

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Enfermería

Tesis de Enfermería

2019

Derechos del paciente : de ser Ley a realidad en labor de enfermería

Arenaza, Verónica

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1005>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.
Carrera: Licenciatura en Enfermería.
Asignatura: Taller de Trabajo Final.
Docente: Mónica Barg

**“Derechos del paciente.
De ser Ley a realidad en la labor de Enfermería”.**



Autoras: Arenaza, Verónica - Mrksa, Florencia.

Mar del Plata. 2019

Índice

CAPITULO I.....	2
Área problema.....	2
Formulación del problema.....	4
Justificación del problema.....	4
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
CAPITULO II.....	7
Marco conceptual.....	7
2.1 Investigación en enfermería.....	7
2.2 Derechos Humanos: evolución.....	10
2.3 Ley 25529. Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento informado.....	15
2.4 Ética.....	19
2.5 Bioética y salud.....	21
2.6 La ética de la salud y el cuidado.....	25
2.7 Funciones de enfermería y la inclusión de la ética a la formación.....	27
2.8 Características del ejercicio profesional.....	31
2.9 La comunicación e interacción entre los profesionales de enfermería y el paciente.....	33
2.10 El papel de defensora del paciente.....	38
CAPITULO III.....	43
Diseño metodológico.....	43
3.1 Tipo de estudio.....	43
3.2 Muestra y técnica.....	44
CAPITULO IV.....	45
Análisis de los resultados obtenidos.....	45
Análisis y determinación del grado de conocimiento de la Ley 26.529.....	49
Grado de implementación de la ley 26.529 en la labor de los profesionales enfermeros.....	59
CAPITULO V.....	66
Conclusiones.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	68
CAPITULO VI.....	70
Anexo.....	70
Formato encuesta.....	71
Ley 26.529.....	74
Encuestas realizadas.....	84

CAPITULO I

Área problema

La enfermería como el “arte de cuidar” es un proceso que abarca juicios y actos dirigidos a la promoción, conservación o restablecimiento del equilibrio en la salud del ser humano. Este proceso se desarrolla a través de una relación de colaboración entre enfermería y el usuario, que incluye la comunicación interpersonal, no sólo con el individuo, sino con su entorno. A lo largo del tiempo, el rol de la enfermera ha evolucionado, siendo hoy uno de los roles fundamentales, el de ser agente del cambio y por sobre todo defensora de los derechos del paciente. (Leddy y Pepper, 1985)

La enfermería desarrolla sus funciones atravesada por principios éticos y morales. “La ética es el estudio filosófico de la moralidad. Si morales son los deberes y obligaciones de la sociedad, éticas son los principios fundamentales de las obligaciones, los porqué del código o sentencia moral. La ética es entonces un conjunto de normas para determinar lo correcto y lo erróneo y para formar juicios sobre qué debería hacerse en beneficio de otros seres humanos. Como no existe una norma arbitraria de lo correcto y lo erróneo, el estudio de la ética ayuda a cada enfermero a identificar sus propias posiciones y desviaciones morales, y las prepara para tomar decisiones en dilemas éticos”.¹

La deontología profesional abarca un conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían la actividad profesional de enfermería. Estas normas determinan los deberes y requisitos profesionales sobre aspectos éticos exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad, motivo por el cual es el propio colectivo profesional quien determina dichas normas y las recoge por escrito en sus códigos deontológicos y códigos de ética. Es bajo estos fundamentos entonces, que debe desarrollar su ejercicio profesional. El concepto de profesional implica responsabilidad legal y moral en cuanto a los actos del individuo que ejerce su profesión.

El sujeto de cuidado de este arte es el ser humano, un sujeto de derechos: a la vida, a la dignidad, a la salud, al bienestar, a la seguridad, a la educación y al trabajo, entre otros. Estos derechos orientan la dimensión ética del Cuidado de enfermería, y es este cuidado el que se da dentro de una interacción donde se tienen en cuenta los valores de las

¹ Leddy, Susan y Pepper J. Mae. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1a. Edición en español. J.B. Lippincott Company. 1985. p.54.

personas involucradas (profesional y paciente). Es decir, el ejercicio de la profesión tiene una dimensión ética y moral que se fundamenta en los principios y valores, que permiten analizar las situaciones para decidir qué es lo que está bien, que es lo correcto, lo que está en concordancia con la libertad, la autonomía y el bienestar de la persona que se cuida, o qué está mal y no puede aceptarse desde el punto de vista ético.

Si bien a lo largo del tiempo han existido avances y retrocesos en cuanto a derechos humanos y su respeto, se ha producido una importante transformación al cambiar de un modelo paternalista de atención, a un nuevo modelo donde el paciente, como sujeto de derechos y responsable, es el protagonista en la toma de decisiones sobre su salud.

Los cambios socioeconómicos y el aumento de las desigualdades que han influido considerablemente en las problemáticas de salud, en el acceso a la misma, diagnóstico temprano y en el tratamiento a tiempo, nos plantea situaciones de bioética, que exigen un diálogo y acción interdisciplinaria para su estudio y resolución. Enfermería, como agente moral y como responsable del cuidado, no puede sustraerse de este diálogo.

La consideración de los valores del profesional y del sujeto de cuidado, es la base para una toma de decisiones éticas. Cada uno se halla bajo las influencias de su propio sistema de valores, el cual desarrolla a lo largo de su vida y es importante entender que estos sistemas pueden diferir el uno del otro. Dentro de las múltiples situaciones que se presentan a diario en la labor profesional y que generan conflictos éticos, la que nos interesa investigar en profundidad en esta ocasión, es qué sucede con el resguardo de los derechos del paciente durante el desempeño de la labor enfermera. La falta de resguardo de estos derechos lo identificamos como una de las problemáticas actuales a la que enfermería se enfrenta a diario, no solo en su accionar sino también en la del resto de los profesionales de la salud, ya sea por desinterés, falta de empatía, falta de conocimiento de los mismos o por obstáculos institucionales como suelen ser la escasez de personal, falta de equipamientos y de insumos, por ejemplo.

Desde nuestra experiencia personal y profesional transitamos por diversas situaciones que generan conflictos éticos, como son la falta de respeto al paciente como un ser integral cuando no se respeta su intimidad por ejemplo, el trato desigual hacia los pacientes, el no brindarles información sobre sus derechos y la escasa preocupación de enfermería por el cumplimiento de los derechos del paciente como cuando en ocasiones se le niega información sobre su salud o el acceso a su historia clínica.

Estas realidades nos conducen a sospechar no solo desconocimiento de los deberes y

obligaciones del profesional enfermero o dificultades para llevarlas a cabo, sino también desconocimiento de la ley de derechos del paciente y su importancia. La discrepancia y rechazo para atender determinados pacientes, por ejemplo, generan situaciones conflictivas en la relación interpersonal, poniendo en evidencia conflictos éticos.

Por medio de este trabajo intentaremos determinar si existe o no conocimiento de la Ley 26529 y establecer el posicionamiento de la enfermera frente al respeto de los deberes y derechos del paciente. Es deber de enfermería preservar el derecho a la intimidad, a la individualidad, ofrecer los mejores cuidados posibles.

Formulación del problema

¿Cuál es el grado de conocimiento de los enfermeros sobre la Ley 26529 y de aplicación de la misma en su labor diaria desde su perspectiva?

Justificación del problema

La enfermería se centra en el cuidado del ser humano como función primordial. Desde los inicios de la vida en sociedad han existido actores que desarrollaron prácticas de cuidado, tanto al individuo sano (cuidado de madre a hijo) como enfermo, pudiendo encuadrarlas como las primeras prácticas de enfermería.

Sin embargo, para enfermería el vocablo “cuidar” tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así lo define como ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona, y se refiere al cuidado como un proceso intelectual y deliberado, producto y objeto de nuestra disciplina, es decir el cuidado profesional.

El CIE (Consejo Internacional de Enfermería) la define como: "La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación"²

² "El cuidado de enfermería a los grupos humanos." Disponible en: www.scielo.org.co

Si bien adherimos a la utilización del término sujeto de cuidado dado que, al hablar de paciente, el cual la real academia española define como “adj. Que tiene paciencia, que manifiesta o implica paciencia. m. y f. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica”³, el campo de acción de enfermería quedaría limitado solo al cuidado del individuo enfermo, dejando fuera el trabajo con las comunidades y las familias como suele ser en la atención primaria a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, nos vemos obligados durante el desarrollo de la investigación a utilizar el término paciente, dado que la ley así lo menciona.

El estilo de vida actual y la deshumanización que atraviesa la sociedad, y que envuelve directamente a la salud, hacen que cada vez el paciente participe menos y desconozca más en cuanto a su salud/enfermedad. La sobrecarga laboral, el estrés y las exigencias institucionales son algunos de los factores que predisponen al personal de enfermería a dejar de lado o posponer aspectos relacionados con los derechos del paciente. La enfermería agrega entonces a su rol de cuidadora del ser humano la función de defensora de los pacientes, ayudándolos a encontrar un significado o un propósito a su proceso salud-enfermedad. Cualquier deseo que los pacientes definan como su meta, es el significado que ellos le dan, no el que nosotros consideremos, sus valores y no los nuestros, su vida o su muerte, no las nuestras. A través de esta investigación pretendemos comprender qué lugar ocupan los enfermeros frente al respeto de los derechos del paciente desde su relato, es decir, qué sucede en el día a día en la relación interpersonal enfermero/paciente en relación a sus derechos. Intentaremos determinar si poseen los profesionales conocimientos sobre los derechos del paciente y de ser así que sucede con el respeto por ellos durante la labor. Determinaremos también si existen obstáculos externos o personales que impidan llevar a cabo un cuidado respetando todos y cada uno de los derechos del paciente.

La autonomía es la base de los derechos del individuo y representa el derecho a tomar sus propias decisiones y de esta forma ser independiente. En las instituciones de salud suelen vulnerarse con frecuencia los derechos personales de los pacientes, esto sucede ya que cuando un individuo se enferma en ocasiones se vuelve dependiente, lo cual equivocadamente suele considerarse como una falta de capacidad para tomar decisiones. (Leddy y Pepper, 1985)

³ www.rae.es

Retomando lo planteado en la introducción, si la enfermera es defensora de los derechos del paciente, nos interesa conocer que sucede en el ámbito laboral con la aplicación de la Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Objetivo general

- ✦ Conocer el grado de conocimiento y de aplicación de la Ley 26.529 en la labor diaria de los profesionales enfermeros desde la perspectiva de los mismos.*

Objetivos específicos

✦ Determinar el grado conocimiento sobre la Ley de derechos del paciente en los profesionales enfermeros.

✦ Establecer el grado de implementación de la Ley en la labor diaria de los profesionales enfermeros.

CAPITULO II

Marco conceptual.

2.1 Investigación en enfermería.

La investigación no solo en enfermería sino en ciencias de la salud abarca una búsqueda constante de conocimiento sobre temas que son de relevancia e interés para el ejercicio profesional generando una base cada vez más sólida de conocimientos para fundamentar la práctica. En enfermería la adquisición de estos conocimientos es fundamental para fomentar la dedicación y la responsabilidad frente al paciente.

Es responsabilidad del profesional ampliar la base del conocimiento y es a través de la investigación científica que se logra este objetivo.

La enfermería es un proceso complejo que incluye a la enfermera y al paciente. Dicho proceso está constituido por dos elementos de igual importancia, cogniciones y relaciones interpersonales, basando su desarrollo en el pensamiento crítico y en la interacción. En consecuencia, si se desea que las enfermeras comprendan el proceso de enfermería, todos los conocimientos deben basarse en investigaciones que describan y evalúen los elementos cognoscitivos e interpersonales de enfermera, paciente y la interacción de ambos en su mutuo esfuerzo para lograr una mejor salud.

En sus inicios, la gran mayoría de las investigaciones se centraron en comprender mejor a la enfermera, es decir, realizando estudios sobre las ellas. Actualmente los estudios han cambiado y se han complementado ampliando su campo de investigación, haciendo hincapié en la relación entre enfermera y paciente, patrones o factores ambientales. De esta forma se logra validar el concepto mencionado anteriormente de la enfermería como proceso que incluye enfermero, paciente y entorno. (Leddy y Pepper, 1985)

“En una editorial reciente, Steel, subrayo el valor de la relación entre enfermera y usuario dentro de la profesión y señalo que la inseparable relación entre enfermería y sociedad mantiene el interés de las personas que reciben servicios de enfermería y nos eleva a formar una sociedad con quienes prestamos nuestros servicios y no solo con los demás miembros del equipo de salud”⁴.

Búsqueda y análisis de investigaciones existentes sobre la temática escogida:

⁴“Ibíd”. p.111

En la búsqueda de investigaciones previas sobre la temática planteada, encontramos escasas investigaciones en nuestro país sobre conocimiento e implementación de la Ley 26529, lo que nos suma interés y nos incentiva en la necesidad de realizar esta investigación.

Hemos identificado tres investigaciones cercanas en su estudio a la temática que planteamos para investigar.

- *Abba, Silvia Claudia-Gimenez, Franco Nicolás. Diciembre de 2014. Universidad Nacional de Cuyo. Tesina: “Grado de Responsabilidad Legal de Enfermería”.⁵ Dentro de esta investigación los autores analizan el conocimiento sobre formas legales vigentes, entre ellas la ley 26529.*

El objetivo planteado en esta investigación fue determinar el grado de responsabilidad asumida al no cumplimentar con las formas legales establecidas en el ejercicio profesional, apuntando a que el personal de enfermería debe poseer un alto grado de responsabilidad, ya que se centra en el cuidado de un ser humano. Para que ese cuidado sea óptimo y satisfactorio, los enfermeros no solo deben tener conocimientos teóricos prácticos, sobre técnicas y patologías, sino también sobre el marco legal vigente.

Dentro de este trabajo realizado uno de los puntos a encuestar fue el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la Ley 26.529. Dentro de los resultados y los que destacamos relevantes en relación a nuestra investigación son los siguientes: Solo el 22% de los encuestados entiende y conoce acerca de los derechos que son considerados esenciales en el paciente. Del 78% de las respuestas incorrectas, la gran mayoría (89%) piensa que la Interconsulta Médica no es un derecho esencial. Solo el 30% de los encuestados conoce sobre lo que debe asentar en la historia clínica para que se encuentre acorde a lo estipulado en dicha ley.

- *Amato, Erica Virginia. Universidad Argentina de la Empresa. Facultad de ciencias jurídicas y sociales. Trabajo de investigación. Agosto de 2016. “Ley 26529. Principios de bioética y régimen de responsabilidad, en el marco de la*

⁵Disponible en: www.bdigital.uncu.edu.ar

*relación del paciente con los profesionales e instituciones de salud”.*⁶

Este trabajo de investigación tiene por objeto el análisis de la Ley N° 26.529, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, a la luz de los Principios de Bioética. Los Principios de Bioética son cuatro líneas directrices que implican el ideal de óptima actuación de los Profesionales e Instituciones de la Salud. Se identificarán tales principios en artículos relevantes de dicha ley, a la vez que se inferirán supuestos en los cuales los mencionados Principios no se efectivizan. La hipótesis de investigación expone que: Los principios de Bioética ejemplificados en la de Ley N° 26529- se ven quebrantados, en menor o mayor medida, cuando se efectivizan supuestos de responsabilidad médica.

*•Gregorio M.J., Zarza E.,Videla G.,Gandolfo O.,Dasso G.,Nolli P.,Loyber D.,Gomez E.,Giavenno C.R.,Bazán M.,Juarez A.,Farah D, integrantes de. Comité Hospitalario de Bioética. Evaluación del nivel de conocimiento de la Ley 26529 en el Hospital J.M Urrutia. Unquillo Cordoba.*⁷

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento de la ley 26529 entre el personal profesional y no profesional del Hospital JM Urrutia de Unquillo y evaluar la percepción del trato recibido y conocimiento de derechos básicos por parte de los pacientes. Dentro de las conclusiones los autores sostienen que el nivel de conocimiento general de la ley 26.529 como tal, fue bajo y expresan que la mayoría de las respuestas obtenidas se basaron en convicciones personales, usos y costumbres preestablecidas.

Ampliando la búsqueda hemos identificado múltiples documentos en los que, si bien no se trata de investigaciones, se analiza en su totalidad la ley, sus componentes y sus alcances.

En una búsqueda más específica nos hemos encontrado con que en varios sitios webs correspondientes a instituciones de salud de nuestra ciudad, se han especificado en algún apartado o solapa los derechos del paciente. En algunos casos encontramos un detalle resumido de los derechos, mientras que en otros se encuentra publicada la ley en su totalidad.

⁶Disponible en: www.repositorio.uade.edu.ar

⁷Disponible en: www.cba.gov.ar

2.2 Derechos Humanos: evolución.

En nuestro país, el Código Civil y Comercial comienza el capítulo relativo a los derechos personalísimos consagrando el reconocimiento y respeto de la dignidad. Todos los derechos de la persona derivan y se fundan en la noción de dignidad. “Así, el artículo 51 del nuevo CcyC sostiene: Inviolabilidad de la persona humana. La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad.”⁸

“Del latín dignitas, significa calidad de digno, excelencia, realce. Digno del latín dignus, significa que merece algo en sentido favorable o adverso”⁹.

Se establece que toda persona merece que se le reconozca y respete su dignidad simplemente por el hecho de ser ontológicamente una persona, en consecuencia, el derecho debe garantizarle esta dignidad por ser tal. Reconociendo su existencia, autonomía y su individualidad, es como comienza el respeto de la dignidad de la persona. De esto que el artículo la considere inviolable.

La dignidad es sustancial e inalienable y de ninguna manera podemos perderla, no es negociable. Implica que todos los seres humanos sean tratados igualitariamente y que puedan gozar de los derechos fundamentales que de ellos derivan.

“El hombre es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental.”¹⁰ De esta forma se considera a la dignidad como determinante, base y fundamento, el sustrato en el que se asientan y de la que derivan todos los derechos humanos. Es decir, es la conexión de un derecho con la dignidad la que lo convierte en derecho fundamental, es la fuente de todos los derechos y esto implica un cambio en la concepción de la persona a que no se puede hablar de persona a secas sino de persona digna y de derechos que contemplan esta dignidad.

La idea de que existen derechos de la persona más allá de cualquier ley o autoridad se remonta a la antigüedad. “Séneca decía que es un error creer que la esclavitud penetre al hombre entero. La mejor parte de su ser se le escapa y aun cuando el cuerpo sea del

⁸La dignidad humana. 2017. Disponibe en www.salud.gob.ar

⁹Bordin C., Fracapani ., Giannacari L. y Bochaty A. Bioética, experiencia transdisciplinar desde un Comité Hospitalario de ética. Editorial Lumen. 1996. p. 23

¹⁰Ibid.

*amo, el alma es por naturaleza libre y se pertenece a sí misma”.*¹¹

Es importante destacar que la historia se ha caracterizado más por vulnerar que por la protección de los derechos humanos.

*“Los primeros antecedentes de derechos humanos, los encontramos en el constitucionalismo Clásico de siglo XVIII y XIX. (...) Las primeras declaraciones de derechos individuales, con fuerza legal, fundadas en el reconocimiento de derechos inherentes al ser humano la encontramos en la Declaración de Independencia de los Estados Unidos de 1776 donde se afirma que todos los hombres han sido creados iguales, dotados de ciertos derechos innatos por el Creador y que entre esos derechos deben colocarse en primer lugar la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad, y que para garantizar el goce de esos derechos los hombres han establecido gobiernos cuya autoridad emana del consentimiento de los gobernados.”*¹² *Estas declaraciones en conjunto con la independencia norteamericana influyeron en la Revolución Francesa. Se dictó en París en el año 1789 la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en cuyo preámbulo se consagra que: “Los representantes del pueblo francés, constituidos en Asamblea Nacional, considerando que la ignorancia, el olvido o el desprecio de los derechos del hombre son las principales causas de las desgracias políticas o de la corrupción de los gobiernos, han resuelto exponer una declaración solemne de los derechos naturales, inalienables y sagrados del hombre...”*¹³

La expresión derechos humanos tiene su origen en lo que durante la Revolución Francesa se denominó Derechos del hombre, diferenciados de los derechos del ciudadano. Es decir que el hombre tiene derechos por el simple hecho de serlo independientemente de su condición de ciudadano.

Antiguamente solo se consideraba al derecho internacional como la ley que regía a la comunidad internacional de países, regulando exclusivamente la relación entre ellos: derecho internacional clásico. La forma en que un Estado trataba a sus ciudadanos dentro de su territorio era un asunto interno de dicho Estado e implícito en el concepto de soberanía territorial.

La transformación de la idea de los derechos constitucionales presentes en algunos países en una concepción universal es un fenómeno de mitad del siglo XX. Fueron la

¹¹Dolcini A. H. y Yansenson F. J. *Ética y bioética para el equipo de salud.* Akadia editorial. 2004. p.17

¹²*Ibid*”. p. 17

¹³*Ibid*”. p. 18

Segunda Guerra Mundial y los eventos que llevaron a ella, los que sirvieron de catalizador para que se produjera el desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos. Las Naciones Unidas fueron desde entonces el foro de desarrollo de las normas de estos derechos. No se trató de normas que se agregaron a un orden existente, sino que la naturaleza de dicho orden había cambiado, llevando al reconocimiento del individuo como sujeto del derecho internacional. De esta forma, lo que antes constituía un problema de dominio exclusivo de cada Estado pasa a serlo del derecho internacional.

En 1945 en la Conferencia de las Naciones Unidas para la organización Internacional se reunieron representantes de 50 Estados y dio como resultado la firma del Tratado Constitutivo de la Carta de las Naciones Unidas. En el preámbulo de dicha Carta se anticipa la importancia de “reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas, a crear condiciones bajo las cuales pueda mantenerse la justicia y el respeto a las obligaciones emanadas de los tratados de otras fuentes del derecho internacional a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.”¹⁴ El 10 de Diciembre de 1948 se adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en las Naciones Unidas. En ella se declaran los derechos a la vida, a la libertad, a un proceso criminal justo, a la libertad de conciencia, de expresión, de pensamiento, de asociación, a la privacidad, a la familia, al matrimonio, el derecho al trabajo, al cuidado de la salud, a la educación y a la propiedad, entre otros. Si bien esta Declaración, no es un tratado, por lo que no es vinculante para los Estados, ha sido enormemente influyente como fuente de los derechos humanos. Ha habido una adherencia casi universal a la Carta de las Naciones Unidas y a sus normas de derechos humanos, así como una gran aceptación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esto sumado a la adopción de principios de derechos humanos en todas las organizaciones regionales del mundo, a la celebración de numerosos tratados específicos en materia de derechos humanos, a la incorporación de principios en las constituciones nacionales y el consenso por parte de los países en numerosas resoluciones de las Naciones Unidas, ha contribuido a desarrollar una cantidad de principios del derecho internacional de los derechos humanos de carácter obligatorio.

En noviembre de 1969 se firmó en San José de Costa Rica la Convención Americana de Derechos Humanos, la cual entró en vigencia en 1978.

¹⁴Naciones Unidas. Carta de las Naciones Unidas. www.un.org.com.

La constitución Nacional Argentina es la norma suprema de la Nación. Esto significa que obliga a todo el orden jurídico y político del país a ajustarse a ella y no constituye un mero consejo o recomendación hacia las autoridades de la Nación y los particulares. En su reforma de 1994 incorporó con rango constitucional las convenciones, pactos y tratados de derecho internacional. Es decir que para el estado argentino los derechos que surgen de los tratados internacionales son ley de la nación y se encuentran reconocidos en el texto constitucional.

El derecho a la salud en los tratados internacionales y en el sistema jurídico argentino surge a partir de la necesidad de combatir las epidemias de enfermedades infecciosas, lo cual generó inquietudes para crear un mecanismo internacional para la protección de la salud pública. Las varias conferencias que se sucedieron desde 1851 hasta 1938 produjeron una serie de tratados sobre el control de enfermedades infecciosas. Estos acuerdos de carácter internacional intentaban proteger a los europeos y norteamericanos de enfermedades que provinieran de otras regiones., el armonizar la legislación de cada país sobre cuarentenas, medidas de salud pública, la creación de organizaciones internacionales de salud.

En la segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (1902) se recomendó celebrar una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas, la cual luego estableció un consejo directivo permanente que se denominó Oficina Sanitaria Internacional, precursora de la actual organización Panamericana de la Salud.

- En 1907 la L'Office International d'Hygiène Publique fue establecida en Paris.*
- En 1919 en el marco de la liga de las Naciones se estableció en Ginebra la organización para la Salud de la Liga de las Naciones.*
- En 1924, el Código Sanitario Panamericano, firmado en la Habana y ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió a la Oficina Sanitaria Panamericana funciones y deberes más amplios como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas.*
- En 1945 en San Francisco en el marco de la Conferencia de Naciones Unidas, se aprobó el establecimiento de una organización internacional autónoma para la salud. Un año después en la Conferencia Internacional para la Salud celebrada en nueva York se aprobó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.*

– En 1950, la organización Panamericana fue reconocida como organismo interamericano especializado en el campo de la salud pública, con la más amplia autonomía para el logro de sus objetivos. De esta forma la organización se encuadró en el sistema de las Naciones Unidas y en el Interamericano.

– La XV Conferencia Sanitaria Panamericana cambió el nombre por el de organización Panamericana de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud funciona desde el 7 de abril de 1948 con el objetivo central de lograr el máximo nivel de salud posible en la población del mundo. La Salud, según la definición que la OMS hace de dicho término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no la mera ausencia de afecciones o enfermedades. En su constitución se proclama que la salud para todas las personas es un presupuesto fundamental para la paz y la seguridad. El derecho a la salud está plenamente reconocido cuando establece que “El disfrute más alto de nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política y condición social o económica.”¹⁵

¹⁵Dolcini A. H. y Yansenson F. J. Op. Cit. Pág 45

2.3 Ley 25529. Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento informado.

Los derechos del paciente se formalizan específicamente a través de la Ley N°26.529 relativa a los derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, la historia clínica y el consentimiento informado, sancionada el 21 de octubre del 2009 y promulgada de hecho el 19 de noviembre del 2009. Dicha ley consta de 25 artículos distribuidos en 5 capítulos que aborda sobre importantes temas inherentes a la bioética y a los derechos humanos.

Capítulo I “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”

“ARTICULO 2º— Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) *Autonomía de la Voluntad.* El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) *Información Sanitaria.* El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) *Interconsulta Médica.* El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.”¹⁶

Analizando dicho artículo se concluye que el paciente tiene el derecho a que los profesionales que lo atiendan le brinden un trato conforme a su dignidad humana, respetando sus convicciones personales y morales y que, de igual manera, siempre que las circunstancias lo hagan necesario, dicho trato se haga extensivo a los familiares. Exige un respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural.

El capítulo se destaca, desde una perspectiva que marca la autonomía de la voluntad por sobre el derecho a la vida o el principio de libertad y responsabilidad, numerosas situaciones que corresponden a una adecuada relación entre enfermero y paciente.

Capítulo II del artículo 3 al 4°. “Información sanitaria”

Dedicado a la información sanitaria sobre su estado de salud, estudios y tratamientos brindando de forma clara, suficiente y conveniente para la comprensión del paciente. En el caso que la persona no esté capacitada para comprender la información proporcionada por el personal de salud, la misma será brindada a la persona representante, ya sea familiar (hasta 4to grado de consanguinidad) o personal legal.

Capítulo III del artículo 5 al 11°. “Consentimiento informado”

Los artículos están compuestos por la definición de consentimiento informado teniendo la obligación del personal de salud de informar sobre:

¹⁶ Salud pública. Ley 26529. Ministerio de Justicia y derechos humanos. Presidencia de la Nación. Disponible en: www.servicios.infoleg.gov.ar

“a) Su estado de salud

b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento

d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles

e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto

f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados”.¹⁷

A demás explicita la obligatoriedad del consentimiento para toda actuación del profesional de salud tanto en el ámbito público como privado, así también la posibilidad de revocación ante la decisión de consentir o rechazar algún tratamiento, el profesional deberá aceptar la decisión del paciente y dejar constancia de forma escrita en la historia clínica. Señala en sus artículos la forma de instrumentación que generalmente será verbal salvo en algunos casos que deben dejarse por escrito como condición legal comprobando que el paciente se sometió bajo su voluntad a realizarse los procedimientos propuestos, y permite tener un respaldo ante posibles demandas o denuncias.

Menciona las situaciones excepcionales en las que el profesional de la salud no está obligado a solicitar el consentimiento como ser (emergencia, peligro grave o ante la imposibilidad de dar el consentimiento el paciente o sus representantes) en cualquier situación deberá dejarse registrados por escrito los fundamentos.

Capítulo IV del art 12 al 21°: “Historia clínica”

En el artículo 12 la define como “... documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”¹⁸

En este capítulo regula la historia clínica informatizada con acceso restringido de manera que no se pierda la confidencialidad y no se viole la seguridad, establece también los datos necesarios para su confección. El paciente es titular y puede solicitarla y obtener su copia dentro de las 48 hs, salvo casos de emergencia.

Capítulo 5 del artículo 22 al 25° “Disposiciones generales”

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ídem

Expresa la autoridad de aplicación Nacional y local, además la fecha de vigencia y reglamentación de la presente ley.

2.4 Ética.

“El término "ética" procede del vocablo griego antiguo ethos, que significaba en un principio: estancia, vivienda común. Posteriormente adquirió otros significados: hábitos, temperamento, carácter, modo de pensar.” ¹⁹

La ética es la ciencia que trata sobre la moral. Como filosofía de esta, se pregunta: por qué se consideran válidos unos comportamientos y otros no; compara las pautas morales que presentan diferentes personas o sociedades, busca su fundamento y legitimación, investiga aquello que es específico al comportamiento moral y enuncia principios generales y universales inspiradores de toda conducta.

*En la esfera estrictamente profesional, la ética proporciona un marco de trabajo para dirigir las funciones esenciales de los especialistas, establecer políticas y desarrollar estrategias para los servicios o bienes que producen.*²⁰

La existencia de la moral profesional es consecuencia de la división profesional del trabajo que se estableció históricamente. En algunos casos para ello se necesitaron códigos especiales. El desarrollo y surgimiento de éstos es uno de los componentes del progreso moral, afirman los principios humanitarios en las relaciones interpersonales. Los profesionales deben distinguir dos ideas fundamentales: la profesión no le proporciona una capacidad cualquiera, sino una capacidad que lo faculta específicamente para contribuir, con inteligencia y eficiencia al bien común, e implica un deber para con la sociedad.

La ciencia que se refiere al deber ser de una profesión y que en cierta forma señala la moral interna de una profesión determinada se denomina deontología. Las principales funciones de esta ciencia son consolidar la identidad profesional, legitimar socialmente la práctica profesional y servir de marco para la defensa ante la crítica social y jurídica del ejercicio profesional.

En el caso de enfermería, su ética es la adecuación de los principios éticos que rigen en la sociedad y en el ámbito de los profesionales de la salud, vinculándolos a las características particulares de la profesión.

Todas las profesiones tienen establecidas sus responsabilidades, y estas no son más

¹⁹Amaro Cano M. del Carmen. *Problemas éticos y bioéticos en enfermería*. Primera edición. Editorial Ciencias Médicas. 2005. p. 12.

²⁰I. M. Barrio, A. Molina, C. M. Sánchez, M. L. Ayudarte, *Ética de enfermería y nuevos retos*. Disponible en: www.scielo.com

que la obligación de sufrir las consecuencias de ciertos errores cometidos durante el ejercicio de la profesión, cuyas consecuencias estén jurídicamente previstas por la ley.

2.5 Bioética y salud.

"Bioética está compuesta por bios y ethike (vida y ética) uniendo la vida (biológica=ciencia) con la ética (moral=conciencia)"

Definirla como la ética de la vida sería insuficiente entendiendo que hoy día a la luz de los avances tecnológicos, la medicalización de la vida y la evolución del sistema de salud, el término toma un perfil bien definido dentro del campo de las ciencias biomédicas y la humanización de dichas ciencias. De esta forma la Organización Panamericana de la Salud asume como suya la siguiente definición: "Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios morales"²¹

La Bioética abarca todos aquellos conflictos relacionados con los valores dentro de la relación equipo de salud-paciente. Se aplica a las investigaciones en salud y sobre el comportamiento, abarca también cuestiones sociales como aquellas que se relacionan con la salud pública.

Se ha puesto al hombre frente a los avances técnico-científicos, enfrentándolo con temores y dudas de origen ético que podrá en algunos casos resolver mientras que en otros solo realizar el planteamiento del conflicto, esperando arribar a una solución a través de un extenso y profundo debate con la intervención multidisciplinaria de la filosofía, el derecho y la teología, entre otros. La bioética entonces significa replantearse lo establecido en los ámbitos académicos, políticos y de los profesionales de la salud, situación que suele despertar temores. "Cuando percibimos que el problema de las opciones del hombre en los distintos campos (político, económico, médico, ambiental, jurídico, comunicacional, etc.) no es una cuestión solamente técnica, nos damos cuenta de que necesitamos de la filosofía para que instale el problema global del hombre y lo tematice, instaurando el debate ético. Pero al mismo tiempo, la filosofía necesita permanecer abierta a las otras ciencias que conocen la realidad de la vida del hombre en sus distintos niveles (biológico, psicológico, religioso, histórico, etc.) para encontrar los caminos hacia lo concreto".²²

Su campo se ha vuelto cada vez más complejo y abarca diversos conflictos: ingeniería genética, procreación asistida, investigaciones biomédicas, trasplante de órganos,

²¹Bordin C., Fracapani ., Giannacari L. y Bochatay A. Op. Cit. p.14

²²"Ibíd". p.17

eutanasia, muerte digna y distribución de recursos, entre otros. Todos estos temas tienen no solo la dimensión biológica y ética sino también la jurídica, la económica y la política.

En 1978 se elaboró en Estados Unidos el denominado "Informe Belmont", en el cual se encontraban formulados tres de los cuatro principios bioéticos: Autonomía, Beneficencia y Justicia, al que luego se agregó el de No maleficencia en obras publicadas un año más tarde.

Principio de beneficencia:

Es el deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares. Este principio abarca todos aquellos elementos que implican una acción de beneficio que haga y fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o el daño e implica la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio.

El llamado criterio de beneficencia ha regido la relación médico-paciente a través de los años originando un tipo de relación paternalista en la que se implica hacer el bien al otro aun contra su voluntad. "Se pensaba que el paciente era un invalido biológico y también un invalido moral. El medico decidía por el enfermo. El valor fundamental de la práctica médica era el bienestar del paciente, y las acciones que se realizaban eran correctas si conducían al bienestar. Era una ética fundada en los resultados."²³

Actualmente el quehacer del profesional de la salud tiene como obligación derivada de este principio, el brindar servicios de calidad, atención respetuosa, evitar el exceso de intervenciones terapéuticas y respetar las diferencias ideológicas y religiosas. Este principio es utilizado para prevenir, aliviar el daño, hacer el bien, debe estar dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal capacitado, competente, actualizado y con una formación humanística basada en los principios éticos. No se trata de centrarse solo en restablecer la salud sino también en prevenir la enfermedad y educar.

Este principio puede generar situaciones de dilema, en las cuales el acto de beneficencia se contrapone a la definición de no realizar un mal o daño. En estas situaciones debe primar la máxima de no causar daño, a menos que tal perjuicio este intrínsecamente relacionado con el beneficio por alcanzar y en donde el paciente junto con el profesional de la salud considere al daño como inferior en relación con el beneficio por obtener y esté dispuesto a asumirlo.

²³"Ibíd". p.46

No maleficencia:

Es la formulación negativa del principio de beneficencia, que obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor ni discapacidad evitable y no privar de placer. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Se diferencia del principio de beneficencia en que pudiese en ocasiones hacer el bien al paciente y sin embargo, acontecer complicaciones no contempladas que eventualmente pudieran perjudicarlo directa o indirectamente.

El equipo de salud en servicio al paciente debe preocuparse por hacer el bien, y cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo.

El principio de no maleficencia no debe ser considerado de forma aislada ya que muchos procedimientos en el área de la salud pueden ocasionar daños y/o sufrimientos, así como causar riesgos al paciente, sin embargo, se justifican en razón de los beneficios que puedan generar, que por supuesto deben superar al dolor y la discapacidad.²⁴

Principio de autonomía:

Se reconoce a los seres humanos como seres responsables que pueden, tienen y deben tomar decisiones acerca de si mismos, su salud o su enfermedad bajo total libertad. De esta forma surge dentro de la relación personal de salud-paciente, el principio de autonomía. El ser humano tiene derecho a crear la propia posición moral.

La autonomía de una persona puede entrar en contradicción con la de la familia o la comunidad a la cual pertenece un individuo, por ejemplo. Es importante recordar que la libertad tiene límites y estos los establece el derecho de los otros a ejercer su propia libertad y el respeto al bien de la comunidad.

Con el avance de la tecnología en salud surgieron nuevos interrogantes desde el punto de vista ético como si todo lo que es posible técnicamente es correcto o cuales son los límites y quien los determina. Surge la figura de un paciente que quiere participar en su tratamiento y en la toma de decisiones. El paciente tiene el derecho a ser informado para poder decidir y de esta forma transformar la relación equipo de salud-paciente en una

²⁴Ferro M., Molina L. y Rodriguez W. La bioética y sus principios. Junio 2009. www.scielo.org.ve

relación simétrica poniendo fin a un sistema paternalista.

La persona tiene derecho de actuar por propia determinación. Es importante que el paciente delibere, forme sus juicios de valor y luego decida libremente. Autonomía en salud entonces, significa el derecho a dar un consentimiento, o no, mientras este sea informado.

Principio de justicia:

En la relación equipo de salud-paciente, no existe solo este binomio, sino que aparece la sociedad y el Estado con otro principio: el de justicia. Justicia es aquella virtud de la persona que la induce a reconocer a cada hombre lo que le corresponde. Se actúa con justicia cuando se da a cada uno lo que le corresponde. Se considera el derecho a la salud y su protección como un elemento básico de toda política social de bienestar y pasa a ser para el Estado una prioridad la asistencia sanitaria.

"En 1971, Jhon Rawes publica su célebre teoría de la justicia donde la define como equidad (y no como proporcionalidad natural, libertad contractual, ni igualdad social). (...) La tesis de Rawes es que, para que una sociedad sea justa, debe cumplir los siguientes principios: todos los valores sociales -libertad, oportunidad, ingresos y riquezas, así como las bases sociales y el respeto de sí mismo- habrán de ser distribuidos igualitariamente, a menos que una distribución desigual de algunos o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos, en especial para los más necesitados. (...)

Pero además de una teoría es precisa una praxis de la justicia, entendida como el medio más adecuado para asignar recursos escasos. En esto se basa el análisis proporcional de costos y beneficios, que intenta maximizar las consecuencias de las acciones, conforme a leyes de la racionalidad económica y a los principios de rendimiento y utilidad.

El paladín de la bioética en la política sanitaria es la justicia distributiva." ²⁵

La bioética supone a un profesional de la salud que no solo debe ser un buen profesional sino también un profesional bueno, bondad que no le quita profesionalismo, sino que le da sustento.²⁶

²⁵Bordin, Fracapani, Giannacari, Bochaty. Op. Cit. p.50

²⁶Bordin, Fracapani, Giannacari, Bochaty. Op. Cit.p.51

2.6 La ética de la salud y el cuidado.

Las múltiples transformaciones tanto económicas como políticas que se suscitaron a nivel mundial en los últimos tiempos han afectado la vida y por sobre todo la salud de la población, generando nuevos y complejos dilemas éticos. Los valores humanísticos pierden día a día posición frente al valor del dinero y de las políticas. Términos como justicia, solidaridad, altruismo, compasión, voluntarismo, derecho a la salud, están perdiendo poco a poco su valor e importancia. Por el contrario, se escucha cada vez más acerca de los costos beneficios en salud, escasez de recursos, eficiencias, necesidades de mercado, etc. Es decir, no importa que las desigualdades económicas y sociales entre los seres humanos se agiganten, que la pobreza aumente sus índices rápidamente, que los logros sanitarios se reviertan permitiendo el resurgimiento de viejas epidemias como la tuberculosis, en contraposición, si importa que el mercado crezca y se desarrolle, que las inversiones rindan y las cuentas cierren. De esta forma, aumentan las desigualdades, mientras que quienes tienen el poder económico, lo siguen manteniendo y acrecentando, y el resto de la población intenta difícilmente mantener su nivel de vida o poco a poco lo pierde.

La salud de la población es uno de los derechos que más se ve afectado por la situación mencionada. No se caracteriza por ser una prioridad de los poderes económicos y políticos. “Con la excusa poco creíble que el estado es ineludiblemente ineficiente en el cuidado de la salud, se pretende convencer a la sociedad que solo aquellos cuyo objetivo es ganar dinero pueden diseñar modelos eficientes y ocuparse de la atención de la salud”²⁷. Los intentos por privatizar la atención de la salud en países pobres y la irrupción de inversores multinacionales en los planes privatizados de salud, hacen que ésta sufra al transformarse en un negocio donde los intereses de los inversores no coinciden con los de la población.

Los adelantos médicos técnico-científicos han contribuido a mejorar los niveles de salud y bienestar de gran parte de la población, sin embargo, la importancia de esta contribución ha sido exagerada por el poder médico generando concepciones de prevención y tratamiento de enfermedades excesivamente subordinados al uso de la tecnología. Sumado a esto, los adelantos tecnológicos han generado nuevos dilemas éticos complejos, como son la capacidad de mantener la vida de un ser humano que sufre alguna enfermedad terminal, sin tener en cuenta daños neurológicos ni el sufrimiento físico, mental y espiritual.

²⁷Berlinguer, Giovanni. “Ética de la salud”. Editorial: Lugar. 2003. p.10

El énfasis en estos avances afecta también a las concepciones de causalidad de las enfermedades, haciendo hincapié en los aspectos biológicos por sobre los sociales. Por ejemplo: proponer oncogenes en la etiología del cáncer, aun sabiendo la influencia de factores ambientales cancerígenos en el desarrollo de esta patología. Explicaciones biologicistas se proponen también para males sociales como la violencia, el alcoholismo y la drogadicción. Estos sesgos tienen que ver con la ética, ya que distorsionan las prioridades en investigaciones en salud y las propuestas preventivas y terapéuticas. Estas concepciones alimentan la culpabilización y discriminación de las víctimas de estas enfermedades.

Las desigualdades e injusticias mencionadas son el escenario para los dilemas éticos que se presentan en el área de salud. De esta forma irrumpe en el sistema de salud la bioética, la cual inicialmente ha estado recluida a análisis más bien individualistas de situaciones límites como son los conflictos relacionados con la aplicación de tecnologías de reproducción asistida, el respeto a la autonomía de los pacientes en decisiones que afectan su salud, o el consentimiento informado en protocolos de investigación y tratamientos experimentales. Actualmente los eticistas comenzaron a cuestionar en sus fundamentos éticos las injusticias y desigualdades que se dan en el acceso a la salud. El abordaje de temas como son la definición de prioridades en el uso de los recursos para la salud, el acceso equitativo a la misma independientemente de la capacidad de pago, indica una transición de lo individual a lo colectivo en las preocupaciones éticas.²⁸

²⁸Ibid.

2.7 Funciones de enfermería y la inclusión de la ética a la formación.

La esencia de la enfermería es el cuidado y mantener la salud de la persona y la comunidad, así como contribuir a satisfacer sus necesidades de atención y bienestar. Asume entonces la responsabilidad de hacer el bien y proteger la vida, la salud y los derechos de todo aquel que se encuentre bajo su cuidado, salvaguardando un medio sano: físico, social y emocional.

Estos conceptos han ido avanzando en la medida que se ha desarrollado la profesión de enfermería:

- *“Florence Nightingale escribía, en 1859, en sus “Notes of Nursing. What it is, what is not”: La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas...y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella.*
- *Virginia Henderson, un siglo más tarde, en 1961, en su libro “Bases conceptuales de la Enfermería”, señalaba que la enfermería es la asistencia a la persona, enferma o sana, en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma, o una muerte en paz, tareas que él podría realizar sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios.*
- *Ese propio año de 1961, Orlando planteaba que enfermería es la tarea de proporcionar la ayuda necesaria para que el paciente satisfaga sus necesidades, es decir, para asegurar su bienestar físico y mental al máximo, dentro de lo posible.*
- *Años más tarde, en 1970, Marta Rogers se pronunciaba en el sentido de que la enfermería es una ciencia y un arte, que posee un cuerpo único de conocimientos que se desarrolla a partir de la investigación científica y del análisis racional, pudiendo este ser trasladado a la práctica de enfermería.*
- *Claire Fagin, en 1978, decía que la enfermería es aquello que comprende la promoción y la conservación de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de la persona durante las fases agudas de la enfermedad, así como la rehabilitación y la recuperación de la salud*

La American Nurses Association declaraba, en 1979, que la enfermería

comprende el diagnóstico y tratamiento de las reacciones humanas a los problemas relacionados con la salud, tanto existente como potencial.

- *En 1986, el Colegio de Enfermeras de Perú, exponía su definición de enfermería: es un servicio esencial en la atención de la salud que se ofrece a través del establecimiento de un proceso interpersonal entre la persona, la familia y/o grupos de la comunidad y personal de enfermería, por medio del cual identifica y resuelve los problemas de naturaleza biopsicosocial, mediante actividades preventivo-promocionales, de curación y rehabilitación.*

- *Ledd and Pepper señalaban en 1989 que la enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento en los sistemas humanos.*

- *Iyer, Taptich and Benocchi, en 1989, declaraban que la enfermería es a la vez una ciencia, un arte, tiene su propio cuerpo de conocimientos con base científica, centrado en la salud y bienestar del enfermo. Se preocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona, sin limitarse al estado de salud que diagnostica el médico, en otras palabras, la atención se centra en las respuestas de la persona, como un todo, al relacionarse con el entorno.*

- *En Cuba, en 1990, Maria Fenton Tait y otros, señalaban que la enfermería es la profesión que, teniendo como base las necesidades humanas, la importancia de su satisfacción y los aspectos que las modifican y afectan, aplica en sus acciones los principios de las ciencias biológicas, físicas, químicas, sociales, psicológicas y médicas, proporcionándole atención integral al hombre sano o enfermo.*

- *Dos años más tarde, en 1992, el Colectivo Docente de Historia de la Medicina del ISCM-H, al diseñar el proyecto de investigación sobre la historia de la enfermería en Cuba, en su control sistemático exponía que la enfermería es el conjunto de conocimientos teóricos, habilidades intelectuales y prácticas dirigidas a la identificación y satisfacción de las necesidades básicas del hombre sano o enfermo, a fin de promover, preservar o restablecer la salud de la persona, la familia y la comunidad.*

- *En 1993 la autora de este trabajo, al impartir este curso en el Hospital <Hermanos Ameijeiras> declaraba su propia definición al expresar que la*

enfermería, arte milenario de los cuidados al enfermo, es una ciencia reconocida de este siglo: consta de un cuerpo teórico-conceptual que sustenta sus principios y objetivos y posee un método propio: el Proceso de atención de enfermería, el cual incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de la persona, la familia y la comunidad. Los valores morales pertenecientes a la filosofía de esta ciencia están presentes en su Código ético, dirigido a la protección del protagonista principal en el proceso salud-enfermedad: la persona, la familia y la comunidad. A las puertas del siglo XX, y frente al impacto producido por la tecnología de avanzada, la enfermería se defiende de la creciente deshumanización con un gesto que sólo es privativo del ser humano: la sonrisa.”

A través del tiempo, entonces, los profesionales de enfermería han trabajado aspectos de la profesión como su definición, marco conceptual, identidad profesional, autonomía, formación el marco filosófico, todo esto impulsado por la necesidad el interés de ampliar los fundamentos de su profesión. A partir de estos cambios, han surgido diversos debates que permitieron la inclusión de la ética a la formación de los profesionales.

El Código para enfermeras, aprobado en 1973 por el Consejo Internacional de enfermería, señala aspectos de índole ética como son: la reserva sobre información personal del paciente, es decir su privacidad, la responsabilidad de formación constante para mantener válida su competencia y bregar por los derechos del paciente cuando los cuidados que recibe sean puestos en peligro.

En todos los códigos profesionales de ética que surgen de las diversas organizaciones de enfermería, aparecen estos aspectos relativos a cuestiones profesionales como la práctica, competencia y relaciones con colaboradores, condiciones de empleo, propósito de la profesión, conducta profesional, responsabilidades en el desarrollo de conocimiento y normas para la profesión. Abarcan también cuestiones relativas al paciente, como son el respeto a la vida, a su privacidad, dignidad, no discriminación, y su seguridad. En lo que respecta a cuestiones sociales, determinan examinar y mejorar necesidades sanitarias y sociales, directrices éticas para la investigación, relación enfermería-estado y cumplimiento de leyes.²⁹

Es evidente a partir de lo mencionado que diversos conflictos han sucedido en la sociedad y se han generado debates constantes lo que ha generado en la formación de

²⁹Amaro Cano M. del Carmen. Op. Cit. P.33-35

enfermería el fortalecimiento del estudio de la ética profesional.

Uno de los principales principios éticos que tiene en cuenta la profesión enfermera es el de autonomía del individuo, se entiende por esto que la persona es autónoma porque es capaz de tomar decisiones racionales y libres, y actúa de acuerdo con ellas. Si la enfermera cree en la autonomía de la persona y la toma en cuenta significa que respeta al paciente sin juzgarlo y a las elecciones que este realice siempre desde la racionalidad.

Esta racionalidad no siempre es plena, se puede ver afectada y disminuida por múltiples factores como son temor, estrés, dolor, fármacos que afectan la capacidad del paciente o enfermedades. Sin embargo, más allá de la racionalidad, algunos profesionales consideran que existen situaciones que justifican y permiten la restricción de la autonomía. Una de las situaciones más aceptada con frecuencia por ejemplo es evitar poner obstáculos a prácticas institucionales que son de interés público o evitar hacer daño a terceros. Algunas situaciones en las que se cuestiona la legitimidad moral de restringir la autonomía del paciente incluyen prevenir que alguien se lesione a sí mismo, beneficio para la persona a quien se impone una restricción, y para favorecer a otros. La interferencia en la autonomía de una persona, cualquiera sea la razón, recibe el nombre de paternalismo.

No solo existen casos de restricción de la autonomía, sino también situaciones en las que se obliga al individuo a actuar en forma autónoma, pero a través de un modo incorrecto y poco ético, por ejemplo, a través de una fuerza coercitiva y cuando existe falta de conocimiento por parte del individuo. Aquí aparece necesariamente el rol de la enfermera, que es quien tiene la obligación y el deber de compartir con la persona toda la información que esta requiere y las alternativas para que realice una elección basada en fundamentos y sea verdaderamente autónoma. Esto es una clara representación del papel de la enfermería como defensora de los derechos del paciente.

Otro principio ético se refiere a la beneficencia, el cual se expresa en la obligación de la enfermería de ayudar a los pacientes a favorecer sus intereses dentro de los límites de la seguridad. Este principio se encuentra asociado al de justicia, principio que sostiene que debe brindarse a todos los pacientes una atención de buena calidad sin distinción alguna.³⁰

³⁰S. Leddy y J.M. Pepper. p.56

2.8 Características del ejercicio profesional.

Si bien la enfermería representa una labor que brinda una remuneración económica y satisfacción, el ejercicio de esta profesión exige un compromiso constante, una permanente conciencia de propósito y dirección. “Para un profesional, el trabajo es un elemento del plan de una carrera y una parte integral del ser”.³¹

Para alcanzar la auto identidad profesional es necesaria una participación comprometida y es necesario pensar que la enfermería constituye un elemento valioso en la vida de las personas.

“Styles propone que es tiempo de volver a colocar el ideal de servicio en el lugar que le corresponde, por un lado, a la ciencia y la práctica de la enfermería y, por otro, a nuestras legítimas aspiraciones a la autodeterminación y recompensa. Los elementos del ideal de servicio incluyen sentimientos de propósito de capacidad y la preocupación por los demás, que se demuestra cuidándolos. Según Griffin (1980, p.265), brindar atención es la emoción moral de respetar la dignidad y autonomía de otro ser humano. Esto es expresivo y consiste en atender, ayudar, confortar y guiar (Bates, 1970, p. 129). La preocupación por los demás es fundamental para un ideal de servicio, no es suficiente en sí mismo para formar el propósito profesional, aunque es cuestionable si alguien pudiera ser enfermera profesional sin poseer un entusiasmo auténtico y si no se preocupara por los demás.”³²

El concepto de profesional implica responsabilidad legal y moral en cuanto a sus actos. Cuando hablamos de responsabilidad nos referimos a que la persona debe responder por su comportamiento, y se encuentra estrechamente ligado al concepto de obligación que representa la expectativa de hacer o no, algo que se ha ordenado. Este sentimiento de obligación es importante para el ejercicio de la autonomía profesional, es decir que el profesional tiene la libertad y autoridad para actuar en forma independiente del resto del equipo de salud. La autonomía nos representa identidad, independencia y autoridad, y desde un punto de vista funcional significa “poder”, es decir la influencia que una persona ejerce sobre otra siempre y cuando obtenga obediencia o conformidad. No obstante, las enfermeras a lo largo de los años se han caracterizado por sentimientos de insuficiencia, impotencia, frustración, desmerecimiento y pesimismo. Es por estos sentimientos que se ha vuelto difícil que la enfermería ocupe una influencia importante en el sistema de salud, y no sea meramente una fuerza de trabajo. Las dificultades para el reconocimiento de la

³¹Ibid. p.52

³² Ibid.

profesión como un pilar fundamental en el sistema sanitario surgen del propio colectivo enfermero. Las enfermeras no suelen correr riesgos, cooperar con otros profesionales de la salud representa menores riesgos que llevar adelante un ejercicio profesional autónomo. Pero para lograr y sostener la autonomía es necesario contar con los conocimientos y herramientas para tomar decisiones acertadas, así como para emplear el proceso político y obtener el poder. Podemos determinar entonces que la falta de voluntad para correr riesgos y hacer uso del poder político constituye los principales obstáculos para una práctica autónoma y segura de la enfermería.

2.9 La comunicación e interacción entre los profesionales de enfermería y el paciente.

“El axioma, desde hace tiempo aceptado en las profesiones que brindan ayuda, de que los cambios de conducta se producen a través de las experiencias emocionales, sirve de base para conceder gran importancia a la comunicación dentro de la práctica de la enfermería. La necesidad humana de relacionarse une a las personas y la comunicación actúa como medio de intercambio en estas relaciones. Los mensajes verbales y no verbales intercambiados en las relaciones humanas determinan, en gran medida, la estructura y función de los sentimientos en las personas. En realidad, toda la existencia y el estado de salud de los seres humanos dependen de la comunicación, ya que es imposible separar el elemento afectivo de la vida, del componente biológico.”³³

Dentro del proceso de comunicación entre enfermería y el paciente, ambos viven experiencias emocionales como una función de este proceso. Si enfermería dentro de sus metas tiene incrementar al máximo el potencial de salud del paciente, debe comprender que la comunicación cumple un rol fundamental e influencia en la conformación de las relaciones. En consecuencia, la calidad del proceso de comunicación constituye un factor determinante del éxito de la relación profesional.

La comunicación es entonces, un elemento interpersonal del proceso de enfermería, y un componente esencial en las relaciones de ayuda.

Dentro del proceso de interacción, las personas influyen y reciben influencia de todos los sistemas humanos con quienes se relacionan. La forma en que se da la influencia es a través de la comunicación. A través de ella, en el proceso enfermero-paciente, el profesional espera crear con el paciente nuevas situaciones que lo hagan comportarse de una forma más saludable. Esta meta podrá alcanzarse si el profesional conoce profundamente el contenido y el proceso de la relación. Como se mencionó anteriormente, para comprender el contenido de este proceso, es necesario que enfermería conozca a la persona en su calidad de sistema abierto y complejo, es decir que interactúa con el ambiente, el entorno, la salud y factores específicos que promueven cambios positivos en los seres humanos. Debe tener también conocimientos sobre comunicación.

El propósito de enfermería hoy día consiste en atender las respuestas de los seres humanos tanto en la salud como en la enfermedad. Y son estas respuestas las que constituyen la substancia de la comunicación mencionada. Entonces la enfermería se ocupa de la comunicación y del empleo de ésta en las relaciones enfermería-paciente con

³³Leddy, S. y Pepper J. M. Op. Cit. p 269.

un propósito determinado.

En rasgos generales, la comunicación se puede definir como la generación y transmisión de significado. Se trata de una interacción dinámica en la que se intercambian metas, ideas, creencias y valores, entre otros. La comunicación solo se define en el contexto de proceso, las personas siempre son afectadas por los demás y afectan a otras personas, es decir, constantemente comunican, y a través de esto generan cambios en las personas y sufren cambios en sí mismos.

Existen varios modelos de comunicación. Cecchio propone cuatro fines fundamentales de la comunicación: investigar, informar, persuadir y entretener. La enfermería profesional puede llevar a cabo cualquiera de estos fines con el paciente e incluso con el resto del personal de salud. Para lograr estos propósitos se transmiten mensajes, que pueden ser en forma verbal y no verbal.

En enfermería la comunicación verbal se relaciona con la palabra hablada. Si bien las palabras no ejercen la mayor influencia en la comunicación, son un elemento fundamental de la comunicación personal y cultural. El lenguaje que se utiliza se compone por un sistema completo de símbolos. Se debe prestar atención en el modo en que transmitimos los mensajes verbales ya que la falta de congruencia en el mensaje interfiere con el establecimiento de la relación.

En la comunicación no verbal, el componente no verbal representa la influencia más importante en la comunicación. Consiste en todas las formas que no incluyan la palabra oral ni la escrita. La percepción de la comunicación no verbal afecta todos los sentidos. Abarca gestos, acciones o movimientos corporales, el uso del espacio, todo esto constituye poderosos mensajes no verbales que son percibidos por los sentidos.

El sentido del tacto representa el sistema sensorial más primitivo desarrollado por los seres humanos. Sentido de gran importancia en la enfermería. Al tomar la mano de un paciente estamos transmitiendo un mensaje a través de la comunicación no verbal aun as necesario a veces que las palabras para mostrar contención y empatía. El sentido de oír las palabras habladas posee también un elemento no verbal al interpretar las cualidades de la voz.

Hay que otorgar un lugar predominante a la comunicación no verbal, ya que la mala interpretación de este tipo de comunicación creará barreras para un proceso eficaz.

En el proceso de enfermería se deben examinar cuidadosamente los movimientos

corporales. Se debe comprender el significado de las acciones motoras empleadas por el usuario y tratar de que exista congruencia entre sus propias conductas no verbales y la comunicación verbal que intenta transmitir.

El espacio desempeña también un papel de suma importancia en enfermería hay que ocuparse del espacio tanto personal como ambiental de los seres humanos. Se debe considerar la forma en que se mueven las partes del cuerpo en el espacio, incluso hacia donde se dirige la mirada, la posición de los cuerpos, y la distancia entre los cuerpos en el espacio.

Percepción en la comunicación:

En los seres humanos la comunicación es posible a través de la interpretación, ésta incluye percepción, simbolización, memoria y pensamiento. La percepción puede considerarse uno de los elementos más importantes, al que siguen todos los demás. Es la selección y organización de sensaciones de manera que adquieran un significado. Las emociones, lenguajes y actitudes influyen en las expectativas perceptuales y varían de un individuo a otro, por lo tanto, la interpretación de una persona depende de su capacidad de percepción.

Dentro de la relación enfermería-paciente existen factores que afectan la percepción. Estos son: la capacidad de prestar atención, perspectiva que cada individuo lleva a la relación y condición física de los receptores. La presencia de ansiedad en alguna de las dos limita la capacidad de prestar atención en el proceso de comunicación, interfiere con la confirmación de las perspectivas individuales y reduce la capacidad física, por lo que es de vital importancia controlar la ansiedad en la relación enfermería-paciente.

Auto-concepto en la comunicación:

Se trata de la conciencia de sí mismo y de otros factores del autoconcepto esenciales para lograr la comunicación eficaz que son la capacidad de compartir con los individuos, capacidad para establecer, conservar y finalizar las relaciones con las que nos sentimos a gusto y capacidad de compartir el poder.

La importancia del autoconcepto en enfermería radica en si el principal motivo de la comunicación entre enfermería y paciente consiste en influir para que alcancen los mejores niveles de salud será necesario que desarrollen conceptos de sí mismas eficaces para lograr los objetivos con el paciente. Algunos de estos conceptos necesarios pueden ser: capacidad de obtener satisfacción por compartir la responsabilidad de la relación, de

considerarse un instrumento terapéutico para llevar adelante el proceso de enfermería y apreciación del valor del poder compartido en las actividades dirigidas al cambio. ³⁴

Dentro del proceso de comunicación no debemos olvidar las cualidades que debe poseer el comunicador para lograr un proceso efectivo. Estas características son de vital importancia y son:

Empatía: Uno de los ejes prioritarios en salud es la humanización de la atención y el cuidado. En este sentido enfermería juega un papel clave en la consecución de este objetivo, por ser una ciencia que reconoce al paciente como un ser humano sujeto de derechos que requiere de un interés genuino de la profesión para comprender sus necesidades, emociones y acciones. Para comenzar una relación terapéutica es necesario comprender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes y el fundamento de esta actitud es la empatía, atributo que le da verdaderamente a la enfermería la capacidad para comprender al otro. No será posible lograr resultados eficaces en la relación de ayuda sino se cuenta con empatía.

El término viene del griego empátheia, que significa apreciación de los sentimientos de otra persona. Dentro de la enfermería podemos definir la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento. La capacidad de comunicar este entendimiento de la experiencia del paciente permite que la información pueda ser validada por el mismo, e implica la utilización de una comunicación adecuada y efectiva. ³⁵

En la relación de ayuda entonces, para lograr cambios es necesaria la empatía. Enfermería debe contar con la capacidad de participar en los sentimientos o ideas del paciente, sintiendo, compartiendo y aceptando los sentimientos de éste. Si el paciente siente que es tratado como un objeto o se siente incomprendido es muy posible que se ponga en una posición defensiva. Por el contrario, si percibe que el personal de enfermería se interesa por él y por lo que siente, la relación generará confianza y una comunicación abierta.

Respeto: es necesario mostrar una actitud receptiva y que valore los sentimientos, opiniones, individualidad y carácter único del usuario. El respeto es la consideración de que algo es digno, es la afirmación de las otras personas como individuos independientes. Dentro de la relación enfermería-paciente se observa el respeto cuando hay igualdad,

³⁴Leddy, S. y Pepper J. M. Op. Cit. p.269-274

³⁵www.scielo.org.com. La empatía en la relación enfermera-paciente. Martha Cecilia Triana Restrepo.

reciprocidad, compromiso, aceptación, escucha y cuidado, entre otros.

2.10 El papel de defensora del paciente.

El paciente tiene derecho a una relación enfermera-paciente basada en reciprocidad, respeto mutuo, consideración de la información y de los sentimientos y participación activa en la solución de problemas relacionados con la salud y sus necesidades. Por todo esto la enfermera es defensora directa de los pacientes y no hay duda de ello.

Enfermería debe asegurar que el paciente tenga acceso a los sistemas de servicios de salud adecuados. Debe considerar al paciente como responsable de su salud, pero a sí misma como responsable de facilitar fuerzas, información y herramientas al paciente para que este alcance los niveles más altos de salud, o que atraviese el final de su vida de la manera más digna posible y respetando sus elecciones.

El papel de defensora de los usuarios surge junto con el desarrollo de la práctica basada en la teoría, aunque hay que reconocer que en algún punto siempre ha actuado como defensora. En un primer momento esto se cumplía siempre y cuando no originara conflictos con la defensa del médico o de la institución, pero a medida que la enfermería fue avanzando y considerándose como una profesión autónoma y no como dependiente de la medicina, cambio la naturaleza de la defensa. De esta forma, al tratar de desempeñar el papel de defensora, acepta la obligación de mantener al paciente en todo momento en el primer lugar de sus prioridades, más allá de los intereses institucionales. El gran desafío que hoy día tienen la enfermería consiste en ser capaz de defenderlos sin convertirse en adversaria de los miembros del equipo de salud, pero siempre teniendo al paciente como prioridad.³⁶

Dentro del contexto del propósito de la enfermería, su confianza en los seres humanos y la necesidad que tienen de atender a su salud es que surge como un papel profesional el de ser defensora de sus pacientes. Cuando la enfermera adopta la responsabilidad de ser defensora, está adoptando una posición activa, mientras que el paciente pasa a ocupar una posición pasiva. Si bien desde la ciencia enfermera se plantea que todos los pacientes a través de acompañamiento, contención y educación son capaces de crecer y desarrollarse para alcanzar niveles elevados de salud, enfermería se concentra en el aspecto de protección que implica la defensa y en el comportamiento de defensa de defender y amparar una causa.

Teniendo en cuenta este punto de vista, en el cual la vida se caracteriza por el cambio a través del crecimiento y la realización del potencial, la enfermería encuentra su principal

³⁶ Leddy, S. y Pepper J. M. Op. Cit. 333

razón para ayudar a los pacientes a actuar en su propio beneficio, a asumir responsabilidades en forma activa de su propia salud y de las decisiones relacionadas con ella, mientras que enfermería, por su parte, movilizara y apoyara el potencial de sus pacientes.

Ser defensores significa ser responsables de la atención que se brinda, y cuando sea necesario ser vocero del paciente.

La defensa en enfermería es el acto de brindar información y apoyar al paciente para que pueda tomar las mejores decisiones para ellos mismos.

"Debemos como defensoras de los seres humanos ayudar a los pacientes a encontrar un significado o un propósito en su vida o en su muerte... Cualquiera que sea la meta del paciente, se trata de su significado y no del nuestro, de sus valores y no de los nuestros, y de su vida o su muerte, y no de las nuestras."³⁷

Ser defensoras significa participar en el progreso de procesos que promueven la salud. Dentro de este proceso es esencial la colaboración o reciprocidad, es decir, compartir la responsabilidad de la planificación y resolución de los problemas con el paciente.

Cuando una decisión es tomada por una persona en nombre de otra, sin la participación del protagonista en cuestión, o con su participación, pero cuando este no cuenta con los conocimientos necesarios para emitir un juicio bien fundado, es cuando estas decisiones tienen menos posibilidades de funcionar bien y en beneficio del paciente. Enfermería posee conocimientos sobre salud y la capacidad de ayudar a las personas, a través de este conocimiento, a obtenerla. Al transmitirlos a los pacientes, estos tendrán la información necesaria para evaluar y comprender su situación y de esta forma controlar su vida y su salud. En esta relación es evidente entonces la reciprocidad, es decir, enfermería y paciente deben describir en detalle el estado de salud del paciente y ponerse de acuerdo en la dirección y naturaleza del cambio que a este le gustaría efectuar para mejorar su salud, exploraran juntos las posibles alternativas para alcanzar las metas que planteen y luego trabajaran juntos para implementarlos.

Es importante concentrarse en la fuerza del paciente, en su potencial de crecimiento. Esto no significa desmerecer su dolor o sufrimiento, sino ayudarlo a encontrar un significado, a tomar decisiones y recordarle su capacidad y potencial, siempre desde el respeto y mostrando comprensión y empatía. Cuando el paciente se muestra negativo a

³⁷ Ibid. p335

adoptar medidas saludables aun cuando cuenta con la información necesaria para ello, es importante recordar que la empatía, pieza fundamental en la relación enfermero-paciente, permite ponerse en su lugar, no para justificarlo y tomar una actitud pasiva, sino para comprenderlo, y modificar planes de cuidado, así como contar con más herramientas para ayudarlo.

Es importante tener presente que en esta de relación de reciprocidad ambos tienen la misma autoridad e importancia, no hay una relación vertical, sino horizontal.

El papel de defensora suele traer aparejados ciertos inconvenientes o mejor dicho dilemas éticos a los enfermeros cuando del derecho del paciente a vivir o morir se trata. Mejor dicho, se ven atrapados en un dilema entre los médicos y los pacientes.

La moral tiende a respaldar el derecho de una persona a vivir y no a dejar que otros decidan si la vida de la persona merece vivirse, el bienestar de otros profesionales de salud o del entorno del paciente no tiene que estar en conflicto con el derecho de una persona a morir. Enfermería debe proteger el derecho del paciente de terminar con su vida. El papel de protector indica que enfermería está obligada a supervisar la calidad de los cuidados y debe intervenir cuando se observen conductas perjudiciales para el paciente en cualquier trabajador de salud, lo que no significa convertirse en adversario de un colega, sino de proteger de la mejor forma posible al paciente y esforzarse por resolver un conflicto derivado de la necesidad de protección del paciente.

Como se mencionó anteriormente en el marco teórico, la ética rige la práctica enfermera. Esto a través de códigos de conducta que refleja el sentimiento profesional sobre lo que está bien o mal y la aceptación de las responsabilidades profesionales que le confiere la sociedad.

Es usual confundir la dependencia que atraviesa un paciente al estar enfermo como puede ser la dependencia física, con la incapacidad para tomar decisiones sobre su propia persona. La autonomía como se mencionó en otro capítulo es la base de los derechos de los individuos, y es muy común que en las instituciones de salud se suelen violar con frecuencia los derechos personalísimos. Es función de enfermería asegurarse que cuando el paciente ingresa a una institución de salud, se le informen sus derechos. Cuando la enfermedad interfiera con la capacidad de controlar las decisiones, la enfermera defensora desempeñara un papel de suma importancia salvaguardando los derechos del paciente a elegir y tomar decisiones cuando no pueda ejercer un control sobre sí mismo y el medio ambiente.

"Curtin, respetada autoridad en la ética dentro de la enfermería, desafió a las enfermeras a observar la falta diaria de respeto a la que se ven sometidos los pacientes, algunos ejemplos de esa falta de respeto son asegurar falsamente a un niño que algo no le va a doler cuando por fuerza debe resultar doloroso, efectuar procedimientos sin brindar información sobre los mismos, y proporcionar un trato desigual y discriminatorio, entre muchas otras situaciones. Curtin define los derechos humanos como lo que merece en justicia una persona y afirma que, si los seres humanos poseen algún derecho, ese derecho consiste en ser reconocidos y respetados como seres humanos."³⁸

Los seres humanos además de sus derechos tienen necesidades que satisfacer para seguir viviendo. Es importante entender que cada individuo tiene derecho a satisfacer estas necesidades, pero también tiene derecho a elegir que no se satisfagan. Enfermería debe ayudar al paciente a tomar esa decisión a través de información, pero no tomar nunca la decisión por el paciente.

Cuando enfermería respeta la autonomía del paciente y su derecho a elegir y tomar decisiones, está asumiendo obligaciones las cuales forman parte de la responsabilidad profesional. Tienen una obligación moral de llevar a cabo sus deberes profesionales en relación con los derechos del paciente. A lo largo del tiempo enfermería se ha responsabilizado más desde el punto de vista ético.

Son múltiples los cambios en la población que han influido en la necesidad de que enfermería sea defensora de los pacientes. Con solo tener en cuenta los cambios sociodemográficos nos damos cuenta de esto la población de adultos mayores ha aumentado notablemente. Este conjunto de población suele ser considerada por la sociedad y los profesionales de salud como personas incapacitadas, situación que coloca a la enfermería en escena protegiéndolos de esta situación y fomentando su autonomía.

Con los avances tecnológicos y la era informática, es cada vez más sencillo acceder a la información y para las políticas sanitarias difundirla. Esto sumado al aumento de los costos en la atención a la salud, ya que aunque se cuenta con cobertura privada muchas veces el paciente debe abonar un monto diferencial por diversas razones, ha originado que la población comience a preocuparse por su salud y a ocuparse de tomar decisiones sobre su cuidado. Los pacientes quieren intervenir en las decisiones sobre su salud y no solo recibir instrucciones sobre qué debe hacer, por lo que es necesaria la defensa de

³⁸Leddy, S. y Pepper J. M. Op. Cit. p.338

*enfermería para ayudarlo a participar en la toma de estas decisiones.*³⁹

³⁹ *Ibid. p333-345*

CAPITULO III

Diseño metodológico.

3.1 Tipo de estudio.

La investigación en Ciencias de la Salud implica la búsqueda sistemática de conocimientos y la validación de los datos sobre temas de importancia para el ejercicio profesional.

Según la finalidad del estudio planteado, este será descriptivo ya que sus datos serán utilizados con una finalidad puramente descriptiva y no enfocados a una presunta relación causa-efecto, pretende conocer el grado de conocimiento e implementación de la ley de derechos del paciente, sin buscar causas o relación entre las variables. "El propósito de los estudios descriptivos es observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural, y algunas veces, proveer un punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de teoría."1

La investigación entonces será de carácter cuantitativa, descriptiva midiendo las variables de grado de conocimiento de la Ley 26.529 y la aplicación de la misma en la labor diaria de diversos profesionales enfermeros que desarrollen sus funciones en diversas instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata del año 2019. Se realizará durante el segundo cuatrimestre del presente año.

3.2 Muestra y técnica.

El universo de nuestra investigación estará constituido por enfermeros que trabajen en diversas instituciones del sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata durante el segundo cuatrimestre del año 2019. La muestra total será de 35 enfermeros teniendo en cuenta que el método de recolección de datos será a través de un cuestionario cerrado. Para garantizar el carácter heterogéneo y la representatividad de la muestra, se seleccionarán profesionales enfermeros en función, tratando de que la muestra sea lo más heterogénea posible en lo referente a sus años de experiencia, su formación profesional, su género, así como su franja etaria.

La técnica de recolección de datos será una encuesta anónima (ver anexo) en la que se tomaran datos específicos de la muestra: Edad-Sexo-Grado de formación profesional-Años de ejercicio profesional-Ámbito en el que desempeñan sus funciones- dividida en dos partes. La primera será utilizada con el fin de evaluar el grado de conocimiento de la Ley 26.529. Dado que se realizará cada encuesta con la presencia de al menos uno de las dos autoras de este trabajo de investigación, una vez finalizada la primer parte se hará entrega de la segunda, a través de la cual se evaluara el grado de implementación de la ley en la labor diaria de los enfermeros. La finalidad de entregarla una vez finalizada la primera parte radica en evitar que se mencionen respuestas en la primera por deducción o comprensión de la segunda parte.

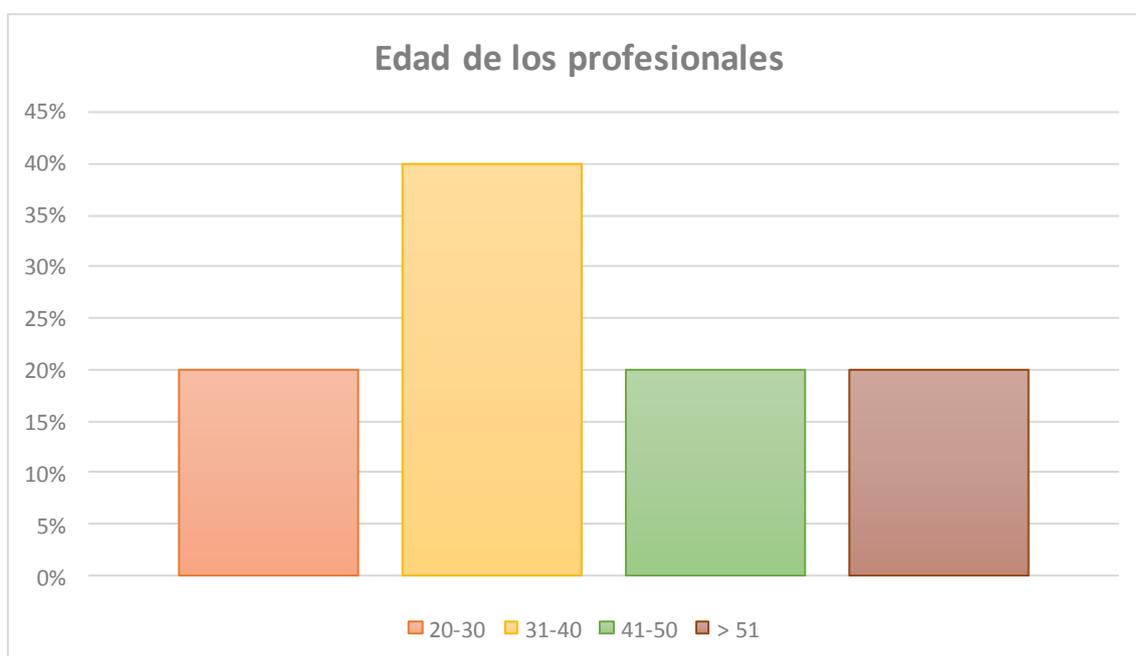
CAPITULO IV

Análisis de los resultados obtenidos.

Todos los datos obtenidos de las 35 encuestas realizadas fueron representados en gráficos de barras y serán analizados a continuación.

La encuesta se realizó a 35 profesionales cuyas edades oscilan entre 20 y 65 años de edad, encontrándose la mayor cantidad de encuestados entre la franja etárea de 30 y 40 años. El resto se encuentra equitativamente distribuido entre las demás franjas etáreas representadas en el siguiente gráfico.

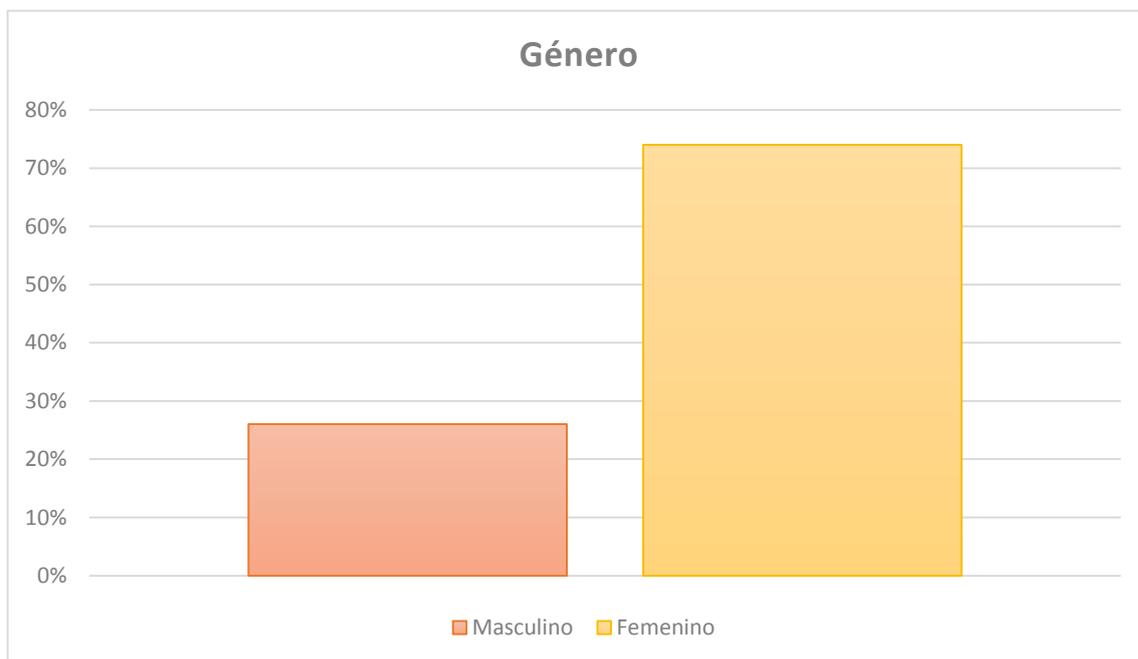
Gráfico n°1



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Más del 70% de los encuestados pertenecen al género femenino y el 30% masculino.

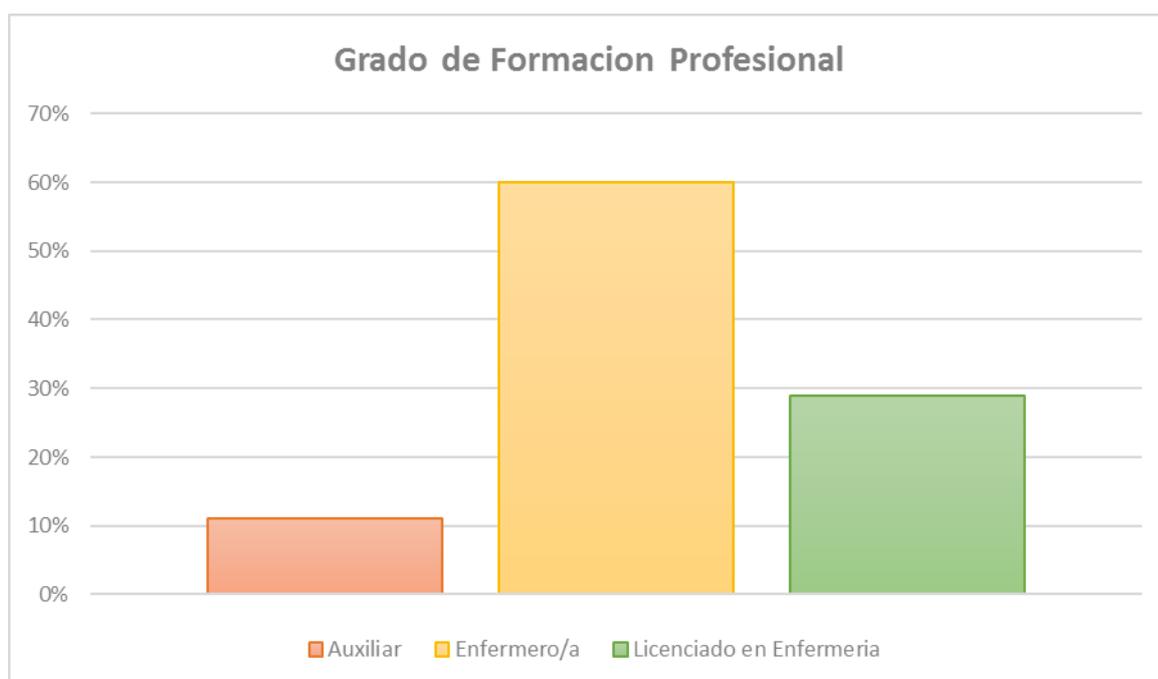
Gráfico n°2



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

En referencia al grado de formación de los profesionales más de la mitad (60%) fueron enfermeros, siguiendo con un 29% de Licenciados y solo un 11% auxiliares.

Gráfico n°3

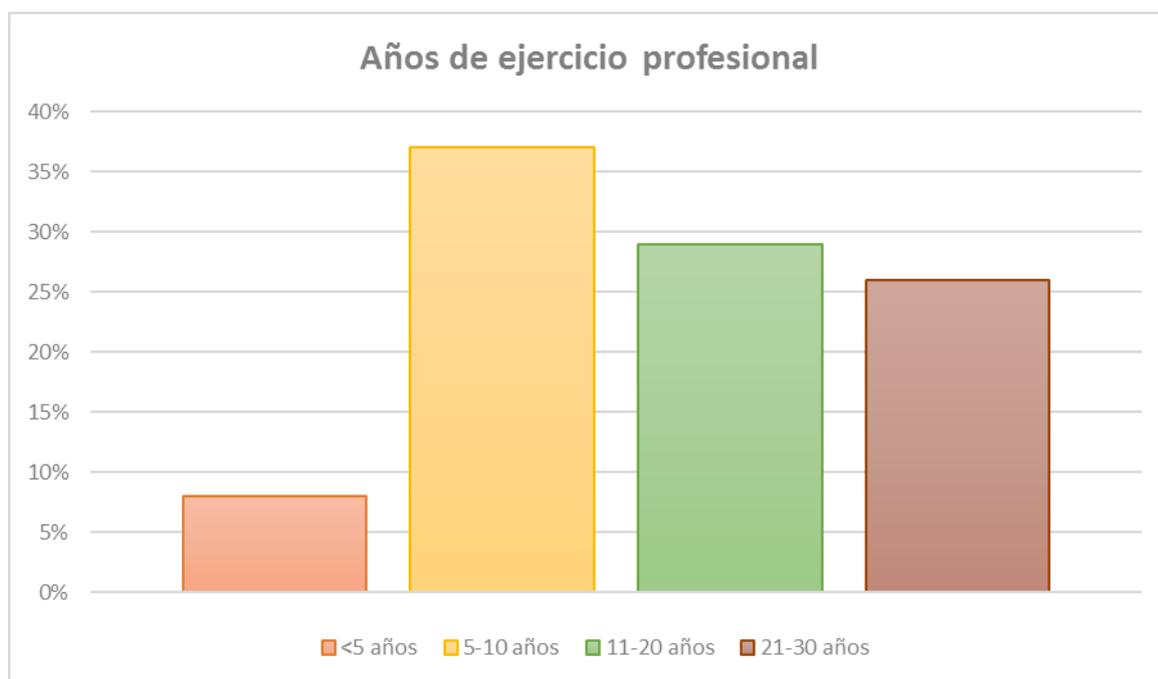


Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Solo un 8% de los encuestados posee menos de 5 años en el desempeño de sus funciones mientras que el 37% se encuentran entre los 5 y 10 años de ejercicio profesional y el resto se divide entre 11 y 30 años de ejercicio.

La ley en cuestión fue sancionada 10 años atrás, por lo que esperaríamos encontrar que entre un 40 y 45% de los encuestados pudieran al menos referir que la conocen entendiendo que durante la formación, ésta se encontraba ya sancionada y seguramente incorporada al plan de estudios de los estudiantes. Pero, aunque esto no hubiese sido así, teniendo en cuenta que la Ley 24004 de Enfermería: Normas para su ejercicio, expresa en su Capítulo III, artículo 10 que son obligaciones de los profesionales mantener la idoneidad profesional mediante la actualización⁴⁰ esperábamos encontrar un porcentaje mayor.

Gráfico n°4

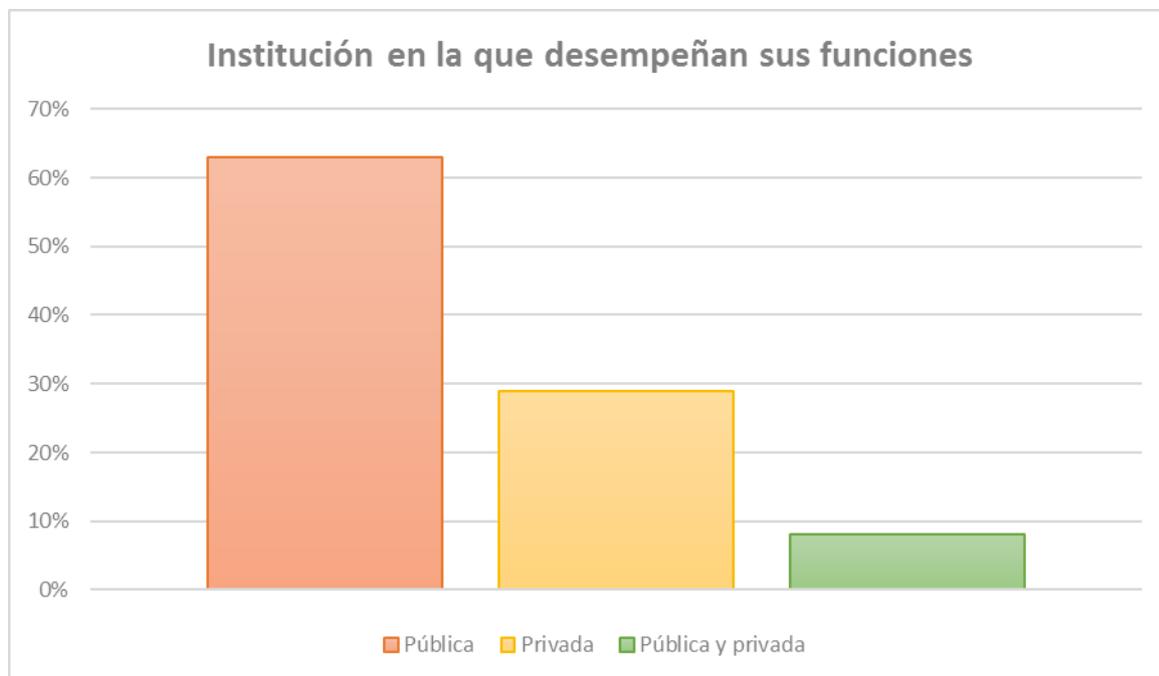


Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

⁴⁰ www.msal.gov.ar

El 63% de los profesionales de la muestra desempeñan sus funciones actualmente en el ámbito público mientras que un 29% lo hace en el ámbito privado, y solo el 8% tanto en ámbito privado como público.

Gráfico nº5



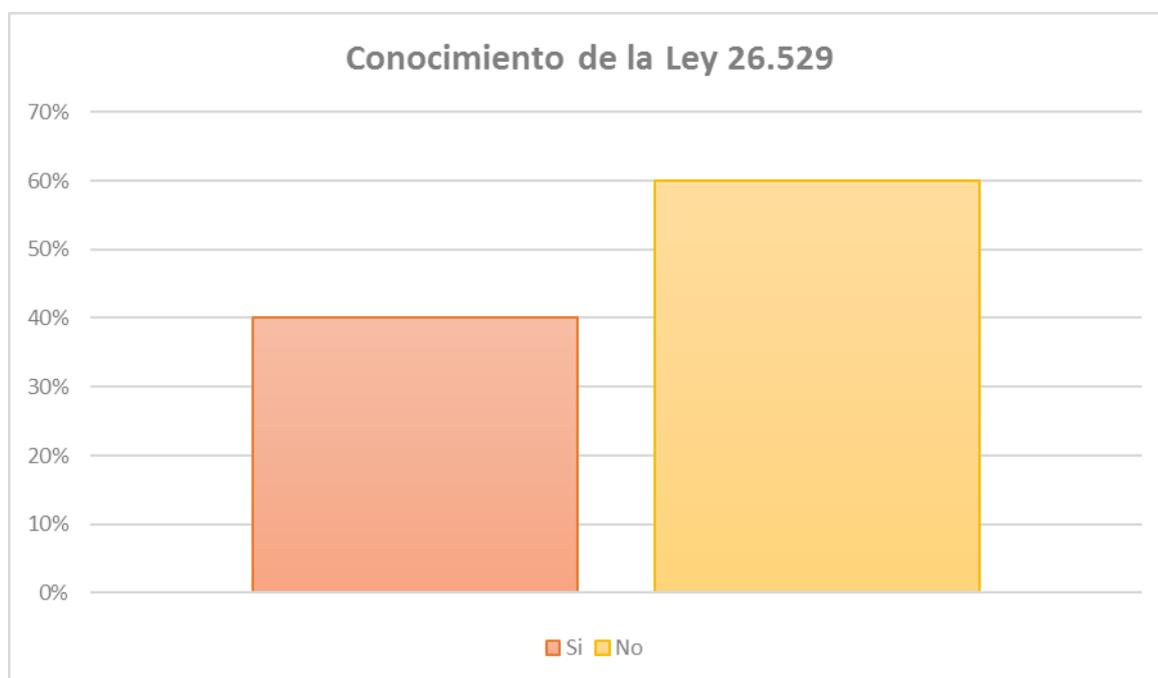
Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Análisis y determinación del grado de conocimiento de la Ley 26.529.

Si bien el 60% de los encuestados (es decir, más de la mitad) expresó no conocer la Ley 26.529, identificaremos a través del análisis de los resultados la veracidad de esta respuesta, o si al menos conocen algunos conceptos e implicancias de la misma independientemente de conocer la ley en todo su alcance.

Se pueden identificar múltiples funciones dentro del ejercicio profesional que incluyen el resguardo y respeto de los derechos del paciente, que pueden no conocerse como componentes de una ley específica, pero si llevarse a cabo en la labor diaria. Dentro de la Ley de Ejercicio Profesional sancionada más de 20 años atrás encontramos dentro de las obligaciones de enfermería el respeto a la dignidad humana y al resguardo del secreto profesional, es decir el respeto a la intimidad del paciente, por lo que independientemente de no conocer la Ley 26.529, estos derechos podrían ser mencionados por los profesionales encuestados simplemente por formar parte de la labor del enfermero. Podría resultar hasta llamativo que sea necesario que existan leyes que deban mencionarlos cuando el respeto a cualquier ser humano forma parte de un derecho universal.

Gráfico n°6



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

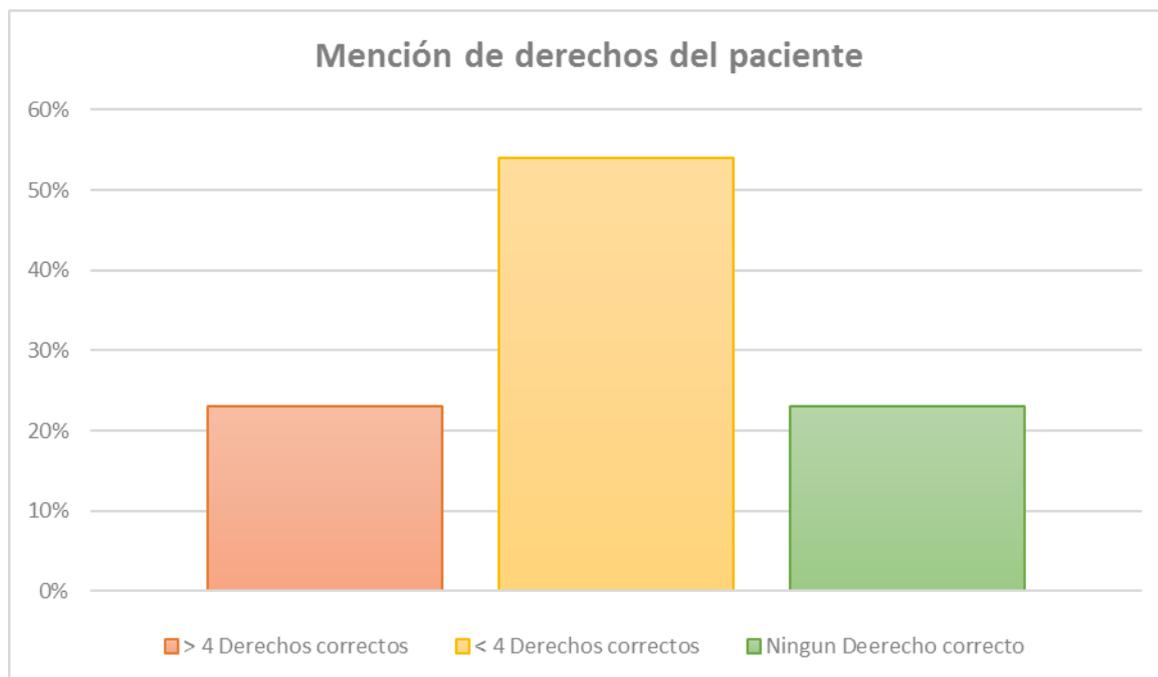
Derechos del paciente.

Como se enumeran dentro de la ley, los derechos específicos del paciente son:

- *Asistencia: es el derecho a ser asistido por cualquier profesional sin menoscabo y distinción alguna.*
- *Trato digno y respetuoso.*
- *Intimidad: estricto respeto por la dignidad humana.*
- *Confidencialidad: se guarde reserva sobre los datos contenidos en la historia clínica.*
- *Autonomía de voluntad: tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos, con o sin expresión de causa, así como a luego revocar su manifestación de voluntad.*
- *Información sanitaria: es el derecho tanto a recibir como a no recibir información sobre su estado de salud.*
- *Interconsulta médica. Derecho a solicitar y acceder a una segunda opinión.*

Dentro de la Ley se mencionan un total de 7 derechos, por lo que tomamos como referencia a 4 o más derechos mencionados en forma correcta para valorar el conocimiento de éstos. Solo un 23% pudo mencionar al menos 4 o más, mientras que un 54% de la muestra pudo mencionar entre uno y tres derechos. El 23% no mencionó ningún derecho o lo hizo en forma incorrecta. Dichos resultados guardan relación con la primera pregunta basada en que más de la mitad desconocen la Ley de derechos del Paciente.

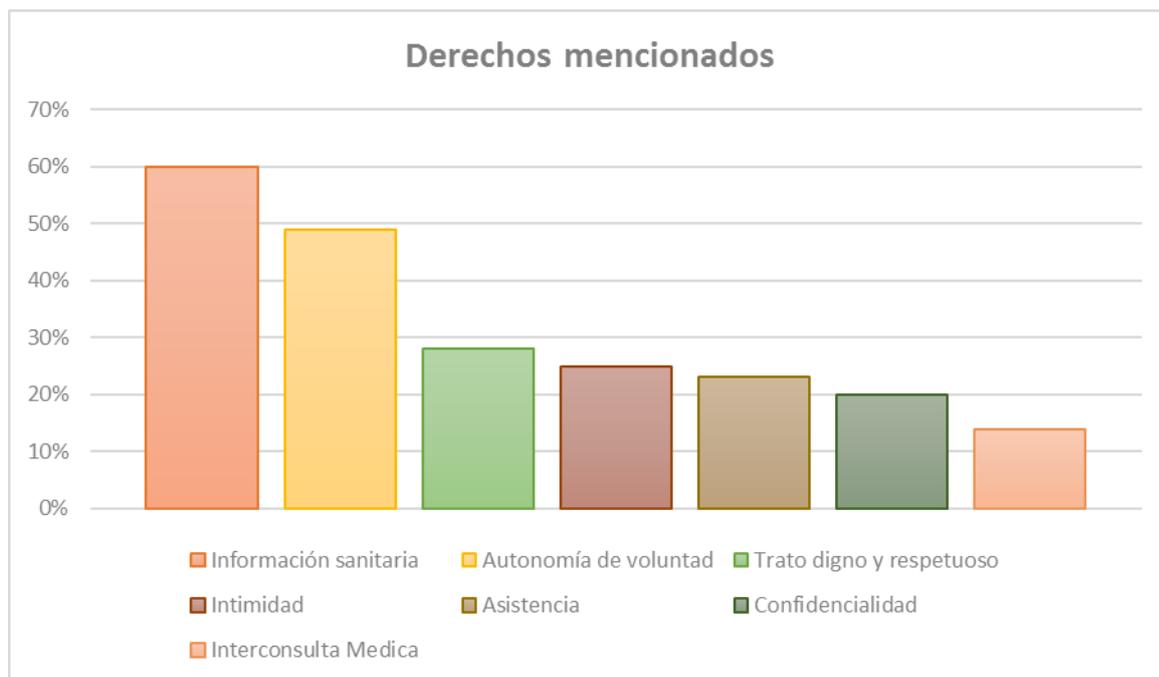
Gráfico n°7



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

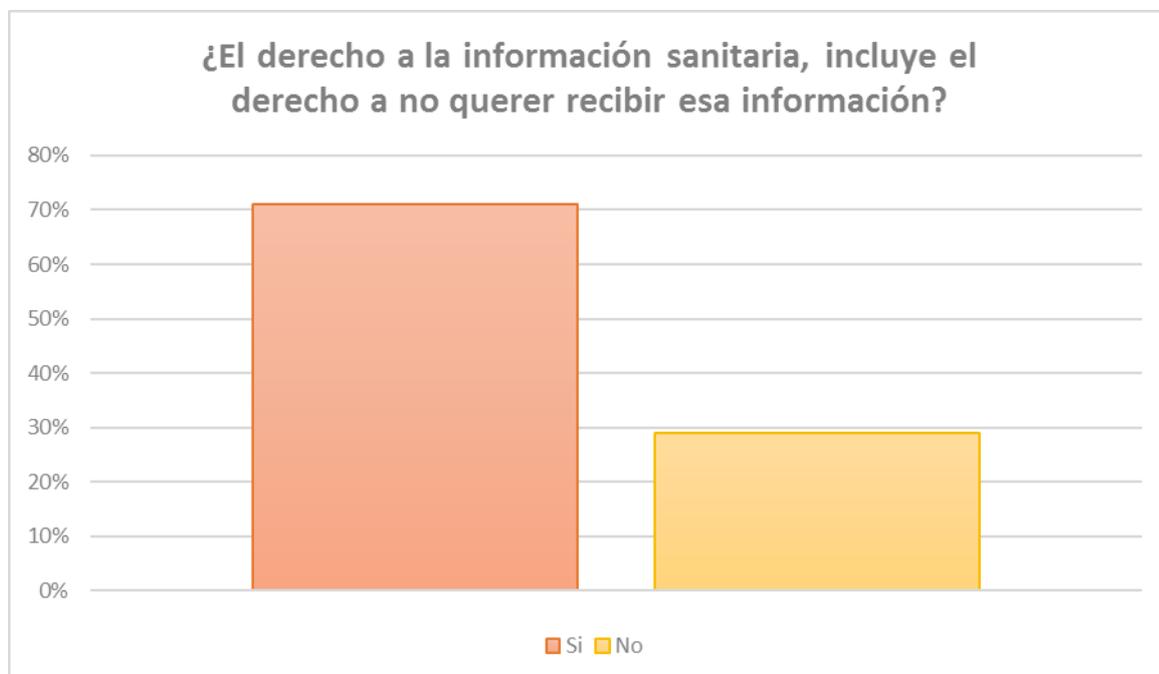
Se representaron en el Gráfico N°8 en orden decreciente los derechos más mencionados por los profesionales encuestados, siendo el derecho a la información sanitaria el más mencionado, y el derecho a la interconsulta médica el menos enunciado. El derecho más mencionado justamente se evalúa con la siguiente pregunta en la encuesta: ¿El derecho a la información sanitaria, incluye el derecho a no querer recibir esa información? El 71% respondió que sí, es decir que, si bien un 11% no fue capaz de mencionar este derecho como tal, conocen los alcances del mismo (Gráfico n°9).

Gráfico n°8



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Gráfico n°9



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Del consentimiento informado.

Se entiende por consentimiento informado a la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, siempre luego de recibir por parte del profesional interviniente información clara y precisa con respecto a los siguientes aspectos:

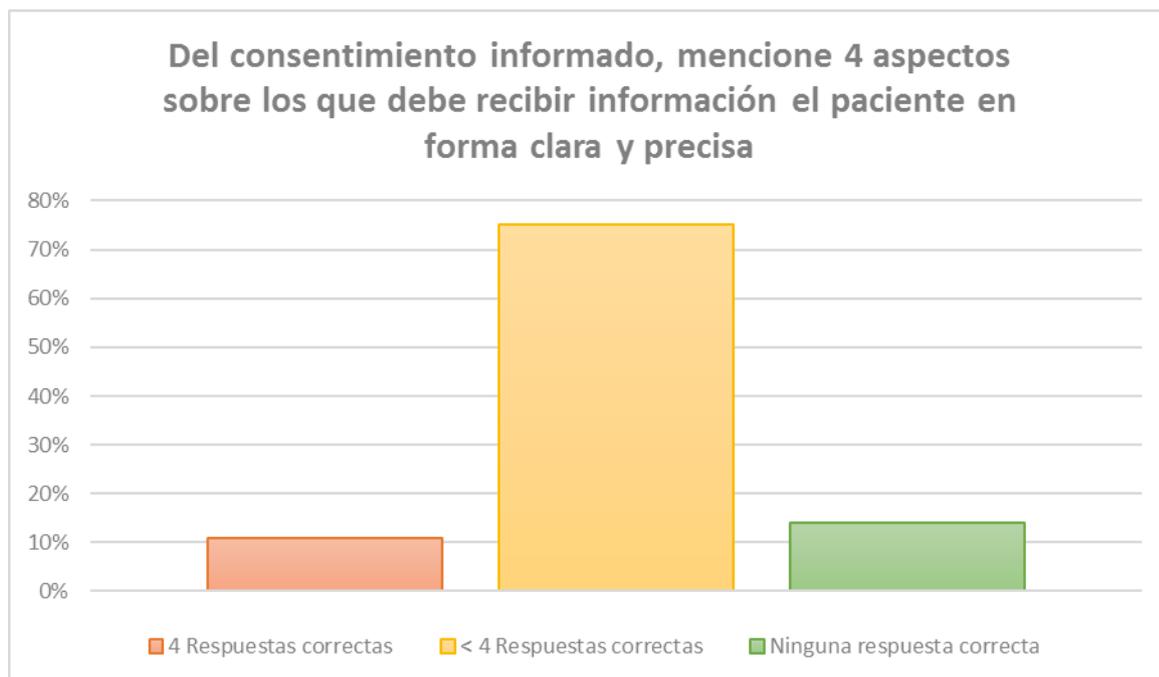
- *Su estado de salud.*
- *Procedimiento propuesto.*
- *Beneficios esperados del procedimiento.*
- *Riesgos, molestias y efectos adversos.*
- *Especificación de los procedimientos alternativos, así como sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto.*
- *Consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto.*
- *El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o cuando se encuentre en estadio terminal, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado.*
- *El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención.*

Se mencionan entonces en la ley 8 aspectos a tener en cuenta para que un consentimiento sea dado en forma adecuada por lo que tomamos en cuenta al momento de representar los resultados en el Gráfico N°9 la mención de 4 aspectos o más correctos.

Solo un 11% de los encuestados logro mencionar 4 aspectos o más en forma correcta mientras que un gran porcentaje, el 75%, no fue capaz de mencionar más de 3. Un 14% no pudo mencionar ningún aspecto o lo hizo en forma incorrecta. (Gráfico n°10)

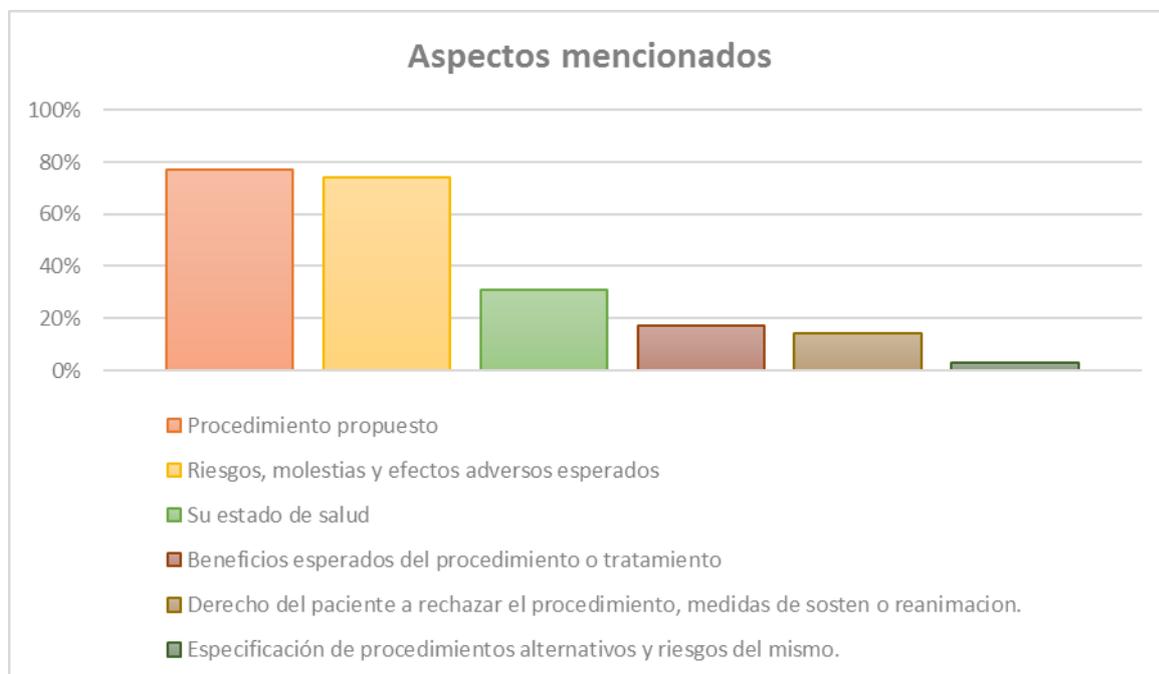
En el Gráfico n°11 se puede observar en que porcentajes fue mencionado cada aspecto. De los 8 que menciona el Capítulo 3 de la ley, solo se mencionaron 6, quedando fuera sin mención alguna, las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto, y el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención.

Gráfico n°10



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Gráfico n°11

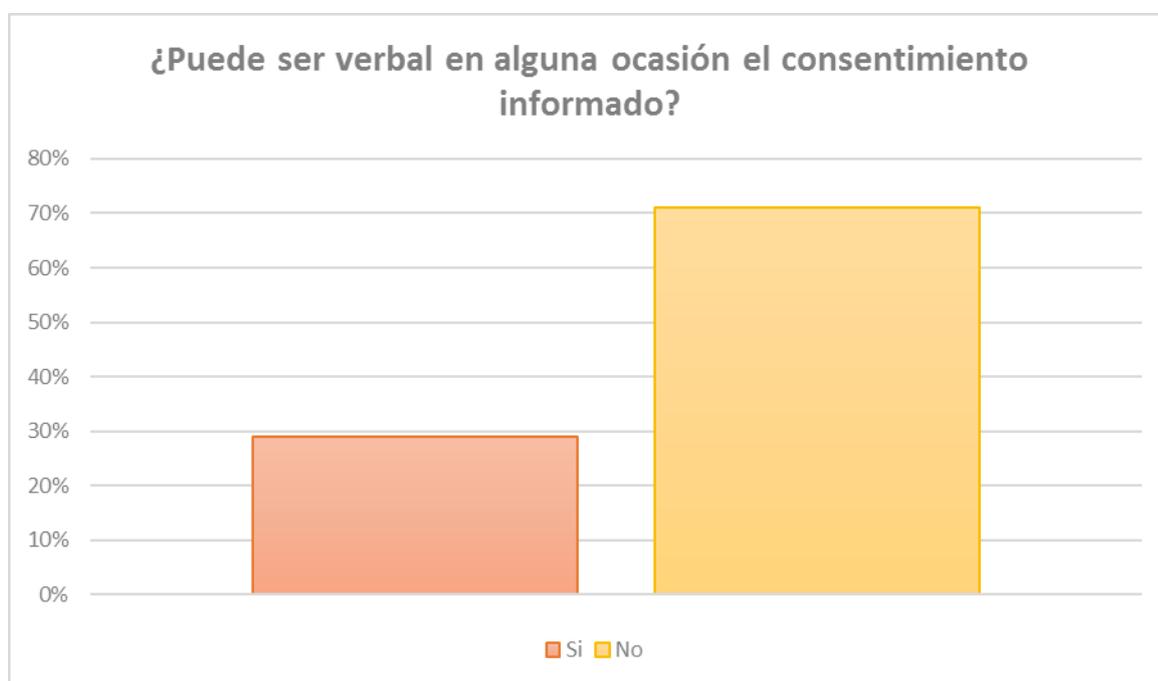


Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

En el artículo 7 del Capítulo III Del consentimiento informado, se menciona la instrumentación del mismo. Y expresa que éste será siempre verbal con algunas excepciones en las que deberá ser escrito. Ante la evaluación del conocimiento de dicho enunciado de la ley, el 71% de los encuestados contestó que nunca puede ser verbal el consentimiento informado, mientras que el resto opino que sí, que hay ocasiones en las que puede serlo. Creemos que en este punto existe una confusión en el concepto que se tiene del consentimiento informado dado que suele relacionarse muy estrechamente con las intervenciones quirúrgicas por lo que se cree que siempre debe ser escrito. Sin embargo, el consentimiento, ya sea escrito o verbal, es necesario para cualquier práctica, intervención o cuidado que vaya a realizarse sobre el paciente. Desde realizar una higiene hasta colocar un acceso venoso periférico.

Solo es necesario el consentimiento informado en forma escrita en las situaciones de internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la ley en cuestión.

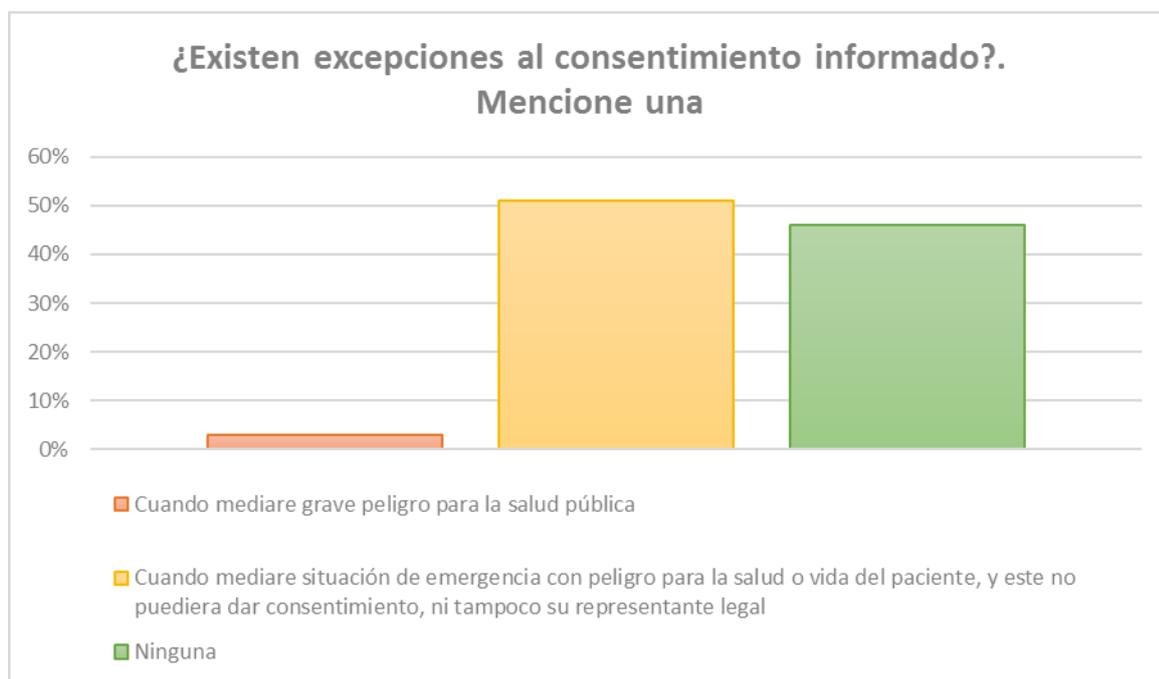
Gráfico n°12



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Existen situaciones en las que el profesional interviniente queda exento de requerir el consentimiento informado, y estas son: cuando mediare grave peligro para la salud pública y cuando mediare una situación de emergencia con grave peligro para la salud o vida del paciente y ni este ni su representante legal pudieran dar el consentimiento. Cuando fueron consultados los profesionales solo un 3% hizo mención a la primera excepción, mientras que un 51% menciono la excepción en caso de emergencia. El 46% no fue capaz de mencionar ninguna excepción o lo hizo en forma incorrecta.

Gráfico n°13

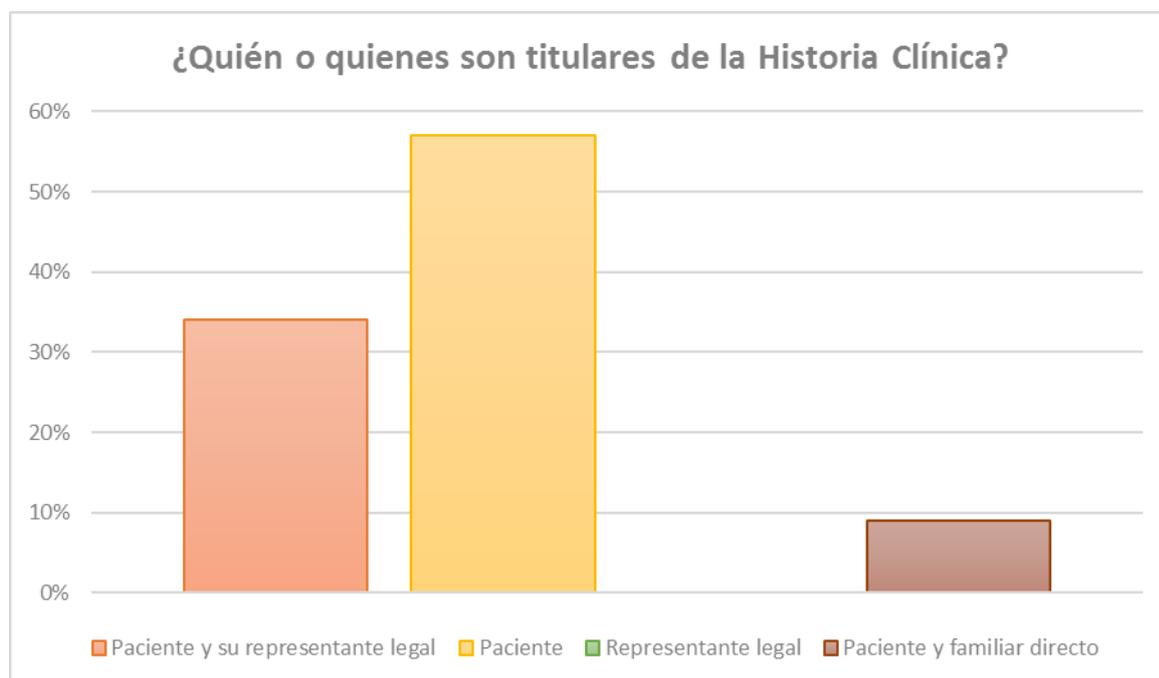


Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

De la Historia Clínica.

Con respecto a la titularidad de la historia clínica, si bien el 57% de los encuestados pudo identificar que el titular de la misma es el paciente, hubo un 34% que expresó que lo es el paciente y su representante legal y un 9% que identificó como titulares al paciente y a su familiar directo. Es importante destacar que el único titular de la historia clínica es el paciente. Mientras que quienes se encuentran legitimados para solicitar a Historia Clínica son tanto el paciente como su representante legal. Allí radique probablemente la confusión.

Gráfico n°14

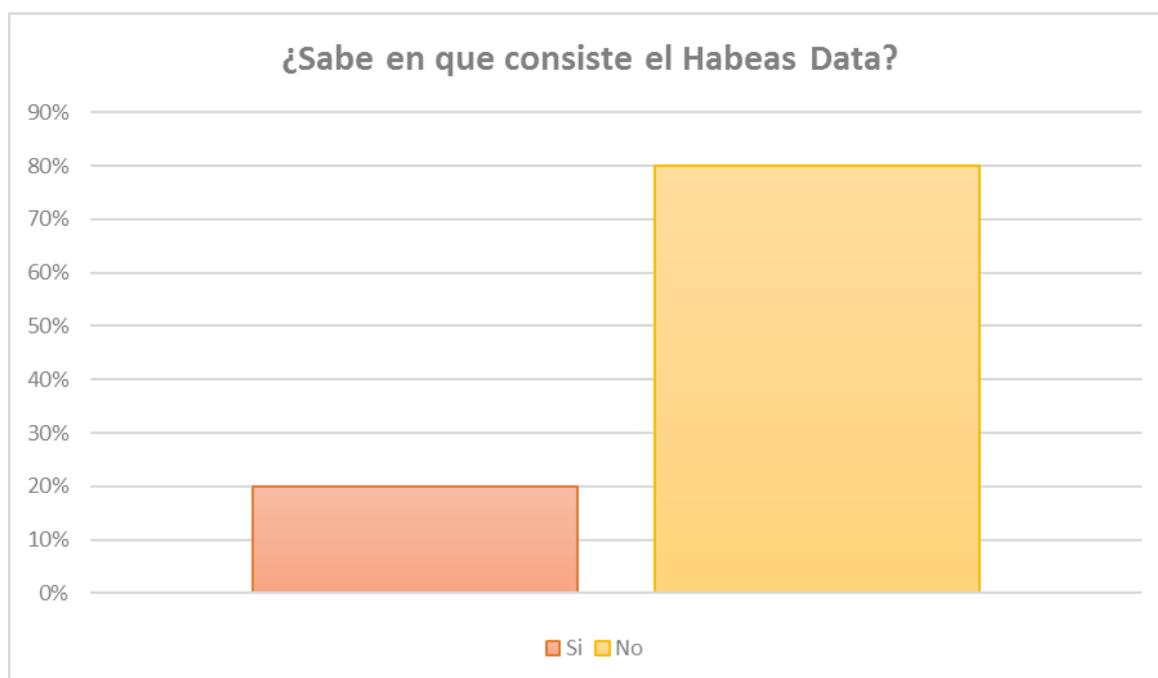


Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

De acuerdo a lo expresado en el marco teórico donde fue definido el rol de Enfermería como defensor de los derechos del paciente, no nos parecía un dato menor evaluar el conocimiento del concepto de Habeas Data. “Es una modalidad de amparo que permite a toda persona interesada acceder al conocimiento de sus datos que consten en registros o datos de bancos públicos o privados destinados a proveer informes...”⁴¹

Al ser consultados sobre el conocimiento de este recurso el 80% de los profesionales respondió que no.

Gráfico n°15



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

⁴¹ Disponible en www.derechos.org

Grado de implementación de la ley 26.529 en la labor de los profesionales enfermeros.

En la segunda etapa de la encuesta evaluamos la implementación de la ley en la labor diaria, más allá del conocimiento de la misma, ya que como referimos anteriormente, existen resguardos de los derechos del paciente que independientemente de ser mencionados en la ley forman parte de la labor diaria de enfermería y de la formación.

Las preguntas fueron ordenadas al momento de redactarse la encuesta teniendo en cuenta la relación de unas con otras según los derechos mencionados en la ley, y agrupadas según su relación al momento de graficar los resultados.

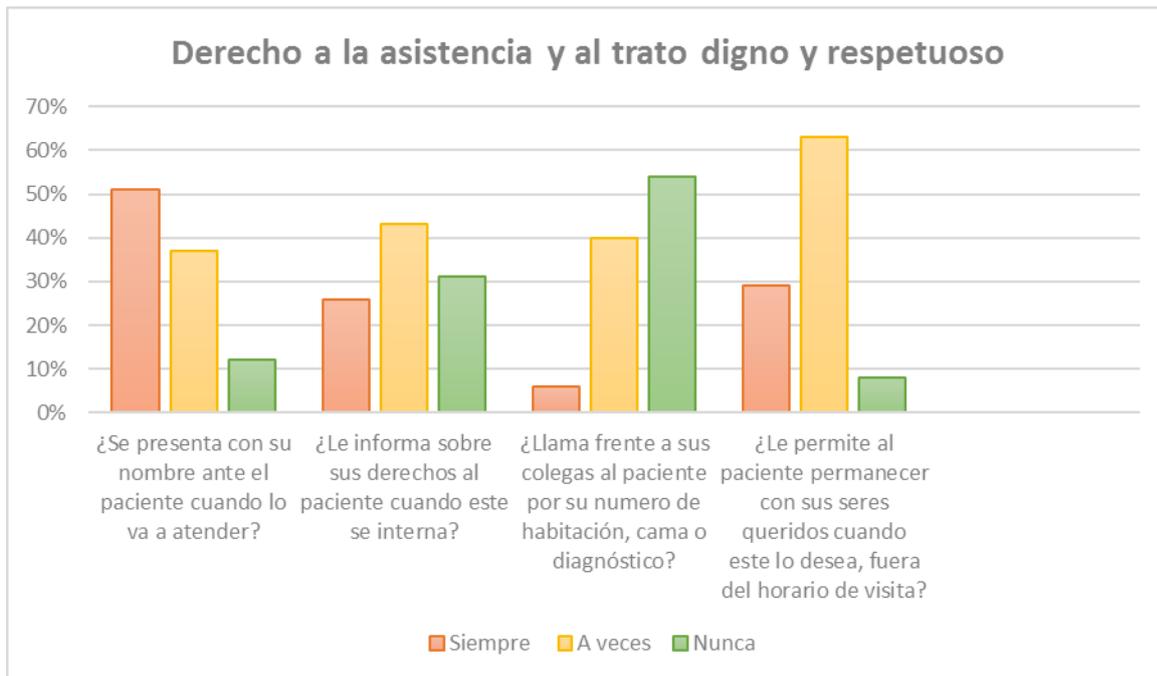
Derecho a la asistencia sanitaria y al trato digno y respetuoso

Presentarse con el nombre al momento de atender un paciente debiera ser algo innato a cada profesional, sin embargo, casi la mitad de los encuestados refieren que lo hacen a veces e incluso nunca. En relación con estos resultados no es llamativo que el 46% exprese que siempre o a veces llama al paciente por su número de habitación/cama o diagnóstico, situación que refleja una despersonalización del paciente y le quita identidad. En un análisis más fino, mencionar al paciente de este modo puede llevar a que se cometan errores entre profesionales con el paciente poniendo en riesgo su salud y en ocasiones su vida.

Solo un 26% de profesionales encuestados informa al paciente sobre sus derechos al internarse, mientras que un 43% solo lo hace a veces y un 31% no lo hace nunca.

Y al ser consultados sobre la permanencia de familiares fuera del horario de visita establecido institucionalmente, un escaso porcentaje lo permite siempre, mientras que el 71% solo lo permite en ocasiones e incluso algunos en ninguna ocasión. Si ponemos la empatía, ante todo, lo que implica ponernos en el lugar del otro para comprender sus necesidades; y existen pacientes que tienen la necesidad de compartir su internación acompañados, esperaríamos un porcentaje mayor de profesionales que permitieran el acompañamiento, pero también son tenidos en cuenta al realizar este análisis los conflictos que esto podría generar con la institución que establece en forma protocolizada los horarios de visita. Quizá siendo los enfermeros los defensores de los derechos del paciente, debiéramos ser quienes logremos que esto cambie institucionalmente. Ser generadores de cambio en pos del paciente como sujeto de derechos.

Gráfico n°16



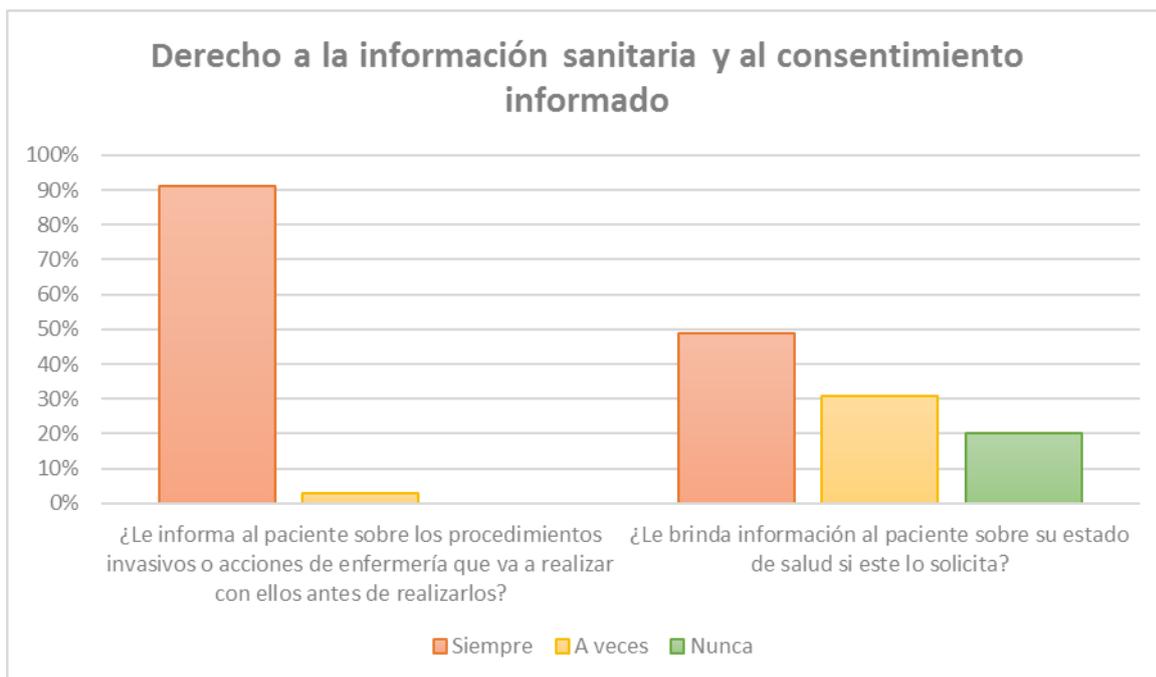
Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Derecho a la información sanitaria. Del consentimiento informado.

Al ser consultados sobre la información que brindan a los pacientes previo a realizar un procedimiento el 91% de los profesionales respondió que lo hacen siempre, mientras que el resto refirió hacerlo a veces.

El derecho a la información sanitaria es el derecho de todo paciente a recibir información clara, suficiente y adecuada sobre su estado de salud, estudios o tratamientos necesarios, siempre que este así lo solicite. Este derecho también incluye la posibilidad de negarse a recibir dicha información. A través de la encuesta se obtuvo que el 49% brinda esta información siempre que lo solicite, un 31% lo hace en ocasiones, mientras que un 20% no lo hace nunca. No fueron consultados los motivos, pero podría estar relacionado con imaginarios personales o reglas/normas institucionales. Es muy frecuente escuchar que el profesional se niega a transmitirle al paciente sus valores de tensión arterial cuando este lo consulta, habitualmente con la justificación de que en un caso de registro elevado, conocer el mismo podría aumentar los valores.

Gráfico n°17



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Derecho a la Intimidad. Derecho a la confidencialidad

Toda actividad dentro del cuidado de la salud que tienda a obtener, administrar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe mantener un estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos. Aquí radica el derecho a la intimidad.

El derecho a la confidencialidad enuncia que todos los pacientes tienen derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de su documentación o tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva.

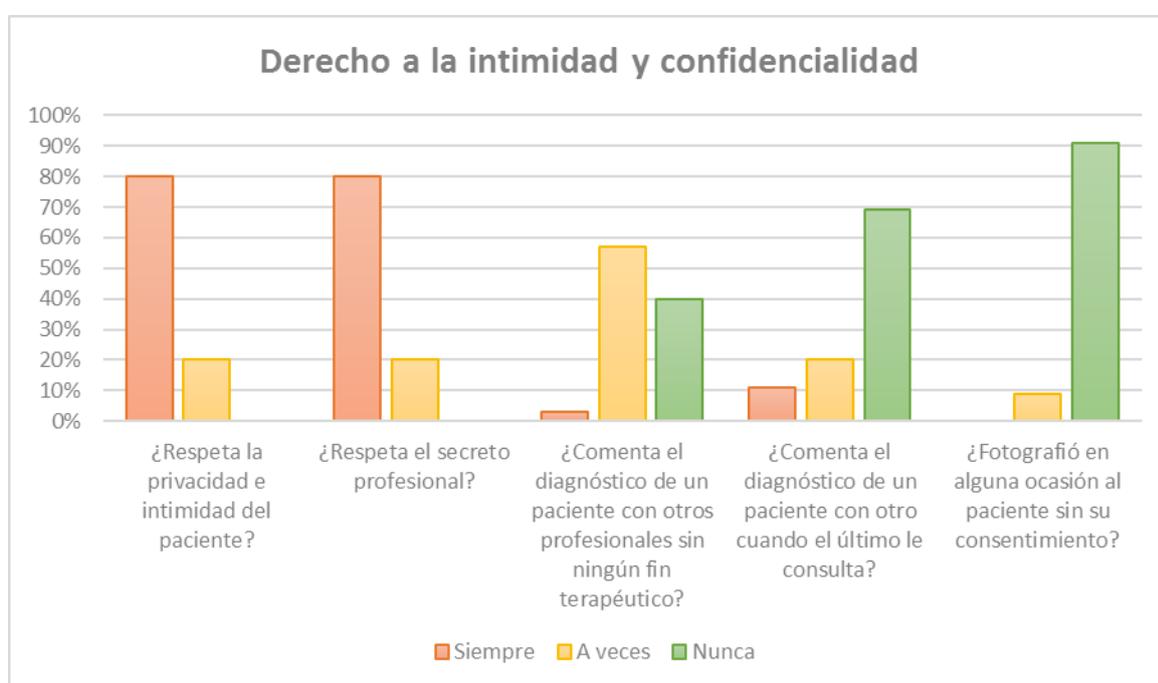
Al evaluar en la encuesta la aplicación de dichos derechos encontramos resultados contradictorios que se pueden ver graficados a continuación.

Al ser interrogados explícitamente sobre el respeto a la intimidad del paciente y al secreto profesional, el 80% refiere hacerlo siempre, mientras que un 20% solo a veces. Sin embargo, al ser consultados sobre el hecho de comentar el diagnóstico de un paciente con otros profesionales sin ningún fin terapéutico, un 57% refiere hacerlo a veces, un 3% siempre y un 40% nunca. Sobre comentar el diagnóstico con otros

pacientes cuando estos consultan, como suele ocurrir en habitaciones compartidas o servicios donde se atienden múltiples pacientes en simultáneo, un 11% refiere hacerlo siempre, un 20% a veces y un 69% nunca.

Hoy día, con las actualizaciones de la tecnología y la comunicación al alcance de todos en forma cada vez más rápida y directa es habitual ver noticias en las que se viralizan fotografías o videos de situaciones en las que se está atendiendo un paciente y se vulneran sus derechos. Al ser consultados los profesionales, un 9% refiere haber fotografiado pacientes sin su consentimiento en alguna ocasión, mientras que un 91% refiere que no.

Gráfico n°18



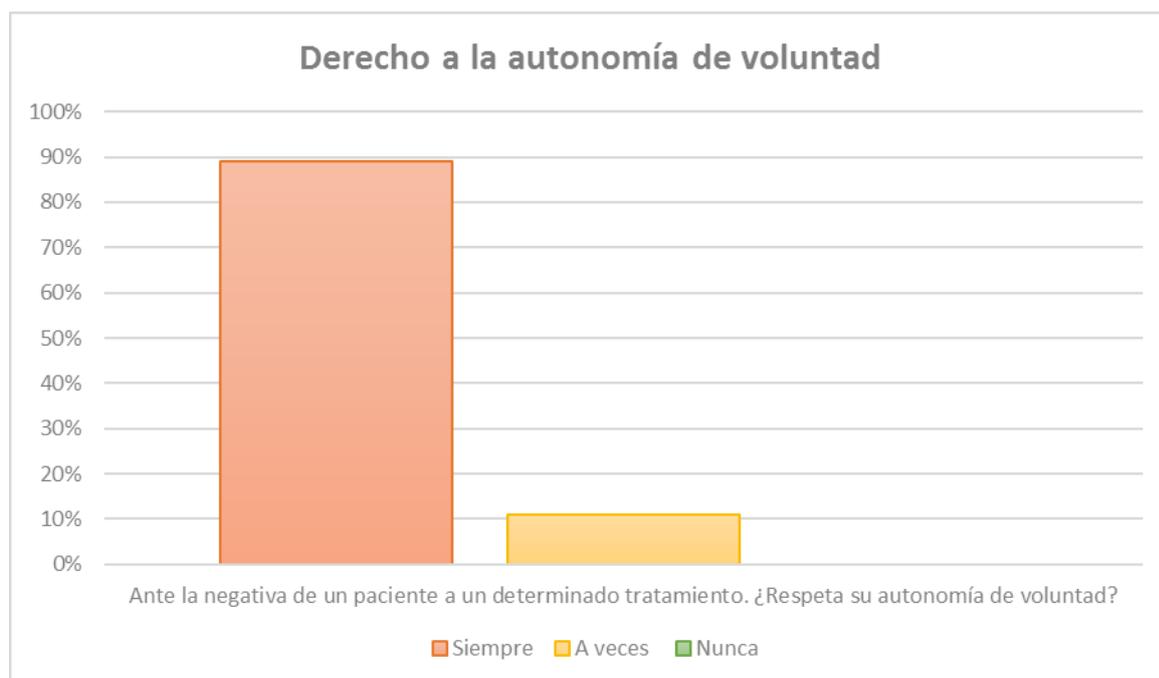
Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019

Derecho a la autonomía de voluntad.

Esto implica el derecho de cada paciente a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos con o sin expresión de causa.

El 89% refirió respetar siempre este derecho ante la negativa a determinado tratamiento, mientras que un 11% expreso respetarlo a veces.

Gráfico n°19



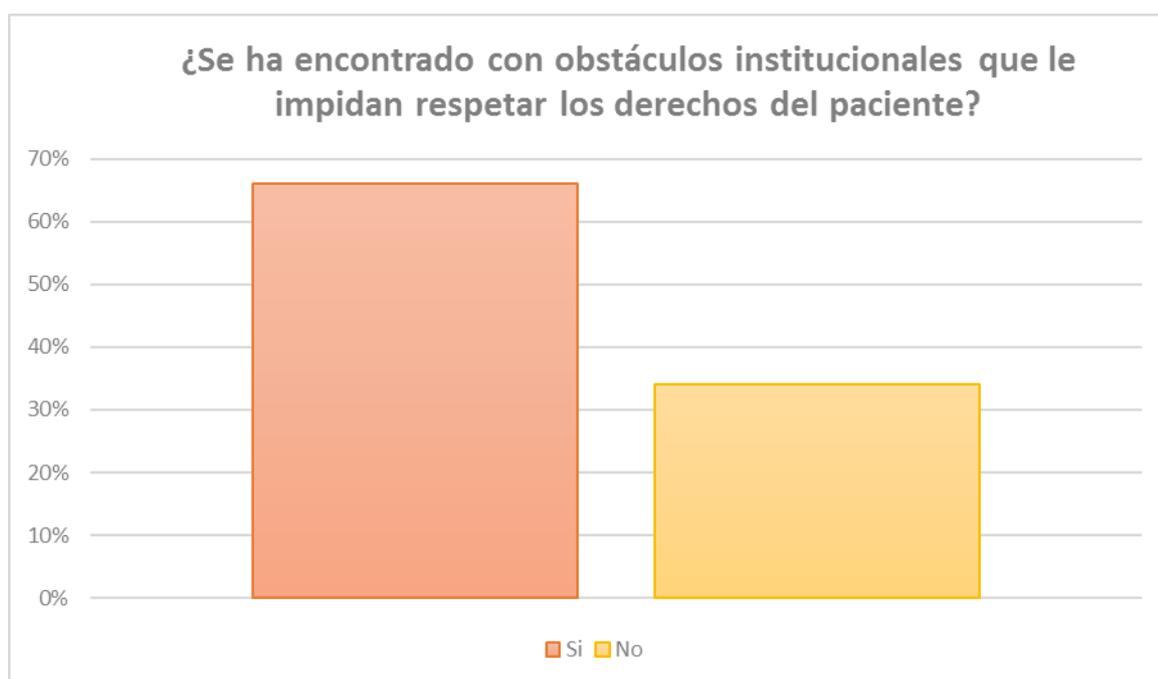
Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

La falta de conocimiento de la Ley 26529, pudiese no ser el único motivo por el cual se ignoran y en ocasiones no se respetan los derechos del paciente. En ocasiones las instituciones donde los profesionales se desempeñan suelen restringir el respeto e implementación de esta ley por normas institucionales impuestas de antaño. Por esto consultamos a los profesionales si identificaban obstáculos institucionales que les impidieran respetar los derechos y si esto era así que mencionaran algunos de ellos.

El 66% refirió identificarlos (Gráfico n°20) y la mención de dichos obstáculos puede verse reflejada en el Gráfico n°21.

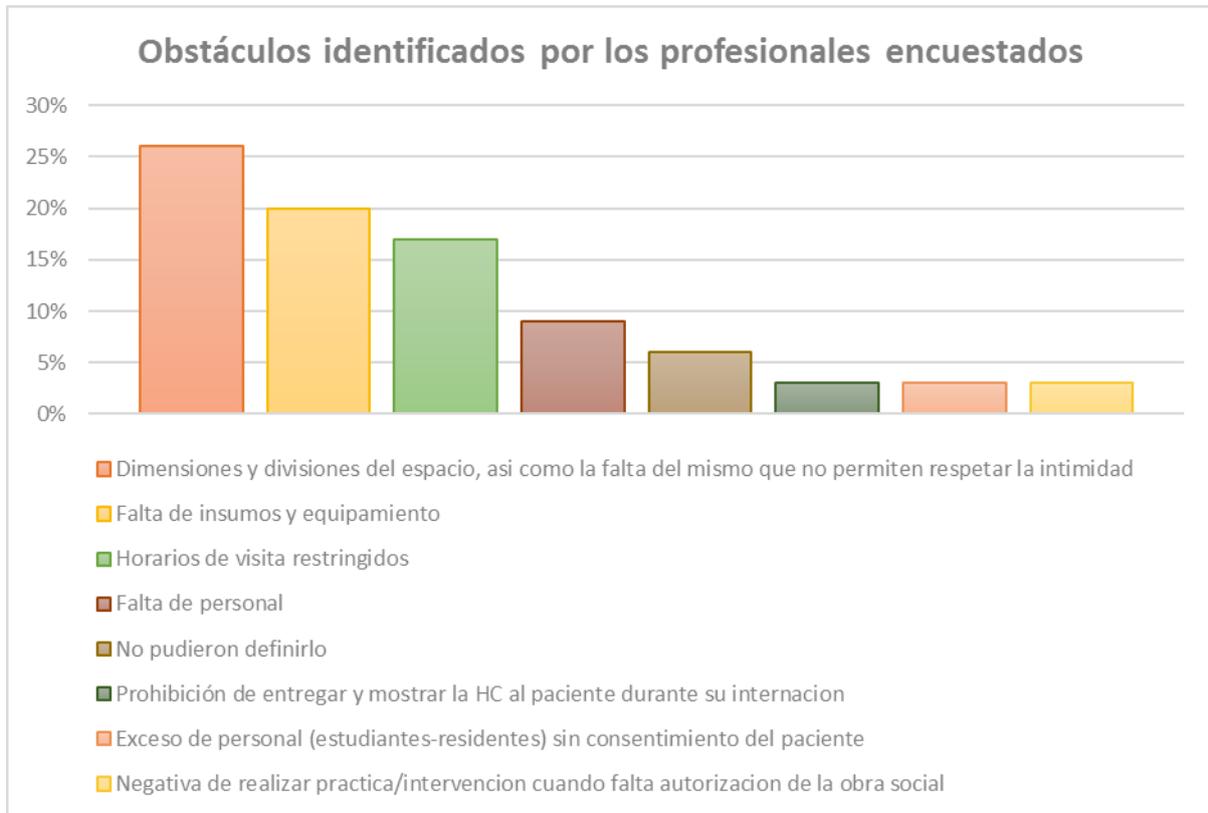
- Dimensiones y divisiones del espacio que no permiten respetar la intimidad
- Falta de insumos y equipamiento
- Horarios de visita restringidos
- Falta de personal
- No pudieron definirlo
- Prohibición de entregar y mostrar la HC al paciente durante su internación.
- Exceso de personal (estudiantes-residentes) sin consentimiento del paciente
- Negativa de realizar practica/intervención cuando falta autorización de la obra social.

Gráfico n°20



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

Gráfico n°21



Fuente: Encuesta realizada a 35 profesionales de enfermería que se encuentran trabajando actualmente en instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, segundo semestre del año 2019.

CAPITULO V

Conclusiones

En el presente trabajo se indagó sobre el grado de conocimiento de la Ley 26.529 y la aplicación de la misma por el personal de enfermería. Obtenidos todos los resultados analizados en el capítulo IV podemos concluir que, si bien el conocimiento que existe sobre la Ley no es nulo, si es insuficiente. Esto coincide con los resultados encontrados en las investigaciones mencionadas anteriormente de Abba, Silvia Claudia-Gimenez, Franco Nicolás, sobre “Grado de Responsabilidad Legal de Enfermería” y a su vez con la Gregorio M.J., Zarza E., Videla G., Gandolfo O., Dasso G., Nolli P., Loyber D., Gomez E., Giavenno C.R., Bazán M., Juárez A., Farah D, integrantes del Comité Hospitalario de Bioética Evaluación del nivel de conocimiento de la Ley 26529 en el Hospital J.M Urrutia. Unquillo Cordoba, ambas reflejan el bajo conocimiento que expresan los encuestados. Situación que debe generarnos preocupación dado el rol que ocupamos los enfermeros como defensores de los derechos del paciente, sustentado en el marco teórico.

La ley 26.529 fue sancionada en el año 2009, es decir 10 años atrás. En un análisis más específico luego de identificar que el 55% de los encuestados se encuentran ejerciendo la profesión hace más de 10 años por lo que su formación es más antigua aún, la escasa antigüedad de la sanción de la ley la identificamos como un posible motivo de la falta de conocimiento, aunque esto no debería ser un motivo, ya que todo profesional tiene la obligación de estar en constante actualización y formación, independientemente de haber finalizado sus estudios de grado.

Sin embargo, el 45% restante ejerce su profesión hace menos de 10 años, por lo que podríamos preguntarnos, y de este modo abrir la puerta a una nueva investigación, que sucede con la enseñanza de esta ley durante la formación inicial de los profesionales. ¿Forma parte del plan de estudios? Como defensores directos de los derechos del paciente, esta ley ¿ocupa dentro de la formación el lugar que merece o simplemente es mencionada sin profundizar en sus contenidos en alguna cátedra?

Si bien en este trabajo no se determinaron los lugares de formación de los profesionales encuestados, por lo que no podríamos afirmar o negar la inclusión de la ley dentro de las asignaturas de los planes de estudio, desde nuestra experiencia como egresadas de la UNMDP podemos afirmar que la ley tratada se aborda en Deontología y en Bioética. Pero aun así consideramos que es necesario reforzar la inclusión acerca de los derechos del paciente en el programa inicial y ciclo superior de la carrera de

Enfermería.

Se pudo concluir entonces que los profesionales enfermeros muestran en las encuestas realizadas un déficit en el conocimiento de la Ley sobre Derechos del Paciente, por lo que consideramos necesario potenciar dicho conocimiento e implicancias de conceptos desde los primeros años de la formación enfermera, incentivando el interés en el estudiante y futuros profesionales de la salud por un mejor trato al paciente, pudiendo impulsarlos mediante talleres en los que se actualicen valores, normas y derechos del paciente, así como vías ágiles de información en las instituciones que permitan una adaptación real a los requerimientos éticos y legales en cada situación, donde están en juego valores fundamentales para la persona como la dignidad, la vida, la salud, la libertad de elección y la autodeterminación.

En muchos casos expresaron en la pregunta final que se ven afectados por las deficiencias del Sistema de Salud debido a la falta de infraestructura, recursos, las exigencias de sus empleadores, situaciones que en muchos casos inciden en el trato o en el incumplimiento de los derechos que posee el paciente.

Los profesionales y autoridades sanitarias deben prevenir los errores y evitar descuidos y fallas en el proceso de atención.

Presentarse ante el paciente y llamarlo por su nombre, explicarle los procedimientos que se le van a realizar, brindarle información sobre su estado de salud, tratamientos, consecuencias de estos, respetar su intimidad, privacidad y autonomía, son elementos esenciales que deben estar garantizados durante la atención en cualquier institución y por todo el personal de salud interviniente. No olvidemos que la persona es un todo, un ser único y somos responsables de desarrollar al máximo acciones que preserven la dignidad y la integridad de la persona, sin distinción de ninguna naturaleza. El paciente es protagonista principal en nuestra labor cotidiana y los profesionales de la salud, en este caso los enfermeros, colaboramos y somos responsables de defenderlos para ayudarlos a prevenir, curar y rehabilitar sus capacidades respetando siempre sus derechos y luchando por que sean respetados por todo el equipo de salud.

Por eso es importante que en materia de salud se promueva y defienda una relación terapéutica con la paciente basada en una buena comunicación, confianza y respeto, y que se fomente la difusión tanto de la legislación que protege a los pacientes, como de las herramientas necesarias para que este participe y tome decisiones en forma autónoma.

BIBLIOGRAFIA.

- ✦ Amaro Cano M. del Carmen. 2005. Problemas éticos y bioéticos en enfermería. Primera edición. Editorial Ciencias Médicas.
- ✦ Berlinguer, Giovanni. 2003. "Ética de la salud". Editorial: Lugar.
- ✦ Bordin C., Fracapani., Giannacari L. y Bochaty A. 1996 Bioética, experiencia transdisciplinar desde un Comité Hospitalario de ética. Editorial Lumen.
- ✦ Dolcini A. H. y Yansenson F. J. 2004. Ética y bioética para el equipo de salud. Akadia editorial.
- ✦ Leddy, S. y Pepper J. M. 1985. Bases conceptuales de la enfermería profesional. J.B. Lippincott Company.
- ✦ Marriner-Tomey A. 1994. Modelos y Teorías de enfermería. Mosby/Doyma Libros.
- ✦ Polit F. D. y Hungler P. B. 1997. Investigación científica en ciencias de la salud. McGraw-Hill Interamericana.
- ✦ Carta de las Naciones Unidas. Disponible en www.un.org.com
- ✦ Derechos del paciente. El reconocimiento del protagonismo y la autonomía de las personas usuarias del sistema de salud. Disponible en: www.inadi.gob.ar. Contenidos digitales. Junio 2017
- ✦ Derechos de los pacientes. Disponible en: www.salud.gob.ar. Marzo 2017
- ✦ El cuidado de enfermería en los grupos humanos. Disponible en www.scielo.org.
- ✦ El rol del profesional en enfermería. 2003. Disponible en: www.scielo.org.co.
- ✦ Ferro M., Molina L. y Rodriguez W. (2009). La bioética y sus principios. Disponible en www.scielo.org.ve
- ✦ Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Disponible en: www.scielo.org.com. Septiembre 2004
- ✦ La dignidad humana. 2017. Disponible en www.salud.gob.ar
- ✦ Martha Cecilia Triana Restrepo. La empatía en la relación enfermera-paciente. Disponible en www.scielo.org.com.

✦ M. Barrio, A. Molina, C. M. Sánchez, M. L. Ayudarte. Ética de enfermería y nuevos retos. Disponible en www.scielo.com

✦ Salud pública. Ley 26529. Ministerio de Justicia y derechos humanos. Presidencia de la Nación. Disponible en: www.servicios.infoleg.gov.ar

✦ Salud pública. Ley 26529. Ministerio de Justicia y derechos humanos. Presidencia de la Nación. Disponible en: www.servicios.infoleg.gov.ar

✦ www.bdigital.uncu.edu.ar

✦ www.cba.gov.ar

✦ www.derechos.com.ar

✦ www.msal.gov.ar

✦ www.rae.es

✦ www.repositorio.uade.edu.ar

CAPITULO VI

Anexo

Formato encuesta.

Ley 26.529

Encuestas realizadas

Formato encuesta

Mar del Plata, año 2019

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Carrera: Licenciatura en Enfermería.

Asignatura: Taller de Trabajo Final.

El siguiente cuestionario se utilizará para evaluar el grado de conocimiento e implementación de la Ley en la labor diaria de los enfermeros encuestados. Se solicitará total sinceridad en sus respuestas y la misma será anónima con el fin de no interferir en las respuestas brindadas. Una vez finalizada la encuesta será entregada en un sobre cerrado con el compromiso de ser abierto una vez recibidas todos los cuestionarios realizados para asegurar confidencialidad.

La siguiente encuesta será utilizada para la realización de la tesis de grado de la carrera Licenciatura en enfermería "Derechos del paciente. De ser Ley a realidad en la labor enfermera". La misma será anónima y confidencial por lo que le solicitamos total sinceridad en sus respuestas a fin de contribuir a nuestra investigación. Consta de 2 cuestionarios. El segundo será entregado una vez completado el primero en forma consecutiva.

Agradecemos la colaboración y el tiempo dedicado a completarla

EDAD:

SEXO: M F

GRADO DE FORMACION: AUXILIAR/ENFERMERO/LICENCIADO

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL: <5 AÑOS 5-10 AÑOS 10-20 AÑOS 20-30 AÑOS

INSTITUCION EN LA QUE TRABAJA ACTUALMENTE: AMBITO PUBLICO/PRIVADO

¿Conoce la Ley 26529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud?

Si/No

Mencione al menos 5 derechos del paciente:

-
-
-
-
-

¿El derecho a la información sanitaria también incluye el derecho a no recibir esa información?

Si/No

Del consentimiento informado, mencione sobre qué aspectos debe recibir el paciente información clara y precisa:

-
-
-
-

¿Puede ser verbal en alguna ocasión el consentimiento informado?

Si/No

¿Existen excepciones al consentimiento informado?

Mencione al menos una.

-

¿Quién o quiénes son titulares de la Historia Clínica? Marque con una X

- Paciente y representante legal
- Paciente
- Representante legal
- Paciente y familiar directo

¿Sabe en qué consiste el Habeas Data?

Si/No

1- ¿Se presenta con su nombre ante el paciente cuando lo va a atender? Siempre/a veces/nunca
2- ¿Le informa sobre sus derechos al paciente cuando se interna? Siempre/a veces/nunca
3- ¿Llama frente a sus colegas al paciente por su número de habitación cama o diagnóstico? Siempre/a veces/nunca
4- ¿Le permite al paciente permanecer con sus seres queridos cuando este lo desea, fuera del horario de visita? Siempre/a veces/nunca
5- ¿Le informa al paciente sobre los procedimientos invasivos o acciones de enfermería que va a realizar con ellos antes de realizarlos? (En referencia a la finalidad de los mismos, en qué consisten, posibilidad de sentir dolor/malestar) Siempre/a veces/nunca
6- ¿Le brinda información al paciente sobre su estado de salud si este lo solicita? Siempre/a veces/nunca
7- ¿Respeto la privacidad e intimidad del paciente? Siempre/a veces/nunca
8- ¿Respeto el secreto profesional? Siempre/ a veces/ nunca
9- ¿Comenta el diagnóstico de un paciente con otros profesionales sin ningún fin terapéutico? Siempre/a veces/nunca
10- ¿Comenta el diagnóstico de un paciente con otro cuando este le consulta? Siempre/a veces/nunca
11- ¿Fotografió en alguna ocasión al paciente sin su consentimiento? Siempre/a veces/nunca
12- Ante la negativa de un paciente a un determinado tratamiento, ¿respeto su autonomía de voluntad? Siempre/a veces/nunca
13-¿Se ha encontrado con obstáculos institucionales que le impidan respetar los derechos del paciente? Si/No Si su respuesta es afirmativa mencione cuáles:

Ley 26.529

SALUD PUBLICA

Ley 26.529

Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Sancionada: octubre 21 de 2009

Promulgada de Hecho: noviembre 19 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan

con fuerza de Ley:

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 1º — Ambito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA

SALUD

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema

de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe

obsevar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley Nº 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio

del sufrimiento del paciente. (Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3° — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTICULO 4° — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras

personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5° — Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

a) Su estado de salud;

b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

c) Los beneficios esperados del procedimiento;

d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;

e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;

f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los

alternativos especificados;

g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

(Artículo sustituido por art. 2° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 6° — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

(Artículo sustituido por art. 3° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 7º — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

a) Internación;

b) Intervención quirúrgica;

c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;

d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;

e) Revocación.

f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto. (Inciso incorporado por art. 4º de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 8º — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9º — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;

b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales. Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su

anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

(Artículo sustituido por art. 5° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

(Artículo sustituido por art. 6° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa,

derivadas del cumplimiento de la misma.

(Artículo incorporado por art. 7° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

Capítulo IV

DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no

reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se debe asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;*
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;*
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;*
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;*
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente, si los hubiere;*
- f) En el caso de las historias clínicas odontológicas, éstas deben contener registros odontológicos que permitan la identificación del paciente;*
- g) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de*

medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e), f) y g) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

Para el caso del inciso f) debe confeccionarse el registro odontológico, integrante de la

historia clínica, en el que se deben individualizar las piezas dentales del paciente en forma estandarizada, según el sistema dígito dos o binario, conforme al sistema de marcación y colores que establezca la reglamentación.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.812 B.O. 21/1/2013)

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados,

las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

a) El paciente y su representante legal;

b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos

forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;

c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter

de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo, podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — *Negativa. Acción.* Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — *Sanciones.* Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley

17.132 —*Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas—* y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — *Autoridad de aplicación nacional y local.* Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la

máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los

NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.529 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Encuestas realizadas