

## E

### Editorial

## Derechos del enfermo

Hipócrates de Cos (460-380 a.C.) enseñó que los médicos tenían deberes hacia los enfermos. Este conocimiento tiene su referencia paradigmática en el *Corpus Hippocraticum* y de esta fuente han ido surgiendo los códigos deontológicos, los más antiguos y los más modernos, de todas las profesiones sanitarias, códigos que enfatizan los deberes hacia los enfermos.

A esta potente tradición deontológica le salió un competidor no menos potente: la concepción liberal de la libertad (s.XVII – XVIII), que desembocará en la reivindicación de los derechos individuales, y ya en el siglo XIX, de los derechos sociales como nueva forma irrenunciable de proteger y promover la dignidad de la persona humana. La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948) –el código ético de la humanidad– marcará el punto álgido por lo que respecta a la formulación teórica de los derechos individuales y sociales. Toda esta corriente favorable a los derechos de la persona entrará también en el mundo sanitario y la *Declaración de los derechos del Paciente*, de la Asociación Norteamericana de Hospitales, del año 1973, es la certificación oficial. Por lo tanto, hace cuatro días que hemos reconocido que el enfermo es sujeto de derechos. Y a partir de esta nueva conciencia han ido proliferando las cartas de derechos de los enfermos.

Sin embargo, desde hace un tiempo, nos hemos dado cuenta de que no vale hablar sólo de derechos de los enfermos usuarios. Cabe hablar también de sus deberes, porque también en sanidad, no hay derechos sin deberes. De aquí viene que en las declaraciones y cartas más recientes derechos y deberes vayan de la mano. Por lo tanto, los profesionales sanitarios y los enfermos usuarios deben empezar conjuntamente un camino inexplorado: aprender a conjugar derechos y deberes.

Entrar en esta nueva cultura pide a las enfermeras tener bien asumido que los enfermos usuarios son sujetos de derechos y, por lo tanto, se debe continuar respetando y promoviendo estos derechos tanto como sea posible; pero a la vez deberemos tener suficiente maña para ir recordando a los enfermos usuarios que, además de tener derechos –y derechos bien legítimos– también tienen deberes. En la medida en que unos y otros sepamos conjugar este binomio haremos la síntesis entre la tradición hipocrática y la tradición liberal, pero sobretodo daremos a la relación asistencial una gran consistencia ética.

## H

### Hablemos

## Derechos... pero también deberes

«Todos somos iguales ante el deber moral»

Immanuel KANT

La conciencia que la persona es un sujeto de derechos es muy reciente en el ámbito sanitario, precisamente, porque venimos de una larga tradición paternalista, en la cual eran los profesionales sanitarios –sobre todo los médicos– quienes decidían en nombre del enfermo, puesto que éste era considerado como un *in-firmus*, es decir, alguien «sin firmeza» física, ni psíquica ni moral, incapaz, pues, de opinar y, todavía menos de decidir, en aquellas cuestiones referentes a su vida y a su salud. Esta situación de sumisión la define perfectamente el profesor Diego Gracia: «El enfermo está *falta de autonomía* y es *incapaz, por eso, de decisión moral*. La *única obligación moral del enfermo es la de obedecer*. Al *poder de mando del médico corresponde el deber de obediencia del enfermo*»<sup>1</sup>.

Este modelo paternalista –incapaz de respetar la autonomía del enfermo– que arrastrábamos desde el s.V a.C no entra en crisis hasta bien entrado el siglo XX. Un momento clave de esta crisis es la aprobación de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, el 10 de Diciembre de 1948, un texto que afirma los derechos individuales y sociales y, entre estos últimos, el derecho a llevar un nivel de vida que asegure la salud. De este cambio de paradigma derivan tres consecuencias muy importantes, tanto para los enfermos usuarios como para los profesionales de enfermería:

### 1) Aparición de las cartas de derechos de los enfermos

A partir de la década de los años sesenta, en los Estados Unidos, se vive una reivindicación del principio de autonomía. Así, se empieza a subrayar con fuerza que el enfermo usuario tiene capacidad para tomar decisiones que afectan a su vida y a su salud. El principio de autonomía, principal puntal de este nuevo paradigma, hará que en el año 1973 la Asociación Norteamericana de Hospitales apruebe la *Declaración de los derechos del paciente*, considerada la primera carta de

derechos de los enfermos. Como señala el Dr. Diego Gracia: «*La lectura atenta del código de 1973 es muy instructiva, porque demuestra cómo sus doce puntos no son otra cosa que especificaciones del derecho general al consentimiento informado*»<sup>2</sup>.

El interés por asumir este nuevo paradigma se extenderá rápidamente hacia Europa y llegará también a nuestro país. En el año 1979 la Comisión de Hospitales de la Comunidad Económica Europea aprobó la *Carta del enfermo usuario del hospital*. Cinco años más tarde, en 1984, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya publicó la carta de *Derechos del enfermo usuario del hospital*, en el cual se reconocían una serie de derechos al enfermo: el derecho a no ser discriminado, a la confidencialidad, a recibir información y a dar su consentimiento por escrito, a disponer de una historia clínica y tener acceso a ella, a morir dignamente, etc. Este texto ha sido substituido por otro que se dio a conocer el Marzo del 2002 bajo el título *Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria*. Es una carta, en la que, a grandes rasgos, se encuentran recogidos los derechos siguientes: a) *Derechos relacionados con la igualdad entre las personas*: recuerdan que la persona no puede ser objeto de discriminación de ningún tipo. b) *Derechos relacionados con la autonomía*: defienden el derecho de la persona a recibir información y a poder tomar sus propias decisiones en el ámbito de la salud, así como reclamar el respeto a la confidencialidad. c) *Derechos relacionados con la protección de la integridad de la persona*: garantizan que las actuaciones sanitarias se lleven a cabo siempre en beneficio de la persona.

Por lo tanto, los nuevos aires que aporta el nuevo paradigma entran en todas las cartas actuales de los derechos y deberes de los enfermos usuarios. Además, es necesario constatar que la Carta del 2002 incorpora una novedad importante: menciona un conjunto de deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria. Ya anteriormente tanto el INSALUD en la *Carta de derechos y deberes de los pacientes* (1983), como

la Ley General de Sanidad (1986) en su artículo 11 también se habían ocupado de recordar los deberes de los pacientes.

**La autonomía, en tanto que capacidad para elegir bien, no se puede desligar ni del principio de beneficencia ni del de justicia**

## **2) Cambios en la deontología profesional**

Los códigos deontológicos de la profesión de enfermería se modifican y se adaptan a un nuevo paradigma, y incorporan la necesidad de respetar la autonomía de la persona. Sin embargo conviene recordar que en el célebre *Juramento de Florence Nightingale* (1893), uno de los primeros textos deontológicos de la profesión de enfermería, todavía no hay rastro de este nuevo paradigma. Las obligaciones de la enfermera son ejercer honradamente la profesión, no causar daño al enfermo, respetar la confidencialidad y, también, ser una fiel asistente de los médicos. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) tampoco se hace eco de la autonomía del paciente ni en el Código de ética internacional de 1953 ni en el de 1973. En cambio, en la actualización del código de ética el año 2000 se recuerda a la enfermera que «*se cercionará de que la persona, la familia o la comunidad reciben información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados*»<sup>3</sup>.

El acento en la autonomía también lo encontramos en el Código de ética del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (1986). En sus artículos 18 a 22 se hace referencia a las obligaciones relacionadas con la información: «*El profesional de Enfermería deberá informar al enfermo/usuario de los cuidados que debe prodigarle así como, dentro del ámbito de su competencia,*

*de las exploraciones y tratamientos que se le deban realizar*»<sup>4</sup>. Y también en el Código deontológico de la enfermería española (1989) se recuerda que «*en el ejercicio de sus funciones, las enfermeras están obligadas a respetar la libertad del paciente*»<sup>5</sup>.

Vemos, pues, que los últimos códigos recogen sin excepción el reconocimiento de la autonomía del enfermo usuario, y instan a la enfermera a respetarla y promoverla. Sin embargo la práctica diaria nos hace dar cuenta que la autonomía, en tanto que capacidad para elegir bien, no se puede desligar ni del principio de beneficencia ni del de justicia.

**El concepto de «derechos» no se puede desligar del concepto de «deberes». Derechos y deberes son la doble cara de una misma moneda.**

## **3) Cultura de los derechos y de la exigencia**

La cultura de los derechos es positiva en el sentido que pone fin a tantos siglos de paternalismo y empuja a profesionales e instituciones sanitarias no sólo a tender más decididamente hacia la excelencia, sino a tener más en cuenta al ciudadano y su capacidad de decidir sobre aquellas cuestiones de salud que le afectan, esto es, a establecer una relación sanitaria más madura. Es cierto que ha crecido la conciencia de que el ciudadano es un sujeto de derechos, pero también es cierto que no ha crecido simultáneamente la conciencia que este mismo ciudadano tiene unos deberes. Esta disfunción se hace patente de una manera evidente en el ámbito sanitario: todos hemos tratado enfermos usuarios que creen y actúan como si sólo tuvieran derechos y ningún deber. Esta conciencia exagerada de los derechos ha hecho crecer la cultura de la exigencia, pero no parece que haya aumentado demasiado la cultura de la responsabilidad.

El concepto de «derechos» no se puede desligar del concepto de «deberes». Derechos y deberes son la doble cara de una misma moneda. El ciudadano es un sujeto de derechos, pero al mismo tiempo también es un sujeto de deberes. Por eso en la *Carta* de la Generalitat de Catalunya se obliga a los ciudadanos a asumir determinados deberes en el ámbito de la salud y de la atención sanitaria.

En el compendio de deberes parecería que también se puede hacer una triple clasificación: a) *Deberes respecto a la propia salud* (Deber de cuidar de su salud y responsabilizarse. Deberes núm. 1), b) *Deberes respecto al sistema sanitario* (Deber de utilizar y de usar de manera responsable, de acuerdo con las normas correspondientes, de las instalaciones y los servicios sanitarios. Deberes núm. 6) y c) *Deberes respecto a los profesionales sanitarios* (Deber de mantener el respeto debido a las normas establecidas en cada centro, así como a la dignidad personal y profesional del personal que presta servicios. Deberes núm. 7).

La consolidación de la conciencia de los derechos debe ir paralela con la consolidación de la conciencia de los deberes, sólo de esta manera se podrá garantizar la calidad asistencial e institucional que merece todo ciudadano, y se podrá ir construyendo un tipo de relación sanitaria satisfactoria para ambas partes, ciudadanos y personal sanitario.

Así, pues, la tarea de las enfermeras no se debe de limitar solamente al respeto y promoción de los derechos, sino que las enfermeras –como el resto de los profesionales sanitarios– tienen la responsabilidad de hacer entender a los ciudadanos que los derechos no son ilimitados. No podemos pretender que, en nombre de los derechos, se satisfacen todas las expectativas sobre la salud. Los recursos sanitarios son limitados y se impone, a través de políticas sanitarias coherentes, distribuirlos de manera equitativa. También es tarea de las enfermeras saber explicar pedagógicamente la letra y el espíritu de los deberes que figuran en la Carta del 2002, y que reproducimos a continuación.

## DEBERES

1. Deber de cuidar de su salud y responsabilizarse. Este deber se debe exigir especialmente cuando se puedan derivar riesgos o perjuicios para la salud de otras personas.

2. Deber de hacer uso de los recursos, prestaciones y derechos de acuerdo con sus necesidades de salud y en función de las disponibilidades del sistema sanitario, a fin de facilitar el acceso de todos los ciudadanos a la atención sanitaria en condiciones de igualdad efectiva.

3. Deber de cumplir las prescripciones generales, de naturaleza sanitaria, comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.

4. Deber de respetar y cumplir las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública, como es el tabaco, el alcoholismo y los accidentes de tránsito, o les enfermedades transmisibles susceptibles de ser prevenidas a través de vacunaciones o otras medidas preventivas, así como colaborar en conseguir sus fines.

5. Deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones sanitarias ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente las farmacéuticas, las complementarias, las de incapacidad laboral y las de carácter social.

6. Deber de utilizar y usar de manera responsable, de acuerdo con las normas correspondientes, de las instalaciones y los servicios sanitarios.

7. Deber de mantener el respeto debido a las normas establecidas en cada centro, así como a la dignidad personal y profesional del personal que presta servicios.

8. Deber de facilitar, de forma leal y cierta, los datos de identificación y los referentes a su estado físico, o de su salud, que sean necesarias para el proceso asistencial o por razones de interés general debidamente motivadas.

9. Deber de firmar el documento pertinente, en el caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas, especialmente en caso de pruebas diagnósticas, actuaciones preventivas y tratamientos de especial relevancia para la salud del paciente. En este documento quedará expresado con claridad que el paciente ha sido suficientemente informado de las situaciones que se pueden derivar y que rechaza los procedimientos sugeridos.

10. El enfermo tiene el deber de aceptar el alta una vez se ha terminado el proceso asistencial que el centro o la unidad le podía ofrecer. Si por diferentes razones existiera divergencia de criterio por parte del paciente, se agotaran las vías de diálogo y tolerancia razonables hacia su opinión y, siempre que la situación lo requiera, el centro o la unidad deberá buscar los recursos necesarios para una atención adecuada.

<sup>1</sup> Diego GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989. p. 73.

<sup>2</sup> Diego GRACIA, *Op. Cit.*, p. 174.

<sup>3</sup> *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. p. 2.

<sup>4</sup> *Codi d'ètica del Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Barcelona*, artículo 18.

<sup>5</sup> *Código deontológico de la enfermería española*, artículo 6.

### ESTER BUSQUETS ALIBÉS

*Responsable de Enfermería del IBB. Profesora de Ética en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Vic.*

### JOAN MIR TUBAU

*Profesor de Ética en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Vic. Máster en bioètica.*