

TEMA 1E. CONCEPTO DE ENFERMERÍA. ÉTICA Y DEONTOLÓGICA.

DIMENSIONES DE LOS CUIDADOS ÉTICOS.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.1. CONCEPTO DE ENFERMERÍA

Según la OMS, la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

1.2. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOÉTICA

La bioética sanitaria o clínica es **la inclusión de los valores en la toma de decisiones sanitarias, a fin de aumentar su corrección y calidad; introduce los valores morales en la práctica clínica con el fin de mejorar la calidad asistencial.**

Es preciso imponer siempre un límite a la actuación y decisiones de los profesionales sanitarios en su interacción con el usuario y este límite implica **el respeto a la libre decisión del paciente, a la expresión de su personalidad en todos sus aspectos como ser humano.** El usuario tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento que se le sugiera, y al profesional sanitario sólo le corresponde explicar y justificar la necesidad del procedimiento a practicarle, y si el caso lo requiere, advertir de los riesgos de rechazar el procedimiento. Pero hasta ahí, el enfermo es el único dueño de su vida y decisiones.

La bioética se basa en unos principios, definidos por distintos autores y códigos, vamos a verlos.

1.2.1. Principios de la bioética

El criterio ético fundamental que regula la bioética es el respeto al ser humano, a sus derechos, y sobre todo a su dignidad.

Código de Nuremberg

Este Código es el documento más importante de la historia de la ética en la investigación clínica, en él se basan todos los códigos subsiguientes. Es el resultado del juicio al que fueron sometidos tras la II Guerra Mundial los médicos acusados de realizar experimentos atroces con seres humanos. Así, los jueces concluyeron el juicio con diez principios que rigen la investigación con seres humanos, entre ellos se incluye el consentimiento informado y la ausencia de coerción, la experimentación científica fundamentada y la beneficencia del experimento para los sujetos humanos involucrados.

Los diez principios son:

1. Necesidad del consentimiento voluntario del sujeto humano. Esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción.
2. El experimento debe ser tal que dé resultados provechosos para el beneficio de la sociedad, no sea obtenible por otros métodos o medios y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
3. El experimento debe ser proyectado y basado sobre los resultados de experimentación animal y de un conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otro problema bajo estudio, de tal forma que los resultados previos justificarán la realización del experimento.
4. El experimento debe ser realizado de tal forma que se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño.
5. No debe realizarse ningún experimento cuando exista una razón *a priori* que lleve a creer el que pueda sobrevenir muerte o daño que lleve a una incapacitación, excepto, quizás, en aquellos experimentos en que los médicos que experimentan sirven también como sujetos.
6. El grado de riesgo que ha de ser tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de ser resuelto con el experimento.

7. Deben realizarse preparaciones propias y proveerse de facilidades adecuadas para proteger al sujeto de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.
8. El experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente cualificadas. Debe exigirse a través de todas las etapas del experimento el mayor grado de experiencia (pericia) y cuidado en aquéllos que realizan o están implicados en dicho experimento.
9. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo si ha alcanzado un estado físico o mental en que la continuación del experimento le parezca imposible.
10. Durante el curso del experimento, el científico responsable tiene que estar preparado para terminarlo en cualquier fase, si tiene una razón para creer con toda probabilidad, en el ejercicio de la buena fe, que se requiere de él una destreza mayor y un juicio cuidadoso de modo que una continuación del experimento traerá probablemente como resultado daño, discapacidad o muerte del sujeto de experimentación.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el **10 de diciembre de 1948** en París; en ésta se recogen los derechos humanos considerados básicos.

Autores importantes dentro de la Bioética

- Fritz Jahr ha sido llamado el Padre de la Bioética ya que fue él quien utilizó por vez primera este término y destaca el concepto de la bioética como una disciplina académica, como un principio cultural y moral.
- **Van Rensselaer Potter** publicó dos trabajos que son considerados los que ponen en marcha el desarrollo de la bioética como una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con un conocimiento de los sistemas de valores humanos.

Informe Belmont

Ante la denuncia de diversos casos médicos escandalosos, el 12 de julio de 1974 el Gobierno de los Estados Unidos constituyó una Comisión Nacional para el estudio de las cuestiones éticas relacionadas con la investigación médica en sujetos humanos.

Su cometido era la identificación de los principios éticos básicos que debían tenerse en cuenta en este tipo de experimentos. También se pedía a la Comisión que desarrollara una serie de guías de acción basadas en esos principios, que pudieran servir a los científicos.

El Informe consta de una introducción y tres partes: Límites entre práctica e investigación; Principios éticos básicos; y Aplicaciones. De entre los principios éticos básicos ampliamente aceptados en la tradición occidental la Comisión señala tres relevantes para la investigación sobre sujetos humanos: el **respeto a la opinión de las personas (autonomía)**, la **beneficencia** y la **justicia**.

La última parte del Informe Belmont está dedicada a señalar algunos requisitos que se deducen de los principios cuando éstos se aplican a la investigación: consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y cómo debe ser la selección de los sujetos de investigación.

Los trabajos de esta Comisión culminaron el 18 de abril de 1979 con la publicación del *Informe Belmont: Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*.

Principios de Beauchamp y Childress

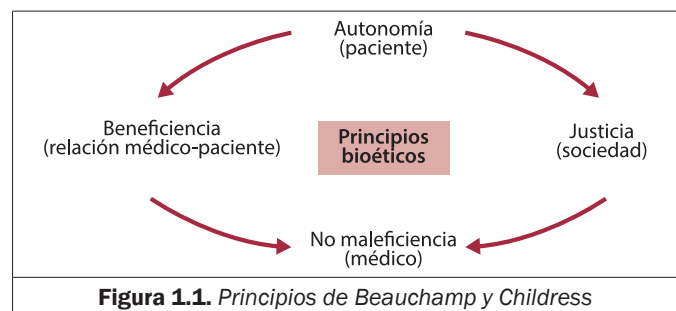


Figura 1.1. Principios de Beauchamp y Childress

A. Principio de beneficencia

Hacer el bien, obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo perjuicios. **Se debe promover el interés del paciente,** así se considera que por la formación que posee el profesional sanitario, sabe lo más conveniente para aquél.

B. Principio de autonomía

La capacidad de tomar decisiones por uno mismo sin influencia de personas externas, este principio se respetará salvo cuando se den situaciones en que las personas no sean autónomas o estén incapacitadas.

El consentimiento informado es la máxima expresión de este principio, constituyendo un derecho del paciente y un deber del profesional sanitario.

C. Principio de justicia

Se debe tratar a cada uno como corresponde, **disminuyendo las situaciones de desigualdad con un equitativo reparto**

de los recursos sanitarios, atendiendo a parámetros como las necesidades personales, capacidad económica, etc.

Principio de no maleficencia

Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. A veces las actuaciones médicas causan un daño para producir un bien, entonces, de lo que se trata es de **no perjudicar innecesariamente, debe prevalecer el beneficio sobre el perjuicio**, es lo que en el Código Penal se llama Estado de Necesidad, **el mal que se produce para evitar un mal mayor.**

Principios de Tavistock

1. Es un derecho del ser humano recibir asistencia sanitaria, si la precisa.
2. El centro de la atención sanitaria es el individuo, pero el sistema sanitario debe trabajar para mejorar la salud de la población.
3. Son fines del sistema sanitario el tratar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y las minusvalías, y promover la salud.
4. Es esencial que quienes trabajan en el sistema sanitario colaboren entre sí, con los pacientes y las poblaciones y con otros servicios y sectores.
5. Los profesionales sanitarios deben promover la mejora de la atención sanitaria.
6. **Primum non nocere (ante todo no hacer daño).**

Convenio de Oviedo

Por otro lado, hay que destacar la ratificación por España del **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, ratificado en Oviedo el 4 de abril de 1997.**

En él se resaltan las siguientes ideas:

- a) El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.
- b) Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad.
- c) 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.
- d) 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 a favor de la salud de la persona afectada.

- e) 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.
- f) Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.
- g) 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.
- h) 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.
- i) 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.
- j) No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:
 - Que no exista un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable.
 - Que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento.
 - Que el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente.
 - Que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección.
 - Que el consentimiento se haya otorgado expresa y específicamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento.
- k) Se prohíbe la constitución de embriones humanos con fines de experimentación.
- l) 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. El consentimiento deberá ser expresa y específicamente otorgado, bien por escrito o ante una autoridad.
- m) El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro.

Declaración de la UNESCO

La Declaración Universal sobre bioética y Derechos Humanos, aprobada por la UNESCO el 19 de octubre de 2005, cuenta entre sus principios:

- Promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales.
- Reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- Promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.
- Dignidad humana y derechos humanos. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- Beneficios y efectos nocivos. Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes y los participantes en las actividades de investigación, se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.
- Autonomía y responsabilidad individual. Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrá de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.
- Consentimiento:
 1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.
 2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.
- Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento. Se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento. Se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la sa-

lud de la persona interesada, una vez obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas por la ley, y si no existe una alternativa de investigación de eficacia comparable con participantes en la investigación capaces de dar su consentimiento. Las actividades de investigación que no entrañen un posible beneficio directo para la salud se deberían llevar a cabo únicamente de modo excepcional, con las mayores restricciones, exponiendo a la persona únicamente a un riesgo y una coerción mínimos. Se debería respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.

- Privacidad y confidencialidad. La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento.
- Igualdad, justicia y equidad. Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad. Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.
- Aprovechamiento compartido de los beneficios. Los beneficios resultantes de toda investigación científica y sus aplicaciones deberían compartirse con la sociedad en su conjunto.
- Comités de ética. Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas.

Si se han de imponer limitaciones a la aplicación de los principios enunciados en esta Declaración, se deberá hacer por Ley (por ejemplo, tutores, en el caso de menores de edad o discapacitados).

1.3.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA

El 14 de julio de 1989 se aprobó por el Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España el Código Deontológico de la Enfermería Española.

Conforme a su Preámbulo Segundo es de obligado cumplimiento para todos los profesionales de enfermería del Estado. En el mismo sentido, su artículo 1, que al hablar de su ámbito de aplicación dispone que: obliga a todos los enfermeros inscritos en los colegios, sea cual sea la modalidad de su ejercicio, así como que también es de aplicación a los extranjeros que por convenios o tratados internacionales pueden ejercer ocasionalmente en España.

Por su parte, su norma adicional sexta dispone que incurrir en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica.

Consta de 85 artículos y seis normas adicionales. Especifica que hay que ver al ser humano desde un punto de vista integral. Es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa con su ambiente y participa en la comunidad (Prólogo). Habla de la responsabilidad de los profesionales de enfermería en los siguientes aspectos: prevención de la enfermedad, mantenimiento de la salud, atención, rehabilitación e integración social del enfermo, educación para la salud, formación, administración e investigación enfermera.

El Código se estructura en tres grandes ámbitos: la enfermería y el ser humano, la sociedad y el ejercicio profesional. El mismo, en cuanto conjunto de normas que regulan el ejercicio de la profesión de enfermería y proporciona las pautas para que pueda calificarse de correctamente ética una actuación profesional concreta, trata de, además de un Preámbulo y un Prólogo, su ámbito de aplicación:

- Capítulo I. De la enfermería y el ser humano, deberes de las enfermeras.
- Capítulo II. Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería.
- Capítulo III. La enfermera ante la sociedad.
- Capítulo IV. Promoción de la salud y bienestar social.
- Capítulo V. La enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados.
- Capítulo VI. El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social.
- Capítulo VII. La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz, como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad.
- Capítulo VIII. El personal de enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos.
- Capítulo IX. Normas comunes en el ejercicio de la profesión.
- Capítulo X. La educación y la investigación de la enfermería.
- Capítulo XI. Condiciones de trabajo.
- Capítulo XII. Participación del personal de enfermería en la planificación sanitaria.
- Capítulo XIII. Normas adicionales.

Dentro del estudio del Código, haremos referencia a los aspectos que consideramos más relevantes de cara a las oposiciones: los principios informadores del Código deontológico, el consentimiento informado (como manera de plasmar el principio de autonomía), el secreto profesional, la enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados y la objeción de conciencia.

1.3.1. Los principios informadores del Código

Vienen recogidos en el Capítulo II del Código, en concreto en su **artículo 4**: la enfermera reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de derechos Humanos. Por ello, la enfermera está obligada a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

En virtud de lo dicho, queda patente que el respeto al ser humano en tanto que ser humano y la dignidad que le es inherente ha de ser el referente de la atención de los cuidados de enfermería. La interpretación de estos conceptos debe seguir lo establecido por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948. Una vez más queda patente la íntima conexión entre la bioética, la deontología de las enfermeras y el derecho.

1.3.2. El consentimiento informado en el Código Deontológico

Derivado del principio de autonomía, el consentimiento informado es en la actualidad la piedra angular del mismo, de tal manera que podría decirse que sin su existencia no cabría hablar de respeto a este principio bioético.

Del mismo hay múltiples definiciones, coincidentes todas ellas en el hecho de que es la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, una vez ha recibido la información adecuada para implicarse libremente en su decisión.

En tanto que enfermo competente, este debe saber para qué está decidiendo, ha de tener capacidad psíquica para decidir: por ejemplo, no debe ser víctima de un estado de enajenación mental a la hora de consentir. Cabe incluir aquí (no por enajenación mental, que sería el supuesto de los incapacitados, sino por falta de capacidad debido a su edad) el caso de los niños, que no pueden consentir por sí mismos. Todos ellos, enajenados mentales, incapacitados judicialmente y menores, precisan de alguien, los familiares o allegados, en el caso de los enajenados; los tutores, si se trata de los incapacitados; los padres, en el caso de los niños, que preste el consentimiento por ellos.

La capacidad para poder decidir, tanto del enajenado mental como del incapacitado judicialmente como del menor de edad, deberá valorarse caso a caso, siendo muy prudentes en el establecimiento de juicios apriorísticos presumiendo, salvo demostración de lo contrario, que pueden

cuando menos participar en la toma de decisiones. En el mismo sentido aparece en la Ley 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente.

Del consentimiento informado se encarga el Código Deontológico en los siguientes artículos:

- **Artículo 7:** el consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la enfermera. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada, sobre la atención que se le preste.
- **Artículo 8:** cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la enfermera tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a este.
- **Artículo 9:** la enfermera nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.
- **Artículo 10:** es responsabilidad de la enfermera mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando esta se ejerce en la Instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.
- **Artículo 11:** de conformidad con lo indicado en el artículo anterior, la enfermera deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede el nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.
- **Artículo 12:** la enfermera tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta, en todo momento que este se encuentre en condiciones y disposición de entender, aceptar o decidir por sí mismo.
- **Artículo 13:** si la enfermera es consciente de que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

1.3.3. La enfermería y los disminuidos físicos psíquicos e incapacitados

El Código Deontológico dedica tres artículos acerca de este tema que dicen lo siguiente:

- **Artículo 35:** como consecuencia del Derecho Público que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la sociedad a

la que pertenecen, las enfermeras pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

- **Artículo 36:** asimismo, deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la creación y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.
- **Artículo 37:** igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ellas, en la sociedad.

1.3.4. La objeción de conciencia

Pueden existir situaciones para una enfermera en su quehacer profesional que requieran una actuación que violente sus principios morales, su ideología o sus creencias religiosas: la eutanasia y el aborto son dos ejemplos de ello. En tales supuestos cabe acudir a la cláusula de objeción de conciencia. La regulan el Código Deontológico y la Constitución Española.

El artículo 22 del Código Deontológico dice así: de conformidad en lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la enfermera tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia, que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna enfermera pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

Por su parte, el artículo 16.1 de la Constitución Española establece que: se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto a los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la Ley.

Caso de plantear objeción de conciencia, es posible dirigirse al Comité de Ética asistencial del centro en que se esté trabajando y comunicarlo a la Comisión Deontológica del Colegio respectivo, para que dicho derecho sea respetado. Sin embargo, no hay que olvidar que bajo ningún concepto se puede realizar la objeción de conciencia si la persona que está a nuestro cuidado queda desatendida (por ejemplo, ante una petición de aborto dentro de los supuestos legales, no puede quedar desatendido el derecho alegando motivos de objeción de conciencia).

1.4. EL SECRETO PROFESIONAL

Se conoce como secreto profesional la obligación de un profesional de guardar en secreto, no dar a conocer, no revelar, no divulgar una información, sin permiso de la persona que nos la ha dado por nuestra condición de profesionales, a terceras personas.

Pese a que la Constitución española de 1978 habla de ello en su artículo 20, en relación a otros derechos fundamentales y libertades públicas, dicho secreto sólo ha sido regulado en la actualidad mediante Ley Orgánica, en relación con los profesionales de la comunicación, en concreto por la Ley Orgánica 2/1997, de 19 de junio, reguladora de la cláusula de conciencia de los profesionales de la información. Así, dice la **Constitución** en su **artículo 20**:

Artículo 20.

1. Se reconocen y protegen los derechos:
 - a) A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción.
 - b) A la producción y creación literaria, artística, científica y técnica.
 - c) A la libertad de cátedra.
 - d) A comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades.
2. El ejercicio de estos derechos no puede restringirse mediante ningún tipo de censura previa.
3. La ley regulará la organización y el control parlamentario de los medios de comunicación social dependientes del Estado o de cualquier ente público, y garantizará el acceso a dichos medios de los grupos sociales y políticos significativos, respetando el pluralismo de la sociedad y de las diversas lenguas de España.
4. Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia.
5. Sólo podrá acordarse el secuestro de publicaciones, grabaciones y otros medios de información en virtud de resolución judicial.

Tal como se ha indicado, ello debe ponerse en relación con otros derechos reconocidos por nuestra norma fundamental, en concreto los derechos al honor, la intimidad personal y a la propia imagen, **regulado específicamente por el artículo 18 de nuestra norma fundamental.**

Artículo 18.

1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
2. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito.
3. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
4. La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

1.4.1. El secreto profesional y los profesionales de la salud

En el ámbito sanitario, el secreto profesional, que obliga a todos aquellos profesionales que pueden acceder a datos relativos a la salud de las personas, es un referente habitual de la legislación sanitaria, que lo menciona repetidamente, sin especificar a qué aspectos concretos se refiere.

Es preciso, para determinar el ámbito del mismo, acudir a aquellos aspectos en los que dicha normativa sanitaria apela al derecho de la confidencialidad del paciente: el secreto profesional abarca todo aquello que la legislación sanitaria engloba dentro del derecho a la confidencialidad del paciente.

Cuando el paciente tiene derecho a la confidencialidad, el profesional tiene el deber de secreto profesional.

Ya la **Ley 14/1986, General de Sanidad**, en su **artículo 10, apartado 3** dispone que todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

El **principal referente legislativo actual** en la normativa sanitaria estatal, en relación con el secreto profesional es la **Ley estatal 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

Profesionales obligados a guardar secreto, tal como se ha indicado, son todos aquellos, sean o no profesionales sanitarios, que pueden tener acceso a la información relacionada con la salud de un paciente por razón de su oficio: desde la administrativa de un centro sanitario hasta el médico que atiende a dicho paciente.

La regulación que establece dicha **Ley 41/2002**, en relación con la información sanitaria y el derecho del paciente a la confidencialidad, obligación de secreto profesional para el profesional sanitario, viene recogida en los siguientes artículos:

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Capítulo III. Derecho a la intimidad

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

1. Toda persona tiene derecho a 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.
2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Artículo 16. Usos de la historia clínica.

6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

Respecto al **derecho del paciente y/o terceras personas** –familiares, allegados– **a acceder a la historia clínica**, la Ley dispone en su **artículo 18: Derechos de acceso a la historia clínica:**

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
En el caso de que falleciera el paciente, dicha Ley indica, también en su **artículo 18:**
4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

Tampoco hay que olvidar que dicha información, referida más específicamente a la información sanitaria, abarca también aspectos relacionados con la intimidad del paciente y que, por consiguiente, pueden afectar a su derecho al honor, su intimidad o su propia imagen –supuesto específico en relación, por ejemplo, con las enfermedades de salud mental o las enfermedades infecto-contagiosas. Así, cuestiones relacionadas con su situación social –si tiene o no familia–, económica –el estado de su cuenta corriente, por ejemplo, entre otras. También es de ayuda, para concretar el alcance del deber de secreto profesional, el **Código Deontológico de la Enfermería española**, que habla específicamente del mismo en sus artículos:

Artículo 19.

La/el enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20.

La/el enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21.

Cuando la/el enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que, moralmente, su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Mención especial requiere el deber de **secreto profesional en relación con la información recogida en medios electrónicos, en concreto la historia clínica electrónica**. A este respecto hay que hacer referencia a la **Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal** que indica:

Artículo 7. Datos especialmente protegidos.

3. Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.
7. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto.

Artículo 10. Deber de secreto.

El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo.

Excepciones en las que revelar dicha información pueden no implicar responsabilidad por no haber respetado el secreto profesional son en el momento de realizar un informe pericial, informar a la compañera de cambio de turno o

comunicar enfermedades a la agencia de salud correspondiente, cuando existe tal obligación legal.

Es el **Código Penal** quien establece la responsabilidad última en la que se puede incurrir por no respetar por parte del profesional dicha obligación de secreto profesional. Así, en su **artículo 199 el mismo Código dispone** que:

1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.
2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

El apartado 1 de este artículo vendría referido a los profesionales sanitarios que no disponen de un Código Deontológico propio –caso de las secretarías médicas o las auxiliares de Enfermería. Por el contrario, el apartado 2 del mismo artículo vendría referido a los profesionales sanitarios que sí disponen del mismo –médicos, enfermeras.

Finalmente, recordar que **dicha obligación de secreto profesional perdura no sólo hasta el fallecimiento del paciente sino que el profesional sanitario debe conservarlo también, valga la expresión, hasta su propia muerte**.

1.5. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado está íntimamente relacionado con el principio bioético de autonomía ya que es la manifestación más clara del mismo.

Se encuentra regulado, en la actualidad, por la ya citada **Ley estatal 41/2002**, básica reguladora de la Autonomía del Paciente. En relación con el **consentimiento informado** esta Ley dispone:

Artículo 2. Principios básicos.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación (se modifican los apartados 3, 4 y 5 y se añaden los apartados 6 y 7 por la disposición final 2 de la Ley 26/2015, de 28 de julio).

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
 - a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

- b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
 - a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
 - b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.
 - c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación. Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.
6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados de 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que por ra-

zones de urgencia no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que puedan prestar por sí su consentimiento.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, extendió la capacidad de otorgar el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo a las menores de 16 y 17 años, equiparándolas al régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad, que está establecido en el Código Civil.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:
 - a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
 - b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
 - c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
 - d) Las contraindicaciones.
2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

1.6. DIMENSIONES DE LOS CUIDADOS ÉTICOS

Vielva Asejo define la **ética del cuidado** como “teoría ética que coloca en el centro el concepto de cuidado”. De la

misma refiere que defiende la parcialidad (entendida, por ejemplo, como primar la lealtad al pequeño grupo, si es el caso de las relaciones familiares) frente a la imparcialidad, a la par que rechaza los principios, dando mayor importancia a las emociones y sentimientos de solidaridad, siendo el hecho fundamental ponerse en lugar del otro para comprender sus necesidades y atenderlas.

Por su parte para Fry y Johnstone, el concepto ético del cuidar es el fundamento de la relación enfermera-paciente. Tal como indican, citando a otros autores, el cuidado de enfermería busca la protección de la salud y el bienestar de los pacientes. Para estas autoras el cuidar es:

- Un estado natural, como el que acontece entre madre e hijo.
- Un antecedente de cuidar otras entidades antes de proceder al cuidado verdadero.
- Una necesidad humana de sentirse protegido, y en este sentido se puede decir que el cuidado es una obligación ética.

Para Medina Castellano, el cuidado, que constituye el centro de la profesión enfermera, es el conjunto de acciones realizadas libre y voluntariamente por el profesional de enfermería para promover el bienestar de la persona cuidada, a la par que prestándole apoyo en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Así cabe distinguir dos niveles de la **dimensión ética** del ejercicio profesional en enfermería:

- **Primer nivel:** derivado de la naturaleza de la profesión; está relacionado con la preocupación por el otro, reconociéndolo como un igual.
- **Segundo nivel:** se da ante la necesidad de tomar decisiones en la práctica clínica, en las que se puede llegar a poner en peligro la libertad, la dignidad de la persona, la obligación de tratar a todos por igual y de no causar daño, nivel en el que la bioética puede resultar de gran utilidad. En este segundo nivel las decisiones no competen sólo a la enfermera sino a todo el equipo asistencial, dentro del respeto a las respectivas competencias profesionales y, más aún, de la persona a quien se está atendiendo.

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo P, Cortina A, Torralba MJ, Zugasti J. *Ética y legislación en Enfermería*. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid, 1996.
- Camps V, Giner S. *Manual de civismo*. 6.ª ed. Ariel. Barcelona, 2008.
- Gafo J. *10 palabras clave en Bioética*. 7.ª ed. Ed. Verbo Divino. Navarra, 2004.

- Gafo J. *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 1996.
- Gisbert, Calabuig. *Medicina Legal y Toxicología*. 6.ª ed. Masson. Barcelona, 2004.
- Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. 2.ª ed. Triacastela. Madrid, 2007.
- Javato M, de Hoyos M. *Violencia, abuso y maltrato de personas mayores*. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia, 2010.
- Medina Castellano CD. *Ética y legislación*. 2.ª ed. Difusión Avances de Enfermería, 2009.
- Queralt Jiménez. *Derecho penal español, parte especial*. 6.ª ed. Atelier libros. Barcelona, 2010.