

LEGISLACIÓN Y BIOÉTICA.

1. Concepto y Ámbito de la asignatura

La palabra Éticas proviene del griego Etos Libertad; hace referencia a las costumbres y el carácter. Se trata de la parte de la filosofía que se encarga del estudio y la reflexión sobre la moral, el comportamiento y las obligaciones del hombre.

La palabra moral proviene del latín Mor/moris Costumbre; hace referencia a la bondad y maldad de los actos humanos y es la respuesta a esa elección a la hora de actuar y optar por una cosa u otra.

La reflexión Ética analiza la conducta del ser humano.

Aristóteles dice que somos lo que hacemos.

El quehacer Ético surge de la necesidad de la existencia de unas normas para corregir o

Castigar los actos, y también, de forma personal como respuesta a la propia conciencia (mi forma de entender mi vida).

La Ética brota del pensamiento, interpretando esa experiencia y se consolida en las obras. Como consecuencia de esa interpretación y consolidación se van creando unas normas, costumbres...

A la hora de actuar estamos obligados a guiarnos por unas u otras normas, costumbres, principios...

2. La dimensión moral del sujeto

Ortega y Gasset decía que el ser humano siempre ha de estar en un tono moral (alto o bajo) pero que no podemos ser amoraless (sin moral). Y no podemos serlo porque biológicamente poseemos una estructura que nos obliga a comportarnos moralmente.

Distingue dos dimensiones:

–Moral como contenido: valores desde los que nos regimos.

–Moral como estructura.

Cualquier organismo se ve siempre retado por el entorno y trata de ajustarse para poder vivir.

Tenemos que elegir, pero dando razón de nuestra elección.

El ser humano responde al medio a través de un proceso con las siguientes secuencias:

- 1.–El ser humano se siente afectado por la realidad a través de su inteligencia y toma conciencia del hecho.
- 2.–El ser humano no responde de forma automática sino que crea posibilidades para elegir respuestas.
- 3.–Al elegir justifica la elección y esto es lo que le hace moral, lo que le obliga a pronunciarse.

Al conjunto de referentes morales (valores, principios...) se le denomina contenido moral.

El resultado no es el mismo si se opta por uno u otro valor.

4.-Contenidos del sujeto moral

LA LIBERTAD:

Respeto, límites, normas, convivencia (saberes de la moralidad). Nuestra libertad se ve condicionada por el talante de cada uno y por la situación social que le rodea.

TALANTE:

Es la esencia básica del individuo. Debe ser educado, pulido, trabajado. Ser optimista o pesimista. No se elige, es innato, pero moldeable. El enfermo debe actuar moldeando dicho talante ante una situación de enfermedad.(primera naturaleza).

CARÁCTER:

Antiguamente denominado como segunda naturaleza. El carácter se va forjando por medio de la repetición de actos. Se compone de distintas virtudes o actitudes adquiridas en función de cada experiencia.

Palabra de origen: ARETE, que en la Edad Media adquiere el significado de virtud, entendida como la fuerza necesaria para enfrentarse a una situación se va construyendo por medio de los hábitos.

ACTITUD:

Actualmente existe una tendencia de cambiar hábitos por actitudes. Es una predisposición conductual. Compuestas en parte por sentimientos, inteligencia y razón. Dificiles de educar.

VIRTUD + ACTITUD:

Componente cognitivo formado por convicciones, creencias, afectividad (favorable, desfavorable) y conducta.

Los valores, las normas, la educación o la conciencia orientan la actitud hacia una dirección u otra.

CONCIENCIA:

Capacidad de percatarse de algo. Si es moral, nos percataremos de que existen valores o principios mejores que otros.

La capacidad de emitir juicios en función de los principios, es decir, toma de decisiones.

La conciencia también se ve condicionada por cada situación, no siempre la verdad es lo más conveniente, la forma de decirlo... (se le va la olla).

VALORES:

De distinta naturaleza, condicionan nuestra moralidad. Se deben determinar en función de una jerarquía. Tendemos a clasificar las situaciones, las deseamos o las aceptamos, es decir, las valoramos.

SER y VALER no se identifican (flimpa!!).

Valoramos menos la injusticia que la justicia, pero no existe la justicia perfecta.

El primer problema con respecto a los valores es si son o no reales. El criterio o el canon de cada valor varía, no es algo exacto, iría en función de cada individuo, pero si existe un margen dentro del cual mas o menos se mueve toda la sociedad.

Las ideas se tienen y en las creencias se está; Ortega y Gasset.

No todo el mundo sigue esa escala, pero si establece una jerarquía de valores.

Podemos decir que los valores existen, pero resulta muy difícil definirlos. Por lo tanto diremos que los valores son las cualidades de los seres, siendo definidos como los adjetivos.

Los valores positivos nos atraen, los negativos nos repelen.

No son meramente subjetivos, si no que están en cada persona.

NORMAS:

Pueden ser las que se marca cada individuo y las que dicta la sociedad.

Son reglas generales, expectativas de una conducta generalizada expresadas por medio de códigos.

Legales, religiosas, sociales...no todas nos obligan.

Nuestra vida social se organiza con normas.

Las normas se definen como: expectativas de conducta generalizadas en el tiempo.

Normas religiosas: se entiende que Dios las rebela para todos pero seguirlas o no, dependen de las creencias personales. Pretenden valer universalmente.

Normas sociales: valen para una determinada sociedad (p.ej: constitución española, obra italiana, etc...). A veces también lleva carga moral, porque si alguien no cumple una norma le discriminamos.

Normas legales: son obligatorias, tienen que estar legitimizadas.

En cuanto a las profesiones, también tienen normas, que distinguen a una profesión de otra. Ejemplo: la enfermera no debe hacer diagnósticos médicos y debe ajustarse a sus funciones.

Son aspectos sociales y forman parte obligatoria de la moral.

3. Los fundamentos de la moral.

FUNDAMENTAR:

Dar razones por lo que toda persona ha de comportarse moralmente. Razones que pueden enfrentarse unas con otras.

En este sentido es la filosofía, en concreto la ética, la que se encarga de este asunto.

Hay varios modelos que se complementan porque se sitúan en 2 niveles de fundamentación:

- Nivel de estructura humana.

- Nivel de los principios: Son los principios los que llevan a la moral.

CULTURA GRIEGA:

- Hedonismo:

Felicidad como vida. Deliberar para elegir y llegar a la autorrealización.

Aristóteles: Habla de que para elegir ha de ser precavido (Comunitarismo).

- Medonismo:

La felicidad se alcanza con el placer.

Actualmente: Utilitarismo.

EVOLUCIÓN ÉTICA:

La Ética actual se fundamenta en el sujeto como centro o clave moral. La persona es el centro y el vocablo utilizado.

La dignidad de las personas conlleva: respeto activamente.

La expresión persona era utilizada por los griegos como prosopon (careta que se pone el actor y ello ha evolucionado al papel de cada uno).

EN EL MUNDO:

Voecio VI: sustancia individual de naturaleza racional.

- Individual: cada persona es diferente.
- Racional: capaz de ser universal.

Dentro de ello se ha de tener en cuenta los llamados planes estandarizados.

En la ÉTICA la que le confiere a los seres humanos una especial dignidad por su racionalidad, de la cual carecen los animales.

Defender la dignidad significa saber:

- ¿De qué se es digno?
- ¿Cuáles son nuestros deberes?

Por ello debemos saber por que son dignos y de que lo son.

Es una cualidad transitiva, ya que alguien es merecedor de un trato en relación a lo que es.

En lo RELIGIOSO, el hombre es creado a imagen y semejanza a dios, es una fundamentación que subyace en todas las teorías.

FILOSOFÍA:

Dentro de ella también aparece la dignidad humana:

- **Kant:**

Definición de Dignidad: En el reino de los fines, todo tiene precio o dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se halla por encima de todo precio, no admite nada equivalente, tiene dignidad. Aquello constituye la conclusión para que algo sea un fin en si mismo, eso no tiene meramente valor relativo, sino un valor interno; esto es dignidad.

Kant habla también de que la persona es el UNICO que SE DA LEYES. Se dice que le trato a la persona de ser con un fin y nunca con un precio. Esto es insuficiente ya que hay personas que no son capaces de darse leyes a si mismo: enfermos, niños (Estas, ¿no son personas?, interrogante que se hace Kant). A ello se llega que son SUJETOS ACTIVOS Y PASIVOS DE MORALIDAD.

4. El juicio moral.

Son juicios preescriptivos y no meramente descriptivos. Los juicios preescriptivos dan una pauta, de ahí- que los juicios morales pueden obligar:

- J.M. IMPERATIVOS HIPOTÉTICOS: Sirven para dar una pauta.
- J.M. IMPERATIVOS CATEGÓRICOS: Ordenan a realizar u omitir una acción por su valor interno.

Kant dice que son los verdaderos mandatos de moralidad.

Los deberes morales pueden entenderse como mandatos no condicionados, sino que generales.

Algunos autores afirman que algunos mandatos tienen prevalencia sobre otros:

- NO MALEFICENCIA.
- BENEFICENCIA.
- AUTONOMIA
- JUSTICIA

Son todos necesarios, pero hay que discernir entre cuales son los prevalentes. Así- NO MALEFICENCIA Y JUSTICIA tratan de no dañar a otros individuos.

Hay autores que hablan de niveles:

- Nivel 1: JUSTICIA y NO MALEFICENCIA.
- Nivel 2: BENEFICENCIA y AUTONOMIA.

Las personas no nacemos con una conciencia moral total, sino que va evolucionando a lo largo de la vida.

TEORIAS DE LA CONFIGURACIÓN DE LA CONCIENCIA MORAL

Kolbert Piaget:

Comienzan a estudiar esta evolución y el porqué del reconocimiento de la AUTONOMIA (de hacer juicio). Este autor se percató de que la conciencia va evolucionando según unos factores:

- Factores socioculturales.

- Factores de tipo educacionales.
- Factores de experiencia emocional.

Además considera central la EVOLUCIÓN DEL ASPECTO COGNITIVO.

El estudio del aspecto cognitivo, consiste en pasar problemas morales a diferentes sujetos sobre todo en el ámbito de justicia, para ver la argumentación y los juicios de estas personas.

De las respuestas concreta varios PRINCIPIOS Y CONCLUSIONES:

1º) En lo moral todos argumentamos *juicios*. Lo que se denomina Cognitivismo Moral.

2º) Los contenidos de los juicios morales son diferentes en las diferentes culturas, pero la estructura del juicio es la misma.

3º) Es posible educar la conciencia moral en la forma más justa de tomar decisiones porque las cuestiones de justicia se puede universalizar (FORMALISMO).

4º) Se desarrolla en etapas idiónticas en todas las culturas y las etapas son sucesivas. Esto le lleva a desarrollar: TEORIA DEL DESARROLLO MORAL (que divide en 3 niveles):

- Moral preconvencional.

– *Heterónoma*: Egoísmo como principio de justicia (aquello que beneficia). Se actúa por moral impuesta (para evitar castigo). (ETAPA 1)

– *Instrumental*: Aquí se evita el castigo (5-6/10 años). (ETAPA 2)

- Moralidad convencional.

– *Mutua*: Las formas morales entran en juego. La moralidad del grupo es lo que prevalece (adolescencia). (ETAPA 3).

– *De sistema social*: Se ajusta a la moralidad de la sociedad para ser reconocido por ella. (ETAPA 4)

- Moral postconvencional.

– *Etapas de contrato social*. (ETAPA 5).

– *Etapas de ética universal*. (ETAPA 6). No todo el mundo llega a esta etapa.

ÉTICAS CRÍTICAS:

La persona empieza a tomar lógicas. Aparecen éticas comunitarias y de diálogo.

La enfermera tiene que estar en contacto con todo lo anterior, teniendo en cuenta la DIGNIDAD HUMANA y el RESPETO.

Día 12/11/03

6. Ética de las profesiones sanitarias.

Las profesiones han de humanizarse para no perder su Ética profesional.

A partir de los 60 empiezan a surgir las Éticas aplicadas.

Tienen una labor interdisciplinaria llevada a cabo por especialistas que ajustan las represiones.

El método es independiente.

El marco Ético es imprescindible, tiene sus peculiaridades para adaptarlo a la actividad.

1.- El momento prudencial que exige descubrir en la actividad (lo aconsejable).

-La meta que se persigue.

-Los hábitos a desarrollar.

-Valores que condicionan la actividad.

-Principios que guían sus acciones.

2.- El momento técnico-legal. Se refiere a:

-Mecanismos específicos que permiten alcanzar la meta de la actividad concreta.

-La legislación vigente.

3.- El momento deontológico o Kantiano que consiste en desentrañar:

-Los valores que acompañan la moral cívica de la sociedad en la que se ha desarrollado esa actividad.

-El marco de una Ética filosófica crítica que descubra los principios Éticos a aplicar.

La toma de decisiones .

Según los tres pasos anteriores:

20-10-03.

-La meta, los valores, principios, datos de la situación y las causas.

-Momento principalista y consecualista.

CARACTERÍSTICAS DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL: LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA.

- 1.-Una profesión es una actividad mediante la cual se presta un servicio a la sociedad.
 - Ha de ser un servicio.
 - Prestaciones claramente definidas.
 - Tarea indispensable.
- 2.- Profesión vocacional-misiológica- sensibilidad.
- 3.- La aparición de forma estable- modo de vida.
- 4.- Las profesiones forman un colectivo con control monopolístico.
- 5.- Se accede a través de un largo proceso de capacitación. Estudios reglados.
- 6.- La profesión reclama un ámbito de autonomía. Se presenta como experto y exige ser juez en la forma de actuar.
- 7.- Autonomía-responsabilidad. Código ético.
- 8.-Se espera que se ejerza sin afán de lucro, con cierto grado de altruismo.
- 9.-El ejercicio requiere una relación con el individuo, el colectivo y la familia.

7. La Enfermera y el cuidado.

El cuidado requiere unas claves de principio ético.

La enfermera es un rol social cuyo sentido arranca en una situación de necesidad.

Hay que preguntarse por la concepción del ser humano, la dignidad y el derecho de la persona,...

La enfermera es una gran responsabilidad, destaca xq el cuidado está en r/c otras profesiones como fisioterapeutas, médicos,... y se necesitan unos a otros para desarrollar su trabajo, x ello decimos que el cuidado no es algo aislado, sino q todos tenemos una responsabilidad (q emana de una persona q nos necesita).

El código ético de la enfermera dice q tenemos q:

- Restaurar la salud
- Promover la salud
- Mitigar el sufrimiento

Las necesidades son plurales, las personas son diferentes, x ello hay que hacer protocolos a seguir.

¿Qué es y qué abarca el cuidado?

– Cura: esfuerzo angustioso y solicitud (esfuerzo, dedicación, entrega, solicitud, respuesta a la necesidad ajena)

– Therapeia: cuidado con los objetos del templo.

– Therapainia: cuidador

– Acto sanitario: acto basado en el cuidado

– Curo: curar

– Care: cuidar

– Nursing: criar, alimentar, nutrir.

La finalidad del acto terapéutico es salvar al ser humano de la vulnerabilidad y ayudarlo a ser. Por ello es tb tarea moral.

A partir de S.XVIII las cosas empiezan a cambiar xq aparecen los cuidados intensivos, se habla del cuidado como cuidado total x lo q se requieren muchos profesionales. Después en la última etapa, el cuidado requiere de una formación universal.

El ejemplo del cuidador requiere estos 5 elementos:

- **Compasión**
- **Competencia**
- **Confidencialidad**
- **Confianza**
- **Conciencia**

La integración de estos 5 elementos es fundamental.

Compasión:

Es necesario experimentarla xq sirve como motivación xo debe ir acompañada de los demás.

La compasión es una virtud moral presente a lo largo de la historia q consiste en percibir como propio el sufrimiento ajeno.

Capaz de interiorizar el sentimiento de otro ser humano y percibirlo como dentro de la propia experiencia (como si fuera propio).

La compasión se traduce en un movimiento solidario hacia la otra persona y su requisito fundamental consiste en percibir como propia la vulnerabilidad de la otra persona.

La atención virtual x ello puede alejarnos de este sentimiento.

Hay q respetar en todo momento su autonomÃ-a, su interioridad.

Competencia

Hace relaciÃ³n a estar capacitado xa desarrollar la profesiÃ³n de un modo Ã³ptimo.

Requiere competencia profesional xq es la Ãºnica manera de conseguir un cuidado adecuado

AdemÃ;s es necesario seguir la formaciÃ³n del profesional una vez diplomado (ya q existe una responsabilidad legal en la q se obliga a realizar ciertos cursos de formaciÃ³n continuada)

El cuidado requiere conocimientos de todas las materias.

Confidencialidad

El enfermo necesita un confidente y entre los rasgos de Ã©ste estÃ¡ el saber callar xa sÃ- los mensajes, saber comunicar aquello imprescindible xa q el paciente se recupere.

EstÃ¡ r/c buena educaciÃ³n, respeto, silencio y sobre todo capacidad xa preservar la interioridad del paciente, su confidencialidad. Es necesaria la discreciÃ³n x parte del cuidador, saber guardar un secreto y que no trascienda.

Confianza

Constituye otro elemento clave en el cuidado.

Solo es posible cuidarlo si se establece una relaciÃ³n, un vÃ-nculo entre paciente y cuidador. El paciente se pone a la disposiciÃ³n del profesional, se pone en sus manos, y xa ello necesita confianza y le reconoce su autoridad profesional.

Es necesario q el cuidador sepa darle garantÃ-as xa esa confianza, xo eso lÃ³gicamente lleva un tiempo.

Conciencia

Es una estancia fundamental en el ser humano y tiene un valor integrador.

Ser consciente es asumir las consecuencias, se debe ser tb prudente y cauteloso, estar atento a lo q se estÃ¡ haciendo, pedirse cuentas y darse cuentas a sÃ- mismo... y por supuesto, ser conscientes de nuestras propias limitaciones.

Es esencial xa el cuidado:

- dejar que el otro sea
- dejar que el otro sea Ã©l mismo
- dejar que el otro sea lo que estÃ¡ llamado a ser
- procurar x el otro.

Y es necesario tambiÃ©n:

- preocuparse y ocuparse
- velar x sus necesidades
- reconocer la existencia

- cuidar con compasión
- ayudar a un ser humano a realizar aquello que él no puede realizar por sí mismo
- invitar al paciente a transferir su responsabilidad y su ansiedad al profesional
- poner todos los procedimientos, personal y técnica con detalle al servicio del paciente.

El cuidado integral es una obligación moral.

- El concepto de fuentes de dificultad que generan dependencia son:
 - la falta de fuerza física o mental
 - motivación
 - Relaciones:
 - Sustituto del paciente: la relación vista como sustituto de lo que le falta al paciente para sentirse completo, entero e independiente.
 - Ayuda al paciente: ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia.
 - Compañera del paciente: enfermera y paciente idean juntos el plan de cuidados.

28/10/03

8. La teoría de la Ética del Cuidado.

- Lógica de la justicia.
- Lógica del autocuidado.

LOGICA DE LA JUSTICIA (separación):

- Koremian.
- Individualización.
- Autonomía.
- Ley/Derecho/Justicia.
- Contrato.
- Abstracción
- Universalidad.
- Imparcialidad.

LOGICA DEL CUIDADO (unión):

- Gilligan.
- Proteger lo vulnerable.
- Responsabilidad/cuidado.
- Protección/Autosacrificio.
- Narración/contexto.
- Particularidad.
- Parcialidad.

Por lo general, los hombres se rigen por la lógica de la justicia y las mujeres por la lógica del cuidado.

Modelos de desarrollo moral de Gilligan:

Nivel 1: Orientación hacia la supervivencia individual.

Nivel 2: La bondad como autosacrificio.

Nivel 3: La moralidad de la no violencia.

Los autores fundamentales en el cuidado Ético (Gilligan y Bainer) consideraron la moral en términos de cuidados y relaciones.

La Ética debe tratar de proteger al débil.

Hª DE LA ÉTICA DEL CUIDADO:

- Se requiere total autorrenuncia.
- Conciencia de tener derechos (Kolloer)
- Compasión-derechos.

Teoría de la evolución moral:

- Nivel convencional († 1950):
 - Enfermería como oficio.
 - Requiere vocación.
 - Ser mujer y femenina.
 - Subordinada.
 - Compasión por el débil.
 - Responsabilidad y cuidado.
 - Autosacrificio.
- Nivel crítico († 1950):
 - Enfermería como técnica.
 - Se cuestiona lo vocacional.
 - Competencia técnica.
 - No requiere personalidad ni autonomía propia.
 - Pierde intuición psicológica.
- Nivel posconvencional.
 - Enfermería como profesión.

- Responde a las características de la profesión.
- Posee cuerpo de conocimiento.
- Tiene y utiliza su propio método.
- Lenguaje propio y riguroso.
- Conservar y superar lo anterior.

â†’ Actividad moral: cuidar con calidad.

Actividad de un profesional maduro:

- Compasión: Empatía (situarse en su lugar).
- Actitud vocacionada sensibilidad suficiente.
- Proteger al vulnerable, lo débil, se parcial con él.
- Capacidad de comunicación.
- Capacidad de promover autonomía.
- Competencia profesional: calidad, excelencia
- Autoestima.

9. La Ética de la Responsabilidad.

Es condición inexcusable del ser humano. Término procedente de otros entre los que se encuentra el de responder. Es decir, la responsabilidad es tb poseer la capacidad para responder; un animal puede responder y no es responsable entonces.

El s.h es el único capaz de decir NO. El hombre tiene el mundo al que debe encontrar sentido.

La función biológica es la adaptación al medio. Pero ésta es por elección y no por selección natural. Por eso las elecciones o actos humanos pueden justificarse, e.d, son libres. La inteligencia y la moralidad deben elegirse.

Nosotros. Como seres libres escogeremos, pero al mismo tiempo debemos responder ante la sociedad. Podemos rendir cuentas ante nosotros. Mismos, lo que será una exigencia, donde influir a la conciencia: imperativa = tribunal de la conciencia.

Existe conciencia **MORAL, PSICOLÓGICA**, es decir, consciente e inconsciente.

CONCIENCIA: La razón sobre los actos, para lo que debemos informarnos.

RESPONSABILIDAD:

- ÉTICA
- PROFESIONAL
- JURÍDICA

Responsabilidad jurídica: Los hombres llegan a un consenso sobre lo que es y hasta dónde hay responsabilidad. Establece los límites de la resp. legal.

La sociedad posteriormente dictará; los máximos considerados como ética o justicia. Las normas sociales

tales como la integración o la igualdad.

Responsabilidad profesional: En general las profesiones poseen una responsabilidad primaria o profesional, mientras que los oficios poseen responsabilidad secundaria.

La ausencia de reglas o normas jurídicas que impidan juzgar a las profesiones es lo que se define como INMUNIDAD.

En la edad media las únicas profesiones admitidas eran la de sacerdote, legislador o médico...todas ellas relacionadas con la religión.

Todos y cada cual en su oficio debe ser responsable (hoy en día)

La inmunidad del médico se debe a la decisión de que es lo sano o lo enfermo, que es negligencia o que no. Tienen su propio Código. Sobre la responsabilidad médica ha sido más ética que jurídica, más pública que privada.

Hoy todas las profesiones deben responder ante el código jurídico, pese a su codificación ética dentro de cada oficio o campo.

Existen muchas profesiones dentro de un mismo campo de acción, como por ejemplo el sector sanitario. En las tareas comunes todos participan en la responsabilidad, es la ética común, independientemente de cada individuo.

Responsabilidad de la enfermera

El código deontológico marca la ética de la profesión. Sin embargo existen diferentes formas de exigir dicha responsabilidad.

La responsabilidad va ligada a:

- **LIBERTAD**
- **CONDUCTA INTENCIONAL**
- **EXISTENCIA DE ACCIÓN U OMISIÓN**

La enfermera posee responsabilidad INDIVIDUAL (sola - misma) o COLECTIVA (profesión)

A) INDIVIDUAL:

- Establecer prioridades
- Delegar tareas: elección correcta
- Pedir ayuda

B) COLECTIVA

- investigación y docencia
- humanización de tareas.

10. Bioética y Enfermera

Dignidad de la persona en bioética:

Conlleva las siguientes obligaciones:

- toda persona es un interlocutor válido.
- igual trato: sin acepción ni discriminación.
- derecho de ser escuchado en la toma de decisiones.
- creación de Comités de Ética.

El bien interno de la enfermera consiste en el cuidado de las personas, sea previniendo algún tipo de enfermedad, sea atendiendo a quienes se encuentran ya enfermos.

Bioética. Bioética y enfermedad:

- ¿Cómo defender la Bioética?
- razones históricas para el nacimiento de la bioética.
- características básicas de la Bioética.
- Bioética y enfermería.
- responsabilidad profesional y moral.
- ETC

La ambigüedad del término bioética se debe a las palabras que lo componen:

- ♦ bios: vida
- ♦ etos: Ética

Pretende una interacción entre los 2 términos.

Las Éticas de raíz teológicas y deontológicas criterio (santidad de vida)

Éticas seculares– utilitaristas, teológicas criterio (calidad de vida)

Ética de la bióloga o biólogo de la Ética. Ética Biomédica – BIOÉTICA.

Bioética: alude a dos magnitudes: Bios (vida), y ETNOS (Ética). No mera yuxtaposición, sino auténtica interacción.

Es una disciplina que ha salido de los biólogos.

Para Potter (1971) consiste fundamentalmente en servirse de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida.

Encyclopedic of bioethics: el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y los principios morales

La bioética pretende tomar decisiones, en situaciones concretas:

1.– Razones históricas para el nacimiento Bioético:

- Razones bioéticas y ecológicas:

Los avances del campo BIOLOGÍA MOLECULAR (código genético, ingeniería genética, técnicas de reproducción asistida), y de la ECOLOGÍA humana y la creciente preocupación por el

futuro de nuestro planeta (crecimiento limitado, agotamiento de materias primas... Disminución de calidad de vida) (H.JONAS). **principio de la responsabilidad.**

- la revolución médica-sanitaria: por la profunda transformación operada en el ámbito de la medicina en los últimos 5 lustros:
- la nueva conciencia de la autonomía personal y el movimiento de emancipación de los pacientes derecho de autonomía
- los nuevos avances tecnológicos y los límites del principio de beneficencia.
- Los cambios institucionales y políticos y el problema de la justicia sanitaria.
- La nueva forma de entender hoy la relación sanitaria, más horizontal como personas adultas y responsables. Informar antes de cualquier decisión.

2.- Características básicas de la bioética:

- Ética civil: ajustarse a la sociedad. Principios morales que sirvan a las diferentes creencias.
- Ética pluralista: aceptar distintas posturas, pero intentando ajustarse a una común.
- Ética autónoma: expuesta desde dentro, el criterio de moralidad de la propia persona.
- Ética racional: conjugar principios y situaciones.
- Más allá del convencionalismo.

3.- Bioética y enfermería:

- ♦ prevalece el bien del paciente.
- ♦ Curar-cuidar
- ♦ Atención sanitaria
- ♦ Capacidad autónoma y heterónoma las decisiones no siempre las toma la enfermera.

4.- responsabilidad profesional y responsabilidad legal:

- ♦ el diagnóstico de enfermería
- ♦ el tratamiento de enfermería
- ♦ función dependiente: heterónoma
- ♦ función independiente: autónoma.

La enfermera es una persona autónoma a quien no se le puede pedir una función ciega. Responde al dictado de su conciencia.

Es una profesional cualificada con obligaciones morales específicas:

- ♦ deber fundamental: buscar lo mejor para el paciente.
- ♦ Deber primario
- ♦ Deber real

5.- principios de bioética-enfermería:

- Respeto a las personas, que conlleva:
 - ♦ autonomía al paciente
 - ♦ protección a quien no es autónomo.
- Beneficencia:

- ◆ no maleficencia
- ◆ extremar los beneficios y minimizar riesgos

- justicia:

- primer nivel: no maleficencia justicia
- segundo nivel: autonomía beneficencia

6.- la persona humana centro de atención para la enfermera-a:

- trabajo en equipo
- obligación de formación
- asumir responsabilidad
- colocar a la persona como centro de atención

7.- cometidos de Ética asistencial

Carácter consultivo, no decisorio.

Lo forman un grupo de personas que representan las diversas instancias que deben estar presentes en la toma de decisiones (médicos, enfermeras, otros profesionales y representantes de los pacientes).

Su misión es orientar y establecer guías que regulen la solución de los diversos problemas éticos.

11. La evolución histórica de la Relación Sanitaria (RS)

Sin duda, con el paso del tiempo la relación sanitaria ha cambiado y donde mayor fracaso encontramos es en la relación humana.

¿Por qué ha cambiado la relación humana?

Se debe a tres razones principales:

• Razón histórica:

La nueva conciencia de la autonomía personal y el movimiento de emancipación de los pacientes (reconocimiento de autonomía de los pacientes).

Desde tiempos hipocráticos podemos decir que la evolución casi no ha variado hasta estos últimos años. Antes, el médico miraba al paciente, buscaba lo mejor para él pero sin contar con el paciente, el lema era favorecer, o al menos, no perjudicar, y es lo que se conocía como el principio de Beneficencia. Esto ha sido el motor de toda la ética médica y la relación con el paciente. Y se ha definido como paternalismo (igual que el padre busca lo mejor para su hijo, el médico busca lo mejor para el paciente). El significado de paternalismo es como severo, duro, ...

Para los griegos el enfermo no es sólo un inválido, sino que carece también de razón, le consideran incapacitado moralmente porque el dolor produce incapacidad y limitación.

El buen paciente es aquel que obedece el criterio médico.

Este paradigma de relación ha predominado hasta 1969, fecha donde aparece el primer capítulo de los enfermos del

derecho de los pacientes a que se les trate como a seres adultos y responsables hasta que se demuestre lo contrario, que puede, debe y tiene que tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

En ocasiones el paciente no puede tomarlas, pero nosotros debemos de brindar siempre la oportunidad. Esto es el derecho al consentimiento informado.

- **Razón científica:**

Los nuevos avances tecnológicos y los límites del principio de Beneficencia.

Antiguamente solo existía un médico de cabecera para toda la familia que cuando ya no tenía nada que hacer se iba a casa y el enfermo firmaba el desahucio (el paciente pasa de ser curado a ser cuidado, pasa del médico a la enfermera y al notario). Hoy no existen los desahucios porque hay enfermos terminales, enfermos crónicos, ... pero no se deja de curar al enfermo para pasar a cuidarlo.

- **Razón política:**

Hace referencia al estado de bienestar que sufre Europa en torno a 1965. la gran expansión sanitaria de todos los países aseguraba a todos los ciudadanos asistencia sanitaria (en España la ley de Seguridad Social).

Empiezan a extenderse todas las redes hospitalarias en aquellos años.

Después de los años 70 llega la crisis de finanzas en España y en los demás países por lo que en los años 80 se reclama una nueva ley de sanidad que solvente todos los errores de la anterior, no sólo se atiende ya a los trabajadores.

Se cubre una franja de cuidados médicos que garantiza una seguridad. Nuestra ley de seguridad social se aprueba en el 86 y se busca una calidad, una eficacia, ...

¿Qué ha pasado para que los estudios de investigación que evalúan las percepciones de los pacientes sobre el cuidado de su salud señalen la falta de comunicación e información y en el fondo de la relación?

12. Los Códigos Deontológico.

Los códigos proceden de los egipcios y están constituidos por principios éticos y derechos que se fundamentan en ellos.

JURAMENTO HIPOCRÁTICO: es el código ético de la medicina desde 1800. Es un documento referencial para la constitución de todos los códigos éticos profesionales y, en concreto, el código ético de la enfermería.

Fue escrito en el s.V y tuvo un origen religioso. Este documento habla sobre todas aquellas normas y principios que un profesional de la medicina debe asumir para realizar dicha profesión de forma correcta. También recoge el compromiso que adquieren los profesionales de enseñar sus conocimientos, así como los principios éticos en relación a la vida y la muerte (eutanasia, aborto, etc.). Se menciona por primera vez la universalidad como derecho a recibir cuidados médicos.

A partir de 1860, cuando la enfermería comienza a emerger como profesión, se comienza a pensar en la ética de dicha profesión:

- en 1880, se realiza un formulario provisional;
- en 1889, aparece el Juramento de Florence Nightingale, que supone una variante del Juramento

Hipocrático de la medicina;

- en 1948, se comienzan a perfilar los códigos de enfermería;
- en 1953, se aprueba el primer código de enfermería en Sao Paulo, Brasil;
- y en 1973, se aprueba en México, ya como profesión.

CÓDIGO ÉTICO: guía de conducta profesional que contiene los compromisos éticos que los profesionales contraen públicamente para garantizar a la sociedad un adecuado servicio. Hace referencia a lo ético y a lo legal (derechos humanos).

Después de aprobarse los códigos internacionales, estos se adaptan a cada país.

El código ético de enfermería es elaborado por el Consejo y los Colegios de los profesionales de enfermería. El Consejo General y las Comisiones Deontológicas, son las unidades a las que llegan los problemas profesionales de la enfermería y donde son tratados mediante el código ético.

Código Ético de la enfermería española:

Está constituido por: 13 capítulos, 85 artículos y 6 normas; y habla de la enfermería en relación al ser humano, a la sociedad y al ejercicio profesional.

- **Capítulo 1** (artículos 1–3): trata sobre la obligación que poseen los profesionales de enfermería de cumplir dicho código;
- **Capítulo 2** (artículos 4–13): trata sobre el derecho a la libertad; la universalidad; la enfermería en relación al ser humano; sobre la información que se debe aportar al paciente; sobre el consentimiento del paciente para poder realizar las prácticas de enfermería persistentes;
- **Capítulo 3** (artículos 14–22): trata sobre los derechos de los enfermos y los profesionales; sobre el derecho a la vida, a la salud y al deber de las enfermeras de protegerla; derechos del enfermo terminal; derecho del profesional a la objeción de conciencia cuando consideren o no está de acuerdo con la práctica de alguna técnica o decisión.
- **Capítulo 4:** trata sobre la enfermería en relación a la sociedad y al medio ambiente;
- **Capítulo 5:** trata sobre el bienestar social y la salud; sobre la protección de la salud y la justicia social;
- **Capítulo 6 (artículos 35–36):** trata sobre el compromiso de la enfermería con disminuidos psíquicos, incapacitados y organizaciones sociales de este carácter;
- **Capítulo 7 (artículos 38–42):** destaca la protección de los derechos del niño y evitar malos tratos;
- **Capítulo 8 (artículos 43–46):** trata sobre una ancianidad digna y saludable; también sobre contribuir a la ética social del desarrollo;
- **Capítulo 9 (artículos 47–51):** trata sobre el personal de enfermería ante el derecho a la libertad, seguridad, a ser reconocido, a ser tratado dignamente.
- **Capítulo 10 (artículos 52–68):** normas comunes en el ejercicio de la profesión (equipo).
- **Capítulo 11 (artículos 69–75):** evaluación e investigación continuada en enfermería;

- **Capítulo 12 (artículos 76–80):** condiciones de trabajo y salud comunitaria; participación en la planificación sanitaria;
- **Capítulo 13 (artículos 80–85):** penalización del incumplimiento del código por el Consejo.

13. Derechos de los Enfermos.

Muchos enfermos no conocen cuáles son realmente sus derechos, por lo que a veces no se atreven a reclamarlos.

También hay muchos profesionales que no tienen conocimiento de ellos.

Hubo grandes conflictos para introducirlo los derechos de los pacientes, lo que supuso un cambio radical que ha costado y cuesta mucho asumir. Introducir estos derechos supone cumplirlos; entonces encontramos dos hechos en colisión: ¿qué prevalece, la palabra del profesional o la del paciente?

A partir de los años 60, en la sociedad (americana), se comienza a experimentar un cambio (después de la guerra de Vietnam), donde se vencen los valores de libertad y autonomía frente al Estado, en todos los ámbitos, sobre todo en la sanidad: se reivindica la participación de los pacientes.

Historia.

La relación médico-enfermo ha ido evolucionando:

1. – FASE MONÁRQUICA: el médico se ha visto como un pequeño monarca que exigía la sumisión y obediencia de sus pacientes.

El médico cumple una serie de reglas (se hace respetar y respeta al paciente sumiso), y busca, en la medida de lo posible, lo mejor para el paciente. Las relaciones médicas actúan como las familiares, por eso trata al paciente como seres pasivos buscando el bien para ellos, sin contar con ellos.

2. – FASE LIBERAL: se reconocen (mitad del siglo XVII) los derechos humanos. En 1600, Locke, empieza a inhibir la historia natural del hombre. El hombre es libre pero declina parte de sus libertades al gobierno (contrato social). Así se establece una ley que todos han de cumplir. Se refleja en sus dos tratados y se pasa de lo natural a lo social. Estos planteamientos están en todas las leyes posteriores hasta establecer lo que hoy día tenemos como derechos humanos..

Según Locke todo ser humano tiene: derecho a la vida, a la salud, a la libertad y a la propiedad. (Se llaman derechos individuales o negativos porque no necesitan ser legislados)

Van a regir después las leyes y las constituciones del derecho moderno. Sólo significan el derecho en la integridad personal, no atención médica.

3. – FASE DE RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SOCIALES: estos derechos de Locke se reconocen en las constituciones y se añaden otros como son: derecho a la vivienda, derecho al trabajo, derecho a la asistencia social y sanitaria.

En 1848 se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria en Francia.

En 1919 en Alemania

En 1936 en Rusia

En la Segunda República en España (1978)

Después de la Segunda Guerra Mundial, se recogen estos derechos en todas las Constituciones de los países avanzados.

La ley de sanidad de 1986 es la que establece finalmente el derecho a la asistencia sanitaria tal y como lo entendemos hoy, y se basa en el principio de autonomía.

4.- FASE DEMOCRÁTICA: se establecen por fin los derechos de los enfermos. En 1969 una sociedad americana comienza la primera reforma de la reglamentación sanitaria.

En 1970 se elabora el documento.

En 1973 se pide que se cumplan las bases del documento.

En 1976, en Europa se deben recoger las ordenanzas de este documento en las constituciones. (fotocopias de reproq no entran en el examen)

14. Intimidad y confidencialidad.

EL SECRETO PROFESIONAL

La Enfermera es una profesión de la que se cuestiona el **secreto profesional**, ya que se dice de ella que, suele comentar las situaciones personales de los pacientes. Por esto, se recomienda garantizar el anonimato de las personas atendidas, así como tratar todos los casos con el máximo respeto.

Eric Gron, humanista, muestra la diferencia existente entre **interés** y **curiosidad**:

- **Interés:** ser entre; se caracteriza por mostrarse más abierto, ir más allá de la persona sin ser pasivo ni egocéntrico. El interés centra la atención en la otra persona de un modo sincero, profundizando y siendo respetuoso con el caso.
- **Curiosidad:** se muestra con un carácter pasivo y egocéntrico. La curiosidad utiliza, es un beneficio propio y no para el paciente.

La **discreción** ha sido considerada siempre como una virtud imprescindible para la Enfermera, buscando el equilibrio entre el saber y el respetar.

CONFIDENCIALIDAD

El Juramento de Florence Nightingale realizado en 1893 dice:

Considerar como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes

Este compromiso de confidencialidad aparece recogido en los *Códigos del CIE* de 1953, y dice:

La enfermera mantendrá reservas sobre la información personal que reciba, y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario

También aparece recogido en el *Código de Enfermera Española* del año 1989, exactamente en los artículos número 19, 20 y 21.

â†’ Si se continúa ampliando el horizonte, aparece el secreto médico recogido en el *Juramento Hipocrático* del siglo V a.C, que dice:

Lo que en el tratamiento, e incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás debe divulgarse lo callará teniéndolo por secreto

La **confidencialidad** es beneficiosa tanto para el paciente como para el propio profesional, ya que de este modo se obtendrá más información, y además más sincera, por parte del paciente. Es una especie de pacto entre el paciente y el profesional.

Además, la confidencialidad, responde a la necesidad del ser humano de ser dueño de su **intimidad** y de hacer confidenciales. En cierto sentido, intimidad equivale a confidencialidad.

â—~ CONCEPTOS

- **Confidencialidad:** Consiste en la protección o el secreto que se debe mantener acerca de las comunicaciones habidas en ciertas relaciones especiales, como son las de los profesionales sanitarios con sus pacientes.
- **Secreto natural:** es aquel exigido por la propia naturaleza de la respuesta que se va a exigir.
- **Secreto prometido:** es aquel en el que se da la existencia de una promesa.
- **Secreto confiado:** es aquel en el que se supone, explícita o implícitamente, que se ha de mantener oculto lo revelado. Es lo que entendemos como **secreto profesional**.

â™†, INTIMIDAD

El **respeto a la intimidad** es un deber del profesional que va más allá del significado militarista, es decir, su significado es más moral.

Dentro de lo íntimo se consideran 2 tipos de atenciones que hay que saber distinguir:

- **Lo público:** lo íntimo como opuesto a lo público.
- **Lo interior:** lo íntimo como un sentimiento profundo, opuesto a lo superficial.

A lo largo de la historia siempre se ha mantenido el Juramento Hipocrático, y actualmente es lo que aparece recogido como **Derecho de Paciente a la Confidencialidad** (*El paciente tiene derecho a la confidencialidad...*).

Este aspecto también se encuentra en la **Nueva Ley de Autonomía del paciente** y en el **Código Legal** donde se indica que *El simple acceso a la historia clínica de un paciente, sin autorización.... será penado con un máximo de 2 años de prisión*. Es decir, un aspecto ético se ha acabado convirtiendo en un asunto legal.

â—~ OBJETO DE SECRETO

Será objeto de secreto todo aquel que, pertenezca al ámbito de la intimidad del paciente, bien sea evidenciado de forma espontánea o manifestado por el propio paciente.

â—~ A QUIÉN AFECTA EL SECRETO

El secreto afecta a todos los profesionales sanitarios involucrados. Si bien hay que tener en cuenta que en el trabajo interdisciplinario se podrán contar algunos aspectos si éstos son necesarios.

~ LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD

El deber de guardar el secreto profesional no es absoluto, como no lo es tampoco el valor de la intimidad. Puede chocar con otros deberes y por ello hay que marcar los límites de la confidencialidad, que aparecen cuando corre peligro:

- La vida del propio paciente.
- La vida o salud de otros, es decir, la salud pública.
- Otros derechos de terceras personas, el ejercicio de la justicia y el bien general de la sociedad. Por ejemplo: malos tratos, heridas en posibles delitos, etc. Se debe colaborar con la justicia cuando es exigido por un juez.

• CASO CLÍNICO

Sonia, 14 años. Padece una fractura de tobillo hace 6 meses de la que ya está totalmente recuperada.

Acude a consulta por una disminución en los niveles de hemoglobina recogidos en una analítica que le fue realizada

. La paciente requiere consejo dietético por anemia.

Sonia confiesa durante la consulta creer estar embarazada e indica que no quiere que lo sepa nadie.

A lo largo de la consulta, la madre de Sonia entra y pregunta a la enfermera por las náuseas y el cansancio que su hija hace unos días.

• Problemas biológicos:

- Disminución en los niveles de hemoglobina
- Posible embarazo a edad temprana
- Náuseas y cansancio

*La fractura de tobillo no se considera a un problema biológico porque es un tema resuelto.

• Problemas humanos:

No se considera que exista ningún problema humano puesto que no se debe suponer que exista una mala relación madre – hija.

• Problemas éticos:

- Conflicto del profesional: Sonia posee el derecho a la confidencialidad, el profesional tiene que guardar el secreto; y el derecho de la madre a conocer la situación de su hija que es menor de edad.

Ante esta situación, hay que intentar no romper el derecho de la hija ni de la madre.

16. Principios Éticos y la Bioética.

Se empieza a hablar de bioética en 1997.

INFORME BELMONT 1983: Es un informe de la comisión nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. Principios éticos y recomendaciones para la protección de personas objeto de la experimentación:

- **Respeto a las personas:** Que incorpora:
 - ♦ Los individuos deben ser tratados como entes autónomos. Principio de autonomía.
 - ♦ Que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección.
- **Beneficencia:**
 - ♦ No hacer daño. Principio de no maleficencia.
 - ♦ Extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.
- **Justicia:**
 - ♦ ¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y quién sufrir sus cargas? Imparcialidad. Calidad en la distribución o lo que es merecido.

Posteriormente se establecieron dos niveles de principios:

1º.- NO MALEFICENCIA-JUSTICIA.

2º.- AUTONOMÍA-BENEFICENCIA.

BENEFICENCIA:

(Hacer el bien) para profesiones sanitarias: buscar el mayor predominio del bien sobre el mal en la asistencia a los pacientes.

- Fuentes Históricas: Juramento hipocrático, Sobre el Arte, Libro de las Epidemias.
- Procurar los mejores intereses para el paciente y como los entiende la medicina.
- Aportar significados a los conceptos clave del principio de beneficencia: el bien y el mal.
- La obligación primaria del médico es beneficiar al paciente siendo limitante la prevención del mal.
- Fuentes Modernas: Las influencias religiosas comienzan a ser sustituidas por influencias laicas, la filosofía, en pleno XVIII. Hacen relación a la veracidad con los enfermos graves, confidencialidad y obligación de no abandono al paciente agónico.

Dr. John Gregory (XIX). Introduce simpatía, para construir un puente entre mejores intereses y obligaciones y virtudes concretas.

Para la confidencialidad, veracidad, enfatiza las virtudes. Aporta todos los elementos del modelo de beneficencia.

- Define el fin y el objeto moral de la medicina.
- Esboza las obligaciones generadas por este principio: confidencialidad y veracidad.
- Insiste en la importancia de las virtudes imprescindibles para el cumplimiento rutinario y humano de las obligaciones médicas.

CONCLUSIONES:

- Obliga al profesional a poner el máximo empeño en la atención al paciente (no hacer daño) y a hacer

cuanto pueda por mejorar la salud, tal como él lo considere más adecuado.

- La beneficencia es un principio moral básico y se aplica primariamente al paciente, aunque también a los otros (humanidad).

EN LA ACTUALIDAD:

- Obliga a hacer el bien, cuyo contenido hay que decidir entre quien decide y recibe o mejor entre quien informa y recibe.
- Obliga a optimizar beneficios y evitar riesgos.

Hay que ofertar todas las opciones diagnósticas posibles en su caso y también ofertar el criterio del profesional acerca de las mejores opciones posibles.

AUTONOMÍA:

El modelo de autonomía considera los valores y creencias del paciente como principal consideración moral en la determinación de responsabilidades del sanitario en la asistencia a los pacientes.

Si los valores del paciente se enfrentan directamente a los del médico, la responsabilidad de los médicos estriba en respetar y facilitar una autodeterminación del paciente en la toma de decisiones sobre su destino médico.

Las obligaciones del médico brotan del respeto a la autonomía.

Sus fundamentos se encuentran principalmente en las historias del derecho y la filosofía.

- Fuentes Jurídicas: ha sido gestado en medios jurídicos, donde la autodeterminación tiene su historia.

El principio de autodeterminación sin ánimo de autonomía alude a que se tiene soberanía sobre la propia vida que protege la intimidad y los derechos a controlar lo que sucede a cada persona y sus bienes.

Esta soberanía personal o individual precisa de protección por dos motivos:

- ♦ Existe riesgo de un desequilibrio de poder entre el individuo y el Estado a favor de éste. Los derechos individuales aportan un correctivo al asegurar que los individuos, en cuanto tales, recibirán la consideración y respeto debidos.
- ♦ Aparecen conflictos entre el concepto que tiene un individuo de sus mejores intereses y el que tienen los otros. Los derechos de soberanía individual protegen la libertad del individuo de elegir sus mejores intereses.

Este principio se aplica a asuntos concernientes a la responsabilidad del sanitario porque el paciente y el médico no son iguales en cuanto a posesión de información ni a su capacidad de controlar las circunstancias en las que se encuentra.

Una de las partes está sana y tiene conocimientos médicos, mientras que la otra está enferma y no los tiene.

Los derechos legales constituyen un modo de limitar el poder del médico y proteger al paciente.

También aparecen conflictos entre lo que entiende la medicina por los mejores intereses de un paciente y lo que entiende el paciente por dichos intereses.

La idea más generalizada en la filosofía moral sigue siendo el AUTOGOBIERNO. Una decisión es autónoma cuando:

- La decisión procede de los valores y creencias propios de dicha persona.
- Se basa en una información y comprensión adecuada.
- No viene impuesta por coacciones internas ni externas.

- Fuentes Filosóficas:

Locke lo establece frente al estado.

Las teorías de Kant son especialmente destacables. Pretendía establecer las condiciones necesarias en una comunidad moral cuyo rasgo definitorio fuera del respeto mutuo.

Para él ser libres es ser libres para elegir. Así- no tratamos a la persona como medio para nuestros fines. No incorpora excepciones.

Esta idea de que los hombres deberían ser libres de todo control exterior en sus decisiones básicas es el fundamento del principio de autonomía.

Las personas deben ser agentes libres de modo que sean sujetos y no objetos

La autonomía no justifica que el paciente haga o elija lo que quiera. Significa que se les debe dar información acerca de su estado y sobre las alternativas médicas viables.

Significa que se deben respetar las decisiones de los pacientes competentes después de una adecuada información (consentimiento informado).

La tradición de la ética americana se polariza por la autonomía. La tradición europea mediterránea favorece la beneficencia.

Hay que buscar el equilibrio en las decisiones.

Ética

2 – Diciembre – 2003

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

En las situaciones médicas existen límites en cuanto a las decisiones autónomas. No se respetan las opciones del paciente si:

- Violan las normas de la práctica profesional (Lex Artis) o las concepciones morales del profesional médico (objeción de conciencia).
- Se precisan recursos a los que el paciente no tiene ningún derecho especial. La autonomía no significa que alguien pueda ignorar a los otros. (Un ejemplo podría ser en cuanto al tema económico: decisión entre invertir en vacunas para todo el mundo o invertir ese dinero en transplantes de órganos).

En la actualidad, el principio de autonomía obliga a:

- Considerar a todos los hombres capaces de decisiones respecto a su proyecto vital
- Favorecer la participación activa de los pacientes en su proceso terapéutico y toma de decisiones.
Los siguientes factores aparecen recogidos en la Nueva Ley de Autonomía del Paciente:

– Respetar los valores y creencias del paciente.

– Consentimiento Informado

Ú- En un caso clínico, el método a seguir consistiría en:

1.- Valorar los principios, derechos, valores, creencias y sentimientos del paciente.

2.- Estudiar el problema

3.- Valorar las consecuencias en caso de hacer alguna excepción con el paciente.

Ejemplo: Caso clínico en el que a una mujer se le oculta su situación de cáncer terminal para evitarle sufrimiento.

â†’ En este caso se antepone el Principio de Beneficencia al Principio de Autonomía (derecho de la paciente a saber la verdad de su caso). Hay que valorar la situación teniendo en cuenta que no se puede mentir a la paciente sobre su situación, pero sí se puede responder preguntas sin contar toda la verdad, evitar dar datos extra, etc.

PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA

Primum non nocere: En primer lugar o no hacer daño por principio.

Se parte de que el médico era el capacitado para la toma de decisiones porque era él quien conocía los problemas de salud del paciente. A él correspondía hacer el bien y evitar el mal, aún en contra de la voluntad del paciente. **Beneficencia y no-maleficencia venían a ser 2 caras de una misma cosa;** definidas ambas desde la beneficencia.

Estos principios son siempre relativos al principio de autonomía. Siempre desde el sistema de valores y principios de la persona, ya que cada uno tiene que definir lo que es beneficioso para sí mismo. **La beneficencia no puede ser coactiva.**

El principio de no-maleficencia es previo y absoluto. No podemos hacer bien a nadie sin contar con él. Estamos obligados a no hacer daño a un paciente aunque éste nos lo pida. Existe la obligación de no hacer daño a los enfermos y la de procurar en cada situación los medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados. Se debe exigir la máxima corrección técnica en el desarrollo de su labor.

Este **principio ético**, que delimita el campo de actuación, es el de no-maleficencia, principio que hace referencia a la vida biológica que el personal sanitario tiene en sus manos. Su contenido se establece con **criterios universales y comunes.**

Dada esta situación y contando con tales medios... Se puede producir con alta probabilidad de acierto desde el punto de vista técnico, compete llevar a cabo dicha actuación.

Código Deontológico.

Por esta razón, se pueden establecer protocolos en los distintos servicios del hospital, líneas generales de actuación, directrices, etc.

La no-maleficencia no depende de la autonomía de cada persona, estoy obligado siempre a ella. Son los máximos morales y eso es lo que garantizan los Códigos Deontológico.

Para que una acción sea considerada moral o correcta tiene que universalizarse, de modo que no vaya contra el respeto debido a todas y cada una de las personas. Este es **el imperativo de la no-maleficencia**, sin el cual no hay moral posible. Pero sólo con el no es suficiente, requiere valorar las consecuencias.

En la actualidad, el principio de No Maleficencia exige:

- No hacer daño
- Tratar con consideración y respeto
- No hacer cosas contraindicadas
- Hacer lo indicado, pero conociendo la eficacia
-

PRINCIPIO DE JUSTICIA

El origen del principio de justicia se remonta muy atrás en el tiempo, a los siglos III y IV.

La **justicia** es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho.

Derecho (ius) consiste en vivir honestamente, no dañar a los demás y dar a cada uno lo suyo.

La dificultad de la justicia está en su definición general. Platón y Aristóteles – con lo correcto y lo bueno. Así- no es una virtud parcial sino la virtud en general.

- La justicia se tiene que llevar a cabo en base a las necesidades.
- La justicia es una responsabilidad gubernamental.
- Existe una gran dificultad en la definición de la justicia: ¿dar lo mismo a todos?, ¿dar a la gente en base a sus necesidades?, ¿hacer el máximo bien posible?, ...

Tradicionalmente justicia significa **equidad**, que es que cada uno tenga acceso a unos servicios sanitarios adecuados, dignos y básicos.

JUSTICIA como problema de la bioética

El aumento de riqueza de un país dedicado a la sanidad ha dado lugar a la entrada de la economía.

El aumento del gasto sanitario se debe:

- Al desplazamiento de las enfermedades infecciosas y carenciales y las crónicas.
- Al avance tecnológico, que no han supuesto avances en productividad por persona empleada.
- Envejecimiento de la población más gasto
- aumento de la renta per cápita exige bienestar.
- Ampliación de la cobertura del sistema sanitario, a todos.
- Un crecimiento de los gastos sanitarios no será problema si no vivimos en un mundo tan independiente.
- La creciente competitividad internacional de políticas estimuladores de beneficios y limitadoras de

salarios, provocan presiones para reducir el consumo sanitario por parte del estado.

- La medicina en su relación individualizada médico-paciente tiende a pensar que no existe gasto excesivo y que todo aquello medicamente indicado y es viable, debe hacerse.
- Las necesidades individuales de unos cuantos pueden contradecirse con las necesidades de la colectividad.

No basta con plantearse la efectividad de las intervenciones sanitarias, sino deben considerarse los recursos para obtener tales resultados. Debe plantearse la eficiencia.

Los recursos sanitarios tienen un límite. No lo tiene la necesidad de los mismos. La no eliminación del despilfarro choca con el principio de justicia.

INFORME DE LA COMISIÓN PRESIDENCIAL DE EE.UU.:

La comisión presidencial de EE.UU. ha dado un amplio informe para la justicia.

Una sociedad justa que intente promover la igualdad de oportunidades debe asegurar que la sociedad tiene una obligación ética de asegurar un acceso equitativo de todos a la asistencia.

Todo ser humano tiene derecho a un cierto nivel de asistencia mínima decente, no más. Son obligaciones éticas que se resumen en:

- la sociedad tiene una obligación ética de asegurar un acceso equitativo a todos a la asistencia sanitaria.
 - esta obligación se contrapesa con las obligaciones individuales.
 - el acceso equitativo a la asistencia sanitaria requiere que todos los ciudadanos sean capaces de asegurarse un nivel adecuado de asistencia sin excesivos costes.
 - cuando la equidad se consigue con la actuación de las fuerzas privadas, la responsabilidad última es asegurar que la obligación de la sociedad se cumple. Combinación de lo privado y lo público.
 - coste del logro de un acceso igualitario a la asistencia sanitaria debe repartirse equitativamente.
 - los esfuerzos por contener el crecimiento de los costes sanitarios son importantes, pero no deben orientarse a limitar el logro del acceso igualitario a la porción peor servida del público. Es una obligación ética.
-
- Obligación moral de la sociedad de asegurar un acceso equitativo a todos a la asistencia sanitaria.
 - Obligación moral de los individuos de cuidar su salud, sin excesivo gasto hasta un adecuado nivel de asistencia. Informe Abril 1990.

Actualmente nos debe llevar a:

- Tratar a todos como iguales
- Dar igualdad de oportunidades
- No discriminar por motivos de raza, nacionalidad, etc...
- Favorecer la distribución equitativa y eficiente de recursos sanitarios.

BENEFICIENCIA; AUTONOMÍA

NO-MALEFICIENCIA; JUSTICIA

VERACIDAD: obligación de decir la verdad, no mentir ni engañar al prójimo. Para mantener la confianza.

Se espera veracidad como respeto que se debe a las personas.

FIDELIDAD: obligación de cumplir con los compromisos. En las relaciones de confianza, tales como el cumplimiento de las promesas y el mantenimiento de la confidencialidad.

17. El Consentimiento Informado

El consentimiento informado se entiende como un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual un sujeto competente o capaz recibe del sanitario una información suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Esta participación permite al sujeto aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas o cuidadoras, en función de los objetivos que el mismo establezca, sin menoscabo de los derechos de los demás.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15 de noviembre).

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Capítulo IV. El respeto de la autonomía del paciente.

Artículo 8: toda actuación requiere consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente tiene derecho a ser informado con términos asequibles sobre su diagnóstico, pronóstico, tratamiento, tanto verbalmente como escrito.

Art. 4 DP Derecho a la información asistencial

Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la ley. Además tienen un derecho a que este respete su voluntad a no ser informado.

La información, que como regla general se proporcionará verbal dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención sus riesgos y sus consecuencias.

- La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales.
- Será verdadera
- Se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades
- Le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad
- El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de sus derechos a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen alguna técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Art. 5 El titular del derecho a la información es el paciente

- También serán informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
- El paciente será informado incluso en caso de incapacidad de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión cumpliendo con el deber de informar a sus representantes legales.
- Cuando el paciente según el criterio del médico que le asiste carezca de capacidad para entender la

información a causa de su estado físico o psíquico la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo se presentará por escrito en los casos siguientes:

- Intervenciones quirúrgicas
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores
- Y en general aplicación de procedimientos que supone riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- Será necesario para cada una de las actuaciones especificadas anteriormente. Tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

Todo paciente tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Art.9 Límites del Consentimiento Informado.

- La renuncia del paciente a recibir información está limitada:
 - ♦ Por el interés de la salud del propio paciente.
 - ♦ De terceros.
 - ♦ De la colectividad.
 - ♦ Por las exigencias terapéuticas al caso.

Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente; sin perjuicio de la obtención de un consentimiento previo para la intervención.

Los facultativos pueden actuar sin consentimiento:

- Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. Una vez adoptadas las medidas según Ley Orgánica 3/1986 se comunicará a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24h siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a personas vinculadas de hecho a él.

Se otorgará el consentimiento por representación en:

- Cuando no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si carece de representante legal, lo presentarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- Cuando el paciente está incapacitado legalmente.
- Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual, ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. Lo dará el representante legal si menor, escuchada su opinión, de 12 años cumplidos. Si menores no incapaces, emancipados lo darán ellos, o 16 cumplidos, lo darán ellos.

Art.10 Condiciones de información y consentimiento por escrito.

El facultativo proporcionará al paciente antes de recabar el consentimiento, la información básica siguiente:

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionado con el tipo de intervención.
- Contraindicaciones: el médico responsable debe ponderar en cada caso que cuanto más doloroso sea el resultado, más recesivo resulta el previo consentimiento escrito.

COMPETENCIA:

La capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acciones posibles con las consecuencias posibles de cada una de ellos, para la continuación, tener, expresar y defender una decisión que sea consecuente con su propia escala de valores:

- La posesión del paciente de una escala de valores en que fundamentar sus decisiones.
- Capacidad para comprender y comunicar la información.
- Capacidad para razonar y discutir a cerca de la propia opción.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Formulario:

- La suficiente información.
- Claridad en la información.
- Apartado de declaraciones y firmas
- Lugar y fecha.

18. Comités Asistenciales de Bioética.

Existe una Comisión Nacional de Bioética, así como hay una por cada Comunidad Autónoma.

La función primordial de un Comité de Bioética es establecer protocolos de actuación.

Existen diversos tipos de comités de bioética:

- **Comités asistenciales:** Están compuestos por miembros de diferentes profesiones, por ejemplo: trabajadores sociales, enfermeras, médicos, abogados, psicólogos, representantes de los pacientes, auxiliares, etc. La participación es de carácter voluntario, y además, no es necesario ningún tipo de preparación en Bioética, aunque si es cierto que la realización de cursos en la materia puede resultar muy beneficiosa. Los miembros del Comité se renuevan cada 4 años.
- **Comités éticos de investigación clínica:** están regulados por la ley del medicamento.
- **Comités deontológicos:** están regulados por el Código Deontológico.

19. Las decisiones de sustitución y el respeto a las creencias.

Negación al tratamiento

El paciente tiene derecho a negarse al tratamiento excepto:

- cuando la urgencia lleve a demoras
- vaya en contra de la Salud Pública
- si el tratamiento es vital, es decir, corre riesgo la vida de la persona (¿?)

Creencias

Un ejemplo de creencias es la de los Testigos de Jehová, quienes no aceptan transfusiones sanguíneas. Este hecho, puede plantear serios conflictos, ya que, aunque el tratamiento sea insustituible por otro, el médico está obligado a respetar sus creencias.

En España no existe ninguna ley en la que conste que este derecho se puede llevar a cabo.

- Si la persona es competente, puede negarse al tratamiento.
- Si la urgencia es vital y no hay tiempo material para pedir el consentimiento, el médico está obligado a actuar.
- Si la persona no tiene capacidad para decidir, o se siente coaccionada por alguien, lo primero que se pide es la libertad del paciente, por esto el criterio no es claro.
- En el caso de los niños, aunque los padres se opongan al tratamiento, siempre hay que contar con el menor. El juez será quien dicte que se le realice o no la transfusión sanguínea, además de realizar el nombramiento de un tutor del niño.

Instrucciones Previas

Por el **documento de instrucciones previas**, una persona mayor de edad, capaz y libre; manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de instrucciones previas.

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

No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento público.... y aquellas que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.

En la historia clínica del paciente, quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones

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

Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas.

Se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo, el **Registro nacional de instrucciones previas** que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo interterritorial del

Ordenes de no reaccionar

En 1960, se realizó por primera vez el masaje cardiaco sistémico. Después se descubrió la desfibrilación, de tal forma que, era posible sacar a una persona de una parada cardiorrespiratoria.

Esto creó una gran crisis y empezaron a aparecer en la UVI personas en estado vegetal, entonces, ¿todo lo que se puede hacer se debe hacer?

Por este motivo, se realiza un estudio. Y tras el entusiasmo y reunida la experiencia suficiente, la evaluación determinó:

- Que la técnica se considere electiva desde la perspectiva profesional.
- Opcional desde la perspectiva del paciente.

El término **electivo** implica que la RCP debe estar indicada a juicio del facultativo responsable.

Opcional implica éticamente que un paciente competente y previamente informado tiene el derecho a rechazarla por muy excelente que fuera la indicación del facultativo.

Las ONR (Órdenes de no – reanimación) emenadas por los pacientes, fueron asumidas por médicos y Comités asistenciales de ética.

Tratamiento fútil: Aquel cuyas expectativas predecibles o empíricas de éxito en cuanto a bienestar, o mejora general de la salud, son tan utópicas que harían imposible el cálculo de su probabilidad.

Un tratamiento fútil, nunca conseguirá el objetivo para el que fue instaurado. Es importante diferenciar claramente lo que es un efecto de lo que es un beneficio.

Aquella terapia que consiga un determinado efecto limitado a una parte del organismo sin beneficiar al paciente, mejorándolo como un todo, es un tratamiento fútil.

La contraindicación de la RCP, escrita en una ONR se clasifica en:

- **Científica:** se establece para respetar la dignidad de la muerte natural.
- **Autónoma:** se establece para respetar el expreso deseo del paciente previa y debidamente informado o de su tutor válido.
- **Mixta:** confluyen ambos categorías.

Una ONR correcta debe cumplir las características de: Racional, Rentable, Respetuosa y Reflejada (regla de las 4 erres). Debe realizarse por escrito por el facultativo responsable.

La racionalidad y rentabilidad viene representada por la experiencia propia y ajena a través de las interconsultas bibliográficas de la literatura médica mundial (tipo Medline).

El respeto a la decisión negativa del paciente competente o de sus tutores válidos a recibir, tras una información honesta, procedimientos de RCP, debe traducirse en una indicación de ONR.

20. Problemas éticos del final de la vida.

La distinción entre enfermedades agudas y crónicas es muy antigua, se encuentra ya en el corpus

hippocraticum. Enfermedades de:

- Brusca aparición – abrupta resolución.
- Lenta instauración – lenta resolución.
- KRISIS – CAMBIO
- LYSIS – DISOLUCIÓN

KRISIS, resolución
ENF. AGUDAS – cuidados intensivos
ENF. CRÓNICAS – cuidados paliativos
LYSIS, disolución

Los cuidados paliativos son específicos de la fase final de enfermedades crónicas.

Hay que distinguir entre enfermedades agudas y crónicas y cuidados intensivos y paliativos.

Criterio de clasificación de enfermedades en 4 niveles:

- Nivel 1: Soporte total – Cuidados intensivos.
- Nivel 2: Soporte total y evaluación cada 24h – En línea divisoria entre cuidados intensivos y paliativos.
- Nivel 3: No técnicas de soporte vital – cuidados paliativos.
- Nivel 4: Suspensión de medidas – Cuidados.

Albert Jonson y William Winslade (1982). Para estos autores los problemas éticos tienen que estar situados en cuatro ejes o coordenadas:

- Indicaciones médicas.
- Preferencias del paciente.
- Calidad de vida.
- Factores socioeconómicos.

Al analizar las indicaciones médicas se distinguen tres tipos de enfermedades:

- ACRE (agudas, crónicas, reversibles y de eficaz diagnóstico y tratamiento).
- CID (crónicas, irreversibles y deletéreas o mortales).
- CEPA (crónicas de eficaz tratamiento sintomático, paliativo y ambulatorio).

PROBLEMAS ÉTICOS:

Crónico: Aquel que sufre un proceso agudo muy grave que compromete la vida pero es reversible. ACRE.

Terminales: comprometen su vida pero de forma irreversible. CID. Sólo cuando se trata de enfermedad crónica que ha entrado en fase aguda terminal hablamos de fase terminal.

La enfermedad terminal puede caracterizarse como la fase aguda de un proceso crónico.

También se define como: una descompensación o cataclismo de enfermedad crónica que va a poner término a la vida del paciente.

Hay que tener en cuenta que el derrumbe biológico lleva consigo uno general.

21. El Enfermo Terminal.

Los enfermos terminales no pueden curarse. Los cuidados cobran especial importancia:

- aseo.
- Movilización.
- Dolor.
- Dificultad respiratoria.
- Hidratación.

Los tratamientos curativos intentan ayudar a bien vivir, los cuidados a bien morir.

ASISTENCIA HUMANA:

Los enfermos terminales tienen sus derechos que nadie puede usurparles:

- Derecho a expresar su última voluntad y, por tanto a hacer testamento y disponer de sus bienes ante notario o testigos.
- Derecho a redactar un testamento biológico y por tanto a su última voluntad a propósito de su muerte.

Karl Jaspers: En la vida de todo ser humano hay situaciones especiales, límite, en las que el ser humano parece transpasar el horizonte de lo cotidiano y toca fondo.

LOS HOSPICES:

El hospicio es un lugar donde se recibía a los viajeros en calidad de huéspedes, era atendido por una comunidad de personas, que normalmente pertenecían a una orden religiosa, que se hacía cargo de viajeros y enfermos.

La doctora Saunders abrió su moderno hospicio en 1966 en Londres. No se trataba de un hospital para curar si no de una especie de casa de cuidados de enfermos terminales.

Este hospicio aseguraba:

- Un reencuentro con la familia.
- Obtiene mayor control de los pacientes.
- Se preocupa especialmente de las necesidades concretas de los pacientes y la familia.

- **NECESIDADES FÍSICAS:**

- ◆ Supresión del dolor con medicación.
- ◆ Frecuentes cambios posturales.
- ◆ Masajes y fricción en la espalda.
- ◆ Esmerada atención a dentadura y encías.
- ◆ Higiene personal.
- ◆ Atención y preocupación por otros detalles mínimos.
- ◆ Promoción de la movilidad del enfermo.

- **NECESIDADES SOCIALES:**

- ◆ Cosas insignificantes que tiene un efecto muy favorable para el enfermo.
- ◆ Escuchar música.
- ◆ Compartir tiempo con familia y amigos.

- ◆ Vestir bien y con elegancia.
- NECESIDADES EMOCIONALES:
 - ◆ Ayuda a combatir la soledad, el aislamiento, y el temor a quedar abandonados.
 - ◆ Son tratados de tal manera que llegan a convencerse de que siguen siendo importantes para los demás.
 - ◆ Se les da respuestas sinceras y claras a todas las preguntas.
 - ◆ Se les anima a expresar cómo piensan y que es lo que realmente sienten.
 - ◆ Ayuda a sus familiares y amigos a expresar sus sentimientos.
- NECESIDADES ESPIRITUALES:
 - ◆ Reconocen la importancia de los asuntos espirituales.
 - ◆ Los pacientes pueden comunicar sus sentimientos a su autoridad religiosa.

Aspectos especiales que caracterizan al hospice:

- Concentran sus esfuerzos en cuidar.
- La medicina también es importante y se aplica con rigor científico.
- El conocimiento de la patología y farmacología son básicos.
- Se analizan los problemas en equipo.
- Se le da máxima importancia al paciente.

La enfermería es básica. Permanece más tiempo con el enfermo y adquiere un conocimiento más próximo a la realidad. Tiene más tiempo para hablar con el paciente, sondear los problemas y ofrecer soluciones.

Ha de poseer un conocimiento adecuado de los fármacos que más frecuentemente se usen.

En los hospices se aspira a tener un control del dolor sin disminución de la consciencia, se anima a vivir la vida plenamente para provocar bienestar físico y emocional. Se prestan cuidados a domicilio siempre que sean factibles y se trata a los pacientes y seres queridos como una unidad y se intenta evitar que lo pasen mal.

Se trata de coordinar al equipo que cuida del enfermo (coordinador general-DUE-, médicos, enfermeros, psiquiatras, psicólogos, capellán, asistente social, dietista, farmacéutico, terapeutas y voluntariado) con la familia y los amigos que aprenden.

22. La Eutanasia.

Phillipe Aries en su obra: Historia de las mentalidades:

– Muerte ritualizadora.

– Muerte medicalizadora.

– Muerte autonomizadora.

– Ritualizadora: cómo las diferentes culturas han aceptado la muerte de sus seres (ritos, etc...).

– Medicalizadora: es la tecnificación de la muerte y la puesta en manos del médico o de la sociedad.

– Autonomizadora: su protagonista es el paciente capaz de tomar decisiones.

-El debate de la eutanasia nunca será neutral porque todos estamos inmersos en tan complicadas decisiones.

-Posiciones en la legitimación o no de la eutanasia:

1.-Calidad de vida y libre disposición de la misma.

2.-Inviolabilidad y santidad de la vida.

3.-Eutanasia voluntaria en casos excepcionales.

EUTANASIA: viene del griego Eu: bien y de thanatos: muerte buen morir.

-Francis Bacon en 1625 en : Historia vitae et mortis:

la función del medico es devolver la salud, mitigar los dolores y no solo cuando esta mitigación pueda conducir a la curación sino también para procurar una muerte tranquila y fácil .

-La sociedad americana sobre la eutanasia la define como:

la terminación de la vida humana por medios indoloros con el propósito de poner fin al grave sufrimiento físico.

-Clasificación actual de la eutanasia:

-Voluntaria e involuntaria.

-Activa o pasiva.

-Directa e indirecta.

-DISTANASIA: prolongar la vida de forma artificial en un paciente terminal o crónico.

-ADISTANASIA: dejar que la enfermedad le mate.

-ORTONASIA: buena muerte.

-CACOTANASIA: acelerar deliberadamente la muerte del paciente sin que medie la voluntad del mismo.

Eutanasia voluntaria e involuntaria

-Eutanasia voluntaria: a petición expresa del paciente. Tiene amparo legal.

-Involuntaria: la que se lleva a cabo sin que nadie medie la voluntad del paciente.

Eutanasia activa o pasiva.

-Activa o pasiva: acción u omisión que provocará a la muerte del paciente. Mucha gente opina que es mas grave matar que dejar morir pero ambas cosas son igualmente condenables tanto  tica como moral y legalmente.

-Eutanasia activa: acciones encaminadas a terminar deliberadamente con la vida del paciente que sufre.

–Eutanasia pasiva: cese de una actividad terapéutica que prolonga la vida de un paciente terminal irreversible.

–El respetar el proceso de morir es respetar al paciente y ejercer noblemente nuestra profesión.

Eutanasia directa e indirecta.

–Directa: sin ánimo de activa.

–Indirecta: muerte del paciente como efecto secundario no deseado ni buscado del tto del dolor producido por la enfermedad.

–Tradicionalmente se le llama principio del doble efecto.

–Lo que define el hecho de la eutanasia es la intencionalidad de lo que hagamos.

Suicidio asistido o ayuda al suicidio.

–En enfermedades incurables con sufrimiento severo e implacable.

–Deben haberse buscado medios paliativos y no responder a ellos.

–Debe expresar su voluntad de morir.

–Contexto de la relación médico-paciente como testigo de la enfermedad.

–Consultar a otro médico.

–Documentación clara.

LA MUERTE

CONCEPTO JURIDICO

La muerte como tal, no está definida de forma expresa en los textos legales, así que tenemos que atenernos al concepto común, como cesación de la vida.

LEGISLACIÓN REFERIDA A LA MUERTE:

- ley reguladora del registro civil (8 junio 1957)
- reglamento del registro civil (14 noviembre 1958)
- reglamento de policía sanitaria-mortuoria (1976)
- ley 30/79 sobre extracción y trasplante de órganos (1979)
- RD 426/980 que desarrolla la ley 30/79
- RD 2070/1979 de 30 diciembre, en el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de trasplante de órganos y tejidos.
- Código civil

Artículo 32 del código civil establece que la responsabilidad civil se extingue con la muerte de las personas.

La ley y el reglamento del registro civil, no establecen criterios específicos de muerte, entendiéndose

como odios e incluso atribuyendo a personal no médico o incluso delegando en 2 personas capaces la comprobación de aquellos extremos del certificado de defunción q no aparecen claros o sean contradictorios con las manifestaciones del declarante del fallecimiento.

ASPECTO MÁS IMPORTANTE DE LA LEY Y REGLAMENTO DEL REGISTRO CIVIL:

- la muerte de una persona debe inscribirse en el registro civil, como requisito previo a la concesión de la licencia de enterramiento.
- El enterramiento tendrá lugar al menos 24h después de la muerte (excepciones en caso de epidemias).
- Inscripción promovida x parientes, habitantes de la misma casa, vecinos o autoridad gubernamental.
- Certificado de defunción del médico q haya atendido al fallecido en la última enfermedad o cualquier otro. Tiene q tener día, hora, lugar, causa exacta de la muerte y explicar si conoce al fallecido personalmente.
- Caso de muerte violenta: no emitir certificado, dar parte al juzgado, practicar autopsia.

ACTUACION EN CASOS DE MUERTE X VIOLENCIA:

- se suspenderá la licencia de enterramiento hasta q el juez lo permita.
- Poner en conocimiento del juez de guardia.
- El médico nunca debe firmar el certificado de defunción.
- No certificar tampoco en casos de muerte súbita y cuando la muerte sea consecuencia de las complicaciones surgidas en la evolución de las lesiones x agresión o accidente circulatorio.

CONCEPTO MEDICO

Se puede definir como un fenómeno biológico q se desarrolla de forma individualizada en el ser vivo y q conduce a la cesación de la vida, vida q no será otra cosa a su vez, q un conjunto de fenómenos biológicos q se mantienen en constante equilibrio.

La muerte en cambio debe entender como un proceso, q independientemente de la intensidad y naturaleza de la causa q la produce, tendrá una duración diferente, estando integrada x una sucesión evolutiva de fases de desestructuración progresiva del funcionamiento integrado del organismo.

Según Calabuig, las fases de la muerte son:

- *Muerte aparente*: abolición aparente de los fenómenos vitales. Se reduce Fc. y frecuencia respiratoria e intensidad de movimientos respiratorios, habiendo una situación de inconsciencia.
- *Muerte relativa*: prolongación de la agonía, suspensión efectiva y duradera de las funciones nerviosas, circulatorias y respiratorias, siendo posible mediante maniobras de reanimación, la recuperación de algunos casos.
- *Muerte inmediata*: extinción progresiva e irreversible de la actividad biológica de los distintos órganos y tejidos.
- *Muerte absoluta*: desabolición de toda actividad biológica del organismo.

MUERTE CEREBRAL

Anterior al desarrollo de las técnicas de extracción y transplante de órganos.

Fue descrita en 1959 x Mollaret y Goulon como coma depasse y se define como la situación en la q el cerebro está extenso e irreversiblemente dañado, no puede mantener la homeostasis interna y externa y no es posible su recuperación.

DX DE LA MUERTE

Se realiza x medio de la observaci3n de fen3menos susceptibles de comprobaci3n instrumental. Estos signos son 2:

- signos debidos al cese de las funciones vitales: anexo 1 del RD 2079/99
- signos debidos al establecimiento de los fen3menos cadav3ricos: enfriamiento, deshidrataci3n, livideces e hip3stasis viscerales, rigidez cadav3rica y espasmo, putrefacci3n.

Veracidad

Bondad

Responsabilidad

Ego3-smo

Nivel 1

Nivel 2

Nivel 3