- ❖ Minimizar costos personales e institucionales.
- ❖ Atender y acompañar al anciano y sus familiares en el proceso de la muerte.

b) Parcela de la colaboración profesional.

Desde esta perspectiva el desempeño de su rol profesional se extiende a la:

- Canalización, ejecución y evaluación de intervenciones enfermeras derivadas de las actuaciones de otros profesionales del equipo interdisciplinar.

- Coordinación con otros profesionales y participación en el proceso terapéutico interdisciplinar.

FUNCION GESTORA

Desde esta perspectiva en el desempeño del rol profesional enfermero se pueden diferenciar:

▪ *Gestión de cuidados:*

- Coordinación del equipo de enfermería (enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares de geriatría, gerocultores,...) en la planificación y ejecución de cuidados.
- Redacción de informes para comunicar los problemas identificados así como sus consecuencias según el plan de actuación.

▪ *Gestión de recursos:*

- Gestión de recursos materiales y personales: control de ropa, de utillaje, de material fungible...
- Gestión del campo administrativo asistencial: tramitación de documentos, informes etc.

FUNCION DOCENTE

Desde esta perspectiva en el desempeño de su rol profesional la enfermería:

- Identifica necesidades de formación del equipo de enfermería y canaliza estas al profesional especialista.
- Participa en la formación y reciclaje del equipo de enfermería.
- Desarrolla actividades de educación para la salud con los ancianos y sus familias.



- Se mantiene actualizada a través de formación continuada en todas aquellas áreas que desarrolla dentro de este ámbito asistencial.

FUNCION INVESTIGADORA

Desde esta perspectiva en el desempeño de su rol profesional la enfermería es responsable de:

- La participación en proyectos de investigación propios del campo disciplinar enfermero y de otras disciplinas, haciendo que los resultados obtenidos revientan en la mejora de los cuidados

La enfermería de nuestro país tiene capacidad y autonomía para, mediante intervenciones en educación y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la función perdida, disminuir y retrasar la dependencia de los ancianos fomentar su autonomía y mejorar o mantener su calidad de vida.(20)

3.2.9 El derecho a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos

Componen este capítulo cinco artículos que incluyen el deber del Profesional de Enfermería de rechazar cualquier tipo de presión, para utilizar sus conocimientos en perjuicio de los seres humanos.

Defenderá los principios éticos de la profesión. Igualmente está obligado a prestar auxilio al herido o enfermo. Está obligado con los organismos oportunos en solucionar problemas de salud de presos y

refugiados. En catástrofes se pondrá voluntariamente a disposición de los coordinadores de los programas de ayuda.

3.2.10 Normas comunes en el ejercicio de la profesión

Consta de diecisiete referidos al ejercicio de la profesión propiamente dicha.

El Profesional de Enfermería ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y tendrá como responsabilidad primordial la salvaguarda de los Derechos Humanos.

Defenderá los derechos de los pacientes ante malos tratos físicos o psíquicos. Asume la responsabilidad de sus decisiones. No aceptará el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones. No delegará funciones propias a otro miembro del equipo para el que no está capacitado.

Denunciará aptitudes negativas ante el paciente, de cualquier miembro del equipo.

Es su obligación actualizar sus conocimientos, para evitar actuaciones que puedan perjudicar la salud de sus pacientes. Las relaciones se basarán en el respeto mutuo.

Colaborará con otros miembros del equipo respetando las respectivas áreas de competencia, pero defendiendo siempre su autonomía profesional.

Compartirá sus conocimientos y experiencias con otros colegas para mejorar el servicio a los pacientes.

La Enfermería ha de trabajar en la búsqueda de un lenguaje común y propio de nuestra profesión, que nos permita de una parte una comunicación rápida y universal, y, de otra, la sistematización del trabajo enfermero. Esto puede ser realidad a través de los *Protocolos y Guías metodológicas de actuación de enfermería*.

DISEÑO DE PROTOCOLOS Y GUIAS METODOLÓGICAS DE ENFERMERÍA

Las constantes innovaciones científico-tecnológica e informática en el sector de la salud y educación ha generado reformas sanitarias y exigencias de acreditación profesional. Todo ello ha llevado a que los Protocolos y Guías metodológicas de atención de enfermería constituyan instrumentos de planificación y gestión de gran importancia, que deben ser manejados por el Profesional de Enfermería (implicado en la atención de poblaciones heterogéneas), que serán aplicados a su realidad, con el fin de utilizar adecuadamente los recursos humanos, materiales y económicos en forma eficiente, establecer parámetros de evaluación e indicadores de la calidad de los servicios.

Su uso se fundamenta en principios y valores sociales de equidad y eficiencia en la asignación de los recursos destinados a la provisión de servicios.

Los Protocolos se vienen promoviendo desde la perspectiva de una política de salud, asumida por grandes organizaciones en los que respecta a la buena práctica de enfermería en un contexto de escasez de recursos. Esta iniciativa busca fundamentalmente:

- Garantizar la calidad de la atención de los servicios ligado a la satisfacción del usuario.
- Garantizar la eficacia de los recursos asignados a la producción de servicios.
- Reducir los costes de la atención de salud.
- Sirve de protección legal en casos específicos.
- Facilita la comunicación entre el equipo de salud.
- Unifica criterios.

El exponente mas significativo de elaboración de protocolos y guías de la Enfermería Española lo constituye un ambicioso proyecto dirigido por el Consejo General de Enfermería en colaboración con el Ministerio de Sanidad. Este proyecto de “ Normalización de las Intervenciones para la Practica de la Enfermería” (Proyecto NIPE). Donde 6000 actuaciones de Enfermería vienen siendo protocolizadas por consenso general de toda la profesión y guiadas por los principios éticos dictados por el Código Deontológico, y por ende, se observa especialmente no vulnerar el derecho a la dignidad, ni del paciente-usuario, ni del profesional de Enfermería.

Como conceptos diremos que:

1. Es una Guía de atención individualizada para un grupo de pacientes con problemas predecibles dirigidas al diagnóstico médico y de enfermería, incluyendo los problemas potenciales y reales.
2. Es una Guía de atención escrita, organizada en el proceso de atención de enfermería, que presenta problemas reales frecuentes, potenciales y probables de acuerdo a la patología común o más frecuente en el servicio.

La estructura de los Protocolos debe ser una presentación de variables que nos ayuden a tomar decisiones. Debe constar de:

TÍTULO

- Se debe especificar el nombre de la patología
- Debe especificar el grupo poblacional
- Debe definir la atención en aguda o crónica según la gravedad de la patología.

DEFINICIÓN

- Definir la patología
- Tener presente que pueden formularse más de un Protocolo para una misma enfermedad, según gravedad, sexo, edad.

OBJETIVOS.

- Garantizar la efectividad de la atención
- Disminuir los riesgos y los costes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería como profesión constituye una parte muy importante en el contexto del sistema sanitario, y su contribución es decisiva dentro del equipo de salud.

La credibilidad de una profesión se basa en los servicios que presta al usuario, por lo tanto, cada profesional deberá identificar el tipo y calidad de los servicios estableciendo el camino a seguir.

La enfermería como proveedora de cuidados de salud debe satisfacer las **necesidades** de los individuos, siendo estas el centro de atención de enfermería.

La función que define al Profesional de Enfermería es la de **CUIDAR**, y para lograr que estos cuidados sean eficientes y eficaces se han de cumplir dos requisitos:

- Los PRINCIPIOS sobre los que se sustentan – modelo V. Henderson.
- EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.(21)

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Aunque no está claramente explicitado, de los escritos de V. Henderson se deduce que, para ella, el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y, aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, interrelacionándose con las restantes de tal modo que considerar cualquiera de ellas sin tener en cuenta las demás constituye la negación de la totalidad de la persona.

Las 14 necesidades básicas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.(22)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar CUIDADOS DE ENFERMERÍA, que consta de los Diagnósticos de Enfermería, los cuales, nos permite crear un Plan de Cuidados centrado en el respeto humano.

Las Actuaciones de Enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.



El Profesional de Enfermería toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios y para ello a de tener en cuenta otras actividades:

- **Dependientes:** Actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actividades médicas.
- **Interdependientes:** Actividades que lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
- **Independientes:** Actividades de la enfermería destinadas hacia las respuestas humanas que legalmente están autorizadas a atender.

Características de las Actuaciones de Enfermería.

- Serán coherentes con el Plan de Cuidados.
- Estarán basadas en principios científicos.
- Serán individualizadas para cada situación en concreto.
- Estarán acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos adecuados. Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El Diagnóstico de Enfermería se define como el enunciado del problema real o potencial del paciente que requiere la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.(21)

El Diagnóstico de Enfermería no es sinónimo de diagnóstico médico. En este caso, la responsabilidad del resultado final es de la enfermera quien, en consecuencia, tiene también el control de la situación y la autonomía necesaria para determinar la actuación que se va a seguir. En esta etapa hay que seleccionar la intervención y las actividades más convenientes para lograr el objetivo.

Con el objeto de determinar la intervención, hay que decidir el ámbito sobre el que se va a actuar y de que modo se va a hacer.

El Consejo Internacional De Enfermería está trabajando por encargo de la Organización Mundial de la Salud en la confección de una clasificación internacional de la práctica enfermera que, cuando esté concluida y sea aprobada constituirá un paso decisivo en el camino hacia la plena consolidación de la enfermería como disciplina independiente.

Mientras no dispongamos de dicha clasificación, consideramos que la taxonomía de elección es la de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Anexo IV). Esta taxonomía diagnóstica está sujeta a modificaciones, supresiones o adicciones fruto de los trabajos de investigación que se realicen tanto ahora como en el futuro.(22)

Entre las actividades que se deben realizar en el diagnóstico están las siguientes:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes
- Promover mayor nivel de bienestar
- Controlar el estado de salud
- Prevenir que se produzca el problema
- Controlar el inicio de problemas.(21)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El Plan de Cuidados es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Durante su elaboración se debe fomentar los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados, la comunicación y evaluación. Los elementos de los Planes de Cuidados son dinámicos por lo que se precisa una actualización diaria.

Los tipos de planes pueden ser:

- Individualizado
- Estandarizado.

EL INDIVIDUALIZADO: Documenta los problemas del paciente, los objetivos del Plan de Cuidado y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

EL ESTANDARIZADO: Es un Protocolo específico de Cuidados, elaborado para aquellos pacientes que padecen problemas normales y/o previsibles.

También puede existir un Plan INFORMATIZADO, que permite la individualización a un paciente concreto, pero requiere la información previa de los Planes de Cuidados estandarizados.(23)

La informatización de los servicios de salud está orientado según los objetivos siguientes:

1. Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.
2. Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
3. Evitar la repetición de los datos.
4. Facilitar la investigación.
5. Posibilitar el cálculo de costo-beneficio del servicio hospitalario.

También se obtienen beneficios como pueden ser:

- Eliminación del papeleo.
- Mantenimiento de la flexibilidad de los planes de cuidados, así como su personalización.
- Los datos son relevantes y exactos.

Durante la ejecución ponemos en práctica el plan de cuidados elaborado e implica las siguientes actividades enfermeras:

- La continua recogida de datos y su valoración.
- Realización de actividades de enfermería.
- Anotación de los cuidados de enfermería.
- Dar informes verbales de enfermería.
- Mantenimiento del plan de cuidados actualizados.

En la recogida de datos no solo interviene el Profesional de Enfermería, sino que debe incluir al paciente y a los familiares.

Dentro de los protocolos tiene que haber **Registros de Enfermería**, con anotaciones precisas y objetivas a cerca de las desviaciones del paciente con respecto a la conducta normal, dejando de lado las observaciones subjetivas.

Características de los Registros de Enfermería:

- Son significativos.
- Se emplean instrumentos de observación y entrevista terapéutica para llegar a establecer un diagnóstico.
- Tendrán un valor científico y serán fuente de investigación para nuevos cuidados.
- Valoran el progreso del paciente, actualizando el plan.
- Serán precisos, secuencialmente lógicos.
- La redacción será sencilla y clara, evitando ambigüedades y facilitando la comunicación entre los profesionales.

Deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Las anotaciones deben estar centradas en el problema del paciente.
- Se considerará el problema actual.
- Se tendrá en cuenta las anotaciones anteriores para evitar duplicidad de comentarios.
- Se tendrá en cuenta los datos subjetivos (síntomas que el paciente describe).
- Se tendrán en cuenta los datos objetivos (síntomas que el profesional observa).
- Se firmará al final de cada anotación.

La etapa de ejecución es la puesta en práctica de las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos.

Esta etapa consta de

- Preparación para la acción donde se revisan las intervenciones y las actividades determinando si unas y otras son apropiadas a la situación actual del paciente. Se valoran si se poseen los conocimientos y las habilidades requeridos para realizarlas. Se reúnen los recursos materiales y humanos necesarios y se prepara el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.
- Realización de las actividades ejecutando la actividad y valorando la respuesta del paciente.
- Registro de la actuación anotar en la historia del paciente tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de este, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado.(22)

La etapa de evaluación es la comparación planificada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Siendo los criterios más importantes que valora la enfermería, la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Esta etapa consta de dos partes:

- La recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

- Mantenimiento, modificación o finalización del plan tomándose una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante.

Así pues se debe tener en cuenta que la evaluación debe poder medir los cambios del paciente con relación a los objetivos marcados como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer las correcciones necesarias, con el fin de establecer conclusiones que pueden variar entre:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir, por lo que se debe realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados y de las actividades llevadas a cabo.(21)

El Profesional de Enfermería se guiará por las reglas de buena conducta y cortesía en el trato con subordinados, superiores o compañeros. No practicará la competencia desleal, ni utilizará publicidad engañosa. No aceptará hacerse cargo de un paciente que está siendo atendido por otro compañero sin el consentimiento de este.

3.2.11 La educación y la investigación en la enfermería

Este capítulo consta de siete artículos en el desarrollo de los cuales nos recuerda el deber de la enfermería en su propia educación.

El Profesional de Enfermería debe poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la Lex Artis, exige.

- Será consciente de la necesidad de una educación continuada.
- Valorará sus propias necesidades de aprendizaje.
- Debe asumir la responsabilidad de la educación de enfermería en todos sus niveles.
- Debe investigar sistemáticamente en su actividad profesional para mejorar los cuidados de enfermería y desechar práctica incorrectas.
- Es obligación del Profesional de Enfermería que participe en investigación, vigilar que la vida, salud y la intimidad de los individuos sometidos a estudios, no estén expuestos a daños físicos o morales.
- Debe tener presente los principios promulgados por la **declaración de Helsinki** y los que regula la ética de la publicación científica.

Considerando este capítulo de suma importancia vamos a profundizar en la investigación en enfermería.

ENFERMERÍA, INVESTIGACIÓN Y ÉTICA

Según el Consejo Internacional de Enfermería la investigación en enfermería se centra en el desarrollo de conocimientos sobre enfermería y su ejercicio, incluyendo la atención a personas sanas y profesionales de



enfermería. Tiene por finalidad comprender los mecanismos fundamentales que afectan la capacidad de los individuos y las familias para mantener o acrecentar un funcionamiento óptimo y reducir al mínimo, los efectos negativos de la enfermedad.

Se hace hincapié en el conocimiento de sistemas eficaces y eficientes en la prestación de cuidados de enfermería, las directrices éticas, para la prestación de servicios y los métodos que permiten capacitar debidamente a los profesionales para que cumplan sus obligaciones sociales. También pueden dirigir y/o colaborar en investigaciones relacionadas con problemas más amplios de salud, de enfermedad, de desarrollo y administración de servicios de salud, de la formulación de políticas y educación.(12)

La investigación en enfermería es relativamente reciente. Tiene reparos a la hora de investigar. Es preciso reconocer que tan solo una fracción relativamente pequeña de profesionales posee la motivación, capacidad y oportunidad necesarios para desarrollar actividades de investigación.

La investigación de ética clínica se ha centrado en el papel del médico, prestando poca atención a tipo de decisiones éticas tomado por lo profesionales de enfermería, incluso en los que involucran cuidados del paciente.

La ley 44/2003 de 4 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias donde como ya hemos visto antes en su *artículo 2, apartado 2* se nos reconoce como profesionales.

En su *artículo 4 Principios Generales apartado 3* dice “los profesionales sanitarios desarrollan entre otras funciones: INVESTIGADOR...”

Apartado 4 “corresponde a todas las profesiones sanitarias participar en proyectos... de la investigación y del intercambio de la información

con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para garantía de dichas finalidades”.

En el *apartado 7 a*, dice: “existirá formalización escrita de su trabajo, reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendida en el. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales”.

En el *artículo 11 Investigación y Docencia* dice: “toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales”. “las administraciones sanitarias en coordinación con las administraciones educativas, promoverán las actividades de investigación y docencia en todos los centros sanitarios, como elemento esencial para el progreso del sistema sanitario y de sus profesionales.

Los titulares de los centros sanitarios y los servicios de salud podrán formalizar convenios y conciertos con el Instituto de Salud Carlos III, con otros centros de investigación públicos o privados y con otras instituciones que tengan interés en la investigación sanitaria...”

Ante cualquier experimentación sobre seres humanos hay que tener en cuenta la **declaración de Nuremberg en 1945** que establece como condición absoluta para la experimentación sobre seres humanos que la persona sometida a la investigación otorgue un consentimiento libre e informado.

La declaración de Helsinki de 1964 con revisiones de 1975 y 1986 además de coincidir con la de Nuremberg en el consentimiento informado, establece la obligación de someter la investigación a la aprobación y supervisión del proyecto a un Comité de ensayos o a un Comité de Ética.(24)

El investigador debe abordar la pertinencia de los resultados esperados e indicar las medidas que tomará para respetar las reglas éticas.(25)

3.2.12 Condiciones de trabajo

Consta de cinco artículos. Trata las condiciones de trabajo de los profesionales.

- El Profesional de Enfermería que acceda a puestos de responsabilidad en la Administración Sanitaria deberá tratar con corrección a sus compañeros.
- Deben trabajar para asegurar unas condiciones laborales que respeten la atención del paciente.
- En caso de conflictos laborales el Profesional de Enfermería, tendrá presente que es su responsabilidad atender los intereses de los enfermos y debe coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados.
- Si observa deficiencias que influyan negativamente sobre la salud de sus pacientes debe denunciarlo al Colegio de Enfermería.

3.2.13 Participación del personal de enfermería en la planificación sanitaria

Consta de cinco artículos donde se recoge el deber del Profesional de Enfermería de participar plenamente a través de la Organización Colegial en las comisiones de planificación y en los Consejos de

Administración donde se dictan las políticas sanitarias, estatal, autonómica y provincial.

3.2.14 Normas adicionales

Aquí se recopilan normas complementarias referidas a las organizaciones de Enfermería, así como las obligaciones de los responsables de toda la Organización de Enfermería en España. De guardar y hacer guardar, en el ámbito de su competencia las normas recogidas en este código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

CAPITULO IV:

Comités de ética

Al ser la enfermería una ciencia fundamentalmente humana va a encontrarse constantemente ante dilemas éticos de difícil situación de forma individual.

Dado que el paciente es más participe en su propio proceso y en las decisiones que le van a afectar, la relación de enfermería-paciente es cada vez más amplia y en ella se involucran factores ajenos a ambos, como son los avances tecnológicos. Esta circunstancia va a exigir la participación de un equipo multidisciplinar de profesionales. Este equipo será el Comité de Ética.(26)

Los dilemas éticos que nos vamos a encontrar más frecuentemente son:

- Continuar o no tratamientos de enfermos de mal pronóstico
- Dar o no el alta a enfermos terminales
- Establecer la proporcionalidad de ciertos tratamientos en circunstancias especiales
- Decidir la extensión de las medidas paliativas
- Establecer órdenes de no resucitar
- Suspender ventilación mecánica
- Cuando y como informar al paciente
- Cuando solicitar órganos para trasplante.(27)

Los Comités de Ética empiezan a surgir en los años 60, cuando los avances tecnológicos comienzan a extenderse por los hospitales. En Estados Unidos se vio la necesidad de estos comités después de que la Corte Suprema de New Jersey dictaminara que para retirar la ventilación

mecánica a una joven en coma profundo, era necesario la consulta previa al Comité de Ética del hospital.(3)

En España no es hasta 1990 cuando se regulan estos comités por la Ley del Medicamento de 1990 de 20 de Diciembre. Esta Ley dedica 10 artículos a los ensayos clínicos.

En Europa tiene particular interés el “Convenio para la protección de los derechos humanos y dignidad del ser humano, con respecto a la probación de la biología y la medicina”, aprobado en Oviedo de 4 de Abril de 1997 y conocido popularmente como el Convenio de Oviedo.(Anexo V)

Los Comités de Ética expresan la necesidad de poner en marcha mecanismos que presentan la reflexión bioética en los mismos lugares donde se producen los conflictos y por las mismas personas que en ellos se ven envueltos.

Existen tres grandes apartados éticos donde los comités pueden ejercer sus competencias:

1. Comités asistenciales de ética
2. Comités éticos de investigación clínica
3. Comités nacionales

COMITÉ ASISTENCIALES DE ÉTICA

Su labor se desarrolla principalmente en los hospitales y cuenta con la participación de:

- Médicos
- Enfermeras
- Profesionales no sanitarios de la institución (trabajadores sociales, religiosos, psicólogos, etc...)



- Licenciado en derecho
- Algún representante no sanitario interesado en asuntos éticos.

Las funciones principales son:

- Velar por los derechos de los pacientes
- Ayudar a clarificar el proceso de decisión en situaciones en las que puedan aparecer conflictos éticos
- Impulsar el perfeccionamiento en bioética de sus componentes y de los demás profesionales
- Crear protocolos para actuar ante los conflictos.

El Comité no tiene capacidad sancionadora, ni sustituirá la responsabilidad de aquellos que hayan solicitado su asesoría.

COMITÉS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Su función es valorar la eticidad de los proyectos de investigación en seres humanos propuestos por el equipo investigador. Su composición se regula como ya hemos dicho antes, por la *Ley 25/1990 de 20 de Diciembre, del Medicamento*. Cuando se hace efectiva esta ley es, cuando se hace efectiva la participación de los Profesionales de Enfermería, así como de profesionales no sanitarios. Su título III se desarrolla en el *Real Decreto 56/1993 de 16 de Abril*, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.

Sus competencias se desarrollan dentro de la investigación y son:

- Velar por el respeto de los derechos de los participantes en el ensayo
- Servir de asesores en casos conflictivos desde el punto de vista ético

- Supervisar la metodología de la investigación para que se ajuste a las normas de la buena práctica ética
- Analizar los aspectos éticos relacionados con el ensayo
- Servir de auditores en cuanto a las condiciones de la investigación
- Guardar registro de los protocolos efectuados.

COMITÉS NACIONALES

Se trata de instituciones ámbito nacional o supranacional, que tienen como objetivo pronunciarse sobre algún tema bioético puntual, o bien desarrollar líneas de trabajo o enunciar principios en esta materia.⁽¹⁶⁾

COMISIONES DEONTOLÓGICAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA

Su misión es servir de apoyo a la Profesión de Enfermera, asesorándola en todo lo relacionado con el desempeño profesional, velando por la propia ética conceptual de la profesión.

Se crean como anexo a la *Resolución 32/89 de 14 de Julio de la Organización Colegial de Enfermería*.

Se estructuran en los niveles estatal, autonómico y provincial.

La Comisión Deontológico del Colegio de Enfermería de Salamanca está compuesto por 6 miembros, los cuales tienen que estar obligatoriamente colegiados. Al menos un miembro tiene que ser Licenciado en Derecho.

Se reúnen cuatro veces al año, pero pueden tener reuniones extraordinarias, a petición de alguno de los miembros, o si existe una denuncia que puede venir de un paciente o de un colegiado.

Los temas a tratar suelen ser cuestiones éticas:

- Estudios desde la asesoría jurídica (secreto profesional...)
- Revisiones de las reclamaciones recibidas desde el Hospital o Centros de Salud
- Consentimiento informado
- Estudios sobre información al paciente
- Aspectos éticos sobre planificación y sexualidad
- Madurez del menor para el consentimiento informado.(28)

Conclusiones

1º La dignidad como valor o cualidad se reconoce como derecho fundamental de la ciudadanía, por nuestro ordenamiento jurídico, por lo que resulta de obligado respeto de la Enfermería hacia el usuario-paciente.

2º El juramento o promesa de la Enfermería de Florence de Nightingale establece el decoro en la manera de comportarse profesionalmente, es decir recoge el comportamiento digno.

3º Los Códigos Deontológicos de la Enfermería tanto a nivel Internacional como Nacional recogen a lo largo de su articulado la observación de la dignidad como elemento esencial que debe estar presente en toda actuación del cuidado, constituyendo un principio ético de primer orden.

4º La Enfermería observa la dignidad en todos y cada uno de los roles encomendados por la sociedad: asistencial, docente, gestor e investigador.

5º Los órganos garantes del debido cumplimiento del derecho-obligación sobre la dignidad, son los comités de ética profesional de las distintas instituciones públicas y privadas: asistenciales, de investigación y deontológicas de la profesión.

6º A pesar de la insistencia de un marco ético-jurídico abundante sobre la dignidad, la Enfermería española tiene un gran desconocimiento del contenido y existencia de estas normas, pareciendo oportuno promover el conocimiento de esta materia desde la publicidad, la enseñanza y la investigación

Bibliografía

1. <http://buscón.rae.es/diccionario/cabecera.htm>.
2. *Ética, profesión y virtud*. (Publicación GEJ, Madrid 1998).
3. Medina Castellano, C.D. *Ética y Legislación*. Ediciones D.A.E. Grupo Paradigma Madrid 2000.
4. WWW.usuarios.Lycos.es/ceprigional3/e-ética-enfermería.htm
5. Gracia, D. *Como Arqueros al Blanco*. Estudios de bioética. Primera edición, Madrid, Triacastela 2004.
6. WWW.terra.es/personal/duenas/códigointer.htm.
7. WWW.icn.ch/inodesp.pdf.
8. WWW.icn.ch/ethicsp.htm
9. WWW.uJaen.es/dep/derpar/filmoral/ética-enfermería/ética-enermería.htm.
10. Arbe Ochandiano, M. *Deontología y ética profesional*. 2º curso regular de Enfermería de Empresa. Salamanca 2004.
11. *Código deontológico de la Enfermería Española*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. Madrid 1998.
12. Valls Molins, R. *Ética para enfermería*.
13. Simón Lorda, P. *Consentimiento informado y la participación del enfermero en las relaciones sanitarias*. Bioética para clínicos Madrid. Triacastela 1999.
14. Calvo Sánchez, M.D. *Legislación sanitaria*. 2º curso regular de Enfermería de Empresa. Salamanca 2004.
15. WWW.ua.es/dsp/matdocente/Carlos2.htm.
16. Nieto Martín, C. *Papel de la enfermería ante la discapacidad en el medio laboral*. 2º curso regular de Enfermería de Empresa. Salamanca 2004.
17. WWW.edu.aytolacoruna.es/educa/derechos_infancia/derechos1959htm.
18. WWW.unipertotal.com/articulos/intermente/it0504.asp.
19. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_enfermer_ancianid.htm.
20. <http://www.~arrakis.es/seegg/documentos%20técnicos/1.htm>.
21. WWW.usuarios.Lycos.es/ceprigional3/e-guias-metodológicas.htm.

22. Luis Rodrigo, M.T., Fernández Ferreño, C, Navarro Gómez, M.V. Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson. Barcelona año 2000.
23. Protocolos de Hospital Clínico.
24. Ferrer Colomer, M. La verdad ante el enfermo. Manual de Ética y Legislación en Enfermería. Madrid, Mosby/Doyma Libros S.A. 1997.
25. WWW.Azzakis.es/cetorrep/curso.htm.
26. Torralba Madrid, M.J. Alarcón Nicolás, M.D. Comités éticos y participación de la enfermería. Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid. Mosby/Doyma Libros S.A. 1997.
27. WWW.usuarios.Lycos.es/ceprigional3/e-bioética-enfermería.htm.
28. Departamento Jurídico del Colegio de Enfermería de Salamanca.

Anexos

Referencia Legislativa

Declaración universal derechos humanos (ONU 10/12/1948)

Constitución Española 1978

Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de Abril).

Directiva comunitaria 95/46 CEE.

Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal.

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, informes y documentación clínica

Ley 55/2003 Estatuto Marco

Ley 25/1990 de 25 de Diciembre, del Medicamento.

Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995.

Real Decreto 1231/2001 de 8 de Noviembre.

Ley 44/2003de ordenación de profesiones sanitarias de 22 de
Noviembre de 2003

Ley 16/2003 de cohesión y calidad del S.N.S. Diciembre 2003

Ley 8/2003 de 8 de Abril de Castilla y León, derechos y deberes de las
personas relacionas con la salud.

Código Internacional de Ética de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras. (Sao Paulo, Brasil, 10 de Julio de 1953).

Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la Profesión de Enfermería. (Revisión del año 2000)

Código deontológico de la Enfermería española, Resolución nº32/1989 del Consejo General de Enfermería .



Anexos

Código Internacional de Ética de Enfermería

*Adoptado por el Consejo del Consejo
Internacional de Enfermeras
(São Paulo, Brasil, 10 de julio de 1953)*



- La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.
- La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.
- La enfermera no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.
- Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.
- La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba.
- La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.
- La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.
- La enfermera mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.

- La enfermera tiene derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.
- La enfermera no permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.
- La enfermera coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería.
- La enfermera en su vida privada mantiene una conducta irreprochable que acredite a su profesión.
- La conducta personal de la enfermera no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.
- La enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.



derechos humanos para todos

50 ANIVERSARIO DE LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

1948-1998

Declaración Universal de los Derechos humanos

*Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A
(iii) del 10 de diciembre de 1948*

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo texto completo figura en las páginas siguientes. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera "distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios".

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias; Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión; Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones

amistosas entre las naciones; Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad; Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso;

La Asamblea General

proclama la presente

Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión,

opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.

2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia,

individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.
3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.
2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

PROMOCIONAR LA SALUD

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

PREREQUISITOS PARA LA SALUD

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social

y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

PROMOCIONAR EL CONCEPTO

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder **promocionar** la salud.

PROPORCIONAR LOS MEDIOS

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y **proporcionar los medios** que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud.

Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

ACTUAR COMO MEDIADOR

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas. Las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les

corresponde especialmente asumir la responsabilidad de **actuar como mediadores** entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

LA PARTICIPACION ACTIVA EN LA PROMOCION DE LA SALUD IMPLICA:

LA ELABORACION DE UNA POLITICA PUBLICA SANA

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos. si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

LA CREACION DE AMBIENTES FAVORABLES

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

EL REFORZAMIENTO DE LA ACCION COMUNITARIA

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

EL DESARROLLO DE LAS APTITUDES PERSONALES

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas..

LA REORIENTACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los

individuos y las respete. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

IRRUMPIR EN EL FUTURO

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

EL COMPROMISO A FAVOR DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores.
- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la

destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas.

- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades.

- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general.

- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo.

- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida. La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

LLAMADA A LA ACCION INTERNACIONAL

La Conferencia llama a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo "Salud para Todos en el año 2.000" se hará realidad.

Etiquetas Diagnósticas de la NANDA según las Necesidades Humanas Básicas

1.- RESPIRACIÓN :

- 1.4.2.1 Gasto cardiaco, disminución del
 - 1.5.1.1 Intercambio gaseoso, deterioro del
 - 1.5.1.2 Vias aéreas, limpieza ineficaz de las
 - 1.5.1.3 Respiratorio, patrón: ineficaz
 - 1.5.1.3.1 Ventilación espontánea, dificultad para mantener la
 - 1.5.1.3.2 Destete respiratorio, respuesta disfuncional al
 - 1.6.1.1 Asfixia, alto riesgo de
 - 1.6.1.4 Aspiración, alto riesgo de
-

2.- ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- 1.1.2.1 Nutrición, alteración de la: por exceso
 - 1.1.2.2 Nutrición, alteración de la: por defecto
 - 1.1.2.3 Nutrición, alteración potencial de la: por exceso
 - 1.4.1.2.1 Líquidos, exceso del volumen de
 - 1.4.1.2.2.1 Líquidos, déficit de volumen de
 - 1.4.1.2.2.2 Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de
 - 6.5.1 Autocuidado, déficit de: alimentación
 - 6.5.1.1 Deglución, deterioro de la
 - 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
 - 6.5.1.2.1 Lactancia materna interrumpida
 - 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz
 - 6.5.1.4 Alimentación infantil inefectivo, patrón de
-

3.- ELIMINACIÓN :

- 1.3.1.1 Estreñimiento
 - 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo
 - 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico
 - 1.3.1.2 Diarrea
 - 1.3.1.3 Fecal, incontinencia
 - 1.3.2 Urinaria, alteración de la eliminación
 - 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo
 - 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja
 - 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia
 - 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional
 - 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total
 - 1.3.2.2 Urinaria, retención
 - 6.5.4 Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc
-

4.- MOVILIZACIÓN :

- 1.6.1.5 Desuso, alto riesgo de síndrome de
 - 6.1.1.1 Movilidad física, trastorno de la
 - 6.1.1.1.1 Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción
 - 6.1.1.2 Actividad, intolerancia a la
 - 6.1.1.2.1 Fatiga
 - 6.1.1.3 Actividad, alto riesgo de intolerancia a la
-

5.- REPOSO/SUEÑO :

- 6.2.1 Sueño, alteración del patrón del
-

6.- VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA :

- 6.5.3 Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento
-

7.- TEMPERATURA :

- 1.2.2.1 Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de la
 - 1.2.2.2 Hipotermia
 - 1.2.2.3 Hipertermia
 - 1.2.2.4 Termorregulación ineficaz
-

8.- HIGIENE/PIEL

- 1.4.1.1 Perfusión hística, alteración de la (especificar) renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.
 - 1.6.2.1 Hística, deterioro de la integridad
 - 1.6.2.1.1 Membrana mucosa oral, alteración de la
 - 1.6.2.1.2.1 Cutánea, deterioro de la
 - 1.6.2.1.2.2 Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad
 - 6.5.2 Autocuidado, déficit de: baño/higiene
-

9.- SEGURIDAD :

- 1.2.1.1 Infección, alto riesgo de
- 1.2.3.1 Disreflexia
- 1.6.1 Lesión, alto riesgo de
- 1.6.1.2 Intoxicación, alto riesgo de
- 1.6.1.3 Traumatismo, alto riesgo de
- 1.6.2 Protección, alteración de la
- 3.2.2 Familiares, alteración de los procesos
- 3.2.2.1 Rol de cuidador, sobreesfuerzo en el
- 3.2.2.2 Rol de cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el
- 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo
- 5.1.1.1.3 Negación ineficaz
- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- 5.2.1 Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual)

- 6.6 Crecimiento y desarrollo, alteración del
- 6.7 Traslado, síndrome de estrés por
- 9.1.1 Dolor
- 9.1.1.1 Dolor crónico
- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.2.1.2 Duelo anticipado
- 9.2.2 Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros
- 9.2.2.1 Automutilación, alto riesgo de
- 9.2.3 Post-traumática, respuesta
- 9.2.3.1 Violación, síndrome traumático de
- 9.2.3.1.1 Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta
- 9.2.3.1.2 Violación, síndrome traumático de: reacción silente
- 9.3.1 Ansiedad
- 9.3.2 Temor

10.- COMUNICACIÓN :

- 2.1.1.1 Comunicación verbal, trastorno de la
- 3.1.1 Social, deterioro de la interacción
- 3.1.2 Social, aislamiento
- 3.2.1.2.1 Sexual, disfunción
- 3.3 Sexualidad, alteración de los patrones de
- 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz
- 7.2 Senso-perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias.

11- RELIGIÓN/CREENCIAS :

- 4.1.1 Espiritual, sufrimiento
- 5.2.1.1 Tratamiento, no seguimiento del (especificar)
- 5.3.1.1 Decisiones, conflicto en la toma de (especificar)

- 7.3.1 Desesperanza
 - 7.3.2 Impotencia
-

12- TRABAJAR/REALIZARSE

- 3.2.1 Rol, alteración en el desempeño del
 - 3.2.1.1 Parenteral, alteración
 - 3.2.1.1.2 Parenteral, alto riesgo de alteración
 - 3.2.3.1 Parenteral, conflicto del rol
 - 5.1.1.1.1 Adaptación, trastorno de la
 - 5.4 Salud, conductas generadoras de (especificar)
 - 6.4.1.1 Hogar, dificultades en el mantenimiento del
 - 6.4.2 Salud, alteración en el mantenimiento de la
 - 7.1.1 Imagen corporal, trastorno de la
 - 7.1.2 Autoestima, trastorno de la
 - 7.1.2.1 Autoestima, déficit de: crónico
 - 7.1.2.2 Autoestima, déficit de: situacional
 - 7.1.3 Identidad personal, trastorno de la
-

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS :

- 6.3.1.1 Actividades recreativas, déficit de
-

14.- APRENDER :

- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- 8.1.1 Conocimientos, déficit de (especificar)
- 8.3 Pensamiento, alteración de los procesos de

Consejo de Europa

Convenio de Asturias de Bioética

Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser

Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.

Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.

Oviedo, 4 de abril de 1997

Preámbulo Los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea, signatarios del presente Convenio, Considerando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948; Considerando el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950; Considerando la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961; Considerando el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 16 de diciembre de 1966; Considerando el Convenio para la Protección de las Personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal, de 28 de enero de 1981; Considerando igualmente la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989; Considerando que la finalidad del Consejo de Europa es la de conseguir una unión más estrecha entre sus miembros y que uno de los medios para lograr dicha finalidad es la salvaguardia y el fomento de los derechos humanos y de las libertades fundamentales; Conscientes de los rápidos avances de la biología y la medicina, Convencidos de la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana

y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad; Conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina; Afirmando que los progresos en la biología y la medicina deben ser aprovechados en favor de las generaciones presentes y futuras; Subrayando la necesidad de una cooperación internacional para que toda la Humanidad pueda beneficiarse de las aportaciones de la biología y la medicina; Reconociendo la importancia de promover un debate público sobre las cuestiones planteadas por la aplicación de la biología y la medicina y sobre las respuestas que deba darse a las mismas; Deseosos de recordar a cada miembro del cuerpo social sus derechos y responsabilidades; Tomando en consideración los trabajos de la Asamblea Parlamentaria en este ámbito, comprendida la Recomendación 1160 (1991) sobre la elaboración de un Convenio de Bioética; Decididos a adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona; Han convenido en lo siguiente:

Capítulo I. Disposiciones generales.

Artículo 1. Objeto y finalidad.

Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Cada Parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio.

Artículo 2. Primacía del ser humano.

El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

Artículo 3. Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad.

Las Partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos

disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada.

Artículo 4. Obligaciones profesionales y normas de conducta.

Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso.

Capítulo II. Consentimiento.

Artículo 5. Regla general.

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento.

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley.

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse

sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales.

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Artículo 8. Situaciones de urgencia.

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9. Deseos expresados anteriormente.

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Capítulo III. Vida privada y derecho a la información.

Artículo 10. Vida privada y derecho a la información.

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud.

2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.

3. De modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del paciente, con respecto al ejercicio de los derechos mencionados en el apartado 2.

Capítulo IV. Genoma humano.

Artículo 11. No discriminación.

Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.

Artículo 12. Pruebas genéticas predictivas.

Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado.

Artículo 13. Intervenciones sobre el genoma humano.

Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia.

Artículo 14. No selección de sexo.

No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada al sexo.

Capítulo V. Investigación científica.

Artículo 15. Regla general.

La investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente Convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano..

Artículo 16. Protección de las personas que se presten a un experimento.

No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:

- I. que no exista un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable,
- II. que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento,
- III. que el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objetivo del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético.
- IV. que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección,
- V. que el consentimiento a que se refiere el artículo 5 se haya otorgado expresa y específicamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento.

Artículo 17. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a un experimento.

1. Sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga, conforme al artículo 5, capacidad para expresar su consentimiento acerca del mismo, cuando se den las siguientes condiciones:

- I. que se cumplan las condiciones enunciadas en el artículo 16, párrafos I a IV;
- II. que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud;
- III. que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo;
- IV. que se haya dado específicamente y por escrito la autorización prevista en el artículo 6, y
- V. que la persona no exprese su rechazo al mismo.

De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, podrá autorizarse un experimento cuyos resultados previstos no supongan un beneficio directo para la salud de la persona si se cumplen las

condiciones enumeradas en los párrafos I, III, IV y V del apartado 1 anterior, así como las condiciones suplementarias siguientes:

I. el experimento tenga por objeto, mediante una mejora significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad o el mismo trastorno, o que presenten las mismas características, II. el experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo.

Artículo 18. Experimentación con embriones in vitro.

1. Cuando la experimentación con embriones in vitro esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión.
2. Se prohíbe la constitución de embriones humanos con fines de experimentación.

Capítulo VI. Extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes..Artículo 19. Regla general.

1. La extracción de órganos o de tejidos para trasplantes sólo podrá efectuarse de un donante vivo en interés terapéutico del receptor y cuando no se disponga del órgano o del tejido apropiados de una persona fallecida ni de un método terapéutico alternativo de eficacia comparable.
2. El consentimiento a que se refiere el artículo 5 deberá ser expresa y específicamente otorgado, bien por escrito o ante una autoridad.

Artículo 20. Protección de las personas incapacitadas para expresar su consentimiento a la extracción de órganos.

1. No podrá procederse a ninguna extracción de órganos o de tejidos de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento conforme al artículo 5.
2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, la extracción de tejidos regenerables de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento podrá autorizarse si se cumplen las condiciones siguientes:

I. si no se dispone de un donante compatible capaz de prestar su consentimiento,

II. si el receptor es hermano o hermana del donante,

III. si la donación es para preservar la vida del receptor,

IV. si se ha dado específicamente y por escrito la autorización prevista en los apartados 2 y 3 del artículo 6, según la ley y de acuerdo con la autoridad competente,

V. si el donante potencial no expresa su rechazo a la misma.

Capítulo VII. Prohibición del lucro y utilización de una parte del cuerpo humano.

Artículo 21. Prohibición del lucro.

El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro.

Artículo 22. Utilización de una parte extraída del cuerpo humano.

Cuando una parte del cuerpo humano haya sido extraída en el curso de una intervención, no podrá conservarse ni utilizarse con una finalidad distinta de aquélla para la que hubiera sido extraída, salvo de conformidad con los procedimientos de información y de consentimiento adecuados.

Capítulo VIII. Contravención de lo dispuesto en el Convenio.

Artículo 23. Contravención de los derechos o principios.

Las Partes garantizarán una protección jurisdiccional adecuada con el fin de impedir o hacer cesar en breve plazo cualquier contravención ilícita de los derechos y principios reconocidos en el presente Convenio.

Artículo 24. Reparación de un daño injustificado.

La persona que haya sufrido un daño injustificado como resultado de una intervención tendrá derecho a una reparación equitativa en las condiciones y modalidades previstas por la ley.

Artículo 25. Sanciones.

Las Partes deberán prever sanciones apropiadas para los casos de incumplimiento de lo dispuesto en el presente Convenio..

Capítulo IX. Relación del presente Convenio con otras disposiciones.

Artículo 26. Restricciones al ejercicio de los derechos.

1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente Convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.

2. Las restricciones a que se refiere el párrafo precedente no podrán aplicarse a los artículos 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 y 21.

Artículo 27. Protección más amplia.

Ninguna de las disposiciones del presente Convenio deberá interpretarse en el sentido de que limite o atente contra la facultad de cada Parte para conceder una protección más amplia con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina que la prevista por el presente Convenio.

Capítulo X. Debate público.

Artículo 28. Debate público.

Las Partes en el presente Convenio se encargarán de que las cuestiones fundamentales planteadas por los avances de la biología y la medicina sean objeto de un debate público apropiado, a la luz, en particular, de las implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas pertinentes, y de que sus posibles aplicaciones sean objeto de consultas apropiadas.

Capítulo XI. Interpretación y seguimiento del Convenio.

Artículo 29. Interpretación del Convenio.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos podrá emitir dictámenes consultivos, con independencia de todo litigio concreto que se desarrolle ante un órgano jurisdiccional, sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del presente Convenio, a solicitud de:

- el Gobierno de una de las Partes, una vez informadas las demás Partes,
- el Comité instituido por el artículo 32, en su composición restringida a los representantes de las Partes en el presente Convenio, mediante decisión adoptada por mayoría de dos tercios de los votos emitidos.

Artículo 30. Informes sobre la aplicación del Convenio.

Cualquier Parte, a instancias del Secretario General del Consejo de Europa, proporcionará las explicaciones requeridas acerca del modo en que su legislación interna garantiza la aplicación efectiva de todas las disposiciones del presente Convenio.

Capítulo XII. Protocolos.

Artículo 31. Protocolos.

Podrán redactarse protocolos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32, con el fin de desarrollar, en los ámbitos específicos, los principios contenidos en el presente Convenio.

Los protocolos quedarán abiertos a la firma de los signatarios del Convenio. Serán sometidos a ratificación, aceptación o aprobación. Un signatario no podrá ratificar, aceptar o aprobar los protocolos, sin haber ratificado, aceptado o aprobado el Convenio con anterioridad o simultáneamente..Capítulo XIII. Enmiendas al Convenio.

Artículo 32. Enmiendas al Convenio.

1. Las tareas encomendadas al «Comité» en el presente artículo y en el artículo 29 se llevarán a cabo por el Comité Director para la Bioética (CDBI) o por cualquier otro Comité designado a este efecto por el Comité de Ministros.
2. Sin perjuicio de las disposiciones específicas del artículo 29, todo Estado miembro del Consejo de Europa, así como toda Parte en el presente Convenio que no sea miembro del Consejo de Europa, podrá hacerse representar en el seno del Comité cuando aquél desempeñe las tareas confiadas por el presente Convenio, y si dispone de voto en el mismo.
3. Todo Estado a que se refiere el artículo 33 o que haya sido invitado a adherirse al Convenio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34, que no sea Parte en el presente Convenio, podrá designar un observador ante el Comité. Si la Comunidad Europea no es Parte, podrá designar un observador ante el Comité.
4. Con el fin de tener en cuenta los avances científicos, el presente Convenio será objeto de un estudio en el seno del Comité en un plazo

máximo de cinco años a partir de su entrada en vigor, y en lo sucesivo, a intervalos que determinará el Comité.

5. Toda propuesta de enmienda al presente Convenio, así como toda propuesta de Protocolo o de enmienda a un Protocolo, presentada por una Parte, el Comité o el Comité de Ministros, será comunicada al Secretario General del Consejo de Europa y se transmitirá por mediación del mismo a los Estados miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte, a todo Estado invitado a firmar el presente Convenio conforme a lo dispuesto en el artículo 33 y a todo Estado invitado a adherirse al mismo conforme a lo dispuesto en el artículo 34.

6. El Comité examinará la propuesta no antes de dos meses a partir de que le haya sido transmitida por el Secretario General, conforme al párrafo 5. El Comité someterá a la aprobación del Comité de Ministros el texto adoptado por mayoría de dos tercios de los votos emitidos. Una vez aprobado, este texto será comunicado a las Partes para su ratificación, aceptación o aprobación.

7. Toda enmienda entrará en vigor, con respecto a las Partes que la hayan aceptado, el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que hayan comunicado al Secretario General su aceptación cinco Partes, comprendidos al menos cuatro Estados miembros del Consejo de Europa.

Para toda Parte que lo acepte posteriormente, la enmienda entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que la mencionada Parte haya comunicado al Secretario General su aceptación.

Capítulo XIV. Cláusulas finales.

Artículo 33. Firma, ratificación y entrada en vigor.

1. El presente Convenio queda abierto a la firma de los Estados miembros del Consejo de Europa, de los Estados no miembros que hayan participado en su elaboración y de la Comunidad Europea.

2. El presente Convenio será sometido a ratificación, aceptación o aprobación. Los instrumentos de ratificación, aceptación o aprobación se depositarán en poder del Secretario General del Consejo de Europa.

3. El presente Convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha en que cinco Estados, que incluyan al menos a cuatro Estados miembros del Consejo de Europa, hayan expresado su consentimiento en quedar vinculados por el Convenio conforme a lo dispuesto en el apartado precedente.

4. Para todo Signatario que exprese posteriormente su consentimiento en quedar vinculado por el Convenio, el mismo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación.

Artículo 34. Estados no miembros.

1. Una vez entrado en vigor el presente Convenio, el Comité de Ministros del Consejo de Europa podrá invitar a adherirse al presente Convenio, previa consulta a las Partes, a cualquier Estado no miembro del Consejo de Europa, mediante una decisión adoptada por la mayoría prevista en el artículo 20, párrafo d, del Estatuto del Consejo de Europa, y por unanimidad de los votos de los representantes de los Estados Contratantes que tengan derecho a estar representados en el Consejo de Ministros.

2. Para todo Estado adherente, el Convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha del depósito del instrumento de adhesión ante el Secretario General del Consejo de Europa.

Artículo 35. Aplicación territorial.

1. Todo Signatario, en el momento de la firma o en el momento del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación, podrá designar el territorio o territorios a los que se aplicará el presente Convenio. Cualquier otro Estado podrá formular la misma declaración en el momento de depositar su instrumento de adhesión.

2. Toda Parte, en cualquier momento posterior, podrá extender la aplicación del presente Convenio, mediante una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa, a cualquier otro territorio designado en la declaración y del que asuma las relaciones internacionales o para el que esté habilitado para adoptar decisiones. El Convenio entrará en vigor con respecto a este territorio el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la declaración por el Secretario General.

3. Toda declaración hecha en virtud de los dos apartados precedentes podrá ser retirada, en lo que se refiere a cualquier territorio designado en dicha declaración, mediante notificación dirigida al Secretario General. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la notificación por el Secretario General.

Artículo 36. Reservas.

1. Cualquier Estado y la Comunidad Europea podrán formular, en el momento de la firma del presente Convenio o del depósito del instrumento de ratificación, una reserva con respecto a una disposición particular del Convenio, en la medida en que una ley vigente en su territorio no sea conforme a dicha disposición. Las reservas de carácter general no se autorizan según los términos del presente artículo.

2. Toda reserva emitida conforme al presente artículo incluirá un breve informe de la ley pertinente.

3. Toda Parte que extienda la aplicación del presente Convenio a un territorio designado en una declaración prevista en aplicación del apartado 2 del artículo 35, podrá formular una reserva para el territorio de que se trate, conforme a lo dispuesto en los apartados precedentes.

4. Toda Parte que haya formulado la reserva indicada en el presente artículo podrá retirarla por medio de una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha de recepción por el Secretario General.

Artículo 37. Denuncia.

1. Toda Parte podrá denunciar el presente Convenio, en cualquier momento, mediante notificación dirigida al Secretario General del Consejo de Europa..2. La denuncia surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la notificación por el Secretario General.

Artículo 38. Notificaciones.

El Secretario General del Consejo de Europa notificará a los Estados Miembros del Consejo, a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte y a cualquier otro Estado que haya sido invitado a adherirse al presente Convenio:

- a. toda firma;
- b. el depósito de todo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión;
- c. toda fecha de entrada en vigor del presente Convenio, conforme a sus artículos 33 o 34;
- d. toda enmienda o Protocolo adoptado conforme al artículo 32, y la fecha en la que dicha enmienda o protocolo entren en vigor;
- e. toda declaración formulada en virtud de lo dispuesto en el artículo 35;
- f. toda reserva y toda retirada de reserva formuladas conforme a lo dispuesto en el artículo 36;
- g. cualquier otro acto, notificación o comunicación que tenga relación con el presente Convenio.

En fe de lo cual, los abajo firmantes, debidamente autorizados a estos efectos, han firmado el presente Convenio.

Hecho en Oviedo (Asturias), el 4 de abril de 1997, en francés y en inglés, siendo ambos textos igualmente auténticos, en un solo ejemplar que será depositado en los Archivos del Consejo de Europa. El Secretario General del Consejo de Europa transmitirá copia certificada conforme del mismo a cada uno de los Estados Miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a los Estados no miembros que hayan participado en la

elaboración del presente Convenio y a todo Estado invitado a adherirse al presente Convenio.

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



6405735053