

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia**  
**División de Enfermería y Fisioterapia**



## **GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso Académico: 2012/2013**

**Trabajo Fin de Grado**

**“LA CLÍNICA COMO ESPACIO DE SUBJETIVIDAD”**

**- Autor/a – Inmaculada Morales Martínez**

**- Tutor/a – D. Daniel J. García López**

## ÍNDICE

1. RESUMEN.	2
2. INTRODUCCIÓN.	2
3. SURGIMIENTO DE LA BIOETICA	4
4. CÓDIGO DEONTOLÓGICO	6
5. QUÉ ES BIOÉTICA, FUNCIONES Y PRINCIPIOS	8
6. ÉTICA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS	11
7. PRINCIPALES CAMPOS DE ACTUACIÓN	14
8. CRÍTICA A LA BIOETICA	17
9. LA CLÍNICA COMO ESPACIO DE SUBJETIVIDAD	19
10. CONCLUSIÓN	20
BIBLIOGRAFÍA	21

## **1. RESUMEN**

El trabajo constará de tres partes. En la primera estarán expuestos los términos bioética y código deontológico, así como la legislación más relevante. La segunda será una crítica a la bioética desde diversos puntos de vista: este será el punto de inflexión del trabajo, donde explicaré las disconformidades con algunos de los principios de la bioética. Y por último la clínica como espacio de subjetividad: como cada espacio modifica a la persona, donde en un sitio puede ser jefe y en otro un paciente más. Esta es la manera en que funcionamos, cada sitio nos condiciona, no es tu personalidad o tu profesión la que te define, si no cada espacio.

## **2. INTRODUCCIÓN**

El tema a tratar será la clínica como espacio de subjetividad, para entrar en materia, antes se deben explicar algunos términos, principalmente la bioética y su campo de actuación que en este caso será la profesión sanitaria y más concretamente la enfermería, para ello nos apoyaremos en diferentes textos y libros para fundamentar reflexiones.

Comenzaremos con el surgimiento de la bioética, el por qué la necesidad de esta área de la ética, del código deontológico para regir nuestra actividad profesional y un esbozo de la legislación actual.

Seguido de la definición del término bioética, sus funciones y principios (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia)

Después hablaremos de la ética en las profesiones sanitarias. Y para terminar este apartado expondremos algunos de los temas más relevantes y de interés en la actualidad (aborto, eutanasia, VIH, trasplantes de órganos...)

Más tarde rebatiremos algunos aspectos de la bioética para centrarnos en nuestro tema principal. Ya que consideramos que algunos puntos de esta disciplina (que no es considerada por todo el mundo como tal) no están bien definidos.

Por tanto reflexionaremos si el espacio influye en nuestra personalidad o simplemente somos quienes somos, no será un trabajo de investigación si no reflexivo, pero basado en ejemplos y con criterio.

Es cierto que nos condicionan muchas cosas en nuestra personalidad, pero vamos a poner como centro de lo que lo cambia todo al espacio en el que estemos, no las personas, el contexto o el ambiente.

En definitiva comenzaremos con una clara explicación de bioética, seguiremos con la crítica a dicha materia en el tema que nos concierne y terminaremos con la teoría de que es el espacio el que nos modifica personalmente.

### **3. SURGIMIENTO DE LA BIOÉTICA**

Son muchos los factores que precipitaron la aparición de la bioética.

Uno de los más relevantes sería la cantidad de tecnología al servicio de la medicina que en los últimos estado en auge. Todos estos avances, que permitieron dar un paso más hacia el progreso, pueden causar algunos problemas, ya que todo en esta vida ha de tener unos límites. La bioética surge para definir estos límites, que es y que no es lícito moralmente hablando. Pero no solo interviene este hecho.

A los factores ya mencionados, entonces, podemos agregar los siguientes: el desarrollo de nuevas actitudes sociales, la existencia de conflictos de derechos y la confrontación con ciertos dilemas morales. A continuación, analizaremos cada uno de ellos.

El desarrollo de nuevas actitudes sociales está determinado por la caída de los regímenes autoritarios y la equidad del pueblo ante el poder. La implantación de la democracia cambió el modo de ver la política, cualquier ciudadano puede ahora llegar a la presidencia, por lo tanto se modifican las relaciones de poder.

Cambia también la visión ante el médico. Ya no existe esa actitud de majestuosidad que imploraba antiguamente, es un profesional más que nos resolverá los problemas en salud.

Estos cambios sociales -que fueron el motor de profundas transformaciones en la profesión, en la figura y en la práctica del médico- generaron la necesidad de reflexionar acerca de nuevos valores y principios en el marco de la atención de la salud.

La bioética surgió, en este contexto (1971), como un modo de reflexión sistemática sobre estas condiciones e instauró como valores esenciales la dignidad, la autonomía y la protección de los derechos de las personas.

Los conflictos de derechos también contribuyeron en el surgimiento de la bioética.

El ejemplo más claro para definir este hecho sería el paciente testigo de Jehová que necesita una transfusión sanguínea y se niega a recibirla, el conflicto que le surge al médico será elegir que es más importante, la vida del paciente o la decisión de no someterse al tratamiento porque es lo que dicta su religión.

Para finalizar, analizaremos los dilemas morales. En el que según qué actos conllevan a una discusión sobre si será o no moralmente correcto, si estaremos actuando de acuerdo con los principios de la moral. En definitiva sería realizar un análisis reflexivo ante una situación que plantee dos opciones y que no sepamos cual puede ser la más correcta. Esto en sanidad es muy común, ya que siempre tenemos que analizar el factor beneficio-riesgo cuando se trata de aplicar un tratamiento.

Son muchos los factores que han llevado a la bioética a ser lo que es hoy, aquí hemos citado los que creemos pueden ser los más importantes. Ya que no podemos abarcar todos estos factores.

Hoy en día existe la idea de que la bioética solo atañe a la atención sanitaria, pero también se ocupa de las ciencias biológicas, por tanto la investigación biomédica, y la administración de recursos serían también ámbitos de actuación de la bioética.

Además esta disciplina se divide en problemas micro y macro. Los primeros son aquellos que se relacionan con la ética médica, e incluyen, por ejemplo, la relación médico-paciente, el consentimiento informado, la confidencialidad o ciertos casos en los que decidir si continuar con el tratamiento prescrito o no.

Por otro lado, están los problemas macro. Este tipo de problemas se presenta, por ejemplo, en el ámbito de la salud pública a la hora de definir la política de distribución de recursos que conviene implementar en una determinada sociedad.

Así, con sólo analizar en detalle esta definición podemos observar que el alcance de la bioética es mucho más amplio de lo que habitualmente se cree.<sup>1</sup>

## 4. CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Supone un recopilatorio de normas basadas en el respeto por la vida y la dignidad del ser humano, poniendo límites a los actos que cada día realiza el personal sanitario. Poniendo siempre por delante la dignidad, la autonomía y el poder de decisión del paciente.

Este código engloba todos los ámbitos en los que puede haber conflictos éticos, como son los enfermos terminales, discapacitados físicos y mentales, niños, ancianos, sexualidad, el secreto profesional, etc.

La enfermería es una profesión involucrada en la salud, entendida en este caso como proceso de vida, está en contacto con todos los momentos de la vida de una persona, desde el nacimiento, pasando por todas las edades y situaciones (como puede ser una depresión o un estado de felicidad máxima), hasta los últimos momentos. Es por esto que debemos compilar una serie de normas para que en ninguno de estos casos se vulnere la dignidad de una persona (tanto paciente como profesional).

Cada vez más podemos observar la deshumanización del trato en las consultas o en la planta por parte del personal sanitario, estamos en la obligación de no olvidar que tratamos con personas y que nuestra actitud puede determinar un buen estado de salud.

Como enuncia el *Prólogo del Código Deontológico de la Enfermería Española*.

1. “En nuestro Código Deontológico deberán darse la mano continuidad y actualidad. Los valores básicos, permanentes e irrenunciables en Enfermería, han de ser conservados también en el futuro”, pero dichos valores tienen que actualizarse y si fuera necesario modificarlos, porque los tiempos cambian y nuestro modo de vida también. No podemos pensar ahora con el filtro del siglo XIX por ejemplo, y aunque la profesión siga teniendo el mismo fondo que en el siglo XIX que en este caso sería el cuidado, este cuidado debe renovarse porque si no estaríamos estancados.
2. “A la hora de fijar instrucciones concretas, conviene ser discretos; será preferible mostrar el sentido último, total y humano de nuestra profesión. Construir

modelos concretos es competencia de la conciencia individual de cada profesional responsable”. Nos dice que por lo general los casos para los que es necesario acogerse al código deontológico suelen ser conflictivos y no se pueden hacer unas normas demasiado tajantes, ya que cada persona rige su vida de acuerdo a unos distintos valores y principios.

3. “Sería utópico que quisiéramos afrontar de antemano soluciones concretas a todos los problemas que se presentan hoy y se presentarán en el futuro.”<sup>2</sup>. Por lo tanto debemos confeccionar y modificar el código según vayan apareciendo conflictos.

No obstante, existe una corriente de pensamiento, compartida por muchos profesionales, que se pregunta si es posible la existencia de un código portador de ideales éticos cuando sus normas son dictadas bajo condicionamientos sancionadores.<sup>3</sup>

Bajo mi punto de vista debe existir este código y debe sancionarse a quien lo incumpla. En esta sociedad en auge con la biotecnología, es necesario aplicar unas normas basadas en la ética que pongan límites a la práctica clínica.



## 5. QUÉ ES BIOÉTICA, FUNCIONES Y PRINCIPIOS

### 5.1 CONCEPTO DE BIOÉTICA

Para Luis Miguel Pastor García, *Manual de ética y legislación en enfermería*. “El término bioética fue utilizado por primera vez en 1971 por Van Rennselaer Potter en su libro *Bioethics: bridge to the future*. Para Potter es evidente que existe una inquietud entre los hombres ante las posibles consecuencias negativas del desarrollo científico y hay que discernir entre la posibilidad técnica y la licitud ética, a través de la adquisición de una sabiduría que lo permita. Para Potter esta es la bioética, entendida por él como la parte de la biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas de modo que se obtenga, con su uso correcto, una mejor calidad de vida. Como se ve, la disciplina nace con un corte utilitarista, y además, ligada más que a los problemas clínicos concretos profesionales, a las posibles consecuencias de la biotecnología en la vida humana. Aunque teniendo en cuenta que las aplicaciones biomédicas influyen en el nacimiento de dilemas éticos en la praxis concreta profesional y modifica las relaciones entre sanitarios-paciente.”

Por tanto entendemos este término como un modo de limitar los actos médicos, poner en tela de juicio cada intervención, cada investigación, cada experimento, desde el prisma moral, para determinar la licitud de la práctica sanitaria.

### 5.2 PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

- a) **Principio de no maleficencia.** Referido a no hacer daño sin más, sólo cuando no quede otra opción. Tendremos que valorar el factor beneficio-riesgo. Por ejemplo hay un modo de clasificar los medicamentos en el embarazo.

**Clasificación de los fármacos según el riesgo de utilización en el embarazo:**

Atendiendo a los efectos teratógenos descritos en animales y en el hombre, los fármacos se clasifican en cinco categorías que de menor a mayor riesgo son las siguientes:

**A:** ausencia probada de riesgo. Se considera seguro su uso.

**B:** riesgo improbable. El fármaco es probablemente seguro y se utilizará cuando sea necesario.

**C:** riesgo desconocido. El riesgo es posible pero no hay estudios ni a favor ni en contra. Sólo se utilizarán si el beneficio de su uso supera los riesgos. Casi el 50% de los fármacos comercializados pertenecen a esta categoría de riesgo.

**D:** riesgo probado. Sólo se utilizarán si los beneficios superan el riesgo.

**X:** riesgo inaceptable. Los fármacos de esta categoría están contraindicados durante el embarazo.

Se realizará un análisis de la situación, sobre todo teniendo en cuenta la decisión de la madre y estudiando todas las posibles consecuencias que podría tener el uso de un fármaco con riesgo probado.

- b) **Principio de beneficencia.** Tener siempre presente que nuestra actuación ira encaminada al bien del paciente, por tanto todas nuestras prácticas tendrán como trasfondo este principio. Se entiende este como una obligación, la obligación de asegurar el bienestar del paciente en todo momento <sup>3</sup>. Pero no debemos abusar de él, porque como dice Luis Miguel Pastor García, *Manual de ética y legislación en enfermería* “La utilización a ultranza de este principio -su abuso- por el personal sanitario, es para ciertos autores la causa de un paternalismo médico que se volvió contra los enfermeros con el crecimiento tecnológico de las ciencias biomédicas y la experimentación incontrolada de los científicos.”
- c) **Principio de justicia.** Nos recuerda la el simple hecho de tratar con igualdad, sin discriminaciones de sexo, edad, raza, religión o ideologías políticas. Hablamos de injusticia cuando a una persona se le niegan sus derechos o cuando se le imponen deberes que no le corresponden <sup>4</sup>. Parece algo más que machacado, pero no es lo que podemos ver en el día a día de un hospital. Todavía hay discriminación por parte del personal sanitario hacia lo diferente. Existe la necesidad de hacer hincapié en este principio, ya que hoy por hoy no se han extinguido todos los estereotipos arcaicos que un día marcaron nuestra sociedad.
- d) **Principio de autonomía.** Se refiere a la toma de decisiones por parte del paciente, poniendo énfasis en la dignidad de su persona a la hora de confeccionar su proceso de salud. Tenemos el deber de informar de todo lo que hacemos al paciente, y de respetar la decisión que este pueda tomar.<sup>5</sup>

En este punto no podemos pasar sin detenernos a hablar del consentimiento informado. Documento que informa al paciente sobre alguna intervención médica que se le vaya a realizar, el paciente debe firmarlo asumiendo que entiende las determinadas técnicas que se explican en el documento y dando así su consentimiento a que se le apliquen.

Pero más que un simple papel para informar al paciente de las intervenciones a las que será sometido, hablamos de un documento para cubrir legalmente al personal sanitario si ocurriera algo que dañase al paciente durante el proceso de la intervención. Por lo tanto no estamos protegiendo e informando al paciente, si no que nos cubrimos las espaldas ante posibles consecuencias negativas.

Vulneramos de esta forma el principio de autonomía, porque no pensamos en si el paciente está participando en la toma de decisiones de su proceso de salud, solo pensamos en si puede emprender acciones legales contra nosotros si algo sale mal.

Desde mi punto de vista se debería confeccionar un consentimiento informado que abarcara ambas cosas, pero poniendo más énfasis en la verdadera autonomía del paciente.<sup>6</sup>

## 6. ÉTICA EN LAS PROFESIONES SANITARIAS

El fin último de la sanidad es siempre el bienestar del paciente, refiriéndonos a la promoción, prevención y recuperación de la salud, basado en los principios de la bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia).

Estas afirmaciones pueden parecer redundantes porque son demasiado evidentes aunque no es así, ya que nunca está de más recordar cuál es el bien interno de lo que hacemos. Porque se puede olvidar cuando hay intereses externos de por medio, cuando hablamos de dinero, de productividades, de que la sanidad es un coste que no produce beneficios, de que deberíamos pagar por algo que es un derecho, cuando no es rentable mantener una sanidad pública, son estos los momentos en los que es más que probable que se olvide el fin de la atención sanitaria. Por esto debemos tener siempre presente que lo primero es el paciente.

Hoy en día el medio para prestar servicios de salud no es otro que la clínica, el hospital o el centro de salud, que deben estar regulados por la legislación vigente. El objeto de estudio a partir de este concepto sería cuestionarse qué debemos modificar para alcanzar nuestro bien interno, teniendo en cuenta los principios de la bioética y poniendo por delante siempre la dignidad del paciente.<sup>6</sup>

Para hablar de ética enfermera debemos tener una definición, que en este caso nos viene dada por P. Arroyo y A. Serrano, *Ética y legislación en enfermería*. “La ética enfermera ha de ser una construcción moral que oriente las actitudes y los comportamientos de los profesionales hacia la provisión de cuidados que promuevan la salud, la prevengan sus alteraciones, contribuyan a la recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, y ayuden a vivir o morir con dignidad cuando la mejoría o la recuperación no sean posibles y, todo ello, desde el reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales”<sup>7</sup>. Integra la definición de enfermería con la de ética, nos recuerda el origen de nuestra profesión y lo hace desde la perspectiva de la dignidad del paciente.

Cabe enunciar el Artículo diez del Título primero Del sistema de salud del capítulo primero De los principios generales de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*.<sup>8</sup>

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, y terapéuticos que se apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comparar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
  - a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
  - b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegada.
  - c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

7. A Que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
8. A Que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias. En las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones Que la desarrollen.
11. A Que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.
12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos Que reglamentariamente se establezcan.
13. A elegir el médico y demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones Que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario, en los Centros de Salud.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

## 7. PRINCIPALES CAMPOS DE ACTUACIÓN

### 7.1 EUTANASIA

Concepto de la *Organización Médica Colegial de España. Atención Médica al Final de la Vida*. “Entendemos que el concepto de eutanasia debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que tiene una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta. Aunque etimológicamente signifique "buena muerte", actualmente es un término circunscrito a la definición anterior.”

Es un tema que siempre genera mucha controversia, ya que están encima de la mesa dos cuestiones de mucho peso, como son la toma de decisiones del paciente (en este caso la muerte) y la muerte de la persona, con la que también moriría su dignidad.

Principalmente tenemos que tener en cuenta que la eutanasia no es legal en nuestro país, partiendo de esta base solo podemos analizar opiniones.

Así que la pregunta es ¿Qué va antes, la decisión de una persona de morir o la propia muerte de la persona? <sup>9</sup>

Cada caso es especial, ya que hablamos de enfermedad terminal, de que una vida se va a acabar en un periodo de tiempo a corto plazo, puede que la persona no quiera alargarlo y quiera morir con dignidad, pero se puede morir con dignidad sin necesidad de provocar la muerte, existen los cuidados paliativos, entendiéndolos como la *Organización Médica Colegial de España. Atención Médica al Final de la Vida*. “Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales.” <sup>10</sup>

Una cosa distinta es suspender el tratamiento cuando la enfermedad es incurable, cuando esto ocurre estamos hablando de buena práctica médica, ya que sería absurdo continuar un tratamiento en un proceso que es insalvable.

## 7.2 ABORTO

Como dice Luis Miguel Pastor García. *Manual de ética y legislación en enfermería* “Entendemos biológicamente por aborto la muerte que se produce en el seno materno, o fuera del mismo, del embrión o del feto no viable. La muerte puede producirse de forma natural, esto es, espontánea, o provocada. El aborto espontáneo no plantea ningún problema de índole ético o legal. Nos centraremos por tanto en el aborto provocado”.

El problema aparece cuando no hay acuerdo en fijar una fecha exacta para considerar al embrión un ser humano. Independientemente de lo que cada persona pueda pensar, la religión católica por ejemplo ni si quiera contempla el acto del aborto, lo considera homicidio y pecado.

Sin embargo es responsabilidad del estado limitar cuáles serían estas fechas y si está permitido el aborto en sí. Y si es así, en qué casos sería legal abortar.

Cuando hablamos de una concepción no deseada, tenemos que analizar la situación, si se trata de una pareja estable, de un matrimonio, de menores, de mujeres de más de 40 años, de todos los casos que podrían darse, ya que estamos hablando de una vida que esas dos personas no han contemplado. ¿La vida de este nuevo ser humano será la misma que la de otro al que sus padres han buscado? <sup>11</sup>

## 7.3 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

En este artículo queda clara la idea de objeción de conciencia A. Couceiroa, J.A. Seoaneb y P. Hernandoc. *La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I)*. *Rev. Calidad asistencial*. 2011; 26(3): 188-193. “La objeción de conciencia puede ser interpretada de varias maneras: como conflicto entre deberes, uno de naturaleza moral y otro jurídico, como conflicto de valores o como conflicto de derechos. Pero sea cual sea la forma, su significado es siempre el mismo: la negativa de un ciudadano a cumplir un deber jurídico de naturaleza personal argumentando para ello razones de conciencia.



La objeción de conciencia implica la confrontación entre los valores personales y las obligaciones profesionales, que han sido definidas por el colectivo profesional, pero también por la sociedad. Es la imposición de la propia conciencia del profesional sobre el ciudadano, imposición mediante la cual se pretende amparar el rechazo a respetar la autonomía del paciente y sus decisiones sobre su cuerpo y su tratamiento, pero que no constituye una auténtica objeción de conciencia”.<sup>12</sup>

Desde mi punto de vista no estoy de acuerdo con este término, ya que estas objetando algo que por ley es legal, que entra dentro de las competencias de tu trabajo y que lo más probable es que antes de elegir dicho trabajo (en este caso la profesión sanitaria) ya supieras cuáles son esas competencias. No me parece justo que deban imponerse los valores de una persona por encima de los derechos del paciente.

## 8. CRÍTICA A LA BIOÉTICA

Hasta ahora he expuesto someramente los principios y la estructura de la bioética. En esta última parte del trabajo quisiera realizar una crítica a esta corriente de pensamiento. Pero para evitar entrar en la autorreferencialidad, citando a autores comunes, voy a traer a la palestra a Michel Foucault, en su obra "El nacimiento de la clínica" <sup>13</sup>, el autor francés expone como la clínica sufrió un cambio muy brusco entre los siglos XVIII Y XIX, pasó de ser algo que en la antigüedad cada individuo identificaba en su cuerpo y solucionaba gracias a prácticas que el mismo aplicaba, practicas sensibles, a ser una ciencia secreta a la que solo unos pocos privilegiados podían tener acceso a ella, basada en la experiencia y en la práctica.

Empiezan a crearse clínicas y hospitales en los que encerrar a los pacientes y poder controlar la enfermedad e investigar nuevas formas de tratarla. En lugar de tratar al individuo en toda su dimensión.

Este nuevo paradigma surge de la idea de salud no como bienestar si no como ausencia de enfermedad, viendo a los pacientes como diagnósticos y no como seres humanos. Se crea la clínica de la impersonalidad y la deshumanización, donde por ejemplo a un paciente con cáncer de riñón lo diagnostican y lo tratan tres o cuatro médicos diferentes, el médico de familia, el oncólogo, el nefrólogo, etc. Por lo tanto no estamos tratando de forma integral, se hace por partes, se divide al individuo, por un lado se trata el cáncer, por otro el riñón, por otro vemos cómo afecta al resto del organismo, y nos falta siempre el mismo que es la persona en sí, todo su proceso de salud y enfermedad, entendiéndolo como una fase de su vida.

Supuestamente surge la bioética para que no pase esto, pero nada más lejos de la realidad, se ponen límites a la investigación y a los procedimientos realizados, pero sigue existiendo ese toque impersonal, la bioética lo permite. Ahora el personal sanitario pasa a ser un simple emisor de diagnósticos, que el mismo resuelve con el debido tratamiento. No ve a una persona, ve una enfermedad, no cura a la persona, elimina la enfermedad, no identifica la salud como el bienestar físico, psicológico y social, si no como la ausencia de enfermedad. Es un término negativo, es la no enfermedad.

Por otra parte tenemos la muerte como fracaso de la medicina, cuando realmente es ley de vida. Si un paciente muere a manos de un médico, este piensa que ha perdido frente a la enfermedad, porque su único objetivo es que el paciente salga del hospital sin la enfermedad.

## **9. LA CLINICA COMO ESPACIO DE SUBJETIVIDAD**

Por todo lo dicho anteriormente se crea la clínica como un espacio de subjetividad, donde no se trata a los enfermos como seres integrales si no por enfermedades, agrupándolos en secciones como si de libros se tratara.

Pero el caso es que esto no se ve mal, todo lo contrario, elogiamos el sistema sanitario como si fuese perfecto. En mi experiencia en hospitales he podido comprobar como por ejemplo el otorrino y el oncólogo no se ponían de acuerdo en el tratamiento del enfermo, ya que cada uno trataba una parte de dicho paciente. En vez de intentar llegar a un consenso, cada uno seguía la línea que él creía correcta, ¿Quién será el único que sufrirá estas contrariedades? El paciente.

Aquí he expuesto un caso con solo dos partes de una discusión, pero normalmente puede haber hasta 5, desde todos los especialistas médicos, que en un proceso complejo estamos hablando de mínimo 3, pasando por enfermeros, que en la planta hay 3 diferentes al día y terminando por los auxiliares que serán otros 3. Es decir hablamos de 9 personas tratando a un paciente en un solo día, o nos ponemos de acuerdo y todos tratamos de la misma al paciente o podemos causarle otro problema de salud. La única manera de que todos le tratemos igual es tratándolo como ser humano integral, en todos los sentidos, no solo en el caso de la enfermera por ejemplo mirarle la vía periférica, o tomarle la tensión.

## **10. CONCLUSIÓN**

Se trata de que la bioética, buscando siempre el bien del paciente sin vulnerar nunca su dignidad y tratándolo como ser autónomo, se contradice cuando legitima que se le trate por divisiones y no como un todo. Que pone al personal sanitario al servicio de un sistema que los hace meros observadores, con la única función de emitir diagnósticos y solucionar problemas de salud.

Por lo tanto debería cambiar esta visión que lo único que consigue es convertirnos en robots y al paciente en ítem. Para que realmente podamos ejercer la profesión sanitaria como deberíamos, teniendo en cuenta todos y cada uno de los aspectos que le afectan al paciente, todo su contexto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pedro Pablo Altamirano. Comité de bioética. 27/10/1999.
2. Código Deontológico de la Enfermería Española.
3. María del Pilar Arroyo Gordo y María José Torralba Madrid. Ética y deontología en enfermería. En: María del Pilar Arroyo Gordo. Ética y legislación en enfermería. 1ª ed. Madrid. Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA DE ESPAÑA. 1997.
4. Luis Miguel Pastor García. La bioética y sus principios específicos. En: Luis Miguel Pastor García. Manual de ética y legislación en enfermería. 1ª ed. Madrid. Mosby. 1996. 29-45.
5. Ángel Puyol. Hay bioética más allá de la autonomía. Revista de Bioética y Derecho. 2012; 25: 45-58.
6. Adela Cortina. Las claves de la ética sanitaria. En: María del Pilar Arroyo Gordo. Ética y legislación en enfermería. 1ª ed. Madrid. Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA DE ESPAÑA. 1997. 59-68.
7. P. Arroyo y A. Serrano. Ética y legislación en enfermería, 1ª ed. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill; 1987.
8. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
9. María Dolores Espejo Arias. El debate sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio asistido: aspectos éticos. En: Luis Miguel Pastor García. Manual de ética y legislación en enfermería. 1ª ed. Madrid. Mosby. 1996. 133-138.
10. Organización Médica Colegial de España. Atención Médica al Final de la Vida (1).

11. Luis Miguel Pastor García. Bioética y aborto. En: Luis Miguel Pastor García. Manual de ética y legislación en enfermería. 1ª ed. Madrid. Mosby. 1996. 63-75.
12. A. Couceiroa, J.A. Seoaneb y P. Hernandoc. La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I). Rev. Calidad asistencial. 2011; 26(3): 188-193.
13. Michel Foucault. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 1ª ed. en España. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1999.