

# LA BOR HOS PITA LARIA

2 - 2006

abril / mayo / junio

nº 280

Humanización, pastoral  
y ética de la salud



**Objeción** de conciencia  
en **ginecología** y  
**obstetricia**

**Bioética** y  
**Estado Vegetativo**  
permanente

Noción de cuidar:  
**Valores** y actitudes  
de la profesión  
**enfermera**

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA



Hermanos de San Juan de Dios  
Barcelona - Provincia de San Rafael

Año 58. Tercera época. Abril - Mayo - Junio 2006  
Número 280. Volumen XXXIX

#### Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín  
Administración - Joan Lluís Alabern  
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

#### Consejo Asesor

Francisco Abel, M<sup>ra</sup>. Carmen Alarcón, Miguel A. Asenjo,  
Manuel Cebeiro, Esperanza Cachón, Ángel Calvo,  
Jesús Conde, Rudesindo Delgado, Joaquín Erra,  
Francisco de Llanos, Pilar Malla, Javier Obis, José A. Pagola

#### Dirección y Redacción

Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Doctor Antoni Pujadas, 40  
Teléfono 93 630 30 90  
08830 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-  
curia@ohsjd.es

#### Fotografía

Santiago Domingo I Franquesa

Información y suscripciones  
revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte  
Válido. Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61  
COLOR DIGITAL - BCN

0

**Editorial:**  
**El malestar del bienestar**

**Pág. 5**

1

**Objeción de conciencia**  
**en ginecología y obstetricia**  
> M<sup>ra</sup> Pilar Núñez-Cubero

**Pág. 7**

2

**Bioética y Estado Vegetativo**  
**permanente**  
> Rafael Luis Vidaurreta

**Pág. 23**

3

**Noción de cuidar:**  
**Valores y actitudes**  
**de la profesión enfermera**  
> Anna Ramió Jofre

**Pág. 39**

# Boletín de suscripción:

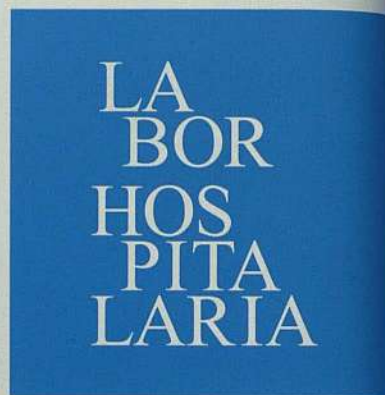
## Año 2006

Suscripción anual: cuatro números

España  36 €

Zona Euro  50 €

Resto  50 \$



Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono		Profesión		

Indique con una X la forma de pago que le interese

**Por giro postal**                       **Por cheque nominativo** adjunto nº \_\_\_\_\_  
a favor de LABOR HOSPITALARIA

**Por Caja o Banco** (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)

Banca o Caja de Ahorros \_\_\_\_\_

Titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_ Núm. de cuenta \_\_\_\_\_

Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:  
**Hermanos de San Juan de Dios**, Dr. Antoni Pujadas 40,  
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

[www.sanjuandedios.net](http://www.sanjuandedios.net)  
[curia@ohsjd.es](mailto:curia@ohsjd.es)  
[revistas@ohsjd.es](mailto:revistas@ohsjd.es)



## Editorial: El malestar del bienestar.

Se ha celebrado un Congreso en el mundo de la asistencia sanitaria cuyo lema era el del presente título, "el malestar del bienestar". Nadie podrá negar al creador del mismo capacidad y agudeza para recoger en tan pocas palabras tanta sugerencia.

Nos hallamos en la sociedad del bienestar. El Estado es el Estado del bienestar. A él le exigimos todos los servicios necesarios no sólo para que nos lo proporcione sino para que garantice el mismo. Servicios que atienden la seguridad ciudadana, el cuidado del medio ambiente, la vivienda, el trabajo, la educación, «la sanidad...se le asignan como tareas que los gobiernos deben administrar y servir a la ciudadanía. Y en ello se juegan su propia legitimidad partiendo de que los ciudadanos le respaldarán en la medida que las gestionen con eficacia.

Estamos cerca de la aprobación de una Ley de Dependencia en la que se amplía significativamente la atención a un grupo de ciudadanos especialmente vulnerables. Es todo un reto en el diseño de las prestaciones que deberá ofrecer, a los usuarios que atenderá y los ingentes recursos que exigirá a pesar de que, lógicamente, obligará a la aportación proporcional de los propios beneficiarios.

Y, sin embargo, se percibe con fuerza un difuso "malestar" en medio de tanto "bienestar". No faltan síntomas que nos hablan de ello. Tenemos de todo, pero quizá nos falta lo principal. Nos sobran medios, pero tal vez nos faltan fines. Abundan los recursos, pero escaseamos de

valores. Cumplimos mal que bien, bien que mal los tres primeros ámbitos del concepto de salud que en su día creara la OMS: "estado de bienestar físico, psíquico y social". Pero hemos abandonado en demasía el cuarto: "espiritual".

Semánticamente equiparado en nuestra cultura al término "religioso", hemos creído que éste era un tema opcional en el mejor de los casos, cuando no un ámbito necesitado de ser superado en una cultura anclada en la racionalidad y la tecnología como la nuestra. Craso error. Lo espiritual es el núcleo en el que se debate el mundo de los valores y, consecuentemente, del sentido de la vida. Si valores auténticos el hombre queda condenado a ser un puro consumidor que jamás sacia el hambre de consumo.

De ahí que el tema de la Pascua del Enfermo que la Iglesia ha propuesto para el presente año sea de una gran actualidad: "El acompañamiento espiritual al enfermo". Sólo una asistencia que integre este acompañamiento puede aspirar a orientar al enfermo hacia el auténtico bienestar. Secuestrar esta dimensión tan propia de lo que implica el ser humano es condenarle a él -y a la sociedad a la que pertenece- a un evidente "malestar del bienestar".

LH

## Objeción de conciencia en ginecología y obstetricia\*.

> M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero  
*Ginecóloga y Master en Bioética.*

Hace todavía no muchos años, hablar de objeción de conciencia, era pensar automáticamente, en aquellos muchachos: idealistas unos, rebeldes otros, temerosos algunos (siempre se puede encontrar alguna bala “perdida”), que se oponían al servicio militar, y defendían el “no a la guerra”, el “no aprender a tirar”... Estos jóvenes se fueron constituyendo lentamente en grupo de presión, para, desde la no-violencia y generando insumisión, llegar a conseguir que el Estado suprimiera la obligatoriedad del Servicio Militar.

Hoy ya no hablamos de objetores e insumisos al Servicio Militar, con la ley 17/1999 y la profesionalización del Ejército, pero la Objeción se ha desviado hacia otros campos.

Nuestro mundo ha cambiado en los últimos 50 años, más que en todos los siglos precedentes. El mundo de la técnica, de la informática, de la genética, de la comunicación... nos han traído situaciones nuevas en las que nos preguntamos si todo lo que se puede hacer, debe hacerse. Hay otras “armas”, que pueden vulnerar a las personas y de las que todavía no conocemos todo su alcance. Y por eso, se han formado grupos de reflexión interdisciplinares para tomar conciencia de que algo que llega tan profundamente a la persona y que puede afectarla, alterándola o modificándola, debe ser objeto de una deliberación seria, de la que puede derivarse el ejercicio o el derecho de objeción. A fin de cuentas, ¿no es eso lo que quería, Potter, cuando definió la Bioética como, “la Sabiduría de cómo emplear nuestro conocimiento”?

Aunque el tema de la Dra. Núñez-Cubero, hace referencia a las dos partes de la especialidad, ginecología y obstetricia, ella se ciñe a los casos que plantea la obstetricia, y sobre todo la reproducción, en sus dos vertientes: la búsqueda de la fertilidad y su limitación ya que las situaciones planteadas por la Ginecología son comunes a las de otras especialidades, como el uso y abuso de tecnologías; la prolongación de la vida o la limitación del esfuerzo terapéutico, etc. ▶



Mª Pilar Núñez-Cubero.

## Definición.

Comenzaré por definir los términos:

**Objeción:** es la razón que se propone en contra de una opinión o designio para impugnar una proposición, es decir el argumento opuesto a una afirmación o proposición.

**Conciencia:** pueden darse múltiples definiciones de ella, como:

- 1) el reconocimiento en los atributos esenciales y en todas las manifestaciones que en sí mismo uno experimenta;
- 2) el conocimiento reflexivo de las cosas;
- 3) la actividad mental de solo acceso al propio sujeto. Pero sobre todo:
- 4) *el fenómeno interior de la persona como ser esencialmente razonable, y encaminado desde lo más profundo y secreto de su ser a la verdad* (D. Tetamanzi) y
- 5) *“el conocimiento o captación de valores y su llamada a la realización de los mismos”*. (J. Escudé)

La conciencia puede plantearse desde la ley y la autoridad o desde la felicidad y el bien.

Cuando la conciencia hace resonar la ley moral en la interioridad de la persona, sin excluir su componente racional, se constituye en **Conciencia Moral** que tiende a la realización de valores, mediante *“la adhesión a un conjunto de principios fundamentales que sirven de criterio al comportamiento responsable”*. (J. Escudé)

Si la responsabilidad de la persona se siente libre frente a exigencias abusivas de la autoridad o de la ley podemos hablar de **“libertad de conciencia”**

El profesor **Diego Gracia** escribe en su prólogo al libro *“Para Fundamentar la Bioética”* de J.C. Alvarez y J. Ferrer que *“la conducta moral, el hecho de que los seres humanos nos creamos obligados a hacer ciertas cosas y a evitar otras, pende sobre el misterio. Se trata de un hecho original e irreductible a cualquier otro. Es una experiencia primaria. Se tiene o no se tiene. Nada más”*

**Objeción de conciencia:** es la negativa a realizar actos o servicios invocando motivos religiosos, éticos, deontológicos, profesionales, fiscales... porque se da un choque entre la norma legal que impone un hacer y la norma ética o moral que se opone a esta actuación.

No se trata de un problema estrictamente  $\pm$  religioso o de fe cristiana, sino que la Objeción de Conciencia es, más bien, una cuestión ética y profesional y por ello la conciencia puede y debe rechazar de actuar en contra de valores racionales y científicamente aprobados y reconocidos.

## Historia.

Ya en la antigüedad, las actitudes de **Sócrates** y de **Antígona**, pueden leerse en claves de objeción. Los primeros cristianos, renunciaron a someterse

a algunas leyes del Imperio, aún a costa de su vida. Más tarde, los militares cristianos objetaron absteniéndose de torturar y de hacer la guerra. Al final de la edad media, los anabaptistas, menonitas y cuáqueros se manifestaron contra las armas y por el derecho a la vida. En la edad moderna, **Thomas More**, con su negativa al divorcio de **Eduardo VIII**, es otro ejemplo de objeción, por el que acabó perdiendo su vida. Pero es, sobre todo, a partir de las guerras napoleónicas y de la instauración del servicio militar obligatorio para el ciudadano que el número de objetores se va incrementando.

El primer caso de Objeción de conciencia en España, se produjo en 1958 por motivos religiosos; los primeros objetores, miembros de los **testigos de Jehová** fueron procesados por un delito de desobediencia con penas de seis meses a seis años de prisión. Una vez cumplida la condena

se les volvía a llamar a filas, y si se negaban eran nuevamente condenados, por lo que a este tipo de proceso se le llamó "condena en cadena".

Las primeras voces que abogan por plantear el derecho a la objeción de conciencia surgen en la **Comunidad del Arca**, en un campamento en 1967 donde se hablará por primera vez de la objeción de conciencia desde planteamientos no violentos. En 1970 se presenta el primer proyecto de **Ley de Objeción de Conciencia** en las Cortes, pero la **Comisión de la Defensa Nacional** lo consideró como un atentado a la conciencia nacional.

En 1971, un ciudadano (**Pepe Beunza**) se declara objetor por motivos no-violentos, caso que trascendió a la opinión pública en nuestro país y más allá de nuestras fronteras. En este mismo año se presenta el 2º proyecto de Ley de la Objeción de conciencia (L.O.C.) que el gobierno retiraría para evitar problemas.



## Agropecuàries PONS GALLÉN S.A.

J. Verdaguer, 127-Tel. 93 668 19 99  
MOLINS DE REI (Barcelona)  
08750



En 1973 la reforma del Código de Justicia Militar, incluyendo la pena de 3 a 4 años por la negativa a la prestación del servicio militar obligatorio, ponía fin a las condenas en cadena que habían sufrido los objetores.

En 1974 se crea el “**Voluntariado para el Desarrollo**” que propone que aquellos jóvenes que realicen 2 años de este tipo de voluntariado quedarían exentos del servicio militar obligatorio. Unos 1200 jóvenes solicitaron el poder realizarlo de esta forma, pero el gobierno se limitó a confirmar que había recibido sus demandas. Cabe decir que entre 1958 y 1976 pasaron por la cárcel 285 objetores, de cuyas condenas que sumaban 3.218 años, fueron cumplidos 1904 años (un 60% aproximadamente).

En 1976 con la amnistía a presos políticos quedaron en libertad los objetores encarcelados, bien que la objeción seguía todavía sin reconocerse. En 1977 el Ministerio de Defensa aprueba una orden interna por la que otorga la “incorporación aplazada” a aquellos que, al incorporarse se declarasen objetores de conciencia, en espera de que se regulase legalmente la misma. Ese mismo año se crea el **Movimiento de Objeción de Conciencia (MOC)**, oponiéndose a toda conscripción civil y militar, y ampliando el campo de lucha antimilitarista y no violenta. Este movimiento redactó un manifiesto ideológico tras el congreso celebrado en Landa (Alava) en el verano de 1979.

La Ley 48/1984 de 26 de diciembre, “Reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutiva”, promovió la creación de la “**Asociación de Objetores de Conciencia**” en 1985. Y en ese mismo año se fija el 15 de mayo como el Día Internacional de la Objeción de Conciencia.

Hay que señalar que en 1989, en plena polémica sobre esta situación, se dan las Primeras Prestaciones de Objetores, bien que en muy bajo número.

La Ley 13/1991 de 20 de diciembre, llamada “**Ley del Servicio Militar**”, determinó una reduc-

ción del mismo. El Real Decreto 1882/96 de 2 de agosto sobre la “Estructura Orgánica Básica de la Justicia”, determinó la creación de una **Dirección General de Objetores de Conciencia** y se abre un Registro de Objetores.

En la VI Legislatura (1996-2000) una **Proposición de Ley Orgánica**, ya planteada en las IV y V Legislatura suprimiría los delitos contra el cumplimiento y deber de prestación del servicio militar.

La ley 6/1996 de 15 de Enero, llamada “**Ley del Voluntariado**” favorecería la convalidación de servicios voluntarios a efectos de la prestación social sustitutiva, tal y como quedó plasmado en el **Real Decreto 1248/97** de 24 de julio y aprobado posteriormente por: la **Ley 22/1998** de 6 de julio, “Ley reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutiva”

La ley 17/1999 de 18 de mayo del “**Régimen Personal de las Fuerzas Armadas**” estableció la supresión del servicio militar obligatorio y la profesionalización de los Ejércitos, distinguiendo, como lo hacían los países de nuestro entorno, entre “el deber de defender España” y la obligación de “cumplir el servicio militar”.

A partir de 2000 se han dado pequeñas modificaciones, como el **Real Decreto 481/2002** que suprime las **Áreas Funcionales de Objeción de Conciencia y Prestación Social Sustitutiva integradas en las Delegaciones del Gobierno**.

A medida que el énfasis de la objeción al servicio militar ha ido perdiendo fuerza, han tomando relieve otras situaciones de objeción en terrenos diferentes como:

- La objeción profesional ante la producción y comercio de armas o la investigación tecnológica de los sistemas defensivos-ofensivos cada día más complicados y costosos.
- La objeción de conciencia sanitaria a investigaciones y actos médicos en relación con las personas humanas.

- La objeción fiscal, de rechazo a una contribución que no siempre se utilice al servicio de los ciudadanos del país. Sobre este tipo de Objeción se ha expresado la “Comisión de Libertades Civiles y Asuntos Internos”, del Parlamento Europeo en su Informe sobre “Objeción de Conciencia en los Estados Miembros”: *(El Parlamento Europeo) considera que este fundamental derecho a la Objeción de Conciencia, también se refiere a la contribución vía impuestos y, en consecuencia, llama a los Estados Miembros a dar respuesta a la Objeción de Conciencia de las personas que se ven obligadas a mantener el sistema militar a través del Presupuesto Nacional.*

(Enero, 1994. El artículo no fue mantenido por el Pleno del Parlamento Europeo).

## Estado actual de la situación.

En nuestro país, el Derecho de Objeción queda recogido “explícitamente” en el Art. 30 de la Constitución de 1978 con referencia al Servicio Militar Obligatorio: *...“la ley regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia, así como las demás causas de exención del Servicio Militar obligatorio, pudiendo imponer, en su caso, una prestación social sustitutoria”.*

Y también, “implícitamente”, en el Art. 16 por el que: *“se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”.* Y prosigue en el Art. 16.2: *“Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”.*

Este derecho ha sido expresado en la Sentencia 53/1985 del Tribunal Constitucional de esta manera:

- La objeción es una concreción del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa.

- Supone el derecho a formar libremente la propia conciencia y a obrar conforme a sus postulados.

- Se plantea la objeción de conciencia como un derecho de la persona frente a la imposición general por el Estado de un concreto deber público.

- La Objeción exceptúa ese concreto deber y como tal debe tener expreso reconocimiento legal

## Otras Constituciones.

La mayoría de los países de nuestro entorno, contemplan la Objeción de Conciencia que ha quedado recogida en la:

**Constitución Europea** (“aprobada por referendun” en nuestro país en 2005) que reconoce la objeción de conciencia a nivel de derecho fundamental.

El ordenamiento jurídico no se agota en la ley, si no que los derechos fundamentales están por encima de la legislación ordinaria. Y hace mención explícita en el Art. 70-II:

1. *“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.*

*Este derecho implica la libertad de cambiar de religión o de convicciones, así como la libertad de manifestar su religión o sus convicciones individual o colectivamente, en público o en privado, a través del culto, la enseñanza, las prácticas y la observancia de los ritos.*

2. *“Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio”.*

En realidad, la Constitución Europea, no hace más que recoger, lo que, sobre este tema, estaba ya contemplado en el Art. 9 del Convenio Europeo para la “Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales”, de 4 de noviembre

de 1950, ratificado por España con fecha 26 de septiembre de 1979, (BOE de 10 de octubre 1979). Revisado en conformidad con el Protocolo nº 11, (Fecha de entrada en vigor 1 de noviembre de 1998).

**Art. 9. Libertad de pensamiento, de conciencia y religión:**

1. *Toda persona tiene derecho a la libertad del pensamiento, de conciencia y de religión o de convicciones, así como la libertad de manifestar su religión o sus convicciones individual o colectivamente, en público o en privado, por medio del culto, la enseñanza, las prácticas y la observancia de los ritos.*
2. *La libertad de manifestar su religión o sus convicciones no pueden ser objeto de más restricciones que las que, previstas por la Ley, constituyen medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la protección del orden, de la salud o de la moral públicas, o la protección de los derechos o las libertades de los demás.*

En los Estados Unidos la libertad de conciencia es un derecho garantizado desde la 1ª Constitución Nacional de 1776 que retoma la fase memorable de la Declaración de Independencia: *“entre las verdades por sí mismo evidentes está la igualdad y el inalienable derecho a la vida, a la libertad y a la búsqueda de la felicidad”* (Cita de la Conferencia de Angel Alcalá sobre: *“El origen del derecho a la libertad de conciencia en la polémica entre Calvino y Servet”*, en la Sociedad de Estudios Internacionales, Madrid, marzo 2004).

El Tribunal Norteamericano ha denominado la objeción de conciencia la *“estrella polar”* de los derechos.

En 46 Estados existe una cláusula de conciencia protegiendo al personal médico que no quiera participar en abortos. Algunos de dichos estados protegen además la objeción a otros procedimientos, como la eutanasia, la esterilización o la prescripción de fármacos anticonceptivos.

Con el fin de que tenga pleno valor y confiera la máxima protección en caso de conflicto, la objeción habrá de ser comunicada por escrito a través de sendos documentos dirigidos a la empresa y a la corporación profesional correspondiente (Associació Catalana d'Estudis Bioètics, ACEB)

## **Evolución.**

La Objeción de conciencia ha sufrido en nuestros días una gran expansión -al punto que se ha denominado **“big-ban”** jurídico- desde que se planteara la objeción al servicio militar.

Y hemos de considerar los factores que han conducido a esta situación:

1. La explosión del desarrollo tecnológico y biotecnológico, con la persona humana no solo sujeto sino también objeto de la ciencia; la posibilidad de manejar nuestro genoma; la utilización de embriones para investigación; la clonación...
2. El cambio de una sociedad de **“código único”** (D. Gracia) o de **“amigos morales”** (T. Engelhardt) a una sociedad de **“código múltiple”** o de **“extraños morales”** con la conciencia como bastión último de la moralidad.

La Filosofía medieval de código único había dejado de responder a las preguntas del hombre moderno y el Principio de la Libertad de Conciencia es una conquista del mundo moderno, gracias especialmente al filósofo Spinoza (1632-1677), de origen español, quien influyó para que, en Europa, fuera reconocida esta libertad de conciencia ya que no deja de ser uno más de los derechos civiles y políticos dentro del mundo de los derechos humanos básicos. Situación a la que contribuyeron también **Calvino** y **Servet** con su polémica, tal y como apunta el Prof. Angel Alcalá.

Es cierto que no todo puede dejarse al libre arbitrio de cada persona y que el código múltiple ha de considerar “algún procedimiento de mediación que permita resolver los casos concretos, respetando lo que de múltiple tiene la decisión moral, teniendo en cuenta que no todo es subjetivo en la vida moral sino que tiene que haber algo de objetivo o intersubjetivo”. (D. Gracia)

3. Las sociedades democráticas y el respeto a la libertad

4. La secularización de nuestras sociedades para constituir una sociedad plural y secular en la que tienen cabida todas las ideologías:

- el fundamentalista que no tolera que alguien piense de otra manera e induce a la violencia
- el integrista que no se permite una excepción
- el bioético a la búsqueda de la excelencia
- el utilitarista que se decide por lo útil
- el consecuencialista que juzga por las consecuencias
- el compasivo que busca respuestas al sufrimiento y el compasivo débil que claudica ante demandas que de sí mismo nunca realizaría
- el pionero dispuesto a ir siempre en cabeza y, a veces, quemando etapas.
- el temeroso del “mobbing” con miedo a perder el trabajo
- el trepador, bien definido por Platón en boca de Ibico: “*aquellos que actuando contra los dioses, honor de los hombres, a cambio, recibiera*” (Fedro, 242).
- ....

En suma, como refiere Ignacio Sotelo en su conferencia sobre “*Las Transformaciones de las Ideologías desde comienzos del S.XIX hasta el*

*momento actual*” (ASINJA 2005) “*nuestro comportamiento depende de las ideas que tengamos*”, aunque no debemos olvidar aquello que decía Marx: “*Cada uno piensa el mundo en función de sus intereses*”... y muchas veces “*no son las ideas las que configuran nuestros comportamientos, sino nuestros comportamientos los que configuran nuestras ideas*”.

## Objeción de conciencia en materia de salud.

En nuestra profesión sanitaria actual, de nuevas y alta tecnología, ha aumentado el número de conflictos de conciencia para los profesionales de la salud y los Códigos de Deontología Médica han venido a reforzar ese derecho a la objeción de los profesionales y especialmente de los médicos: por no citar que uno, citaré el nuevo Código de Deontología Médica de Cataluña del 24 de enero de 2005:

Art. 6: ... “*ningún médico podrá ser discriminado o rechazado cuando, por fidelidad a su conciencia se niegue a realizar o no realice una determinada terapéutica o un medio de diagnóstico.*

*El médico, en cualquier caso, tiene que haber advertido con anterioridad personalmente al paciente o a la persona responsable, si se trata de una persona incapacitada o de un menor*”.

Art. 7... “*el médico ha de someterse siempre a las mismas normas éticas y no podrá renunciar nunca a su independencia profesional, sea la que sea la manera de ejercer la medicina o la institución donde la practique*”...

La Organización Médica Colegial de nuestro país había redactado, en 1997, una Declaración de la “Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial” (OMC) sobre la “Objeción de Conciencia del Médico”

(31 de mayo de 1997), por lo que en 1999 expresa sucintamente este derecho a la objeción en su Art. 9. 3 del “Código de Ética y Deontología Médica” de la OMC, que dice: *“si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar”*.

El médico haciendo uso de su derecho a la objeción se convierte así en Médico Objeto, lo cual no significa tanto el derecho a la abstención, cuanto que queda EXENTO, de un deber que se le podría exigir bajo coacción. Para ser tenida en cuenta, su conducta debe ser seria, coherente, reiterada, no caprichosa, no oportunista, constatable.

Podríamos decir que más que médico-objeto, un médico objeto en este momento y para esta intervención que le es solicitada, sin olvidar en ningún caso la persona del paciente.

La objeción del médico no lo es exclusivamente por razones de compromiso religioso, confesional, católico. Lo puede ser también por ética (utilización de la persona como medio y no como fin...); por profesionalidad ante la “**indicación o contraindicación**” de un tratamiento o de una intervención; por justicia (¿se discrimina positiva o negativamente a un paciente?, ¿supone un gasto innecesario con perjuicios para otros?).

## Limites de la objeción.

Como antes ya señalaba, el dejar todas las decisiones a la libertad de conciencia y que no sea al libre albedrío de las personas, parece que pide algún tipo de mediación o de procedimiento, algún criterio que permita verificar lo bien fundado de esta decisión.

Revisando la literatura a este fin, la mayoría de textos sugieren o hablan de los límites de la

objeción de conciencia en diferentes, pero similares, términos:

- L'Associació Catalana d'Estudis Bioètics, en su texto sobre “**Objeción de Conciencia en Materia de Salud**” (aparecido en Internet en 2005), en su apartado “¿Cuáles son sus límites?” aboga por que *“la objeción vaya precedida de una reflexión serena y desinteresada sobre los propios derechos y deberes”*... *“En consecuencia, un límite claro a la objeción será la honestidad de conducta, que habrá de traducirse en una forma de vida coherente con los principios que declara, donde el tenor de la vida personal se muestre en la manera que se afrontan las propias responsabilidades sociales”*.
- El Congreso de los Diputados de **Perú**, (Lima 2001) defiende que “no puede alegarse la objeción de conciencia cuando de ésta deriven riesgos para terceros”
- El Grupo de Opinión de l' Observatori de Bioètica i Dret en su “**Documento sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia**”, (Barcelona, junio 2002) defiende como límite a la objeción de conciencia del personal sanitario *“la posibilidad de prestación del servicio”*... así, manifiesta y especifica que, *“la objeción de conciencia, como derivada de la libertad ideológica, es un derecho individual, que no puede ser ejercido por una institución, tal y como ha hecho resaltar la sentencia del Tribunal Constitucional nº 106/1996 según la cual los centros sanitarios no pueden invocar un ideario propio como derecho a ponderar, frente a derechos constitucionalmente tutelados”*.

Es cierto que las instituciones no pueden ser objetoras, y que es la persona la que se constituye objeto para el caso concreto. Si las Instituciones tienen un Ideario, es función de los dirigentes de las mismas reclutar sus profesionales, siempre que sea posible, entre aquellos que participan de la ideología del centro, a riesgo de que para alguna situación concreta, se encuentre que todos y cada uno de los especialistas se declare “objeto”.

- La Dra. Sara Sicra, jurista, en su comunicación al VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario (1999) sobre "La objeción de conciencia sanitaria desde la perspectiva constitucional" escribe: "Solo podríamos estar ante un estado de *"necesidad justificante"*, y por tanto ante una conducta no antijurídica, en la indicación terapéutica por riesgo vital y también, hasta cierto grado, en el caso de peligro grave para la salud"... y prosigue: "solo estaremos ante un límite del derecho fundamental de objeción de conciencia sanitaria cuando la intervención sea imprescindible para evitar la muerte del paciente o una lesión de su integridad en casos graves, y además, siguiendo nuestra metodología de determinación de los límites, sólo cuando no exista personal no objetor, en el caso concreto, capaz de realizar la intervención". Caso extremadamente infrecuente en nuestros días... Y continúa: "Las indicaciones eugenésicas y criminológicas no constituyen un límite al derecho

de objeción, pues no existe en ellas ningún tipo de urgencia (salvo la del transcurso de los plazos legales para abortar) y obviamente no es el objetor quien debe sacrificar su derecho para subsanar la negligencia de la mujer gestante o de la Administración Sanitaria".

- El texto que expresa de forma más clara y concisa los límites de la objeción, es el Código Deontológico de Italia: "Todo médico requerido para un servicio que se opone a su conciencia o a su convicción clínica, puede rechazar dicho servicio, a menos que su negativa comporte un perjuicio grave e inmediato a la salud de la persona asistida". (citado por Dionigi Tettamanzi en sus libros "BIOETHIQUE", Edit. Salvator, Paris 2005)

Cuando el Estado acuerda unos derechos a sus ciudadanos, es función de las Administraciones del Estado ofrecer los medios adecuados para que sus

ENCUADERNACION

**Casanova, S.A.**

**MANIPULADOS DEL PAPEL**

**Avda. Josep Tarradellas, 63 Local 5  
TELEFONO 93 338 91 50**

**08901 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT  
(BARCELONA)**

ciudadanos puedan acogerse a ellos, pero respetando la libertad de conciencia de los profesionales.

Y es deber de los profesionales, que se acogen al derecho de la objeción de conciencia, el no abandonar a los pacientes, informando antes o al inicio de la consulta de su situación de objetor y orientándoles, en caso de decisión objetable, hacia un compañero no-objetor y respondiendo a las cuestiones que el paciente quiera conocer para su información.

## Los Conflictos de Conciencia en Obstetricia: un ejemplo paradigmático.

Para nadie es un misterio que las situaciones surgidas del control y dominio de la reproducción, en todas sus vertientes, ha hecho correr ríos de tinta y mareas de discusión y debate.

No todas las situaciones, sin embargo, plantean los mismos problemas de conciencia.

## Orientación y Planificación Familiar.

Tenemos tal cantidad de métodos para prevenir y controlar los embarazos, que un oyente que asistía a una exposición sobre Orientación y Planificación Familiar, me argumentó *“si todavía eran posibles los embarazos en nuestro mundo de hoy”*

Los **métodos habituales** (preservativos, diafragmas, píldoras...) son de libre dispensación hoy día, con lo cual no plantean problemas al ginecólogo.

En tanto que barrera los unos para el encuentro de gametos e inhibidores los otros de la ovulación, se evita la fecundación y con ello la creación de un embrión.

Los llamados métodos definitivos o métodos de **“esterilización”** como la oclusión tubárica mediante ligadura-sección de ambas trompas de Falopio, plantea objeción por ser un método considerado como definitivo, bien que existe siempre una posibilidad de fallo de 0,1 a 0,5% y hoy la cirugía permite, posteriormente, la reconstrucción de las trompas. Fuera del embarazo, en caso de demanda voluntaria de la pareja por haber cumplido su proyecto genésico, hay programas sanitarios estatales o privados realizados por no objetores. En caso de cesárea iterativa, con indicación médica para la esterilización, si todavía se manifiesta algún objetor, se programará una cesárea selectiva con recurso a un compañero no-objetor.

Entre los **métodos modernos** tenemos:

La **Intercepción** que no evita la creación del embrión pero dificulta el proceso implantatorio. Estos métodos son: el dispositivo uterino (DIU); la implantación de un DIU post-coital; la RU-486 unos días antes de la regla esperada (entre el 4º y el 7º día de subida de la curva térmica); los agonistas de la LH-RH (por ejemplo la Buserelina intranasal después del pico de LH en sangre, sugestivo de ovulación)

La **Contracepción** o interrupción post-implantatoria mediante Mifepristona (RU-486) en algunos países hasta la 7ª - 9ª semana de amenorrea; RU-486 + Misoprostol oral; Misoprostol vaginal; Misoprostol oral + vaginal. Estos métodos buscan la expulsión del producto de la gestación en caso, incluso, de implantación endouterina.

Un caso especial o intermedio plantea la **“Píldora del día siguiente”** que representa una Contracepción de emergencia. A mi juicio, la polémica levantada en nuestro país es la expresión de que se ha hecho más una **“oferta política”**, que una **“razonada”** indicación médica.

En la Bienal (Paris 2004) de las VII Journées Européennes de la Société Française de Gynécologie, el grupo del "The Royal Karolinsk Institut" de Suecia presentó un trabajo según el cual: administrada en fase pre-ovulatoria no suspende la ovulación, sino que la retrasa, con lo cual más que administrar en muchos casos la dosis (1500 mgs. en dosis única de Levonorgestrel "Nor-levo"), hay que aconsejar la utilización de un medio anticonceptivo hasta una nueva menstruación. Y parece demostrado que si ya se había dado una fecundación, no se interferiría el proceso.

Parece más razonable y más económico para el sistema de salud el programa galo donde sólo se administra gratuitamente la dosis a las adolescentes de las Escuelas Secundarias (les lycéennes), previa consulta con una enfermera del centro y en presencia de ésta, que seguirá la evolución posterior.

Para el resto de las mujeres esta contracepción de emergencia es de dispensación libre, pero no gratuita.

El elemento de la objeción, en estos casos, está en el **Estatuto del Embrión**, pre-implantatorio (los primeros 14 días de la vida), que en el caso de la contragestación puede sobrepasar ese período y convertirse en un aborto temprano

La discusión sobre el respeto que merece el embrión es un debate sin fin, especialmente en la fase pre-implantatoria.

- 1) Para unos hay que tratarle como si fuera persona. Hoy día es muy restringido el número de aquellos que afirman que en esa fase el embrión es una persona, pero piden que sea tratado como si fuera persona otorgándole el privilegio de la duda.
- 2) Para otros es una persona potencial y hay que otorgarle el respeto que merece la persona.
- 3) Un tercer grupo le define como un conglomerado de células y no le otorgaría ningún respeto.

- 4) Respecto al embrión ya implantado es mayor el número de los que le acuerdan un respeto, aunque también es objeto de debate, y diferentes grupos le van acordando de forma gradual un estatuto moral en función de su edad: al embrión (14 días-8 semanas); al feto (más de 8 semanas); a la viabilidad (24-25 semanas); al nacimiento; y no faltan (los menos) quienes solamente le conceden un respeto al uso de la razón.

Es evidente que según el estatuto que acordemos al embrión, el profesional se declarara o no objetor a toda intervención que no sea en beneficio de éste.

Quienes sostienen que es "algo que puede ser alguien" defenderán que se le debe dar la posibilidad de llegar a serlo, y no intervendrán para impedirlo.

Este mismo argumento es el que se hace servir para la objeción en el caso de los **embriones sobrantes o supernumerarios** de la fertilización "in vitro", de la **obtención de embriones por reproducción asistida o por clonación**.

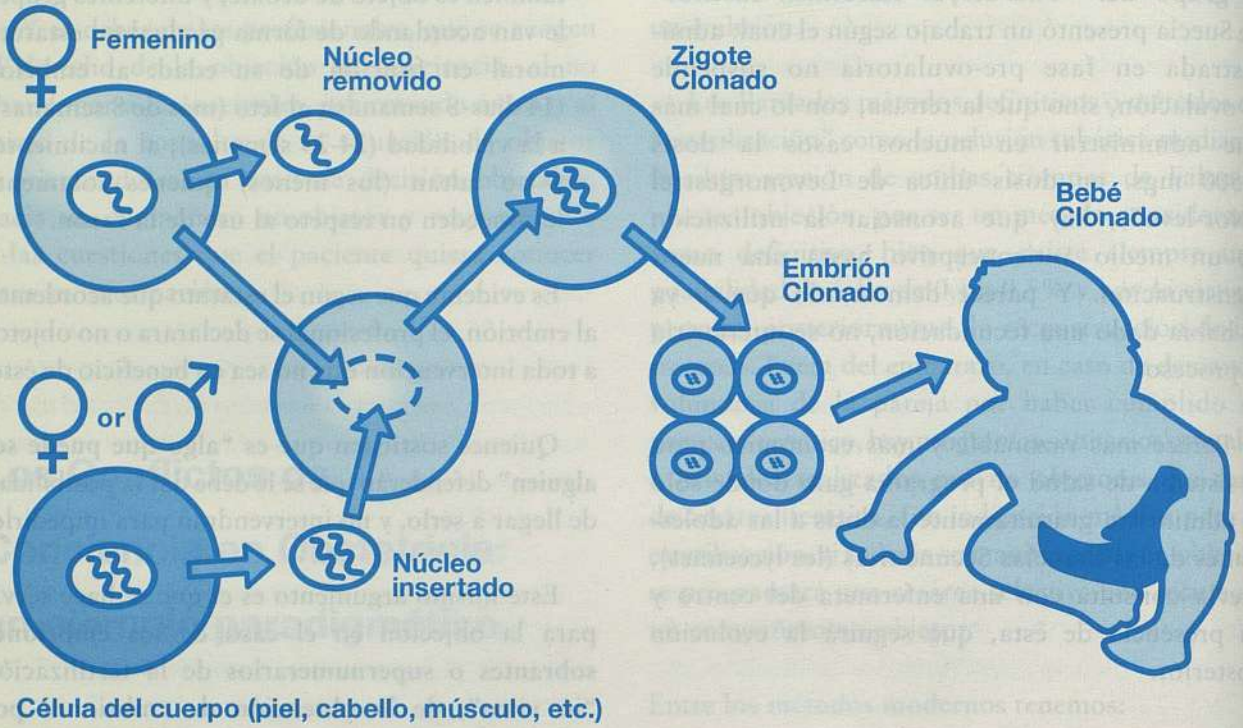
Incluso en la clonación terapéutica, no solo embrionaria, sino también con células adultas, en las que no habría problema ético si la multiplicación de las células es por simple duplicación, pero tendría otro matiz ético, para algunos, si hay que crear embriones hasta llegar a su fase de blastocisto para utilizar las células resultantes de éste.

En el caso de la clonación se da una dicotomía, sin justificación aparente. Para la clonación reproductiva se valoraría el llamado embrión somático (blastocisto) obtenido por transferencia nuclear (núcleo de una célula adulta, somática, transferido a un óvulo enucleado) para obtener un ser humano.

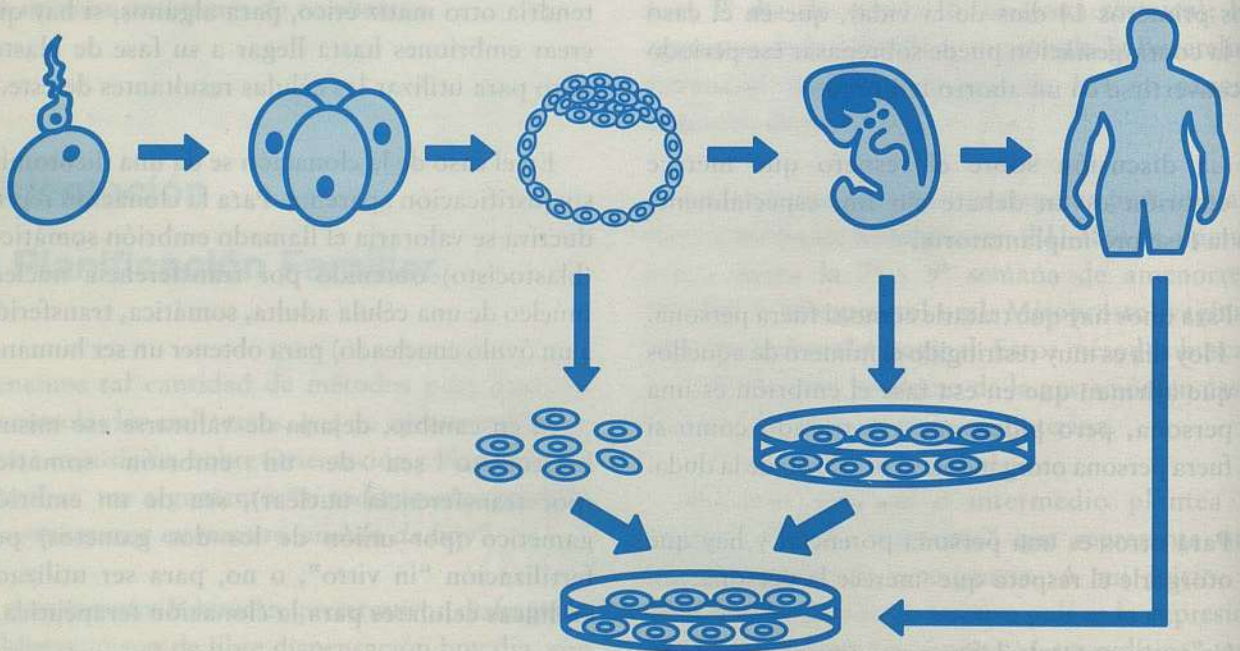
Y, en cambio, dejaría de valorarse ese mismo blastocisto sea de un embrión somático (por transferencia nuclear), sea de un embrión gamético (por unión de los dos gametos) por fertilización "in vitro", o no, para ser utilizado en líneas celulares para la clonación terapéutica.



### Clonación o reproducción asexual.



### Clonación Terapéutica



La **Interrupción voluntaria del embarazo (aborto)** ha sido siempre el paradigma de la objeción de conciencia en materia de salud. En nuestro país la Ley de 1985 ha **despenalizado** el aborto en 3 supuestos:

*No será punible el aborto realizado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurren algunas de las circunstancias siguientes:*

1. *Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.*
2. *Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de la gestación y que el mencionado hecho hubiera sido denunciado.*
3. *Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o del establecimiento, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.*

Me atrevo a decir, como simple constatación, y mis largos años de experiencia gineco-obstétrica me lo avalan, que en nuestro país tenemos el "aborto a demanda", porque ¿quién puede definir qué es una "grave" enfermedad física o "psíquica" de la madre? Y ¿vale solamente el que se "presuma" que el feto habrá de nacer con graves taras...?

La ley francesa solo autoriza el aborto por indicación fetal en caso de que se dé una alta probabili-

dad de que el feto tenga malformaciones congénitas incurables en el momento actual.

El derecho de objeción se extiende a todos los que directa o indirectamente entran en el acto en sí del aborto, pero no los que por otra razón médica entran en relación con la mujer. Esta tiene derecho a ser respetada.

Con respecto a la interrupción legal del embarazo en razón del resultado de un **Diagnóstico Prenatal**, hay que considerar que no todas las malformaciones tienen la misma gravedad y que en las malformaciones letales o incompatibles con la vida (acráneo o anencéfalo; agenesia renal; algunas trisomías...) la connotación moral del aborto es diferente, a la de aquellas otras malformaciones que tienen, hoy día, tratamiento.

El profesional que se declara objetor a esta interrupción está en su derecho, y él no debe imponer su decisión, pero también se debe a facilitar una información y acompañamiento para que los no-objetores impongan la suya.

Todos los profesionales deben respetar a la pareja cualquiera que sea su decisión, ya que son ellos quienes han de decidir, habiendo estado bien informados y psicológicamente acompañados (F. Abel).

Ahora bien, conviene manejar esta situación con rigor científico y corrección ética, sin mezclar términos equívocos. Así,

- Un aborto selectivo (no es que no se quiera un hijo, es que no se quiere ese hijo a causa de su malformación, por eso se ha llamado también aborto eugenésico), no debe ser catalogado de aborto terapéutico: un aborto terapéutico es el aborto de un feto condenado a morir en todo caso y cuando no haciéndolo parece la madre conjuntamente con él.

Sería el caso de una amniorrexis o rotura prematura de la bolsa de las aguas antes de las 25 semanas de amenorrea, que conducirá a una infección "corioamnionitis" del útero materno, con riesgo para la vida de la madre, si no se hace la evacuación del útero, y con un feto no viable

que no podrá sobrevivir fuera del seno materno.

- Tampoco se puede decir que un aborto selectivo es un aborto indirecto, en el que se podría aplicar el principio moral del doble efecto: Si se causa un mal cuando se busca hacer un bien puede considerarse justificado o permisible, si se cumplen 4 condiciones:

1) que la acción de la que resulta el mal sea en sí misma buena o indiferente **NO MORALMENTE MALA**;

2) que la **INTENCION DEL AGENTE** sea recta, que de verdad no se busque el efecto malo;

3) que el efecto malo proceda de la causa con la misma inmediatez que el efecto bueno;

4) que haya una **RAZON PROPORCIONALMENTE GRAVE** para permitir el efecto malo.

Por poner un ejemplo, sería el caso de una mujer embarazada que sufriera de un paludismo (malaria) por falciparum (fiebre maligna).

El único tratamiento es la Quinina, que tiene una acción abortiva.

El profesional busca el efecto bueno de la quinina sobre el paludismo y tolera el efecto malo que este medicamento pueda tener sobre el producto de la gestación, en razón de la gravedad de este tipo de paludismo para la mujer.

En la **reducción embrionaria** o eliminación de algunos embriones o fetos, en caso de embarazo múltiple (3 o más embriones o fetos), hay que tener en cuenta, por un lado, que son ya embriones de algunas semanas o fetos (más de 8 semanas) y que puede perderse toda la gestación como consecuencia de la eliminación de alguno de ellos y, de otro lado, el riesgo que supone las grandes gestaciones múltiples para madre y fetos.

Es ésta una de las situaciones en que la objeción puede plantearse, lo que ocurre es que siendo técnicas de superespecialización, los objetores no suelen dedicarse a ellas.

Las **técnicas de reproducción asistida** son también materia de objeción. Puede darse un negativa total a todas ellas o puede haber un grado de aceptación bajo ciertas condiciones: si en estas técnicas solo interviene la pareja, -llamadas por eso homólogas-, sin intervención de terceros; si se hace según el **GIFT (Gamete Intrafalopian Transfert)** en que se colocan los dos gametos en el tercio externo de la trompa; si se evitan los embriones sobrantes o supernumerarios...

En este caso, como en el anterior, teniendo en cuenta que es una superespecialización, los objetores optarán por no dedicarse a ella.

## Conclusión

Son múltiples en el campo de la salud y especialmente en Obstetricia como acabamos de ver, las situaciones que pueden conducir al médico especialista a declararse objetor:

- El respeto por la dignidad de la persona humana y de la vida humana en sus inicios.
- La instrumentalización del feto.
- La indicación o no-indicación de algunos tratamientos, en especial los que tienen consecuencias definitivas.

El médico está en todo su derecho de declararse objetor, ya que **"los derechos son de las personas y no de la ley. La ley no tiene derecho"** (L. Amezaga).

La objeción de conciencia nos beneficia a todos porque asegura la libertad de las conciencias frente a ciertos poderes. **Es la mejor garantía de que, por ejemplo, no se darían casos de obediencia debida, si se diera una perversión generalizada en las leyes, algo que ya ha pasado en Europa muchas veces el siglo pasado.**

(R. Navarro).

Pueden darse casos de conflicto, y habrá que deliberar, pero en última instancia debe prevalecer la conciencia, porque es un **Derecho Constitucional**.

Pero, puesto que vivimos en una sociedad plural y secular, y cada uno tiene una visión de las situaciones y un compromiso con ellas según su conciencia, solo el RESPETO de cada uno hacia todos los demás, puede contribuir a una pacífica convivencia ciudadana.

## Apéndice

- DECLARACIONES INTERNACIONALES SOBRE EL DERECHO A LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

- 1946 CARTA DEL TRIBUNAL INTERNACIONAL MILITAR (*Nuremberg*) Art. 6

- 1948 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Naciones Unidas Art.18*

- 1950 CONVENIO EUROPEO DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Consejo de Europa Art. 9*

- 1966 CONVENIO SOBRE DERECHOS POLÍTICOS Y CIVILES, *Naciones Unidas, Art. 18*

- 1989 ASAMBLEA ECUMÉNICA EUROPEA "PAZ Y JUSTICIA PARA TODA LA CREACIÓN", *Basilea, pto. 61*

- 1990 DOCUMENTO FINAL DE LA REUNIÓN MUNDIAL POR LA JUSTICIA, PAZ E INTEGRIDAD DE LA CREACIÓN, *Seúl, Consejo Mundial de Iglesias.*

- 1993 COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS, NACIONES UNIDAS. *Comentario general 22 al Art. 18 del Convenio Internacional de Derechos Civiles y Políticos*

- 1993 INFORME SOBRE OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN LOS ESTADOS MIEMBROS, *Comisión de Libertades Civiles y Asuntos Internos, Parlamento Europeo*

- 2000 DECLARACIÓN FORO DEL MILENIO DE LAS ONGS, LA ONU ANTE EL SIGLO XXI, *ONU, Nueva York*

- 2002 RED EUROPEA POR LA PAZ Y LOS DERECHOS HUMANOS, *Bruselas*

- 2005 CONSTITUCIÓN EUROPEA, 2005

## Bibliografía

- ABEL, F. "Diagnóstico Prenatal y aborto selectivo: la decisión ética", *Labor Hospitalaria*, nº 240, 1996
- ABEL, F. "Bioética, orígenes, presente y futuro" *Edit. Fundación Mapfre, 2001*
- ALVAREZ, J.C. y FERRER, J.: "Para Fundamentar la Bioética" *Edit. Universidad de Comillas, 2003*
- ESCUDÉ, J.M. Teología Moral Fundamental. *Apuntes de clase*
- GRACIA, D. "Principios y Metodología de la Bioética" en *Labor Hospitalaria*, nº 229, 1993
- GRACIA, D. "Como Arqueros al Blanco, Estudios de Bioética" *Edit. Triacastela, Madrid, 2004*
- NÚÑEZ, M.P. "Reducción Embrionaria" *Labor Hospitalaria*, nº 240, 1996
- NÚÑEZ, M.P. "Trasplante de Tejido Embrionario y Fetal", *L.H. nº 261, 2001*
- NÚÑEZ, M.P. "La Reproducción Asistida en el s. XXI: ¿bebés a la carta?" *Labor Hospitalaria*, nº 273, 2004
- SIEIRA, S. "La Objeción de Conciencia Sanitaria desde la perspectiva Constitucional" *Edit. Universidad de Comillas, 2001*
- TETTAMANZI, D. Bioethique, 3 volúmenes. *Edit. Salvator, Paris 2005*
- ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICS, "Objeción de Conciencia en Materia de Salud" (*Internet, 2005*)
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978)
- CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA, Codi de Deontologia (2005)
- DOCUMENTOS DE LAS "SEPTIÈMES JOURNÉES EUROPÉENNES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE" *Paris 2004*
- Documentos del Movimiento de Objeción de Conciencia, (Casa de la Paz) *Sevilla 2002.*
- GRUPO DE OPINIÓ DE L' OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET "Documento sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia", (*Barcelona, junio 2002*)
- INTERNET-POLITICA (2005)
- LEGISLACIÓN ESPAÑOLA: Leyes y Reales Decretos
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL: "Objeción de Conciencia del Médico". *Declaración de la Comisión Central de Etica y Deontología de la OMC, 1997*
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL "Código de Etica y Deontología Médica" (1999)

\* - Debido a la larga extensión de este trabajo lo publicamos en dos entregas. La próxima se podrá leer en el próximo trimestre (julio, agosto y septiembre).

## Bioética y Estado Vegetativo permanente\*.

> Rafael Luis Vidaurreta

*Máster en Bioética. Universidad Pontificia Comillas. Madrid  
Profesor del Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos (Madrid).  
Trabajador Social. Unidad Daño Cerebral EPV y Cuidados Paliativos.  
Fundación Instituto San José. Madrid.*

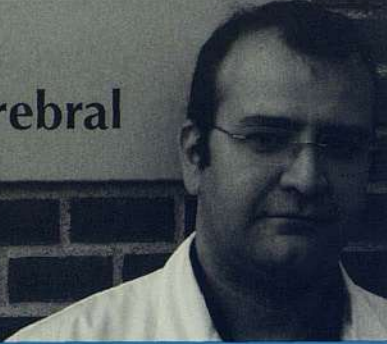
El autor nos ha permitido publicar la memoria de investigación del Máster en Bioética bajo el título "Bioética y Estado Vegetativo Permanente". Su trabajo en la Unidad de Daño Cerebral de la Fundación Instituto San José de Madrid, ha sido primordial en la elaboración de esta investigación.

La concepción de la práctica asistencial trata de asistir a la persona enferma a todos los niveles: cuerpo, emociones, mente y espíritu. Hay que procurar hacer partícipes a las personas necesitadas de cuidado, deben implicarse en el proceso del cuidar y de no ser así, implicar a sus familias, cuidadores o instituciones.

Todo esto cuando la persona es plenamente consciente pero  
qué ocurre cuándo no lo es.

En este trabajo se plantean algunas de las posturas que genera el estado vegetativo permanente entre los profesionales de la salud y la familia desde el punto de vista bioético. Vidaurreta reivindica más recursos para este tipo de pacientes que suelen ser los grandes olvidados del sistema sanitario. ▶

## Unidad Daño Cerebral



Rafael Luis Vidaurreta.

### 1. Introducción al concepto de Estado Vegetativo.

#### Estados vegetativos

Desde 1968 y en las siguientes décadas del setenta y del ochenta se asistió a la aparición cada vez más frecuente de cuadros clínicos constituidos por un coma inicial resultante de un daño cerebral con variables grados de lesión del sistema nervioso como en el estado vegetativo (EV), demencias profundas y otros, en que no se cumplen los criterios aceptados de muerte cerebral (indemnidad del sistema reticular activador del tronco cerebral y de las funciones respiratoria y circulatoria), pero que también tienen daño cerebral irreversible con pérdida absoluta de las funciones corticocerebrales superiores.

Tienen permanentemente abolida la conciencia, la afectividad y la comunicación con conservación de los ciclos sueño-vigilia, fuertes estímulos pueden provocar apertura ocular si los ojos permanecen cerrados y también acelerar la respiración, el pulso y la tensión arterial. Los reflejos y movimientos oculares están conservados y también los reflejos protectores del vómito y de la tos. Estos pacientes pueden tener movimientos espontáneos que incluyen masticación, rechinar de dientes y deglutir. También pueden emitir sonidos o gestos que sugieren ira, llanto, queja, gemidos o sonrisas. Su cabeza y

ojos pueden inconsistentemente rotar hacia luces o sonidos no verbales. Todas estas actitudes son consideradas como de origen subcortical. En los recién nacidos, la anencefalia es el cuadro homologable al EV por la carencia de hemisferios cerebrales y la sola presencia del tronco cerebral.

El estado vegetativo (EV) implica la existencia del despertar pero con inexistencia de la percepción de sí mismo y de su entorno. En el caso particular de EV el calificativo de **persistente** (EVPs) se aplica después de un mes de transcurrido el evento cerebral agudo traumático o no traumático pero no implica irreversibilidad.

En cambio el calificativo de permanente a este estado vegetativo denota irreversibilidad tres meses después de una lesión no traumática y doce meses después de una lesión traumática. El estado o síndrome apático es un término arcaico equivalente hoy a estado vegetativo. Asimismo, se ha aconsejado abandonar los términos de coma vigil, alfa coma e inconciencia permanente.

El estado mínimamente consciente reemplazó recientemente al término estado de mínima respuesta. A pesar de que estos pacientes no son capaces de comunicarse o seguir instrucciones, revelan actitudes que evidencian reconocimiento de sí mismos y de su entorno.

Pueden reproducir fijación visual y conductas emocionales y motoras que muestran respuestas gestuales o verbalizaciones inteligibles. Este estado, que puede mejorar o quedar en estado vegetativo, tiene una neuropatología que se desconoce y debe diferenciarse del EVP.

El mutismo akinético, aunque muy raro, es una subcategoría del estado mínimamente consciente. Finalmente el síndrome de enclaustramiento (locked in), que evoluciona con cuadriplejía y anartria, también debe diferenciarse del estado vegetativo porque tienen una relativa preservación de la cognición.

El EVP convertido en permanente puede tener muchos años de evolución hasta que alguna

complicación propia del estado vegetativo o la asociación de otra patología lo conduzcan a la muerte. Esta situación comenzó a plantear dos circunstancias posibles: la decisión de no tratar alguna de las complicaciones (por ejemplo una infección respiratoria) u otra patología que se asocie (cáncer, abdomen agudo), o directamente suspender la alimentación y la hidratación enteral o parenteral, lo que provoca la muerte por paro cardiocirculatorio en un lapso de 15 o 20 días. El conflicto moral que se plantea en estos casos se refiere a la calificación de la acción misma y a quién debe tomar la decisión.

Entretanto, aun cuando la muerte cerebral ya era aceptada en forma generalizada en los Estados Unidos, en ese mismo país no era posible acceder a la solicitud de interrupción de la asistencia respiratoria mecánica efectuada por los padres de una paciente en estado vegetativo (es el caso de Karen Quinlan, en 1976).

Sin embargo y casi simultáneamente comenzaba el debate social, médico y jurídico sobre la aplicación o suspensión de los métodos de soporte vital al mismo tiempo que se impulsaba, desde diversos foros, el derecho de los pacientes a decidir sobre su destino. Finalmente en la década pasada ya se avanzó sobre la retirada de los métodos de soporte vital en el EVP, cuyos casos paradigmáticos en el mundo han sido la suspensión de la hidratación y nutrición de **Nancy Cruzan** en 1990 en los Estados Unidos y de **Antony Bland** en 1994 en Gran Bretaña.

En el estado vegetativo persistente el problema de su identificación biológica es aún mayor del que existe en la muerte cerebral desde que no existe ninguna prueba, test o número biológico que permita, fuera de las consideraciones evolutivas neurológicas, establecer un diagnóstico de certeza. Los estados vegetativos han sido el paradigma de las situaciones clínicas que han llevado a desarrollar con mucho énfasis el criterio de muerte neocortical (high brain criterion) en los que la lesión neurológica irreversible se asienta en los centros superiores existentes en la corteza cerebral aunque con indemnidad del tronco cerebral lo que preserva las funciones respiratoria y circulatoria. Los argumentos

que defienden este criterio ponen todo el énfasis en que la pérdida absoluta de las funciones cognitivas superiores (conciencia, comunicación, afectividad, etc.) definiría más absolutamente la naturaleza y condición humanas que la falla neurológica que regula la homeostasis de las funciones vegetativas.

Este criterio cerebral superior (high brain criterion) abandona completamente el sentido puramente biológico de la vida y prioriza en cambio los aspectos vinculados a la existencia de la conciencia, afectividad y comunicación como expresión de la identidad de la persona. Siguiendo esta línea de pensamiento la teoría de la identidad personal de **Wikler** apunta a defender el high brain criterion considerando asimismo como razones espurias a la justificación biológica, pretendidamente inobjetable, de la muerte cerebral.

Esta teoría argumenta que cuando queda abolida totalmente la conciencia como en el EVP la persona desaparece, quedando en cambio 'vivo' el cuerpo biológico que la albergó.

A pesar de su natural conflictividad el desarrollo filosófico de la diferenciación entre el concepto de persona y organismo también puede enriquecerse a partir del estudio de la ontogénesis del cerebro humano desde el embrión hasta el lactante en donde se establece la existencia de cuatro fases evolutivas secuenciales: organismo, individuo biológico, ser humano y persona. En el fin de la vida la distinción entre ser humano y persona desde el punto de visto ontogenético ayudará a la comprensión de los fenómenos operados cuando se producen diversas afectaciones del sistema nervioso central.

La imposibilidad de establecer un test de diagnóstico confiable de EVP (como ha sido posible en la muerte cerebral) ha inducido a algunos autores como Gert a sostener su oposición a considerar al EVP como muerte neocortical argumentando que tal situación exhibiría frente a la sociedad un cuestionamiento en la confiabilidad médica que sería muy inconveniente. Esta imposibilidad diagnóstica ha promovido que algunos autores,



como Wikler, aun defendiendo el high brain criterion, apoyara desde la Comisión Presidencial el criterio de muerte actualmente vigente y aceptado desde 1981.

Sin embargo, y más allá de todo este marco de discusión conceptual, en estos cuadros vegetativos hoy ya está presente la posibilidad de establecer el límite en la atención, que en estos estados vegetativos que respiran espontáneamente, está constituido por la suspensión en la alimentación e hidratación enteral y/o parenteral, entre otros dilemas éticos que se les plantean a los equipos asistenciales, lo que podría ser el punto de partida del pequeño análisis que intentaremos realizar en esta memoria, a la luz de la Bioética.

## 2. Introducción al concepto de Bioética.

La palabra bioética es un neologismo acuñado en 1971 por **Van Rensselaer Potter** (en su libro *Bioethics: bridge to the future*), en el que este autor englobaba la “disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos”. La prestigiosa *Encyclopedia of Bioethics* (coordinada por **Warren Reich**) define la bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales”<sup>1</sup>.

En la actualidad abarca no sólo los aspectos tradicionales de la ética médica, sino que incluye la ética ambiental, con los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, desarrollo sostenible, etc. De hecho, el libro de Potter trataba las cuestiones éticas en relación al medio ambiente con perspectivas evolutivas, pero posteriormente

el término bioética se ha usado sobre todo para referirse a la nueva ética médica y a la ética de los nuevos avances en biomedicina.

En 1972 **André Hellegers** crea el **Instituto Kennedy** de Bioética, en la Universidad Georgetown (Washington DC), siendo esta la primera vez que una institución académica recurre al nuevo término. Según **Warren Reich** (1993), la palabra bioética ha tenido éxito en imponerse porque es muy sugestiva y poderosa: “sugiere un nuevo foco, una nueva reunión de disciplinas de una forma nueva y con un nuevo foro que tendió a neutralizar el tinte ideológico que la gente asociaba con la palabra ética”<sup>2</sup>.

El objetivo de la bioética, tal como la “fundaron” el **Hastings Center** (1969) y el **Instituto Kennedy** (1972) era animar al debate y al diálogo interdisciplinar entre la medicina, la filosofía y la ética, y supuso una notable renovación de la ética médica tradicional.

Pero ¿qué acontecimientos intervinieron en este nacimiento de la moderna bioética? Hoy está claro que un factor determinante fue el surgimiento de una serie de “paradojas” creadas por el propio avance de la medicina y la tendencia a extender las prestaciones sanitarias:

Para muchos autores, el nacimiento de la bioética (aunque todavía no se le daba ese nombre) ocurrió en 1962, cuando en Seattle (estado de Washington) se decidió crear un comité de legos (no médicos) para decidir qué pacientes tenían preferencia para beneficiarse de la entonces reciente máquina de hemodiálisis.

La pregunta subyacente era ¿por qué un avance médico debería crear una nueva discriminación médica? ¿Quién y cómo elegía a los candidatos? La novedad estribaba precisamente en que la respuesta a estos interrogantes no recaía sobre los médicos, sino sobre una representación de la

1- REICH, W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, (2ª edición), MacMillan, Nueva York, 1995.

2- REICH, W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, (2ª edición), MacMillan, Nueva York, 1995.

comunidad que decidía quien se beneficiaba del recurso limitado.

En los años 60 se tomó conciencia de que incluso en una sociedad democrática, la misma investigación biomédica sobre sujetos humanos planteaba una gran cantidad de problemas que había que afrontar adecuadamente. En 1972 se divulga el llamado "caso Tuskegee", un estudio hasta entonces secreto, en el que 400 individuos de raza negra habían dejado de ser tratados contra la sífilis (a pesar de que ya existían tratamientos eficaces) con objeto de estudiar la evolución "natural" de la enfermedad.

El congreso de los EE.UU. establece la "Comisión Nacional para la Protección de los sujetos humanos en el campo de las Ciencias Biomédicas y del Comportamiento". En 1978 esta Comisión publica el llamado "Informe Belmont", con directrices para la protección de los individuos que participen como sujetos de experimentación en Biomedicina, basados en los principios de autonomía, beneficencia y justicia.

El desarrollo de la bioética fue en sus primeros años un fenómeno casi exclusivamente americano. Aunque algunos de los más importantes bioeticistas eran teólogos o creyentes, enseguida los análisis dejaron de lado a la religión, para centrarse en una bioética laica que pudiera ser operativa en un mundo pluralista. El discurso bioético se sustentaba principalmente en los derechos cívicos, el pluralismo ideológico y se buscaba un consenso y unas estrategias ante esa diversidad cultural.

La bioética no sólo trata las cuestiones morales en el ámbito de la biomedicina, sino que además incluye:

- *Cuestiones epistemológicas*, modelos explicativos sobre la conducta humana (p.ej. debate entre el determinismo biológico y la influencia ambiental), metáforas y modelos sobre el papel de los genes, etc.

- *Cuestiones ontológicas* (estatuto del ser humano al comienzo y al final de la vida; estado vegetativo permanente; relación entre la dotación genética y la identidad del individuo, etc.).

La bioética se desarrolla en el contexto de una sociedad pluralista, ajena a los grandes relatos unificadores de tipo religioso o ideológico. Por lo tanto, la bioética es una ética civil que se sustenta en la racionalidad humana secularizada, capaz de ser compartida por todos, en un terreno filosófico neutro. Como dice **Marciano Vidal** (1989) "*más allá de un ordenamiento jurídico y deontológico, y más acá de las convicciones religiosas*"<sup>3</sup>.

Es una **ética laica, racional**, que formula la dimensión moral de la vida humana en cuanto ésta tiene de repercusión para la convivencia ciudadana en general. Pero con la consciencia de las limitaciones de la razón, es decir, evitando el racionalismo ingenuo.

Es una **ética pluralista**, acepta la diversidad de enfoques, desde los que se intenta construir un acuerdo moral en una unidad superior.

Es una **ética "mínima"** (**Adela Cortina**), es decir, el mínimo común denominador moral de una sociedad pluralista, que garantiza al mismo tiempo la diversidad de proyectos humanos (culturales, religiosos, etc.). En esta línea se situarían igualmente los intentos del teólogo **Hans Küng** de una **Ética Mundial** por medio del diálogo de las distintas religiones, que pudiera llegar a unos acuerdos sobre valores y fines vinculantes.

En cuanto **ética mínima**, no puede aspirar a ser totalizadora, y por lo tanto no se identifica con la visión de ninguna religión, que plantea cosmovisiones opcionales. En cuanto **ética común**, sus contenidos no pueden depender de simples preferencias personales, sino que reflejarían cierto grado de consenso social derivado de la racionalidad.

3- VIDAL, M. (coordinador), *Bioética. Estudios de bioética racional*. Ed. Tecnos, Madrid, 1989.

Sus contenidos se van descubriendo tras la evaluación y discusión crítica, por sucesivas convergencias surgidas de la común racionalidad humana. Se trata, pues, de una **ética dinámica y enraizada en la historia**, que acepta moverse provisionalmente en la duda y en la perplejidad, pero que avanza hacia niveles cada vez mayores de búsqueda del bien y de la justicia para toda la humanidad, contrastando sus conclusiones continuamente con la realidad de cada momento y de cada cultura.

En resumen, la actual bioética pretende ser universal, alejada de los puros convencionalismos o preferencias personales, consciente de las limitaciones de la razón humana y atenta a los contextos culturales concreto.

#### **Prudencia y riesgo en la decisión ética (Masiá, 1998)<sup>4</sup>**

Este autor plantea que entre los extremos de un normativismo ético inflexible y del mero capricho personal, quizá debiéramos acostumbrarnos a una moral interrogativa y dinámica, que ilumine las decisiones concretas con sabiduría práctica.

Según Ricoeur (1990) *“la sabiduría práctica consiste en inventar las conductas que satisfarán mejor las excepciones exigidas por nuestra solicitud para con las personas, traicionando lo menos posible las normas. Consiste en inventar los comportamientos justos y apropiados a la singularidad de cada caso. Pero esto no significa que haya que dejar el juicio en manos de la arbitrariedad”<sup>5</sup>*.

No se trata de aplicar deductivamente las reglas generales al caso particular, ni se trata de formular simplemente una excepción. Según Masiá, se trata de *“deliberar sobre el caso concreto*

*bajo una doble luz: la luz de la situación concreta y la luz de unos criterios, fines o valores que orientan la vida humana”<sup>6</sup>*. De este modo, ante situaciones parecidas, la sabiduría práctica puede dar respuestas diferentes que son igualmente correctas.

Para Ricoeur, existen tres características de esta sabiduría práctica:

- Es prudente asegurarse que posturas distintas se apoyen en un mismo criterio de respeto.
- La búsqueda del justo medio no debe degenerar en una especie de vía media de compromiso.
- Los juicios pueden evitar la arbitrariedad si se busca la ayuda de otras personas.

#### **Papel de las cosmovisiones culturales y religiosas**

El encumbramiento de la ética secular se ha basado demasiado a menudo en una imagen ingenua sobre una supuesta neutralidad y universalidad de la razón, olvidando el aspecto cultural de los problemas bioéticos, con pérdida de las riquezas de las tradiciones culturales y religiosas.

Para Masiá, muchos de los problemas bioéticos son en realidad problemas culturales, porque nuestra manera de percibir cuáles son y dónde están los valores que consideramos básicos viene configurada por nuestra manera de ver el mundo.

En este sentido, por ejemplo, la sociedad de consumo individualista puede tender a ver como *“mal adaptados”* a los deficientes, a los ancianos, etc. Sin embargo, lo que está mal adaptado es el entorno, incapaz de acoger e integrar a esas personas.

Precisamente las tradiciones culturales, como

4- MASIÁ, J, Bioética y antropología, Ediciones Universidad P. Comillas, Madrid 1998.

5- RICOEUR, P., El yo como otro, 1990.

6- MASIÁ, J, Bioética y antropología, Ediciones Universidad P. Comillas, Madrid 1998.

por ejemplo el cristianismo, con su peculiar sensibilidad procedente de la fe, puede suponer un referente “profético” capaz de influir en la sociedad para que ésta reconozca estos valores y humanice el cuidado de los miembros más débiles.

La teología tendrá mucho que aportar a la visión sobre la vida y la muerte, no dando “recetas prefabricadas”, sino una cosmovisión suscitadora de valores, que se ofrecen, sin imponerse, a la sociedad, unas propuestas utópicas que “sacudan” ciertas creencias y prejuicios enquistados, que permitan buscar, con los demás, alternativas sobre las prioridades para un desarrollo auténticamente humanizante.

### 3. Concepto de estado vegetativo.

El Estado Vegetativo (EV) es una condición clínica de completa inconsciencia de sí mismo y del entorno, acompañada de ciclos de vigilia-sueño y con preservación completa o parcial de las funciones autonómicas hipotalámicas y troncoencefálicas.

#### Criterios diagnósticos:

1. Ausencia de consciencia
2. La respuesta a estímulos visuales, auditivos y dolorosos no posee carácter reproducible, propósito o conducta voluntaria
3. No existe evidencia de lenguaje comprensivo o expresivo
4. Estado de vigilia intermitente manifestado por la existencia de ritmo vigilia-sueño
5. Preservación suficiente de funciones hipotalámicas y troncoencefálicas
6. Incontinencia esfinteriana
7. Preservación variable de pares craneales (pupilas, y reflejos oculocefálicos, corneal, vestibulo-ocular, nauseoso y espinal)

#### Estado Vegetativo Persistente (EVPs)

Puede ser definido como el estado vegetativo presente después de 1 mes de la lesión neurológica traumática o no-traumática, y si persiste después de 1 mes en cualquier estado.

#### Estado Vegetativo Permanente (EVPm)

Es el que puede ser diagnosticado de no reversible con un alto grado de certidumbre clínica. Existen unos criterios de temporalidad, que están aceptados internacionalmente:

- > de 3 meses en lesiones no traumáticas
- > de 12 meses en lesiones traumáticas

Existe abundante información científica, que establece que si en estos plazos de tiempo no se han producido signos de recuperación, esta es altamente improbable, y en caso de que ocurriera el pronóstico sería infausto ya que podrían quedar lesiones irreversibles para el paciente con alto grado de probabilidad y certeza clínica.

#### Diagnóstico de EVPm

Es establecido por un médico que por razones de preparación y experiencia, es competente en la valoración de las funciones neurológicas y en el diagnóstico clínico.

No existen criterios establecidos para hacer un diagnóstico de EVPm en niños de menos de 3 meses de edad, excepto en los pacientes con anencefalia. Otros métodos diagnósticos pueden respaldar al clínico, pero ninguno añade especificidad o certeza.

#### Categorías clínicas y etiológicas de EV

Hay tres categorías de procesos en adultos y niños que pueden conducir al EV.

1. Lesiones agudas neurológicas traumáticas o

*no-traumáticas*: a menudo se produce después de un mes aproximadamente de estar en coma.

2. *Enfermedades degenerativas y metabólicas cerebrales*: con patrones progresivos que terminan en el EV.

3. *Malformaciones severas del sistema nervioso central*: niños que no llegan a adquirir la conciencia. El diagnóstico puede ser hecho al nacimiento en los anencefálicos. Para otros niños con severas malformaciones que parecen vegetativos al nacimiento se recomienda seguir evolución por 3 a 6 meses para determinar si son capaces de adquirir la conciencia. La mayoría permanecen vegetativos; los que adquieren la conciencia usualmente lo hacen con severa discapacidad.

### Pronóstico de recuperación

La recuperación del EV puede ser definida en términos de **recuperación de conciencia** y **recuperación de funciones**.

La recuperación de la conciencia en casos **traumáticos** de EV después de **12 meses** de evolución es improbable. La recuperación de los casos de EV **no-traumático** después de **3 meses** de evolución es extraordinariamente rara, tanto en adultos como en niños.

### Supervivencia de los pacientes con EVPm

La **esperanza de vida** para la mayoría de los pacientes con EVPm es de 2 a 5 años. Supervivencias mayores de 10 años son inusuales. Las posibilidades de vida por encima de 15 años son aproximadamente de 1/15,000 a 1/75,000.

En resumen, el estado vegetativo permanente (EVPm) es una situación clínica bastante rara. En ella, el enfermo ha sufrido una alteración cerebral (traumática -por un golpe- o isquémica -falta de oxígeno-) que hace que el cerebro pierda parte de sus funciones.

En los pacientes en estado vegetativo (EV), las funciones cerebrales superiores han desaparecido: No pueden ver ni oír, teóricamente no tienen pensamientos ni sensaciones como nosotros. Sin embargo permanecen una serie de funciones "inferiores". Esto se comprende si se piensa que el cerebro está estructurado en partes, y cada parte, de abajo a arriba, va controlando funciones cada vez más superiores.

Las funciones más básicas son el control de la tensión arterial, los movimientos del intestino, el reflejo de retirada (retirar los miembros cuando se les agrede) y así progresivamente hasta las tareas más elaboradas, como la escritura o el razonamiento lógico.

Si se dañan las zonas cerebrales que controlan las funciones superiores (hemisferios frontales, occipitales, tálamo y otros) pero el tronco de encéfalo permanece indemne, aparece una situación que, dependiendo de la zona del tronco de encéfalo que quede sana, puede ir desde el coma profundo (con afectación incluso del centro de la respiración y circulatorio, llegando a la muerte cerebral) hasta el estado vegetativo (EV), en el que la mayoría de los controles automáticos están preservados, con lo cual los pacientes respiran, tienen ciclos vigilia-sueño (o sea, abren los ojos aunque no vean), mantienen reflejos primarios de respuesta a la agresión (quejidos, gestos, reflejo de retirada...), etc. Sin embargo teóricamente no tienen sensaciones conscientes ni desde luego sentimientos.

Una situación algo parecida es el sueño muy profundo, en el que nos movemos si nos tocan o si oímos un ruido fuerte pero seguimos dormidos. La diferencia es que estas personas por muy fuerte que sea el estímulo no pueden despertarse, ya que han perdido para siempre las partes del cerebro que se pueden "despertar", igual que un paciente con un infarto cerebral y una hemiplejía no puede mover el lado afectado a pesar de que el resto del cerebro esté bien.

El estado vegetativo (EV) puede ser transitorio, cuando hay una conmoción cerebral en la que el

daño de las neuronas no es irreversible. Algo parecido pasa cuando se tiene un síncope por el calor o cuando se pierde el conocimiento por un pequeño golpe. Pero estas situaciones deben resolverse rápidamente.

Si en unos meses (tres en el caso de lesiones no traumáticas y hasta doce en el caso de lesiones traumáticas, que tienen más posibilidades de recuperación) no se produce ninguna mejoría, es prácticamente seguro que este estado perdurará para siempre. En los rarísimos casos en que no es así, las mejorías son mínimas (apretar la mano, seguir con la mirada...) estas recuperaciones serían los "Estados de mínima conciencia". Las recuperaciones completas son tan excepcionales que pueden calificarse de milagros.

#### 4. Relación entre estado vegetativo y bioética.

El nacimiento de la bioética en relación al Estado Vegetativo (EV) ocurrió en 1968 cuando, en la facultad de medicina de la Universidad de Harvard se publica un artículo donde plantea el nuevo criterio basado en la muerte cerebral.

A su vez esto conectaba con algunos dramáticos casos de coma irreversible, lo que animó el debate sobre la eutanasia y el "derecho a la propia muerte". En 1975 Karen Ann Quinlan entra en coma irreversible y queda en estado vegetativo permanente (EVPm). Los padres piden que la desconecten del respirador artificial para que pueda morir en paz.

Tras una denegación judicial, hay un recurso, en el que el Tribunal Supremo de Nueva Jersey autoriza la desconexión sobre la base del "derecho a una muerte digna y en paz". Se reconocía por primera vez que la propia tecnología de soporte vital planteaba la cuestión sobre la eticidad o no de

mantener en estado vegetativo a individuos que nunca volverían a tener una vida consciente.

Una de las recomendaciones del Tribunal Supremo que intervino en el caso Quinlan fue la de que los hospitales creasen "Comités de ética" capaces de enfrentarse a este tipo de conflictos. Surgieron directrices sobre la reanimación, sobre el empleo o no de tratamientos costosos para mantener con vida recién nacidos con graves anomalías, etc.

Uno de los factores principales en la transición hacia la bioética fue la crisis del concepto paternalista de beneficencia médica heredado de la tradición hipocrática. El médico ya no puede imponerse (siquiera benevolentemente) al paciente, sino que éste ha de ser informado, para que pueda ejercer sus irrenunciables derechos de autonomía y pueda conceder el consentimiento a los tratamientos.

En 1972 se promulga en EE.UU. la Carta de los Derechos de los Enfermos. Las necesidades y preferencias de los pacientes tenían que ser defendidas con fuerza, sobre todo ante una poderosa tecnología, mirada a veces con suspicacia, y ante las instituciones.

La universalización de los servicios sanitarios en gran parte de los países occidentales ha obligado a plantearse cómo financiar y distribuir equitativamente unos recursos limitados, y cómo regular el acceso a distintas tecnologías por parte de los ciudadanos.

¿Cómo se atienden las necesidades básicas sanitarias de todos los ciudadanos? Pero ¿qué son necesidades básicas? ¿Cómo se diferencia entre lo necesario y lo accesorio?

Lo expuesto anteriormente hace pensar que la relación diaria con las personas en EVPm, por su especial vulnerabilidad, pueden plantear tanto a la institución, al personal asistencial y a los familiares, conflictos de orden ético a la hora de buscar la excelencia asistencial que propicie el máximo nivel de calidad de vida, considerando las circunstancias especiales de estas personas y las características de ellas y del centro donde son

asistidas. Eso nos motiva a analizar, de forma objetiva, alguno de estos posibles conflictos procurando a la luz de la bioética, ayudar al desarrollo de una mejor calidad asistencial a la persona y propiciando una mejor interacción entre los familiares, los trabajadores y la dirección del centro asistencial.

## 5. Fundamentación teórica.

Partiendo de una visión holística de la persona humana, que según una definición característica, que resume eficazmente esta vertiente terapéutica y que aparece en 1975 en el libro *Dimensions of Humanistic Medicine* publicada en San Francisco, y que dice:

*“Una persona es mucho más que su cuerpo. Cada ser humano es una interconexión holística de cuerpo, emociones, mente y espíritu. Sobre la base de esta relación total y dinámica, se puede comprender mejor el proceso clínico que empuja al paciente a buscar un médico. El estado de salud depende del grado de armonía presente en esta totalidad”<sup>7</sup>.*

Aunque las concepciones más tradicionales de la práctica asistencial occidental retenían que las personas necesitadas de cuidado fuesen totalmente dependientes del cuidador, y que la enfermedad o discapacidad fuese un problema a eliminar, subrayó la importancia de ayudar a la persona enferma, dependiente o no, a conocer y reflexionar sobre todos y cada uno de los aspectos ético-morales de su condición, y a participar en el proceso de cuidado y en caso de no ser posible por su situación, implicar en esta reflexión, de una manera especial tanto a las familias, cuidadores, e instituciones como una sola unidad para conseguir

una excelencia ética en el proceso de cuidado.

Nuestra convicción nos habla de una persona activa en la búsqueda de su bienestar, pero la cuestión es ¿qué pasa con aquellas otras personas que, a raíz de situaciones de deterioro psico-físico-social (E.V.Pm), no pueden realizar esa interconexión entre cuerpo, mente y espíritu para encontrar el grado de armonía suficiente que les permita un desarrollo ético-moral aceptable como persona en consonancia con sus valores, en el proceso de su enfermedad?

Por eso la pregunta es ¿quien vela por esos intereses, el médico, la familia, la institución, el personal sanitario, la sociedad en general, en que forma lo hacen sin afectar a los intereses generales con un gasto desmesurado de recursos?, ¿se es justo en el reparto?

¿O demasiado utilitarista?, ¿se es benéfico?, ¿o demasiado paternalista?, ¿se respeta la autonomía del paciente? ¿o se tranquilizan conciencias de personal sanitario y familias?, ¿se limita realmente el esfuerzo terapéutico?, ¿o se cae en la maleficencia? Y como estos existen miles de interrogantes más.

Por lo tanto intentaremos ver algunas posturas desde la Bioética para aspirar a realizar un análisis de la situación de las personas en EVPm ingresadas en la Unidad de EVPm de la Fundación Instituto San José considerando las siguientes variables:

- a) Descripción del centro y de sus estructuras;
- b) Descripción de la población asistida, que correspondan a los criterios de mayor vulnerabilidad por su situación de E. V .Pm.
- c) Análisis de los posibles conflictos éticos que pueden plantearse en la relación asistencial, así como los problemas que surgen en la practica

7- CARLSON, R. J., *Dimensions of Humanistic Medicine*, Regnery, San Francisco, 1975, p. 15.

clínica diaria desde tres paradigmas bioéticos que son los que más se ajustan a una visión ética de la situación desde el día a día del trabajo con pacientes y familiares:

- Los principios generales de la Bioética.
- El Principialismo Americano.
- El Principialismo Europeo, "Principialismo Jerarquizado"

## 6. Descripción de la Fundación Instituto San José OHSJD.

### 6.1 La Fundación Instituto San José

La **Fundación Instituto San José** se inauguró en el año 1899, dentro de la red de asistencia nacional de la **Orden de los Hermanos de San Juan de Dios**. Está situada en el Distrito de Latina (Madrid), rodeada de un pinar y formando un conjunto arquitectónico protegido.

Concebida en un principio como centro para enfermos epilépticos, ha ido adaptándose a las necesidades sociales de cada momento, y actualmente presenta, además de la **Unidad de Estado Vegetativo**, una oferta plural que incluye un amplio abanico de recursos: **Residencia Geriátrica asistida**, **Unidad de Rehabilitación**, **Unidad de Cuidados Paliativos**, **Rehabilitación Ambulatoria** (que incluye logopedia) y **Centros de Día Geriátrico y de Enfermos discapacitados físicos y discapacitados intelectuales**. Como servicios centrales de interés cuenta con **Farmacia Hospitalaria** y **Biblioteca sanitaria**.

### 6.2 Breve historia de la Unidad

Después de diversas conversaciones con la gerencia del hospital Severo Ochoa, y a petición de la misma en función de las necesidades que presentaba dicho hospital, se estudió el tema

de las posibilidades para la creación de una **Unidad de EVPm** en la **Fundación Instituto San José**. El uno de octubre de 1999 se inaugura la **Unidad de Daño Cerebral** para enfermos en situación de **Estado Vegetativo Permanente**.

### 6.3 Procedencia de los enfermos

Según el acuerdo establecido los enfermos habían de proceder preferentemente del hospital Severo Ochoa. Actualmente es el centro de referencia para los enfermos en EVPm de toda la C.A.M. por lo que el origen de los pacientes puede ser de cualquier hospital de la red sanitaria madrileña.

### 6.4 Criterios de ingreso:

Pacientes preferentemente menores de 60 años de edad, con el diagnóstico de **Estado Vegetativo Permanente (EVPm)**.

Inicialmente los criterios de ingreso no incluían restricción de edad, aceptando por tanto pacientes con enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo Alzheimer) de avanzada edad.

Ante la creciente demanda de ingreso en la Unidad, en un intento de homogeneizar lo máximo posible y siendo con-scientes de que los pacientes mayores de 60 años podían ser atendidos en otros niveles asistenciales, se decidió añadir dicho condicionante aunque de una manera no absoluta.

### 6.5 Objetivos de la Unidad:

Atender las necesidades asistenciales de estos pacientes de una forma integral, prestando a su vez apoyo al grupo familiar que le acompaña.

### 6.6 Procedimiento metodológico de ingreso

El procedimiento de ingreso es el siguiente: Cualquier usuario o entidad debe ponerse en contacto



con el departamento de trabajo social, quién obtiene los informes médicos y sociales oportunos para valorar y decidir, junto con el médico de la Unidad, los casos susceptibles de ser admitidos.

Si cumplen los criterios reseñados anteriormente, se realiza una entrevista personal con la familia o responsables del enfermo, con el fin de que conozcan la Unidad y los cuidados que en ella se realizan. En caso de conformidad por ambas partes, se procede al ingreso (si hay plaza) previos trámites administrativos pertinentes, y en caso contrario pasa a lista de espera. Existe una hoja informativa sobre el funcionamiento de la Unidad, que debe ser firmada por los responsables del paciente cuando se efectúa el ingreso.

## 7. Descripción de la Unidad

### E.V.P.m. y sus estructuras.

#### 7.1 -Introducción

Desde su origen, el objetivo de la Unidad se define como atender las necesidades asistenciales de estos pacientes de una forma integral, prestando a su vez apoyo al grupo familiar que le acompaña.

Esta iniciativa surge como una respuesta de la Fundación Instituto San José a una necesidad detectada en la sociedad, que a su parecer, no da una solución satisfactoria ni a las personas que permanecen en estado vegetativo a largo plazo, como tampoco a la problemática social que se genera tanto en el seno familiar, como en las instituciones sanitarias, tanto publicas como privadas, desde el punto de vista de distribución de recursos como desde los problemas bioéticos que esta situación conlleva en el día a día del proceso asistencial.

Desde entonces hasta ahora han pasado por la unidad un total de 27 personas en estado vegetativo permanente, como un recurso asistencial de

referencia, dentro de un ámbito privado concertado con el SER+MAS.

#### 7.2 -Unidad de Estado Vegetativo Permanente

##### *Ubicación y distribución de la Unidad.*

La Unidad de E.V.Pm nació con 10 camas, con sucesivas ampliaciones, primero a 13 en el 2003 y a 17 en el 2005, en respuesta a la creciente necesidad tanto de los centros Hospitalarios como de familiares de pacientes en esta situación.

Su distribución es la siguiente:

- Una estancia grande, cuadrangular, sin obstáculos visuales, con camas todas ellas articuladas y cuentan con instalación de circuito para la toma de oxígeno y vacío, mesilla de apoyo, sillones y sillas para enfermos y familiares.
- Una habitación de aislamiento para casos que lo requieran.
- Despacho para atención a familiares.
- Sala de estar de familiares, con teléfono público.

##### *Recursos humanos*

La Unidad cuenta con el siguiente personal:

- 1 Médico
- 1 Psicóloga
- 1 Trabajador Social
- 4 Enfermeras
- 7 Auxiliares Clínica
- Equipo de Servicio Religioso y Pastoral
- Servicios complementarios del Centro.

##### *Intervención de los diferentes profesionales*

###### *1. Medicina*

El objetivo de todos los cuidados que se ofrecen al paciente en estado vegetativo es mantener al paciente en las condiciones óptimas que su dignidad como persona exige. En el caso de la atención

médica, hay que mantener un delicado equilibrio sin caer tanto en el abandono como en el encarnizamiento u obstinación terapéutica.

En líneas generales, se realizan tratamientos sintomáticos, con el fin de evitar las situaciones patológicas más frecuentes. Los principales problemas clínicos que presentan los pacientes son:

- Complicaciones de úlceras por presión
- Crisis neurovegetativas
- Infecciones respiratorias
- Hipertonías y contracturas
- Complicaciones del estoma (Infecciones, granulomas,...)
- Complicaciones gastrointestinales (intolerancia a la alimentación, vómitos, estreñimiento).
- Síndromes febriles
- Crisis comiciales

Otro propósito fundamental es evitar cualquier tipo de posible sufrimiento que el paciente pueda sentir, aunque por las características del estado vegetativo la posibilidad de sensaciones es muy remota.

La intervención familiar por parte del médico es muy importante. Tiene como misión plantear una visión objetiva de la situación del paciente y orientar en lo posible hacia la realidad las expectativas de los familiares. Esta postura puede plantear conflictos y desencuentros, por lo que es fundamental el establecer las bases de una relación terapéutica basada en la confianza y el objetivo final común, que es el bienestar del paciente.

## 2. Psicología

La actividad asistencial del departamento de psicología de la Unidad tiene como objetivo favo-

recer la aceptación y adaptación del grupo familiar al proceso de enfermedad y muerte.

Para ello se evalúa la dinámica familiar y los recursos de afrontamiento que tiene cada familia; se potencian estos recursos y según los casos se instauran las estrategias de enfrentamiento a la situación, que se consideren convenientes.

Se busca pautar y optimizar el acompañamiento familiar y proteger a la familia del fuerte impacto psicológico que supone acompañar a un familiar en estado vegetativo, siendo necesario que las familias generen conductas adaptativas y que los miembros del grupo familiar "normalicen" su proyecto personal.

## 3. Trabajo Social

El objetivo del área de trabajo social es cuidar de los intereses y derechos del enfermo incapaz. Al mismo tiempo se apoya a los familiares desde la relación de ayuda, la escucha activa y la empatía. Puesto que con los pacientes nunca podrán realizarse entrevistas directas, el trabajo será con los familiares.

Comprendiendo su sobrecarga emocional, se les informa de los aspectos legales y administrativos acompañando en el proceso para conseguir un equilibrio socio-emocional adecuado, recordando las funciones y actuaciones del equipo multidisciplinar que se explicaron en la entrevista de acogida.

### - PROCESO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR DEL TRABAJADOR SOCIAL

1. Entrevista previa al ingreso, junto con el médico de la unidad, con objeto de:
  - Enseñar la Unidad
  - Aclarar falsas expectativas
  - Informarles de la finalidad de la Unidad
  - Comentar dinámica organizativa-horarios

2. Entrevista-Acogida el día del ingreso, junto con el médico de la unidad, para:

- Transmitir confianza y apoyo
- Recordar aspectos entrevista previa
- Formalizar cuestiones burocrático-administrativas
- Actualizar la situación Jurídico-legal del enfermo
- Recogida datos Socio-familiares para atención integral

3. Apoyo Continuado:

- Visitas periódicas a la Unidad
- Escucha activa.
- Diálogos formales y distendidos
- Motivación actividades Socio-culturales
- Enlace entre familia y resto del Equipo
- Prevención situaciones de estrés
- Intervención a demanda.

#### 4. Enfermería y auxiliares de clínica

El personal de enfermería y auxiliares de clínica tienen un papel preponderante en los cuidados a los pacientes ingresados en la Unidad. Las características de los pacientes hacen que necesiten asistencia total en las actividades básicas de la vida diaria, labores que realizan los auxiliares de clínica de forma en que se respete lo más posible la dignidad del paciente.

También son la principal fuente de información sobre el estado de las familias para el resto de profesionales, puesto que la convivencia con las mismas es estrecha durante las horas de visita.

Por otro lado, los enfermos tienen dispositivos (traqueostomía, sonda de gastrostomía) y enfer-

medades (úlceras por presión, infecciones respiratorias) que precisan de cuidados específicos de enfermería muy específicos.

#### 5. El Equipo Interdisciplinar

El objetivo principal del equipo, es atender las necesidades asistenciales de los pacientes en EVPm de una forma integral, prestando a su vez apoyo al grupo familiar que le acompaña. Este propósito no podría llevarse a cabo sin la intervención coordinada del equipo interdisciplinar.

Para ello existe una comunicación constante entre los distintos profesionales, que se formaliza en la reunión interdisciplinar, bimensual, con la participación de todos los componentes del equipo. En ella se discuten aspectos de la atención clínica, se coordinan y potencian actuaciones y se establece un ambiente de dialogo necesario para el correcto desarrollo de la Unidad.

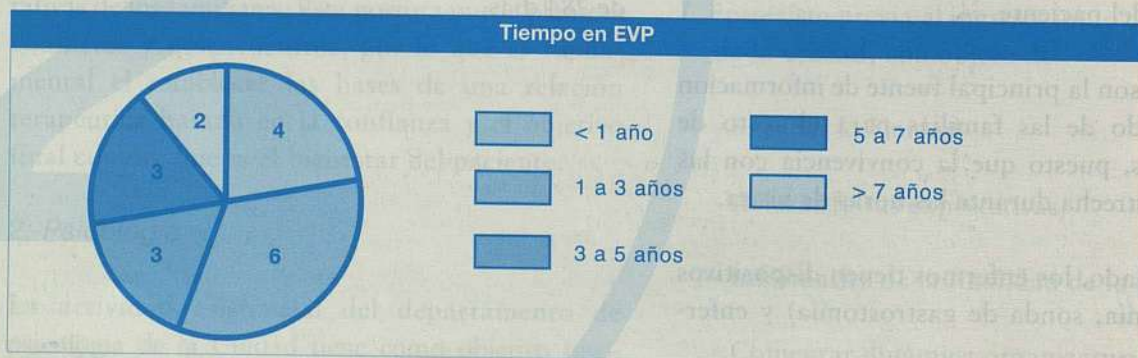
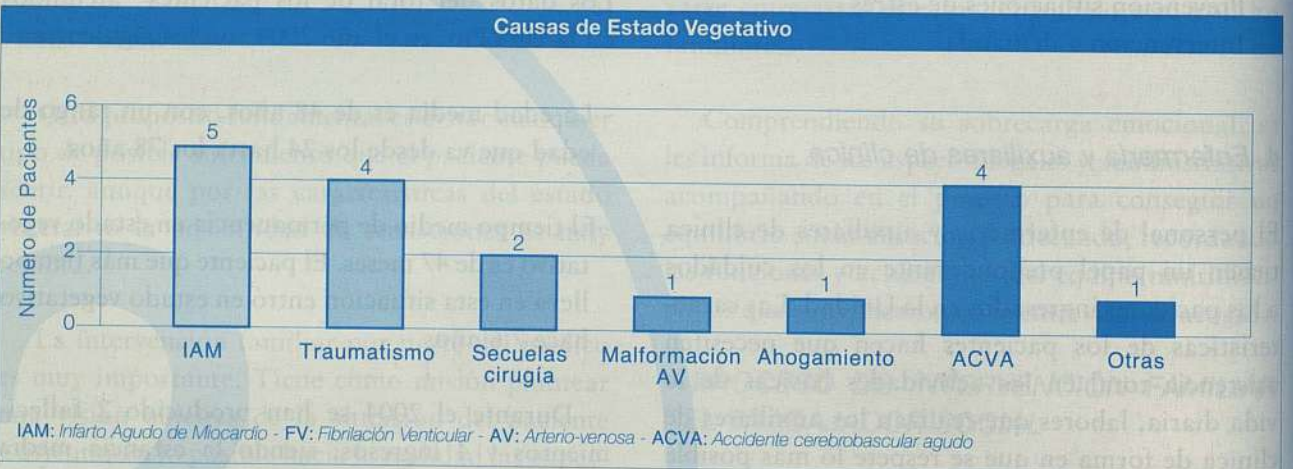
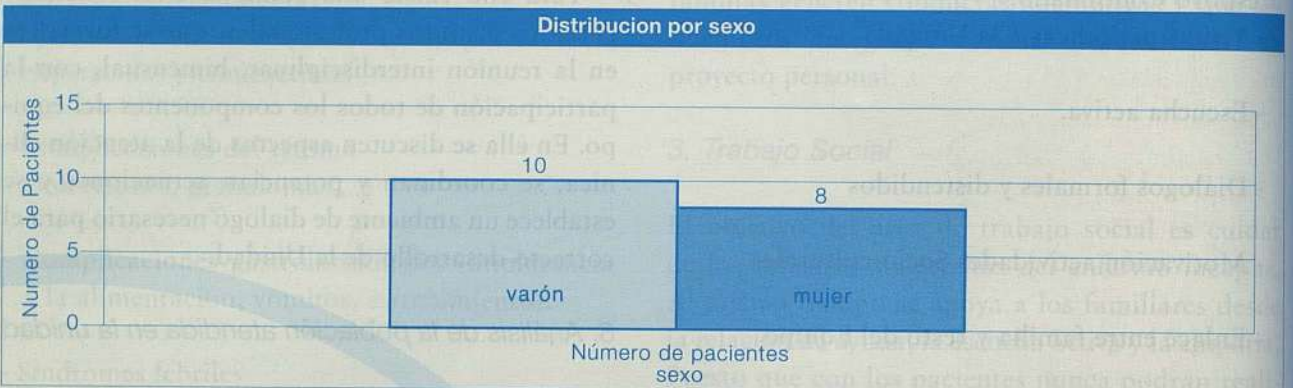
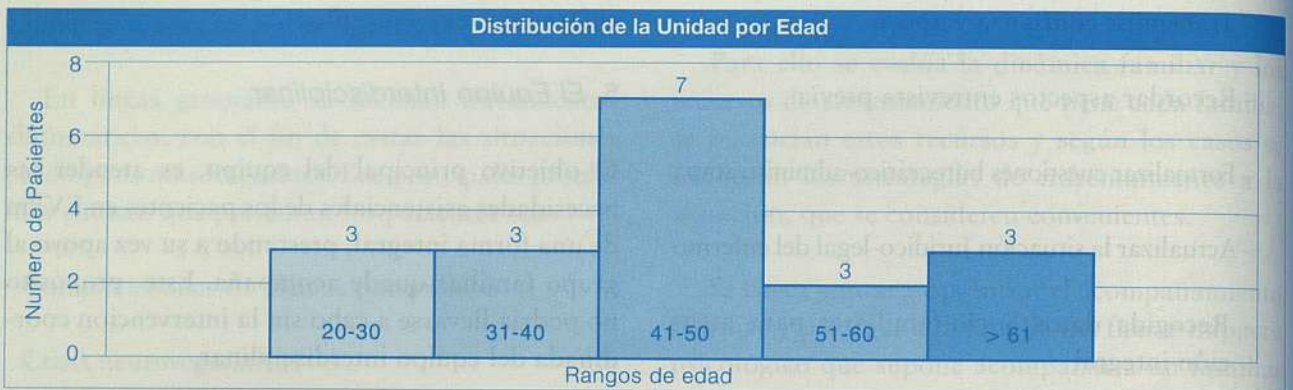
#### 6. Análisis de la población atendida en la unidad

Los datos del total de los pacientes atendidos en la UEVPM en el año 2004 son los siguientes:

- La edad media es de 48 años, con un rango de edad que va desde los 24 hasta los 78 años.
- El tiempo medio de permanencia en estado vegetativo es de 47 meses. El paciente que más tiempo lleva en esta situación entró en estado vegetativo hace 7.6 años.

Durante el 2004 se han producido 2 fallecimientos y 4 ingresos; siendo la estancia media de 284 días.

## 7. Características de los pacientes ingresados durante el año 2004



# Noción de cuidar: Valores y actitudes de la profesión enfermera.

> Dra. Anna Ramió Jofre  
*EUI Sant Joan de Déu.*  
*Esplugues de Llobregat. Barcelona.*

El presente artículo tiene como base un estudio amplio sobre valores y actitudes profesionales en Enfermería. Partimos de la idea de que el profesional tiene además de conocimientos y habilidades, un conjunto de actitudes y valores, que les lleva a mejorar la sociedad en la que están inmersos y de la que, de algún modo, representan un cierto significado conjunto. Los valores y actitudes profesionales que generan, están orientados a la acción, se adquieren y consolidan actuando (Prósper Manglano, 2004).

Cada profesión se caracteriza por el desarrollo de una actividad que tiene por objeto dar respuesta a necesidades concretas de las personas. La práctica profesional de las enfermeras y enfermeros se fundamenta en el cuidar, y toda concepción de cuidados enfermeros se inserta en un sistema de creencias y valores, influidos por un conjunto de valores sociales, culturales, económicos, y políticos. La identificación de valores es importante, ya que los valores son relevantes por su relación con la identidad profesional; con la profesionalización, y como guía para la acción (Domínguez Alcón, 1998).

El objetivo de la presente investigación es analizar las concepciones que del cuidar tienen las/os propios profesionales. A través de las diversas concepciones del cuidar se identifican actitudes. Estas se adhieren a valores profesionales concretos. ▶



Anna Raimó Jofre.

La aproximación que realizamos en la presente investigación es cualitativa, de carácter fenomenológico, descriptivo e interpretativo. La muestra esta constituida por enfermeras, y enfermeros colegiados y en activo en Barcelona, mediante un muestreo intencional, en base a un estudio previo sobre tendencias de redefinición de los espacios profesionales propios.

La técnica cualitativa de recogida de datos es la entrevista en profundidad. El análisis de datos se efectúa a través del programa informático ATLAS TI 2.3. El marco teórico que sirve de base en el análisis, es el estudio tipológico sobre valores y actitudes profesionales que la American Association of Colleges of Nursing, realiza en el año 1986.

Sobre el concepto valor y su naturaleza existen diversas aproximaciones. Los filósofos en la antigüedad utilizan la palabra “bueno” para determinar lo que en la actualidad llamamos valor. Con este término se refieren a lo que perfecciona, es decir, a lo que implica la realización de un deseo, y de una tendencia de la persona (Luypen, 1967: 251). En latín la palabra valor significa vigor, fuerza; hoy también se denomina valor a la medida de todas las cosas.

El valor como concepto explícito tiene, en los

últimos dos siglos, diversos significados técnicos muy estrictos en el campo de la economía. Solo en las últimas décadas, el concepto valor, alcanza un uso general en las otras ciencias sociales (Sills, 1977: 608). El concepto valor definido, según Rocher, como una manera de ser o de obrar que una persona o una colectividad juzgan ideal, y que hace deseables<sup>1</sup> o estimables a los seres, o a las conductas a las que se atribuye dicho valor.

El concepto valor va unido a una serie de características, el valor está en el orden ideal, los objetos, y acontecimientos, sirven de inspiración, y referencia a un determinado orden moral, estético, o intelectual; el valor denota cualidad de ser, a lo que se aspira, en lo que cabe inspirarse; el valor esta inmerso en nuestra sociedad, formando parte de ella (Rocher, 1973: 70). Lo valores están al servicio de la vida, y no la vida al servicio de los valores (Torrallba, 2001:10). Los valores pertenecen al universo de los símbolos. Se pueden identificar a través de las actitudes, y comportamientos selectivos de las personas.

**Los valores son bases  
organizativas, y  
fundamentales de toda  
sociedad, profesión,  
y persona. Son lo que da  
sentido, e identidad al  
grupo profesional.**

Profundizaremos en los valores que priorizan las enfermeras/os en varios ámbitos:

1- Se ha de distinguir entre deseable o meramente deseo. Un valor es la concepción de lo deseable, y no meramente deseo.

- 1) la práctica enfermera actual;
- 2) en el desarrollo de las diferentes funciones: asistencial, gestión, docencia, e investigación;
- 3) en el ámbito de la asistencia, pública y privada;
- 4) en relación con la experiencia profesional, y al inicio de la trayectoria laboral;
- 5) en relación a las variables de edad, genero, creencias religiosas, ideas políticas, y clase social.

El **Gráfico 1.** muestra los valores y actitudes profesionales de la noción de cuidar, analizada en este artículo.

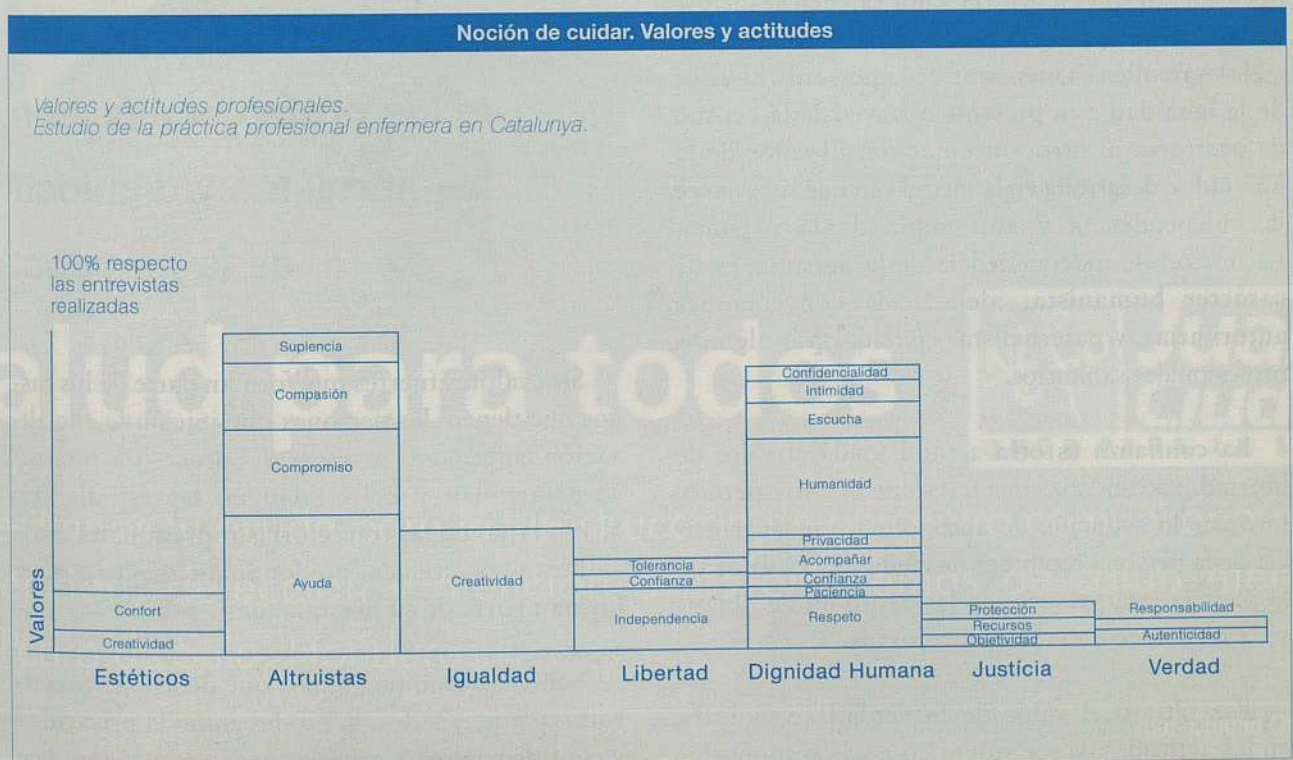
En la **práctica enfermera actual**, la conceptualización del cuidar se basa en dos valores fundamentales: **los altruistas y la dignidad humana**. La capacidad de los valores a generar convicciones, ideas firmes, lleva a adoptar actitudes.

Las actitudes que identifican a las enfermeras/os en la práctica, en relación al valor **altruista** son: la

ayuda a las personas, la compasión, el compromiso, y la suplencia. La ayuda a las personas, es una convicción firme, y en general unida a la noción de cuidar; también describen un alto grado de **compasión**, perciben como propio el sufrimiento ajeno, que genera capacidad de comprensión.

La compasión origina acción de ayuda (Torralba, 2002: 87). Otra actitud que genera el valor del altruismo es el **compromiso**, las nociones relacionadas con el compromiso son: la decisión y la vocación (Ferrater, 1994: 606). Nociones que transfieren a los profesionales un profundo espíritu de servicio, y disponibilidad. La última actitud relacionada al valor altruista, es la suplencia, que es la acción y efecto de "hacer por" la persona con problemas de salud lo que no puede realizar por si misma.

El segundo valor principal es el de la **dignidad de la persona** receptora de cuidados. Es el eje en el que se sostiene la práctica profesional. Las actitudes que se relacionan son: la humanidad, el respeto, la paciencia, la escucha, la privacidad y la confidencialidad. La **humanidad**, es la acción de distinguir



en las personas su naturaleza y esencia. La humanidad se funda en el valor incondicional del ser humano, de su libertad y dignidad (Otfried, 1994:159). El respeto se orienta a mirar a las personas, no como a medios útiles que están al servicio de las/os profesionales, para llegar a alcanzar sus finalidades, si no como entidades que deben de ser cuidadas. La paciencia es otra actitud que genera el valor de la dignidad humana, y se define por la capacidad de aceptar el ritmo, y el tiempo del otro.

La **escucha**, actitud de dar valor a la persona, de reconocer que la persona vale, y que merece ser atendida y respetada. La **privacidad**, la intimidad actitudes intrínsecamente unidas a la naturaleza de la persona, y relacionadas con la práctica profesional de cuidar. Por último la actitud de confidencialidad, capacidad de guardar secretos, capacidad de preservar la vida íntima de la persona, es decir su privacidad, su universo interior (Torralba, 2001, 2002).

Los demás valores presentes en la noción de cuidar que las enfermeras y enfermeros expresan, se desarrollan con diferente intensidad. Las actitudes que generan son escasas. El **valor estético** se incluye en las actitudes de procurar confort y creatividad, o el desarrollo del bienestar de la persona. El valor de la **igualdad** esta presente a través de la actitud de acercarse al otro y aceptación. El valor de la **libertad** se desarrolla en la medida en que se favorece la independencia y autonomía de la persona. La noción de independencia de la persona, es de carácter humanista, alejada de concepciones autoritarias, y paternalistas ejercidas por algunos profesionales sanitarios.

La confianza es otra actitud unida al valor de libertad. La confianza que transmite la enfermera/o, favorece la asunción de autonomía o independencia de la persona receptora de cuidados. El valor de la justicia está presente en las actitudes de objetividad, protección y ofrecer recursos.

Por último el valor de la verdad se muestra en las actitudes de ser autentico/a y la responsabi-

lidad de la práctica profesional. Una enfermera/o es autentica cuando establece sin lugar a dudas su identidad, es decir, cuando se establece de modo definitivo que es cierta, y positivamente lo que se supone ser (Ferrater, 1994: 274). Los valores enfermeros tienen un enfoque humanista.

El análisis de las reflexiones y percepciones que de la noción de cuidar realizan las enfermeras/os, es relevante, intenso y fundamental. Primero porque reafirma y sintetiza los resultados del estudio global sobre actitudes y valores profesionales en Enfermería (Ramíó, 2005).

En segundo lugar muestra las actitudes, unas desarrolladas con más intensidad, y otras que se inician y son emergentes. De forma general nos ayudan a la comprensión de la situación actual de la práctica enfermera y determina los valores que deben desarrollarse para asumir una identidad profesional fuerte.

## Los dos valores que más se visualizan a través de las actitudes de los profesionales son los altruistas y dignidad de la persona.

Son valores fuertes que forman parte de los rasgos que tienen las personas que inician la socialización enfermera. A través del proceso formativo se desarrollan y consolidan en las estudiantes. Y a lo largo de las trayectorias profesionales estos valores se mantienen, predominantemente porque forman parte de su personalidad.

Son valores importantes, que deben ser preservados y potenciados, actitudes como la privacidad y confidencialidad, especialmente en una época en



que los medios de comunicación poseen un gran potencial que dificulta su manejo. Una actitud esencial incluida en el valor altruista es la compasión. En la práctica enfermera esa actitud puede desarrollarse adecuadamente cuando la enfermera mantiene un equilibrio personal durante toda su trayectoria profesional.

Este hecho requiere del trabajo individual y de equipo. También son fundamentales las estrategias de apoyo, cuya implementación es a potenciar por las organizaciones sanitarias y que actualmente no están desarrolladas. Impulsar investigaciones que muestren la repercusión que tiene ese factor, en la calidad de los cuidados, es esencial.

Los demás valores analizados en la noción de cuidar, se visualizan débilmente, en tales valores destacan: **la libertad, estéticos, igualdad, justicia y verdad.** La libertad es un valor que tiene dos dimensiones, uno orientado a la persona usuaria, y otro orientado al colectivo profesional.

Las actitudes orientadas a la persona usuaria, que las enfermeras/os desarrollan, favorecen la independencia o autonomía de las personas y el aumento de la confianza en ellas mismas. Esa actitud en las conductas profesionales de la práctica enfermera parte de un modelo de cuidados desarrollado por la norteamericana **Virginia Henderson**, doctora en Enfermería, (**Phaneuf, 1999**).

Desde la implementación de la formación a nivel de Diplomado en el año 1977, la mayoría de las Escuelas de Enfermería, en Catalunya, forman transversalmente a las alumnas/os en base a las ideas y filosofía cuidadora de Henderson.

También en los centros asistenciales que promueven un cambio en la práctica enfermera, se basan predominantemente en ese modelo de cuidados. Pero los resultados de la presente investigación constatan que, la implementación de ese modelo de cuidados en los centros asistenciales en Catalunya, aún no está consolidado.

Requiere todavía del trabajo de equipo en cada

unidad asistencial para establecer criterios comunes que promuevan su desarrollo. La vertiente profesional, constituida básicamente por la autonomía, en la noción de cuidar está ausente. Los diversos testimonios no asocian directamente en la esencia de la práctica profesional: el cuidar con el ejercicio de autonomía profesional.

Aunque en la práctica enfermera, esta actitud es emergente, reconocida, y valorada por una parte importante del colectivo, especialmente en determinados espacios profesionales, como en asistencia primaria, en empresas y las profesionales higienistas, entre otros.

**Cuidar a las personas con autonomía, significa creer que los cuidados propios son terapéuticos y que ningún otro profesional está capacitado para aplicarlos.**

El **valor estético** está escasamente desarrollado. Las actitudes que algunas enfermeras/os manifiestan son la creatividad y el confort. Se debería investigar, en Catalunya y España, los efectos de la promoción de una imagen positiva del cuidar, del fomento de la creatividad y la sensibilidad en las personas receptoras de cuidados.

En la organización sanitaria actual, las enfermeras/os permanecen en un segundo lugar, en parte, por las decisiones tomadas desde otros colectivos, y en parte también, porque aún no se deciden a ejercer del todo su potencial.

Si lo ejercieran el valor estético y las actitudes desarrolladas por las enfermeras/os, producirían

un gran impacto en la asistencia. Ejemplo de ello son los hospitales denominados **magnéticos** (López, 2004), organizaciones sanitarias acreditadas, en un entorno que favorece la puesta en práctica de los conocimientos y experiencia clínica de las enfermeras/os, la consolidación de valores e implementación de actitudes profesionales.

El valor de la igualdad se muestra en proceso de consolidación. La aceptación y el acercamiento a las personas usuarias son las actitudes que parecen tener más significado. El desarrollo de este valor se enmarca en la práctica enfermera cotidiana de gestionar equitativamente los recursos inmediatos, porque se parte de una idea de aceptación activa de las personas en su diversidad.

En espacios de gestión general de recursos y de gestión de la información a la población sobre el acceso a los recursos está escasamente desarrollado por las enfermeras/os, en su ejercicio profesional, aspecto fundamental, y que en el futuro deben potenciar.

La presente investigación, a través de determinadas prácticas, especialmente en organizaciones sanitarias privadas, que las enfermeras/os manifiestan conflicto en las situaciones que implican la decisión sobre recursos, en las que ellas no participan. En cualquier caso se constata la importancia que para ellas/os tiene este valor de igualdad, que es inherente a la práctica profesional.

La **justicia** es un valor que parece estar escasamente desarrollado en la noción de cuidar. Las actitudes que describen son: protección, recursos y objetividad en los hechos. La aplicación de estas actitudes en la práctica enfermera queda definida en la imagen "de abogado" de la persona que se atiende. Se relaciona con rasgos de la asistencia, que es continua, e intensa.

En el transcurso de la investigación, y a través de las experiencias de las/os informantes, se refleja con intensidad esta labor desempeñada por las enfermeras/os. Aunque también se muestra esencial el trabajo que todavía deben realizar sobre múltiples

aspectos, sustentados por ese valor, en el contexto donde se realiza la práctica enfermera.

Son elementos implícitos en los cuidados propios, que deben ser explicitados especialmente cuando colaboran con otros profesionales sanitarios.

La **verdad** es un valor presente en las aportaciones de los diversos testimonios, se describe a través de las actitudes de autenticidad y responsabilidad. Las referencias a esas actitudes son escasas. Trabajar esos rasgos tan importantes en la práctica enfermera es esencial.

## **Potenciar la información en la atención sanitaria, es un derecho de las personas y un deber de los profesionales sanitarios.**

Ser enfermeras/os y sentirse enfermeras/os significa ser auténticas/os, ser y asumir valores coherentes a nivel personal y profesional. También está implícitamente relacionado con una identidad profesional fuerte, porque se cree y transmite una actitud profesional que favorece la recuperación o el mantenimiento y la promoción de la salud de las personas.

En el **desarrollo de las diferentes funciones**, las enfermeras/os priorizan unos valores, que son analizados en este apartado. Se identifican cuatro funciones que las enfermeras/os desenvuelven en la práctica como actividad principal. Las funciones son: asistencial, docente, investigadora y de gestión. Atendiendo a esta variable se analizan los valores que más peso se detectan en cada área.

En la práctica enfermera a nivel asistencial se observa la misma tendencia que a nivel general, el valor del **altruismo** junto con la **dignidad** humana son los más desarrollados. En el ámbito asistencial se manifiesta especialmente la actitud de

suplencia. Parece tener especial significado el desarrollo de esa actitud, porque a nivel asistencial se atiende predominantemente a personas que presentan diferentes niveles de vulnerabilidad.

Otra lectura sobre el peso en la práctica de esa actitud se relaciona con los años de práctica profesional. Las enfermeras noveles tienden a "cuidar para" la persona, relacionada con la suplencia, y alejada de cuidar "con la persona", relacionada con el cuidado en la excelencia.

Las enfermeras/os docentes desarrollan principalmente el valor de **dignidad** de la persona, a través de la actitud de favorecer la intimidad de la persona, entre otras. Su compromiso con las futuras/os profesionales se basa en valores de carácter humanista.

Las escasas enfermeras/os dedicadas a la investigación, como actividad principal, identifican en la noción de cuidar actitudes específicas a cada valor: la creatividad, la ayuda, la compasión, el compromiso de las enfermeras/os.

El acercarse a las personas con aceptación, favorecer la independencia, acompañar en el proceso y facilitar recursos. También desarrollan la actitud de autenticidad.

Las enfermeras/os gestoras basan la práctica de cuidar en cuatro valores: altruismo, dignidad de la persona, igualdad y libertad. No relacionan directamente la práctica del cuidar con la práctica de la gestión.

No obstante es significativa esa ausencia porque es una forma específica y esencial de cuidar.

El análisis de la noción de cuidar que expresan las enfermeras/os, **ejerciendo desde las organiza-**

**ciones públicas o privadas**<sup>2</sup>, no aporta diferencias significativas. Es un dato importante y lleno de significado. Las enfermeras/os asumen unos valores, y desarrollan unas actitudes, no influidas por el carácter de la organización.

Parece deducirse que los valores y actitudes que describen están consolidados. Señalar que se aprecia una ligera diferencia en el valor de la estética, se muestra con más intensidad en las enfermeras/os que ejercen en el sector público, a través de las actitudes de confort y creatividad.

Puede estar relacionado con el nivel de autonomía profesional que ejercen. Finalmente un valor no descrito en la noción de cuidar en el ámbito privado es el de la verdad. Es un elemento a tener presente y profundizar en investigaciones futuras.

Los valores profesionales que priorizan las enfermeras/os, **según el nivel de experiencia profesional**, es otra variable que se estudia. Las profesionales expertas desarrollan más actitudes en la noción de cuidar. Las/os enfermeras que inician la trayectoria profesional tienden a identificar en el valor del altruismo la actitud de suplencia.

Puede tener significado en relación a la práctica profesional de cuidar "por la persona" en vez de cuidar "con la persona". Aunque las enfermeras/os noveles se forman en las nuevas concepciones de cuidados orientados a favorecer la independencia y autonomía de la persona, no todas/os lo identifican.

Los valores que priorizan las enfermeras/os **en función de las diversas variables**. La edad en la muestra de enfermeras/os profesionales, de la presente investigación está en el intervalo de 22 años a 60 años. La edad se relaciona con los años de ejercicio profesional y por tanto con la experiencia.

2- En la presente investigación se considera organizaciones sanitarias públicas, las que dependen básicamente de la aportación económica del Estado y/o Comunidad Autónoma. Por tanto se incluyen las organizaciones de carácter privado que ofrecen asistencia en la Red sanitaria pública. Las organizaciones sanitarias privadas dependen, básicamente, de la aportación económica de mutuas de asistencia sanitaria privada o de la aportación directa de las personas usuarias.

El género es otra variable que se estudia en relación a la noción de cuidar. No se muestran diferencias significativas. Cabe destacar que algunos enfermeros expresan la actitud protectora inserta en el valor de la justicia.

Es complejo determinar si está relacionado con la variable género o bien por el carácter de la atención que prestan: empresa y quirófano.

Las creencias religiosas de las enfermeras/os, testimonios de la presente investigación, predominantemente son cristianas.

El análisis de la noción de cuidar atendiendo a esta variable no muestra datos significativos. Las enfermeras/os que se identifican agnósticas o ateas tienen una concepción del cuidar humanista, con la misma intensidad que las enfermeras/os que se definen cristianas.

La variable sobre las ideas políticas de los diversos testimonios tampoco presenta aspectos diferentes en esta investigación. La orientación política general es de izquierda.

Finalmente en cuanto a la clase social, la muestra se constituye, en su gran mayoría, en clase media. Tres enfermeras/os manifiestan pertenecer a la clase media alta.

Estas/os tres profesionales cabe resaltar que sitúan las actitudes en tres valores: altruismo, dignidad humana e igualdad. No son diferencias significativas al resto de enfermeras/os.

A modo de conclusión señalaremos que los valores y las actitudes emergentes en el seno del colectivo necesitan ser desarrolladas de forma personal y en equipo. Con métodos reflexivos que ayuden a establecer criterios que puedan implementarse en la práctica profesional.

## INSTITUCIÓ «LA MIRANDA»

### CENTRE DOCENT

#### Educació infantil, Primària, E.S.O. i Batxillerat

TRANSPORT ESCOLAR I MITJA PENSIÓ / PLACES LIMITADES

Horari: Educació Infantil, Primària, E.S.O. i Batxillerat: de les 9 del matí a les 5 de la tarda.

2n de Batxillerat: 8h. del matí a 14:10 del migdia

EL CENTRE DISPOSA, AMÉS, DE:

- Menjador escolar amb cuina pròpia
- Gimnàs
- Piscina coberta climatitzada

- Biblioteca
- Laboratori
- Sala d'art
- Poliesportiu

- Camps de joc
- Parc infantil
- Jardins

INSTITUCIÓ «LA MIRANDA»

C/. Canigó, 15 / 08960 SANT JUST DESVERN

La asunción de esos valores no se puede dejar al azar, debe haber un compromiso individual y colectivo para obtener resultados al nivel de lo que la sociedad demanda actualmente. Otro aspecto fundamental, unido al desarrollo de los valores emergentes, es mantener a lo largo de la trayectoria profesional el equilibrio personal.

Es un rasgo potente y nuclear. Exige de trabajo personal y de equipo potenciado, promovido y facilitado por las organizaciones sanitarias. Manifiesta toda su potencia en la frase "cuidarse para cuidar" (Gracia Guillen, 2004).

## **Las enfermeras y enfermeros en la medida que valoran cuidarse, añaden valor a su trabajo. Cuidarse en todas las vertientes: biológica, psicológica, social y espiritual.**

Si las enfermeras y enfermeros continúan al mismo ritmo el avance profesional en el futuro inmediato igual que en las últimas cinco décadas, el ámbito de la salud verá incrementada la calidad avanzando hacia la excelencia.

No se puede obviar que las enfermeras/os son el colectivo profesional más numeroso del sistema sanitario y ejercen en los diversos ámbitos de la salud.

Las gestoras enfermeras deben asumir la responsabilidad de gestionar no solo el colectivo profesional si no la estructura y articulación de los cuidados en las organizaciones sanitarias. Atendiendo a la historia de la sanidad y, específicamente la historia de las organizaciones hospitalarias, el futuro de estas instituciones puede modificarse.

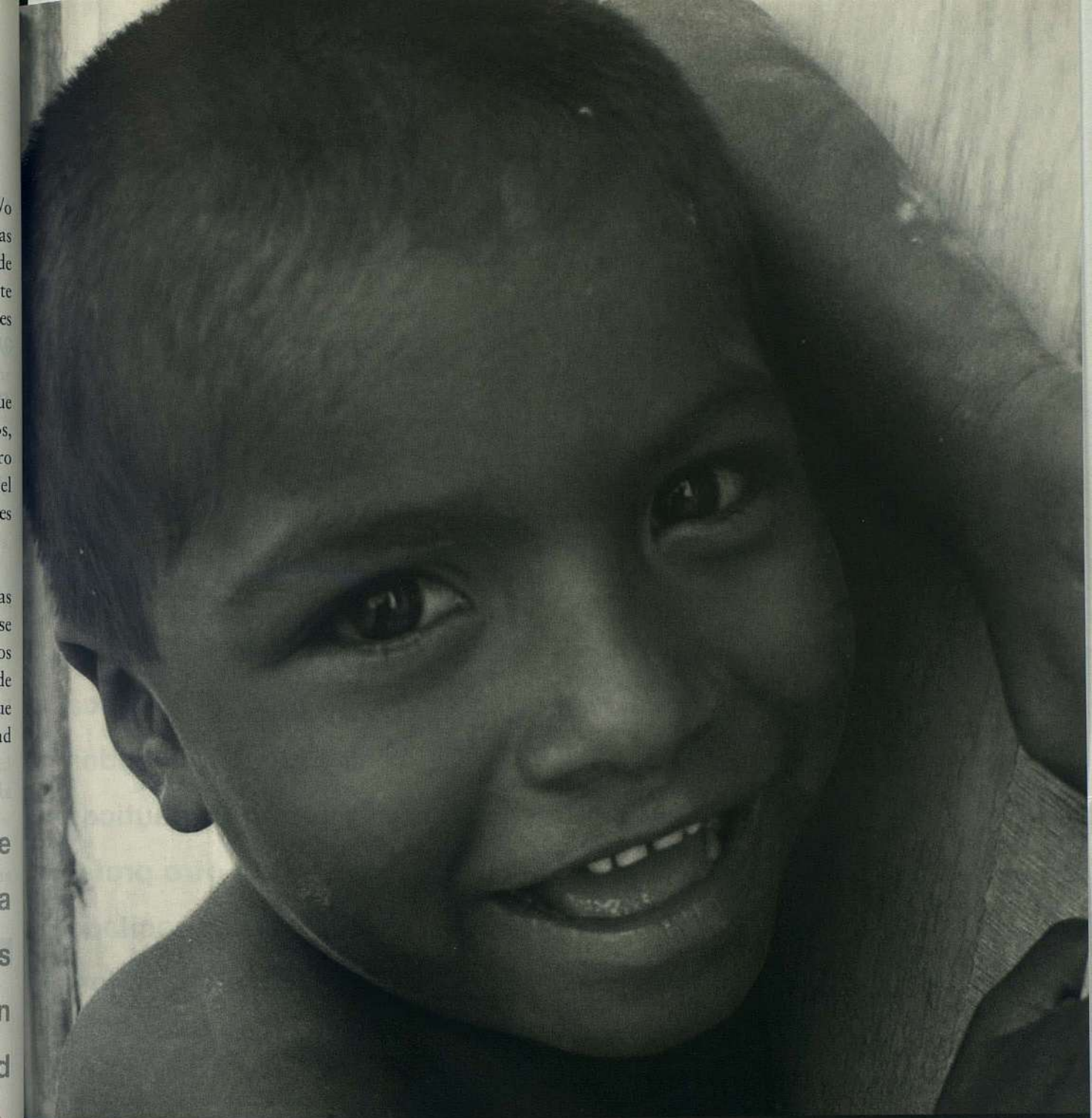
La aportación enfermera es una aportación desde la globalidad, ésta es su especificidad. Los criterios científicos positivistas de la medicina no pueden ser los únicos que organicen la asistencia sanitaria en un centro. Las enfermeras y enfermeros están capacitados para poder articular los cuidados en el conjunto de la asistencia.

**Bibliografía**

- DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN  
(1981) La enfermería a Catalunya. *Barcelona: Rol.*  
(1986) Los Cuidados y la profesión enfermera en España. *Madrid: Pirámide.*  
(1998) Documento de Trabajo sobre la profesión enfermera. Consell Assesor d'infermeria. *Barcelona.*  
(2001) Construyendo el equilibrio. Mujeres, trabajo, y calidad de vida. *Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.*
- FERRATER MORA, J. (1994) Diccionario de filosofía. Barcelona: *Ariel Referencia.*
- LOPEZ ALONSO, SERGIO R. (2004) "Hospital magnético, Hospital excelente"  
*Index de Enfermería XIII(44-45):7-8.*
- LUYPEN, W (1967) Fenomenología existencial  
*México: Carlos Lohlé.*
- GRACIA GUILLEN, DIEGO (2004) "Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios"  
*Labor Hospitalaria 4(274): 89-142*
- OTFRIED HÖFFE, (1994) Diccionario de Ética.  
*Barcelona: Crítica.*
- PRÓSPER MANGLANO, FELIPE (2004) "Els valors professionals" Conferencia de inau-guración del curso académico 2004/05. Universitat Internacional.  
*Barcelona.*
- PHANEUF, MARGOT (1999) La Planificación de los cuidados enfermeros. *México: Mcgraw-Hill Interamericana.*
- RAMIÓ JOFRE, ANNA (2005) Tesis Doctoral: Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya.  
*Universidad de Barcelona*
- ROCHER, GUY (1973) Introducción a la sociología General, *Barcelona: Herder.*
- SILLS, DAVID (1977) Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales, *Madrid: Aguilar.*
- RUIZ OLABUÉNAGA, J.I. (1999) Metodología de la investigación cualitativa,  
*Bilbao: Universidad de Deusto.*
- TORRALBA, FRANCESC  
(1998) Antropología del cuidar, Madrid: *Fundación Mapfre Medicina.*  
(2001) Cent valors per viure, *Lleida: Pages Editors.*  
(2002) Ética del cuidar. *Madrid: Fundación Mapfre Medicina. Institut Borja de Bioètica.*



**El Especialista en Pasta**



# Salud para todos



Necesitamos tu ayuda para la construcción de un centro comunitario para la prevención, detección y atención a los problemas de salud mental en San Pedro de Sula, Honduras.

DONATIVOS: BANCO SANTANDER CENTRAL HISPANO (BSCH) Nº CUENTA: 0049 - 6096 - 42 - 2510137261

**Juan Ciudad ONGD**  
Herreros de Tejada, 3  
28016 Madrid  
Tel. 914 57 56 04 - 913 87 44 83

*Una iniciativa de los Hermanos de San Juan de Dios*



Hermanos  
de  
**San  
Juan  
de Dios**



**VISITANOS EN:**

**[www.sanjuandedios.net](http://www.sanjuandedios.net)**

**Podrás suscribirte y consultar los  
archivos de nuestra revista desde  
1975 hasta 2005**

**LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA**

Provincia de Aragón—San Rafael

Curia Provincial

C/ Dr. Antoni Pujadas, 40

08830 Sant Boi de Llobregat

Barcelona

Tel. 93 630 30 90

Fax 93 654 36 09

[revistas@ohsjd.es](mailto:revistas@ohsjd.es)

[curia@ohsjd.es](mailto:curia@ohsjd.es)

[www.sanjuandedios.net](http://www.sanjuandedios.net)

