

Reflexiones con ocasión del Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada

Elementos para la toma de decisiones éticas

El presente documento no tiene como objetivo dilucidar la problemática relativa al carácter jurídico ni siquiera ético del debate en torno a la interrupción voluntaria del embarazo. Tan solo pretende ayudar –asumiendo las autorizadas propuestas de diversos autores- a la reflexión de los profesionales enfermeros a la hora de aproximarse a esta cuestión teniendo en cuenta, entre otros aspectos, los principios y valores que configuran la profesión de la que forman parte y de los que se es tributario a nivel individual más allá de nuestras propias ideas y/o convicciones morales. No se pretenden obtener posicionamientos universales sino cauces comunes de análisis y reflexión.



Reflexiones con ocasión del Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada

Elementos para la toma de decisiones éticas

El presente documento no tiene como objetivo dilucidar la problemática relativa al carácter jurídico ni siquiera ético del debate en torno a la interrupción voluntaria del embarazo. Tan solo pretende ayudar –asumiendo las autorizadas propuestas de diversos autores– a la reflexión de los profesionales enfermeros a la hora de aproximarse a esta cuestión teniendo en cuenta, entre otros aspectos, los principios y valores que configuran la profesión de la que forman parte y de los que se es tributario a nivel individual más allá de nuestras propias ideas y/o convicciones morales. No se pretenden obtener posicionamientos universales sino cauces comunes de análisis y reflexión.

1. El debate sobre la despenalización del aborto. Evolución normativa.	5
1.1. El debate ético ante el aborto.	6
1.2. Las primeras regulaciones. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva, y de la interrupción voluntaria del embarazo.	9
1.3. El Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada.	11
2. Posicionamientos y planteamientos en contra del Anteproyecto y de la reforma.	15
3. Posicionamientos y planteamientos favorables a la reforma legislativa.	19
4. Aproximación al Estatuto Jurídico del embrión según la doctrina del Tribunal Constitucional.	21
5. Algunos aspectos concernientes a dimensión ética de la profesión enfermera.	25
6. Reflexiones en virtud de la doctrina deontológica enfermera.	27
7. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.	37
8. Consideraciones finales.	43
9. Bibliografía general.	47
10. Anexos	51

1

EL DEBATE SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO. EVOLUCIÓN NORMATIVA.

Pocas cuestiones han suscitado y van a seguir suscitando tantos y tan encendidos debates, posicionamientos y argumentaciones como la despenalización del aborto, o proceso de interrupción voluntaria del embarazo.

Asistimos en los últimos años en la sociedad española a una clara tendencia de polarización de posiciones en cualquier tipo de debate, en muchas ocasiones lejos de la ponderación, del razonamiento e, incluso, del respeto a las posiciones divergentes.

El Consejo General de Enfermería de España, a la cabeza de una Organización Colegial que aglutina y representa a más de 250.000 enfermeros y enfermeras, siendo respetuoso con todas las opiniones y juicios sobre tan polémica cuestión, únicamente pretende con este informe, presentar el Anteproyecto en su entorno

real, propiciar el debate sobre el mismo y alumbrar los aspectos de la deontología profesional vinculados con esta materia. No le corresponde al Consejo General asumir visiones y planteamientos doctrinales en ninguna de las dos direcciones predominantes sobre este tema, sino ofrecer a los profesionales un análisis riguroso y lo más completo posible, que permita a cada uno, individualmente, posicionarse ante el Anteproyecto conforme a su libre apreciación y valoración.

En esta línea, el Anteproyecto elaborado por el actual Gobierno ha sido remitido a los Colegios provinciales, para que planteasen sus consideraciones al texto, si bien, debe adelantarse que no ha habido una respuesta tan numerosa como el calado de la futura norma parecía recomendar. En todo caso, se acompañan como anexo I a este documento, los informes que se han recibido.

1.1. El debate ético ante el aborto.

En el fondo de toda la evolución normativa que se ha producido en los últimos años en nuestro país, subyace un debate ético sobre el aborto, con posiciones a favor y en contra de su regulación, que podemos resumir de la siguiente forma¹:

a. Posiciones a favor de la despenalización del aborto:

Los principales argumentos son los siguientes:

- **Pluralismo social.** En principio constituye un aspecto positivo de una legislación el que contemple las diversas opiniones plurales existentes en la sociedad, respetando de esta forma las libertades del mayor número de ciudadanos. El derecho de la mujer a regular su natalidad es superior al del embrión al que no se percibe como ser humano.
- **No-discriminación social.** Si no se admitiera el aborto legalmente dado que vivimos en un contexto geográfico en que esta práctica es fácil de

¹ Seguimos en este punto, reseñándolos someramente, los posicionamientos detectados y explicados por el P. Javier Gafo, director de la cátedra de Bioética de la UPCO.

conseguir en nuestro entorno más próximo, **las mujeres de mayor nivel económico podrían conseguirlo**, mientras que no les será posible a las de menor nivel económico o deberán someterse a los riesgos inherentes al aborto clandestino.

- **Riesgos del aborto no clínico.** Aunque no se puede considerar al aborto realizado en condiciones médicas como totalmente exento de contraindicaciones, es indiscutible que las consecuencias para la vida y la salud de la mujer pueden ser muy serias si se realiza el aborto en condiciones no clínicas.
- **Regulación del hecho social del aborto.** Dado que el aborto es una realidad social inevitable quizá sería más lógica su regulación legal, de forma que se eviten las consecuencias negativas del aborto clandestino y de la discriminación de las mujeres con menor poder adquisitivo.
- **Irrealismo de una legislación restrictiva del aborto.** Los países colindantes tienen legalizado el aborto y las personas que quieran o puedan lo harán.

b. Posiciones contrarias a la despenalización del aborto:

Los principales argumentos son los siguientes:

- **Multiplicación de las cifras de aborto.** La experiencia parece mostrar que la regulación del hecho inevitable del aborto se convierte en un importante incremento de las cifras. Una vez que se comienzan a admitir ciertos tipos de aborto, se entra en un proceso en que las indicaciones y los plazos cronológicos se van ampliando hasta llegar a una situación en que **el aborto se convierte en una práctica únicamente dependiente del deseo de la mujer.**

- **Valor proclamatorio de la ley.** La legislación sirve también para expresar los valores en que se basa la sociedad; es mucho más que un cauce para regular los comportamientos humanos, sino que **sirve para expresar públicamente aquellos valores y principios éticos en los que cree la sociedad.**
- **Valor de la vida humana.** Admitir la legalidad del aborto supondría una quiebra de un valor ético básico. El que la vida humana deje de ser un valor del que no se puede últimamente disponer, puede llevar a abusos en su valoración, acentuados además por vivir en una sociedad en que **la “calidad de rendimiento o productividad” se ha convertido en un punto de referencia muy importante en la evaluación de la vida humana.**

Hay, finalmente, varios puntos en que todos están de acuerdo en el debate ético y legal del aborto:

- **El aborto no debe nunca convertirse en una práctica habitual de control de la natalidad.** Como se ha afirmado muchas veces, ninguna mujer se siente a gusto ante el hecho del aborto.
- **Debe mediar una amplia información sobre sexualidad y control de la natalidad,** como caminos fundamentales para evitar el siempre drama del aborto. Nadie cuestiona que se han dado pasos importantes en esta dirección y que hoy los niños y adolescentes poseen una amplia información sobre los métodos para evitar el embarazo, impensable hace no muchos años. Algunos cuestionan si esta información es únicamente instructiva, y si está añadiendo una verdadera formación sobre la sexualidad humana y sobre la criterología ética que debería estar presente en esa importantísima dimensión humana.

- **Muchos proponen la adopción como alternativa al aborto.** Puede serlo en muchos casos y, de ahí, la necesidad de agilizar y facilitar los trámites de la misma. Tampoco se puede minimizar el trauma subsiguiente a la donación de un hijo nacido para adopción. También hay que referirse al trauma psicológico inherente al aborto: **algunos autores lo niegan, mientras que otros quizá lo sobreacentúan.** En cualquier caso, es otro aspecto que debe ser evaluado y tenido en cuenta.

1.2. Las primeras regulaciones. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva, y de la interrupción voluntaria del embarazo.

La primera regulación en relación con la despenalización del aborto se produce en España con la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del art. 417 bis del Código Penal, fijando dicha despenalización en tres supuestos:

- 1º.- En cualquier momento, si existe un grave peligro para la vida o la salud física o síquica de la embarazada.
- 2º.- En las 12 primeras semanas en caso de violación.
- 3º.- Dentro de las 22 primeras semanas, si se prevé que el feto vaya a nacer con graves “taras físicas o psíquicas”.

La modificación del Código Penal en 1995 no afectó a este artículo 417 bis, por lo que fue la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, la que vino a fijar la regulación actualmente vigente.

Esta Ley Orgánica introdujo una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, buscaba garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia, de la mujer y de la vida prena-

tal, en palabras de su exposición de motivos. Por ello, la Ley reconoció el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada.

Se establecieron entonces dos tipos de interrupciones voluntarias del embarazo:

a. A petición de la mujer: el embarazo puede interrumpirse dentro de las primeras catorce semanas de gestación, siempre que concurren los siguientes requisitos:

- Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad.
- Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

b. Por causas médicas: excepcionalmente, puede interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes

- Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.
- Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

La Ley Orgánica estableció además un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres.

1.3- El Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada.

El Anteproyecto pretende partir de la doctrina del Tribunal Constitucional, que ha afirmado que la vida del concebido y no nacido – *nasciturus* -, en cuanto que encarna un valor fundamental garantizado en el artículo 15 de la Constitución Española -la vida humana-, constituye un bien jurídico protegido por la Constitución, que conlleva para el Estado dos obligaciones:

- la de abstenerse de interrumpir u obstaculizar el proceso natural de gestación, y
- la de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que, dado su carácter de valor fundamental, incluya también, como última garantía, normas penales.

Sin embargo, ello no tiene un carácter absoluto y esa protección al *nasciturus* debe ser dispensada dentro de los límites impuestos por la existencia de otros derechos y bienes asimismo reconocidos por la Constitución, que deben ser cuidadosamente ponderados en situaciones excepcionales de conflicto.

Partiendo, por tanto, de esa doctrina, el Anteproyecto determina que no consti-

tuirá delito el aborto practicado por un médico o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con el consentimiento expreso de la mujer embarazada, previamente informada y asesorada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Que sea necesario, por no poder solucionarse el conflicto, desde el ámbito médico, de ninguna otra forma, para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, siempre que se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación. No será punible el aborto, aunque se superen las veintidós semanas de gestación, siempre que no se hubiese detectado o podido detectar anteriormente, con un diagnóstico certero, la anomalía incompatible con la vida del feto y así conste en el informe emitido con anterioridad, o cuando exista riesgo vital para la mujer que no sea posible evitar, dentro de lo clínicamente exigible, mediante la protección de la vida del concebido a través de la inducción del parto.
- b) Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito contra la libertad o indemnidad sexual, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y el mencionado hecho hubiese sido denunciado con anterioridad.

El Anteproyecto también regula la forma de prestación del consentimiento de la mujer entre 16 y 18 años, introduciendo un procedimiento civil específico. Y al mismo tiempo, se despenaliza la conducta de las mujeres que se causan o que deciden someterse a la práctica de la interrupción voluntaria de su embarazo fuera de los supuestos antes reseñados.

Por otro lado, como recoge la exposición de motivos del Anteproyecto, se garan-

tiza la prestación a todas las mujeres que se encuentren en situación de conflicto de un asesoramiento asistencial y una información clínica personal, individualizada y verbal o en la forma que les resulte accesible atendiendo a su edad, madurez y circunstancias, a realizar por médicos, profesionales sanitarios y de servicios sociales, distintos e independientes de aquél que realice el aborto o que lo dirija.

Finalmente, una de las principales novedades de la regulación es la que afecta a los profesionales sanitarios, respecto de los cuales **se regula expresamente la objeción de conciencia**, a través de una modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

A modo de resumen, las novedades regulatorias del Anteproyecto pueden esquematizarse en los siguientes puntos centrales:

- a. Se contemplan los derechos del *nasciturus* y de la madre, en consonancia con la doctrina del Tribunal Constitucional.
- b. El aborto se permitirá solo en **dos supuestos: riesgo físico o psíquico para la madre y violación**, teniendo en cuenta además que el riesgo de salud debe suponer un menoscabo duradero de la misma.
- c. **No se contempla el supuesto de malformación fetal**, cumpliendo la Convención de la ONU sobre los derechos de personas discapacitadas, que incluye la no discriminación en el nacimiento por razón de minusvalías.
- d. La anomalía fetal se admitirá cuando sea incompatible con la vida.
- e. **El período de reflexión de la mujer será de siete días** y estará orientado a que la mujer decida seguir con el embarazo, expli-

cándole los derechos del *nasciturus*, y con información de alternativas al aborto y asesoramiento sobre las ayudas en sus circunstancias concretas.

- f. La mujer **necesitará el aval de dos médicos ajenos a la clínica**, es decir, distintos del que va a realizar el aborto, y sin vinculación con el centro donde se va a practicar.
- g. Las clínicas no podrán anunciarse.
- h. Los profesionales sanitarios tienen reconocido y regulado el derecho a la objeción de conciencia.
- i. Las mujeres menores de edad necesitarán permiso y acompañamiento paterno.

2

POSICIONAMIENTOS Y PLANTEAMIENTOS EN CONTRA DEL ANTEPROYECTO Y DE LA REFORMA

El Anteproyecto presentado ha generado desde su inicio una oposición de determinados sectores sociales al considerar que el mismo supone un paso atrás en la regulación de la materia.

La mayor crítica que se hace al mismo nace de la eliminación de la regulación del aborto a petición expresa de la mujer por decisión libre dentro de las catorce primeras semanas, así como por la limitación de los supuestos para abortar por causas médicas a la existencia de riesgo para la salud física y psíquica de la madre dentro de las primeras 22 semanas.

Con ello, entienden quienes se oponen a la reforma, no se garantiza el derecho a

la maternidad libremente decidida, que implica entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada.

También se han producido objeciones por requerir para las madres menores de 18 años el consentimiento de los padres, representantes o tutores, para la interrupción del embarazo, en casos en los que la regulación actual se refería a los menores entre 16 y 18 años. Y es que debe darse un trato unificado a la autonomía y actuación de los menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos.

Se pone de manifiesto por los detractores del Anteproyecto que, al derogarse el sistema de plazos previsto en la normativa vigente, se instaure un sistema incluso más restrictivo que el aprobado en 1985, dado que se excluye el supuesto habilitante de las malformaciones fetales.

Desde esta perspectiva, se considera que el Anteproyecto no desarrolla los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico, y que se ha dotado al mismo de un marcado carácter ideológico, al ignorar el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres, tanto en el ámbito público como privado, así como la tendencia imperante en los países de nuestro entorno cultural, social, político y económico. En tal sentido, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 de abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada. Y como consecuencia de ello, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.

También se advierte que la reforma potenciará las desigualdades sociales, ya que en un espacio europeo sin fronteras como el actual, las mujeres que puedan con-

tar con recursos o apoyo económico, van a poder interrumpir el embarazo en los países vecinos, si no lo consiguen en el propio. Y quien carezca de medios, no le va a quedar otra opción que hacerlo al margen de la ley nacional, poniendo en riesgo su propia salud, o aceptar muy a su pesar una consecuencia no deseada.

3

POSICIONAMIENTOS Y PLANTEAMIENTOS A FAVOR DEL ANTEPROYECTO Y DE LA REFORMA

La defensa del Anteproyecto se encuentra fundamentada en la propia exposición de motivos del mismo, que busca anclar la nueva regulación en la doctrina del Tribunal Constitucional sobre la materia. De ahí que se hable de los dos derechos en conflicto, el del *nasciturus* y el de la mujer que va a ser madre, y que ninguno de ellos debe prevalecer sobre el otro sin justificación, como ha señalado la sentencia 53/1985, de 11 de abril:

“Se trata de graves conflictos de características singulares, que no pueden contemplarse tan sólo desde la perspectiva de los derechos de la mujer o desde la protección de la vida del nasciturus. Ni ésta puede prevalecer incondicionalmente frente a aquéllos, ni los derechos de la mujer pueden tener primacía absoluta sobre la

vida del nasciturus, dado que dicha prevalencia supone la desaparición, en todo caso, de un bien no sólo constitucionalmente protegido, sino que encarna un valor central del ordenamiento constitucional.”

En este sentido, se pasa de una ley de plazos a una ley de causas o supuestos habilitantes, entre los que se encuentra el daño para la vida, la salud física o psíquica para la madre y la violación. No se incluye la malformación del *nasciturus*, dando cumplimiento con ello a lo previsto en la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas Discapacitadas (Anexo II) y firmada por España, dado que la discapacidad del *nasciturus* no puede ser causa de aborto, razón por la cual el Comité sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, ha recomendado suprimir este supuesto.

En esta misma línea, se destaca la regulación del período de reflexión, orientado a que la mujer decida seguir con el embarazo, y en el que le informará de que la vida del *nasciturus* es un bien jurídico protegido por la Constitución, y de las alternativas al aborto (guarda administrativa, acogimiento, adopción); y se le asesorará sobre las ayudas a que tiene derecho en sus circunstancias concretas. En este punto, se han acogido criterios similares a los de la legislación alemana en esta materia.

Uno de los avances de la nueva regulación es la supresión del reproche penal a la mujer que aborta, que se incluía en la ley de 1985 (pena de prisión y multa) y que se mantuvo en la vigente de 2010 (pena de multa, que puede suponer prisión para quien no la pague).

4

APROXIMACIÓN AL ESTATUTO JURÍDICO DEL EMBRIÓN SEGÚN LA DOCTRINA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL²

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional español sobre el estatuto jurídico del embrión tiene como hito principal la STC 53/1985, de 11 de abril, relativa al Proyecto de Ley Orgánica de reforma del art. 417 bis del Código Penal (la primera ley despenalizadora del aborto en España, de 1985).

Esta jurisprudencia se ha ido completando, entre otras, con las sentencias 212/1996, de 19 de diciembre relativa a la Ley 42/1998 de 28 de diciembre de donación y utilización de embriones y fetos humanos, o de sus células, tejidos y órganos, y la 116/1999 de 17 de junio en relación con la Ley 35/1988 de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida.

² Carlos Vidal Prado. *El estatuto jurídico del embrión en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional español*.

El Tribunal Constitucional ha ido, de este modo, construyendo una doctrina que ha sentado las bases de la tutela jurídica de la vida del *nasciturus*.

Partiendo del análisis del artículo 15 de la Constitución, que proclama el derecho de “todos” a la vida, entiende que **el *nasciturus* no es titular de ese derecho fundamental, pero sí declara que es “alguien”,** un *tertium* esencialmente distinto respecto de la madre con la que se relaciona (STC 53/1985, FJ 5), y que está protegido por el artículo 15 de la Constitución, “aun cuando no podemos afirmar que sea titular del derecho fundamental”.

En todo caso, el Tribunal identifica un sujeto digno de protección jurídica (el *nasciturus*) en cuanto que representa un bien jurídico necesitado de protección.

La gestación ha generado un *tertium* existencialmente distinto de la madre, “aunque alojado en el seno de ésta” (STC 53/1985, FJ 5). De estas afirmaciones del Tribunal se deduce, además, que **el no nacido pertenece a la especie humana**.

Según esta doctrina, y conforme a la Constitución, **no se puede desproteger la vida humana «en aquella etapa de su proceso que no sólo es condición para la vida independiente del claustro materno, sino que es también un momento del desarrollo de la vida misma»** (STC 53/1985, FJ 5).

El *nasciturus* es, según el Alto Tribunal, aquel “con expectativa de personalidad” (STC 212/1996, FJ 6), **“un ser que en su día puede llegar a ser titular del derecho a la vida,** al igual que de los restantes derechos humanos” (STC 212/1996, FJ 3).

En consecuencia, el artículo 15 de la Constitución y la necesidad de proteger la vida del *nasciturus*, como señalan la sentencias 53/1985, FJ 7 y 212/1996, FJ 3 y FJ 9:

“implica para el Estado con carácter general dos obligaciones: la de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso

natural de gestación, y la de establecer un sistema legal de defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma”.

Se trata siempre de una ponderación entre los intereses en conflicto, sin que uno de los intereses prevalezca incondicionadamente sobre el otro.

El Tribunal Constitucional entendió que estaba justificado considerar determinados casos extremos (peligro para la vida o salud de la mujer, embarazo consecuencia de una violación y riesgo de que el feto pueda nacer con graves taras o malformaciones), en los que a la mujer que aborta no le es exigible otra conducta, luego es razonable no sancionarla penalmente y que en esos casos el Estado renuncie a la tutela penal del no nacido.

Esa renuncia a la tutela penal de la vida del no nacido está justificada porque **“se trata de graves conflictos de características singulares, que no pueden contemplarse tan sólo desde la perspectiva de los derechos de la mujer o desde la protección de la vida del *nasciturus*”**.

Ni ésta puede prevalecer incondicionalmente frente a aquéllos, ni los derechos de la mujer pueden tener primacía absoluta sobre la vida del *nasciturus* , dado que dicha prevalencia supone la desaparición, en todo caso, de un bien no sólo constitucionalmente protegido, sino que encarna un valor central del ordenamiento constitucional.

Ninguna vida humana puede quedar a plena disposición de un tercero, porque sería tanto como dar primacía absoluta a los derechos de la mujer sobre la vida del *nasciturus*.

En ese mismo Fundamento Jurídico 9 sigue diciendo el Tribunal Constitucional que el legislador debe tener presente la razonable exigibilidad de una conducta y puede también renunciar a la sanción penal de una conducta que objetivamente pudiera representar una carga insoportable.

Luego se deduce de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (y no sólo de una Sentencia) que el estatuto jurídico-constitucional del no nacido (bien digno de protección jurídica) impide una regulación en la que la decisión sobre su continuidad vital sea completamente incondicionada. En todo caso, es necesaria siempre una ponderación, que garantice que no existe una desprotección absoluta de una de las dos partes en el conflicto jurídico.

El propio Tribunal reconoce en la sentencia 53/1985 (FJ 5), que la inclusión en el artículo 15 CE de la expresión “*Todos* tienen derecho a la vida”, obedeció, durante la tramitación parlamentaria, a la voluntad mayoritaria de lograr la plena y eficaz protección del *nasciturus*, de modo que no quedase fuera del ámbito de protección de dicho precepto.

5

ALGUNOS ASPECTOS CONCERNIENTES A DIMENSIÓN ÉTICA DE LA PROFESIÓN ENFERMERA

El aborto constituye un grave dilema ético para los profesionales de enfermería en el ejercicio de sus funciones. Es indispensable que el profesional actúe de acuerdo con sus valores éticos fundamentales y manteniendo siempre el respeto por la libre decisión de la persona.

El profesional debe conocer y analizar su postura frente a la interrupción voluntaria del embarazo, para así decidir si participa en ella o no. En caso de hacerlo, debe estar capacitado para atender y cuidar a la mujer que ha decidido abortar.

Si los valores del profesional están en desacuerdo con la práctica del aborto, éste puede acogerse a la objeción de conciencia, conforme a lo regulado en el Código Deontológico de Enfermería en el artículo 22 del capítulo III, que establece:

“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitada ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún profesional pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho”.

El artículo 16.1 de la Constitución española refrenda esta postura:

“Se garantiza la libertad ideológica y de culto de los individuos y las comunidades, sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesidad para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”.

En mayo de 1972, la **Asociación de Enfermeras del Colegio Norteamericano de Obstetras y Ginecólogos** dio a conocer los posicionamientos acerca del aborto para todos los asociados. En general, estos han sido adoptados por otras asociaciones similares, e incluyen aspectos como:

1. Las enfermeras tienen la necesidad de atender profesionalmente a sus pacientes por causas de aborto.
2. Las enfermeras tienen el derecho de rehusar a participar en procedimientos de aborto, si esto sirve para mantener sus creencias morales y éticas, excepto en los casos de urgencias en los que la vida de la paciente está en grave riesgo.
3. Las enfermeras tienen derecho que sus autoridades les expliquen las políticas de la institución donde trabajan y que se aplican en casos de aborto.
4. Las enfermeras tienen la obligación de informar a sus autoridades acerca de sus creencias y actitudes acerca del aborto.

6

REFLEXIONES EN VIRTUD DE LA DOCTRINA DEONTOLÓGICA ENFERMERA

La deontología es el conjunto de los deberes de los profesionales de enfermería que han de inspirar su conducta y, por lo tanto, el código deontológico será la guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear y en él se nos habla de la responsabilidad profesional, tanto desde el punto de vista individual como colectivo.

En la ordenación del ejercicio profesional los códigos han venido cumpliendo una triple función:

- a. Fijar una serie de criterios, de carácter científico-funcional, para el ejercicio de la profesión** de que se trate al objeto de dar operatividad y eficacia a las actividades ejercidas en el ámbito

cubierto por las normas establecidas.

- b. **Refundir orientaciones éticas para el ejercicio de la profesión y plasmarlas en códigos de deontología profesional.** En la actualidad es una de las funciones relevantes de los colegios profesionales.
- c. La posibilidad de imponer sanciones disciplinarias a los colegiados que incumplan los dictados de los códigos deontológicos. **Esta función tiene la particular singularidad de conferir a éstos relevancia jurídica estatal, lo que viene a conferir a la deontología ciertas coincidencias con el Derecho** en lo que se refiere a la utilización de un procedimiento típicamente judicial, aunque realizado por autoridades profesionales en vez de por jueces.

Efectivamente, **el Consejo Internacional de Enfermeras** que se había creado en 1899 mostró desde el inicio de su andadura un interés que fue en aumento por los problemas éticos de la profesión. Este interés se vio plasmado en un **Código Ético Internacional que fue aprobado en el Congreso de Sao Paulo de 1953**. Este código aparecía cuatro años después de que lo hubiera hecho el de los médicos y se caracterizaba por seguir una línea esencialmente similar al de ética médica y que, por tanto, insistía en actitudes vocacionales y de servicialidad.

En 1973, el Consejo Internacional de Enfermeras, consciente de que se habían producido importantes cambios en la forma de entenderse a sí misma la profesión, adoptó en la ciudad de México un nuevo código que presentaba con respecto al anterior importantes modificaciones.

Entre sus características más destacadas **señalamos la impronta predominantemente profesional en contraste con la vocacional del anterior y, consecuentemente, el paso de una ética de la virtud a una ética del deber**. Como deberes propios de la profesión se señalan el respeto a la vida, la dignidad y derechos de la

persona; el significado no sólo individual sino también familiar y comunitario del servicio de enfermería; **y el claro deseo de hacer desaparecer la relación vertical que mantenían los médicos con las enfermeras, buscando formas de colaboración más horizontales.**

Este código de 1973 es el que venía siendo asumido por los profesionales de enfermería de nuestro país, y así ha sido hasta 1989, año en que fue aprobado el **Código Deontológico de la Enfermería española que, según creemos, merece una atención especial en este mismo tema.**

El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para la profesión enfermera, revisado en el año 2012 (Anexo III), constituye una referencia ética de carácter internacional y de aplicación a la totalidad de las enfermeras y enfermeros del mundo.

Entre sus recomendaciones iniciales figura un llamamiento a las enfermeras para tratar de fomentar y mantener, en todo momento, una cultura de la práctica profesional que favorezca el **comportamiento ético y el diálogo abierto.**

A partir de esta actitud fundamental, dicho código afirma algunas cuestiones que son de aplicación a nuestro juicio al tema que resulta objeto de nuestra consideración.

Así, por ejemplo, pone de relieve con absoluta claridad que *“son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el **derecho a la vida** y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto”*

A su vez proclama que *“los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, **discapacidad o enfermedad**, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social”*.

Como acabamos de afirmar, la enfermería española no dispuso de un código deontológico hasta el año 1989 (Anexo IV), por iniciativa precisamente de este Consejo General de Enfermería.

El código parte de una concepción integral del ser humano que impregna todo su contenido, expresándose a este respecto en el mismo prólogo lo siguiente:

“el hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es, a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positiva o negativamente dependiendo de múltiples factores que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral”. Y se añade: “por todo ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad”.

La salud se concibe como un **proceso de crecimiento y desarrollo humano**, que no siempre sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

En relación con el papel de los profesionales de enfermería en la sociedad, define el código las siguientes áreas de responsabilidad:

1. Prevención de las enfermedades.
2. Mantenimiento de la salud.
3. Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
4. Educación para la salud.

5. Formación, administración e investigación en enfermería.

Todo ello requiere la disposición de los profesionales para propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación; siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país.

Partiendo de la base de que **la enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente**, recomienda el código que los profesionales de enfermería enfatizen dentro de sus programas:

- a. La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.
- b. La participación activa en la sociedad.
- c. El reconocimiento y aplicación de los principios de ética profesional.
- d. La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.**

En este marco conceptual se encuentra la razón de que en el texto que fue finalmente aprobado estén prácticamente incardinados tres grandes grupos de obligaciones morales de los profesionales de enfermería que son las relativas a:

- a. El ser humano.**
- b. La sociedad.
- c. El ejercicio profesional.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Y VALORACIÓN DEL CÓDIGO

La primera característica que cabe destacar del Código Deontológico de la

Enfermería española es la de **haber tenido en cuenta la opinión de los profesionales afectados por él y ser aprobado por consenso.**

La segunda característica es la de **su ámbito de aplicación que es estatal, lo que viene a significar, tal como el mismo código expresa que sus disposiciones obligan a todos los profesionales inscritos en los Colegios, sea cual sea la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la sanidad pública, privada, etc.).** También son de aplicación para los extranjeros que por convenios o tratados internacionales, puedan ejercer en España.

La tercera característica es la de **su fuerza vinculante**, que se manifiesta a través del mecanismo coactivo que establece para la imposición de sanciones en el caso de incumplimiento de las normas contenidas en él.

En la valoración del Código Deontológico de la enfermería española coincide Gafo totalmente con Arroyo y Torralba en la consideración de que

“se trata de un documento de valor extraordinario en el que se recogen los rasgos fundamentales de la enfermería como profesión inmersos en un continente ético moderno y armónico, concordante con la realidad social de nuestros días”.

Se añade a ello la esperanza, hoy en vías de ejecución, en que la implicación y contribución de todos los profesionales permitan su actualización constante y acorde con los continuos cambios que la sociedad actual experimenta.

CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON EL PROBLEMA BIOÉTICO FUNDAMENTAL EN ENFERMERÍA. LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA.³

Aunque el surgimiento de la bioética sea debido a que la complejidad de los problemas éticos que se plantean en las sociedades modernas en relación con las ciencias de la vida, desbordan los de la clásica ética médica y enfermera; **son**

³ Tomado de las consideraciones efectuadas por el Prof. Eleuterio Gandía en sus apuntes de Ética.

varios los autores que señalan como problema bioético fundamental la deshumanización de la práctica asistencial.

Afirma Javier Gafo que en bioética, lo que aparece en primer plano y tiene continua actualidad son los temas de la procreación asistida, los de la manipulación genética, el SIDA, etc.; pero lo que constituye su principal problema es cómo humanizar la relación entre aquellas personas que intervienen en la atención sanitaria y el ser humano, frágil y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad que afecta hondamente a su ser personal.

Entre las principales causas de la deshumanización se han señalado, entre otras, la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización de los profesionales sanitarios y el rol de superioridad que desempeñan y que está en la base de un insuficiente, cuando no nulo, respeto a la autonomía y a la capacidad de decisión de los enfermos.

Esta deshumanización se manifiesta en la distancia afectiva que se establece con los pacientes y que convierte a la relación con ellos, en una relación carente de calor humano. Otra manifestación es la cosificación del paciente, la consiguiente pérdida de sus rasgos personales más profundos y su conversión en un objeto, al que se identifica entonces por sus rasgos externos, su patología, su número de habitación, etc.

Como consecuencia de ello, la impotencia y la pérdida de protagonismo del paciente se hacen tan evidentes que, en ocasiones, **ni tan siquiera se tienen en cuenta sus opciones últimas.**

Para contrarrestar esta deshumanización y dar respuesta a ese problema bioético que señalamos como fundamental, es preciso que la humanización del trabajo de enfermería se convierta en un objetivo común que parta del reconocimiento de la dignidad intrínseca del paciente.

El reconocimiento de la dignidad del paciente implica la adopción por parte de los profesionales de enfermería de una visión holística que permita prestar los cuidados concibiendo al paciente como el individuo concreto que es, con su propia historia personal, sus atributos, necesidades y deseos únicos; pero concibiéndolo al mismo tiempo, en su globalidad, es decir, como una personalidad compleja y total, lo que implica acciones y actitudes que no se restrinjan a atender sus síntomas o su dolencia concreta.

Para ello es preciso también que en las relaciones humanas en el ámbito del trabajo la comunicación sea no sólo un concepto regidor, sino una realidad de todos los días; esa comunicación ha de permitir la participación del paciente en sus decisiones tras una información comprensible, y se ha de dar en una relación igualitaria que elimine las barreras comunicativas.

Como hemos visto, el Código Deontológico de la enfermería española, en su planteamiento esencial, es coincidente con lo que acabamos de afirmar y por ello, consideramos que el cumplimiento de las normas y preceptos que contiene puede ser un buen lenitivo para que la práctica diaria de los profesionales de enfermería dote a la relación con el paciente de la carga humanizadora que proponemos.

Llegados a este punto, en el contexto que nos ocupa relativo a la interrupción voluntaria del embarazo, no podemos eludir una relectura de su introducción y de los artículos 14 y 16.

Desearíamos, se dice en el preámbulo, que este Código sirviera para tener conciencia de que los valores que manejamos son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, **en una palabra, la vida humana, y nos ayudará a los profesionales de Enfermería a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que tomemos.**

Artículo 14.

*Todo ser humano **tiene derecho a la vida**, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud.*

Artículo 16.

*En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que **la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.***

No es éste ni el momento ni el método para adoptar conclusiones precipitadas sino más bien nuestro intento consiste en “mostrar” aquellos elementos que pueden motivar, conducir o introducir criterios de discernimiento ético para el conjunto de los profesionales enfermeros.

Finalmente, en el año 2005 vio la luz el denominado **Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea** (Anexo V). Se trata de un trabajo llevado a cabo por los órganos reguladores de la profesión en el ámbito europeo, **bajo la dirección del Dr. Máximo González Jurado** y en aplicación de las más que claras insinuaciones por parte de los órganos de gobierno de la Unión Europea a llevar a cabo este trabajo en los países miembros y, particularmente, a través de los Colegios Profesionales. Este es el sentir expreso de directivas comunitarias como la Directiva de servicios profesionales.

El mencionado Código se asienta en un principio fundamental, recogido en su artículo 3.3, estableciendo con claridad meridiana que **la dignidad humana es la base en que se constituyen los restantes derechos humanos. Y enfatiza en su glosario de términos que esta dignidad deviene en la consideración del ser humano como un fin en sí mismo y nunca como un medio.**

7

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Tradicionalmente, se ha definido la objeción de conciencia como **el rechazo al cumplimiento de determinadas normas jurídicas por ser éstas contrarias a las creencias éticas, filosóficas, morales o religiosas de una persona**. Puede plantearse ante cualquier tipo de mandato que se derive del ordenamiento jurídico.

La objeción de conciencia es considerada por muchos como el verdadero termómetro democrático, pues la nota común de todos los regímenes totalitarios es la prohibición de la misma, o su reconocimiento restrictivo. Tan alto significado tiene la objeción de conciencia en los sistemas democráticos que el propio Tribunal Federal Norteamericano llegó a afirmar que la objeción era “la estrella polar de los derechos”.

El derecho a la objeción viene recogido entre otras normas en la Declaración

Universal de los Derechos Humanos (artículo 18), en el Convenio Europeo de Derechos Humanos (artículo 9), y en nuestra Constitución (artículo 16).

De igual forma, es frecuente la inclusión en los códigos de deontología de un artículo que proclama el derecho de los profesionales a rechazar su participación en determinadas intervenciones, y que señala la conducta que han de seguir cuando objetan.

Es el caso del artículo 22 del Código Deontológico de la Enfermería española en el cual se manifiesta lo siguiente:

*“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, **el derecho a la objeción de conciencia** que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.”*

Por otra parte, la **Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud**, en su Capítulo IV (Derechos y deberes), artículo 17 (Derechos Individuales), establece en su apartado 1, letra k) que, **“el personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:**

*b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, **éticos y deontológicos** que sean aplicables.”*

Y, con posterioridad, ha sido el Código Ético y Deontológico de la Enfermería europea el que ha venido a consagrar este principio en su artículo 3.11, **referido al conflicto con creencias morales y éticas** en donde se afirma textualmente:

“En caso de conflicto causado por profundas creencias morales, éticas o de otra índole derivado de una solicitud de servicios de enfermería, se alienta a las enfermeras/os a que encuentren una solución a través del diálogo con las partes en cuestión, como por ejemplo el paciente, el empleador, el órgano regulador o la organización profesional.

En caso de que una enfermera/o no logre encontrar una solución al caso anterior o si desea plantear una objeción de conciencia, debe hacer referencia al marco legal vigente en el país en el que esté ejerciendo y utilizarlo como guía.

En una situación de emergencia o en la que haya un riesgo inminente para la vida del paciente, las enfermeras/os deben proporcionarle cuidados independientemente de que haya algún conflicto con sus creencias morales o éticas.”

En el ámbito jurídico, se considera que la objeción de conciencia se mueve entre quienes la consideran incluida, como derecho garantizado por el artículo 16 de la Constitución (SSTC 53/1985, de 11 de abril y 15/1982, de 23 de abril) y la exigencia de ejercitar dicha objeción solamente en presencia de una expresa regulación por vía legislativa (STC 161/1987, de 27 de octubre).

La doctrina destaca, por encima de consideraciones acerca de la concepción y naturaleza jurídica de esta figura, la imprescindible garantía de su ejercicio para quienes se encuentren ciertamente violentados en su conciencia por alguna disposición normativa.⁴

⁴ María Domingo Gutiérrez. “La objeción de conciencia al aborto. Evolución jurisprudencial”. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho eclesiástico del Estado* nº 23 (2010). Y también, A. Motilla. “Consideraciones en torno a la objeción de conciencia en el Derecho español”. *Ius Canonicum* XXXIII, nº 65, 1993.

Por su parte, el Tribunal Supremo, en Sentencia de 23 de abril de 2005, al resolver el recurso planteado contra la resolución de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 30 de julio de 2002, reconoció expresamente la objeción de conciencia no sólo para los médicos sino también para aquellos profesionales sanitarios con competencias en materia de dispensación de medicamentos. En su fundamento quinto la sentencia señala que

“En el caso de la objeción de conciencia, su contenido constitucional forma parte de la libertad ideológica reconocida en el artículo 16.1 de la CE (STC nº 53/85), en estrecha relación con la dignidad de la persona humana, el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 de la CE) y el derecho a la integridad física y moral (art. 15 de la CE), lo que no excluye la reserva de una acción en garantía de este derecho para aquellos profesionales sanitarios con competencias en materia de prescripción y dispensación de medicamentos”.

Otros tribunales y juzgados españoles han tenido ocasión de pronunciarse sobre esta cuestión, advirtiendo la plena vigencia de este derecho (Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sentencia de 9 de febrero de 1998), considerando que se trata de una materia que constituye una verdadera piedra de toque para constatar la efectividad de un Estado de Derecho basado en el auténtico respeto al pluralismo ideológico que ampara la Constitución (Tribunal Superior de Justicia de Aragón. Sala de lo Social. Sentencia de 18 de diciembre de 1991), aun a pesar de que se pueda interpretar que no estemos ante un derecho consagrado ni regulado explícitamente en la Constitución ni en la legislación ordinaria, por cuanto, en último término, se trata de un derecho fundamental que forma parte del contenido de la libertad ideológica y religiosa, amparada por el artículo 16.1 CE, que obliga a los poderes públicos a adoptar cuantas medidas positivas fueran necesarias para procurar su efectividad (Tribunal Superior de Justicia de Baleares. Sala de lo Social. Sentencia de 13 de febrero de 1998).

En la línea de las sentencias expuestas, el Consejo General adoptó en su día la **Resolución nº 27/96, de 20 de noviembre**, en virtud de la cual, y al amparo del artículo 16.1 de la Constitución, conforme a la interpretación dada por el Tribunal Constitucional, **se reiteró y ratificó el derecho de los profesionales de enfermería a la objeción de conciencia**, destacando que, en los procesos respecto de los cuales ésta se produjesen, habrían de considerarse comprendidos en la misma tanto los actos directos de asistencia que los profesionales de enfermería realicen, como los indirectos pero necesariamente vinculados con dichos procesos.

Esta línea favorable a la recepción legislativa de la objeción de conciencia obtuvo un primer paso en la vigente Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, cuyo artículo 19.2 reconoció expresamente ese derecho:

“Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.”

Y el Anteproyecto que ahora presenta el Gobierno ha concretado aún más esta regulación por medio de una adición del artículo 4 bis en la Ley de ordenación de

las profesiones sanitarias, que contempla y regula este derecho:

“... para inhibirse de cualquier participación o colaboración en la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos despenalizados en el Código Penal.”

A tales efectos, se determina que esa inhibición es una decisión individual del profesional sanitario, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito, dentro de la semana siguiente a comenzar la prestación de su servicio en un centro o establecimiento, público o privado, acreditado para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, quedando esa decisión incorporada, con carácter reservado, a su expediente personal, con las garantías previstas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Desde ese momento, el profesional podrá abstenerse de realizar cualquier participación o colaboración en la interrupción voluntaria del embarazo. No obstante, podrá modificar su decisión en cualquier momento, poniéndolo en conocimiento del Director del centro de forma inmediata o, en todo caso, antes de iniciarse la prestación.

Todo ello no obsta para que los profesionales sanitarios que ejerzan este derecho dispensen tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción voluntaria del embarazo.

8

CONSIDERACIONES FINALES

Incluimos aquí, como colofón, las apreciaciones efectuadas por el Prof. Ismael Alberto González Díaz (“**Ética Médica: Implicaciones en Enfermería**”).

Las enfermeras tienen **cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.**

La necesidad de cuidados de enfermería es universal y **el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería**, que no hace distinción alguna de nacionalidad, raza, religión, color, **edad**, sexo, opinión política o posición social.

La primera responsabilidad de la enfermera es la consideración a las personas que

necesitan su atención profesional; al proporcionarles atención, **la enfermera crea un medio en el que se respetan sus valores, costumbres y creencias.**

La enfermera mantiene reserva sobre la información personal que recibe y juzga juiciosamente cuándo ha de compartirla con alguien. La enfermera o el enfermero tiene responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de enfermería directa o de apoyo, considerando que **enfermería es una profesión independiente**, que contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud necesarios.

Los valores expresados con más frecuencia en la acción de los profesionales de enfermería son: dignidad, vida, salud física, psicológica y espiritual, relación solidaria con los demás, ejercicio responsable de la autonomía, confidencialidad, bienestar individual y social, unidad y participación de la familia, veracidad, rectitud, honradez, buen juicio en la toma de decisiones, empeño por actualizar conocimientos y mantener la competencia, buen uso y aprovechamiento de los recursos y desarrollo de un ambiente laboral seguro, cálido, respetuoso y que favorezca el trabajo en equipo.

A la vista de cuanto ha quedado expuesto en este documento, las conclusiones que pueden extraerse en relación con el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y los derechos de la mujer embarazada, son las siguientes:

1. Los profesionales de enfermería constituyen la piedra angular del Sistema Nacional de Salud mediante su **práctica profesional científica, humanística, espiritual y renovadora**, que los perfila como profesionales idóneos y capaces de conmover al mundo con su testimonio de calidad y excelencia.

La ética del cuidado enfatiza el valor de cada persona como ser único, que toma decisiones desde sus propios ideales, mitos y símbo-

los y desde su propia visión de la realidad; por lo tanto, **la ética trata de alcanzar aquello que va más allá de los intereses particulares.** Por ello, los enfermeros/as **deben conocer el código de ética y utilizarlo como una herramienta de trabajo en la toma de decisiones,** con la finalidad de actuar bien, a conciencia y en beneficio de quien recibe el servicio de enfermería. **Es indispensable tener un sistema de valores y principios firme en el momento de adoptar una resolución razonable y ética: tener conciencia de lo que es valioso moralmente facilita el cumplimiento del deber.**

2. El Consejo General de Enfermería de España, como órgano que representa a los enfermeros y enfermeras colegiados, **entiende y respeta todas las opiniones y opciones que cada profesional pueda manifestar de forma individual ante la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo,** tanto en lo que respecta a la legislación vigente como en lo relativo al nuevo Anteproyecto sometido a informe.

Asimismo, considera que, en la valoración de las fórmulas para la regulación legal de la interrupción voluntaria del embarazo, **corresponde al Poder Legislativo la decisión última, teniendo en cuenta en todo caso la doctrina establecida al efecto por el Tribunal Constitucional para la armonización de los derechos afectados.** Ello no obsta a las posiciones que hayan podido manifestar los Colegios provinciales de Enfermería a los que se solicitó informe por parte del Consejo General en relación con el Anteproyecto, y cuyas respuestas contrarias al mismo se acompañan como anexo I de este documento.

Igualmente, y sobre la misma base constitucional, el Consejo General entiende necesario **el mayor consenso posible,** en los ámbitos político, social y profesional, al objeto de dotar a la regulación resultante de la mayor estabilidad y seguridad jurídica.

3. El Consejo General valora muy positivamente la inclusión en el Anteproyecto de la regulación de la **objeción de conciencia de los profesionales sanitarios**, incluyendo no sólo el reconocimiento legal del derecho sino también aspectos concretos para su materialización.

9

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Gafo J. Ética y legislación. Editorial Universitas; 1.994.

Vaquero J.L. Manual de medicina preventiva y Salud Pública. Editorial Pirámide. 1.992.

Torralba M.J. Aborto. En: Arroyo Gordo M^a. P. (dir). Etica y legislación en enfermería. Mc. Graw-Hill, Interamericana España, 1984.

Balderas Pedrero M.L. Etica de enfermería. Mc Graw-Hill Interamericana. 1.998.

Domingo Gutiérrez, M. La objeción de conciencia y el aborto. Evolución jurisprudencial. Revista General de Derecho Canónico y Derecho eclesiástico del Estado, nº 23. 2010.

Motilla. A. Consideraciones en torno a la objeción de conciencia en el derecho español. Ius Canonicum XXIII, nº 65, 1993.

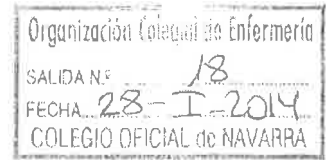
10

ANEXOS

- Anexo I: Informes de Colegios provinciales de Enfermería sobre el anteproyecto:
- Colegio de Navarra.
 - Colegio de Salamanca.
 - Colegio de Baleares.
- Anexo II: Convención ONU sobre los derechos de las personas discapacitadas.
- Anexo III: Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras.
- Anexo IV: Código Deontológico de la Enfermería española.
- Anexo V: Código ético y deontológico de la Enfermería europea.

Anexo I: Informes de Colegios provinciales de Enfermería sobre el anteproyecto:

- Colegio de Navarra.
- Colegio de Salamanca.
- Colegio de Baleares.



De: Junta del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra

A: Consejo General de Enfermería

Tema: Valoración del anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada.

Se valora que este anteproyecto anula de facto todos los derechos de la mujer a decidir sobre su maternidad. Desde **el Colegio de Enfermería**, como agentes activos en salud, se entiende que ha de prevalecer el criterio de la futura madre en la toma de una decisión que va afectar para siempre su vida.

En este momento existe una regulación legislativa en este tema y ha quedado demostrado que no sólo no han aumentado el número de abortos sino que en estos años se han reducido y además los que se han realizado, han sido llevados a cabo en las mejores condiciones para preservar la salud de las madres.

Toda esta nueva legislación no conduce más que a retirar a las mujeres su opción a decidir para transferirla a agentes extraños a su entorno, jueces y médicos, que van a valorar con otros criterios distintos a los propios la situación de cada mujer. Se pasa de un problema de salud a uno judicial

Si saliera adelante este proyecto pasaríamos a una situación previa al 1985, en las que las mujeres con recursos podían salir a realizar el aborto en el extranjero o sin esa posibilidad verse sometidas a una intervención de riesgo realizada en condiciones inadecuadas desde un punto de vista sanitario.

Por lo expuesto desde esta Junta queremos comunicar que solicitamos que se retire dicho anteproyecto de ley.

Acuerdo alcanzado por mayoría simple en Junta General Extraordinaria.

Pamplona a 27/01/2014

El Presidente

D. Carlos Sesma Sánchez



COLEGIO PROFESIONAL
DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA

COLEGIO PROFESIONAL ENFERMERÍA	
CORRESPONDENCIA	
E	
S	29 ENE 2014 / 30

Consejo General de Enfermería
C/ Fuente del Rey,
28023 MADRID

La Vocalía de Matrona y la Junta de Gobierno del Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca, ante la Circular Nº 6/2014 del Consejo General, representante de la organización colegial de Enfermería,

SOLICITA:

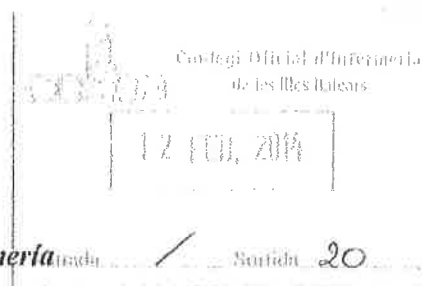
1.- La retirada del anteproyecto de ley del aborto, por considerar que una ley de plazos garantiza la salud de las mujeres y de los recién nacidos de forma mas eficiente que una ley de supuestos.

2.- Consideramos que se debería potenciar la ley actual de salud sexual y reproductiva, que se encuentra en vigor en aras a fomentar e incrementar la cultura preventiva en materia de salud sexual reproductiva.

En Salamanca, a 28 de enero de 2014
Vocal Matrona

Fdº: Rufina Lueño Martín

Dr. Máximo A. González Jurado
Presidente del Consejo General de Enfermería
C/ Fuente del Rey, 2 Esq. Crta. Castilla
28023 Madrid

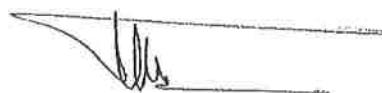


Palma de Mallorca a, 12 de Febrero de 2014.

Adjunto remito las Consideraciones de la Comisión Deontológica del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears (COIBA) al “Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada”

Le saluda atentamente





Fdo: Rosa Mª. Hernández Serra
Presidenta

CONSIDERACIONES DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL ILMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ILLES BALEARS AL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE LA VIDA DEL CONCEBIDO Y DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA

La Comisión Deontológica del Ilmo. Colegio Oficial de Enfermería de Illes Balears expone que:

La defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se recoge como una estrategia prioritaria de la OMS (WHO, 2012).

En este sentido, la OMS (2012) establece que:

- La capacidad de la mujer para decidir si quiere tener hijos y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.
- Además las mujeres tienen derecho a decidir el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.
- La planificación familiar disminuye la tasa de embarazos no deseados y reduce la necesidad de efectuar abortos peligrosos.
- Cada año se llevan a cabo 22 millones de abortos clandestinos, causando alrededor de 47.000 muertes relacionadas con el embarazo (WHO, 2012).

En casi todos los países, la ley permite la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para salvar la vida de la mujer, y en la mayoría de los países el aborto está permitido para preservar la salud física o mental de la mujer.

Por lo tanto, es necesario ofrecer servicios sanitarios para una interrupción voluntaria del embarazo sin riesgos. Eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes clave de la estrategia de salud reproductiva *global de la OMS*.

La evidencia científica demuestra que los principales costos económicos y emocionales son acarreados por las mujeres que sufren un aborto inseguro. En los lugares donde las leyes y las políticas permiten realizar un aborto según indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro se reducen.

A pesar de que el anteproyecto de *Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada* refuerza la información que deben recibir las mujeres embarazadas. Autores como Epstein y Peter (2007), Nelson, Han, Fagerlin, Stefanek y Ubel (2007) y Sevdalis y Harvey (2006) alegan que una vez que la gestante ha recibido la información adecuada, es ella la que debe decidir sobre la IVE y no los profesionales o una normativa restrictiva.



Además, esta propuesta de ley compromete a los profesionales, especialmente de psiquiatría y ginecología, a actuar en contra de los criterios éticos y deontológicos de las profesiones sanitarias y vulnerar la autonomía de la mujer.

Algunos autores como Cribb y Entwistle (2011) consideran que desde un posicionamiento restrictivo no se plantea un claro modelo de toma de decisiones autónoma de la mujer. La principal defensa de esta percepción indica que aunque la mujer decidiera que se le practicara la interrupción voluntaria del embarazo, la ley limita dichas preferencias a una serie de supuestos.

El Anteproyecto que se presenta va en contra de los principios de la bioética, que defiende la autonomía de la mujer a decidir respecto a su sexualidad y reproducción, sobre el principio de beneficencia del no nacido. No permitir que la mujer decida provoca una agresión frontal con dichos principios.

Respecto al límite de edad propuesto por el Anteproyecto de Ley, a nuestro modo de ver, lo que debe determinar la autonomía de la mujer, desde un punto de vista ético, es el grado de madurez y los posibles conflictos familiares. La controversia surge en el momento en que se establece un supuesto especial, la IVE, al criterio general de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, donde las personas a partir de 16 años son autónomas para tomar decisiones en relación a su salud. Una persona madura con capacidad de decisión debe ser autónoma en todas las circunstancias, con la ayuda y asesoramiento de los profesionales.

Según las últimas investigaciones en España, aunque la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo sigue siendo elevada se sitúa en una de las más bajas en comparación con otros países de la Unión Europea o países como EEUU y Canadá (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011). No obstante, para poder analizar correctamente los datos es necesario tener en cuenta el marco legal de la interrupción voluntaria del embarazo en vigor. Actualmente se aplica una legislación menos restrictiva para la realización de la IVE, incluyendo el aborto por petición de la mujer hasta las 14 semanas de gestación (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo).

Es erróneo pensar que políticas más restrictivas sobre las condiciones de la IVE se traducen en un menor número de abortos, ya que éstos seguirán realizándose pero en condiciones de mayor inseguridad y riesgo para la salud, y sin que exista un registro de los mismos

Por todo lo expuesto anteriormente, entendemos que dicho anteproyecto de ley no mejora ni la capacidad de autonomía de las mujeres sobre su salud reproductiva y sexual ni la seguridad de la IVE. Por lo que consideramos que debería procederse a la retirada del anteproyecto de *Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada*.

REFERENCIAS

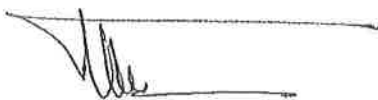
Cribb, A., & Entwistle, M. A. (2011). Shared decision making: Trade-offs between narrower and broader conceptions. *Health Expectations*, 14(210-219.)

Epstein, R. M., & Peters, E. (2009). Beyond information: Exploring patients preferences. *Journal of the American Medical Association*, 302, 195-197.

Nelson, W. L., Han, P. K. J., Fagerlin, A., Stefanek, M., & Ubel, P. A. (2007). Rethinking the objectives of decision-aids: A call for conceptual clarity. *Medical Decision-Making*, 27, 609-618.

Sevdalis, N., & Harvey, N. (2006). Predicting preferences: A neglected aspect of shared decision-making. *Health Expectations*, 9, 245-251.

World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. 2012



Fdo: Rosa Mª. Hernández Serra
Presidenta

**Anexo II: Convención ONU sobre los derechos
de las personas discapacitadas.**

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Preámbulo

Los Estados Partes en la presente Convención,

a) Recordando los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole,

c) Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación,

d) Recordando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares,

e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás,

f) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e

internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad,

g) *Destacando* la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible,

h) *Reconociendo también* que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano,

i) *Reconociendo además* la diversidad de las personas con discapacidad,

j) *Reconociendo* la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso,

k) *Observando con preocupación* que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo,

l) *Reconociendo* la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

m) *Reconociendo* el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,

n) *Reconociendo* la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,

o) *Considerando* que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de

decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,

p) *Preocupados* por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición,

q) *Reconociendo* que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación,

r) *Reconociendo también* que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño,

s) *Subrayando* la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad,

t) *Destacando* el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad,

u) *Teniendo presente* que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos,

v) *Reconociendo* la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,

w) *Conscientes* de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad

de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos,

x) *Convencidos* de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones,

y) *Convencidos* de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados,

Conviene en lo siguiente:

Artículo 1

Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 2

Definiciones

A los fines de la presente Convención:

La “comunicación” incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso;

Por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal;

Por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables;

Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

Artículo 3

Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;

h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Artículo 4 **Obligaciones generales**

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;

b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;

c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;

d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;

e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;

f) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;

g) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;

h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;

i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado. No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.

5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

Artículo 5

Igualdad y no discriminación

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.
2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.
3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.
4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

Artículo 6

Mujeres con discapacidad

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

Artículo 7

Niños y niñas con discapacidad

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.
2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Artículo 8

Toma de conciencia

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:

- a)* Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
- b)* Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
- c)* Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:

- a)* Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:
 - i)* Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
 - ii)* Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;
 - iii)* Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;
- b)* Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;

c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;

d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

Artículo 9

Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;

b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;

b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;

c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;

d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;

- e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
- f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
- g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;
- h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

Artículo 10

Derecho a la vida

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 11

Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

Artículo 12

Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

Artículo 13

Acceso a la justicia

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

Artículo 14
Libertad y seguridad de la persona

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

- a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
- b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Artículo 15
**Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles,
inhumanos o degradantes**

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento .

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 16
Protección contra la explotación, la violencia y el abuso

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

Artículo 17

Protección de la integridad personal

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 18

Libertad de desplazamiento y nacionalidad

1. Los Estados Partes reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso asegurando que las personas con discapacidad:

- a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;
- b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;
- c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio;
- d) No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.

2. Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser atendidos por ellos.

Artículo 19

Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Artículo 20

Movilidad personal

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;

b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;

c) Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;

d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

Artículo 21

Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas:

a) Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;

- b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;
- c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;
- d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;
- e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

Artículo 22

Respeto de la privacidad

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.
2. Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 23

Respeto del hogar y de la familia

1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:
 - a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;

b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;

c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.

3. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.

4. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

Artículo 24

Educación

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y

sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:

- a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;
- b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;
- c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:

- a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
- b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;
- c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
- d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;
- e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

3. Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:

- a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y

habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares;

b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;

c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

4. A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

Artículo 25

Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad,

incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Artículo 26

Habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Artículo 27

Trabajo y empleo

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:

a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;

b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;

c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;

d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;

e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;

- f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
- g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;
- h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
- i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
- j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
- k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

Artículo 28

Nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:
 - a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;

b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;

c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;

d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;

e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Artículo 29

Participación en la vida política y pública

Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a:

a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante:

i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;

ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;

iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;

b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:

i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;

ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

Artículo 30

Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad:

a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;

b) Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles;

c) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.

2. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, a fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.

4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos.

5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles;

b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados;

c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;

d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar;

e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

Artículo 31

Recopilación de datos y estadísticas

1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. En el proceso de recopilación y mantenimiento de esta información se deberá:

a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre protección de datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las personas con discapacidad;

b) Cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como los principios éticos en la recopilación y el uso de estadísticas.

2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

3. Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas.

Artículo 32

Cooperación internacional

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir:

a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad;

b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas;

c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos;

d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de asistencia y compartiendo esas tecnologías, y mediante su transferencia.

2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que incumban a cada Estado Parte en virtud de la presente Convención.

Artículo 33

Aplicación y seguimiento nacionales

1. Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles.
2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención. Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos.
3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

Artículo 34

Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad

1. Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, “el Comité”) que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación.
2. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos. Cuando la Convención obtenga otras 60 ratificaciones o adhesiones, la composición del Comité se incrementará en seis miembros más, con lo que alcanzará un máximo de 18 miembros.
3. Los miembros del Comité desempeñarán sus funciones a título personal y serán personas de gran integridad moral y reconocida competencia y experiencia en los temas a que se refiere la presente Convención. Se invita a los Estados Partes a que, cuando designen a sus candidatos, tomen debidamente en consideración la disposición que se enuncia en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.
4. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes, que tomarán en consideración una distribución geográfica equitativa, la

representación de las diferentes formas de civilización y los principales ordenamientos jurídicos, una representación de género equilibrada y la participación de expertos con discapacidad.

5. Los miembros del Comité se elegirán mediante voto secreto de una lista de personas designadas por los Estados Partes de entre sus nacionales en reuniones de la Conferencia de los Estados Partes. En estas reuniones, en las que dos tercios de los Estados Partes constituirán quórum, las personas elegidas para el Comité serán las que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.

6. La elección inicial se celebrará antes de que transcurran seis meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención. Por lo menos cuatro meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidatos en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán, por orden alfabético, todas las personas así propuestas, con indicación de los Estados Partes que las hayan propuesto, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.

7. Los miembros del Comité se elegirán por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. Sin embargo, el mandato de seis de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, los nombres de esos seis miembros serán sacados a suerte por el presidente de la reunión a que se hace referencia en el párrafo 5 del presente artículo.

8. La elección de los otros seis miembros del Comité se hará con ocasión de las elecciones ordinarias, de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente artículo.

9. Si un miembro del Comité fallece, renuncia o declara que, por alguna otra causa, no puede seguir desempeñando sus funciones, el Estado Parte que lo propuso designará otro experto que posea las cualificaciones y reúna los requisitos previstos en las disposiciones pertinentes del presente artículo para ocupar el puesto durante el resto del mandato.

10. El Comité adoptará su propio reglamento.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y las instalaciones que sean necesarios para el efectivo desempeño de las

funciones del Comité con arreglo a la presente Convención y convocará su reunión inicial.

12. Con la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención percibirán emolumentos con cargo a los recursos de las Naciones Unidas en los términos y condiciones que la Asamblea General decida, tomando en consideración la importancia de las responsabilidades del Comité.

13. Los miembros del Comité tendrán derecho a las facilidades, prerrogativas e inmunidades que se conceden a los expertos que realizan misiones para las Naciones Unidas, con arreglo a lo dispuesto en las secciones pertinentes de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas.

Artículo 35

Informes presentados por los Estados Partes

1. Los Estados Partes presentarán al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la presente Convención y sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado Parte de que se trate.

2. Posteriormente, los Estados Partes presentarán informes ulteriores al menos cada cuatro años y en las demás ocasiones en que el Comité se lo solicite.

3. El Comité decidirá las directrices aplicables al contenido de los informes.

4. El Estado Parte que haya presentado un informe inicial exhaustivo al Comité no tendrá que repetir, en sus informes ulteriores, la información previamente facilitada. Se invita a los Estados Partes a que, cuando preparen informes para el Comité, lo hagan mediante un procedimiento abierto y transparente y tengan en cuenta debidamente lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

5. En los informes se podrán indicar factores y dificultades que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la presente Convención.

Artículo 36
Consideración de los informes

1. El Comité considerará todos los informes, hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas respecto a ellos y se las remitirá al Estado Parte de que se trate. Éste podrá responder enviando al Comité cualquier información que desee. El Comité podrá solicitar a los Estados Partes más información con respecto a la aplicación de la presente Convención.
2. Cuando un Estado Parte se haya demorado considerablemente en la presentación de un informe, el Comité podrá notificarle la necesidad de examinar la aplicación de la presente Convención en dicho Estado Parte, sobre la base de información fiable que se ponga a disposición del Comité, en caso de que el informe pertinente no se presente en un plazo de tres meses desde la notificación. El Comité invitará al Estado Parte interesado a participar en dicho examen. Si el Estado Parte respondiera presentando el informe pertinente, se aplicará lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo.
3. El Secretario General de las Naciones Unidas pondrá los informes a disposición de todos los Estados Partes.
4. Los Estados Partes darán amplia difusión pública a sus informes en sus propios países y facilitarán el acceso a las sugerencias y recomendaciones generales sobre esos informes.
5. El Comité transmitirá, según estime apropiado, a los organismos especializados, los fondos y los programas de las Naciones Unidas, así como a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes, a fin de atender una solicitud o una indicación de necesidad de asesoramiento técnico o asistencia que figure en ellos, junto con las observaciones y recomendaciones del Comité, si las hubiera, sobre esas solicitudes o indicaciones.

Artículo 37
Cooperación entre los Estados Partes y el Comité

1. Los Estados Partes cooperarán con el Comité y ayudarán a sus miembros a cumplir su mandato.
2. En su relación con los Estados Partes, el Comité tomará debidamente en consideración medios y arbitrios para mejorar la capacidad nacional de aplicación de la presente Convención, incluso mediante la cooperación internacional.

Artículo 38
Relación del Comité con otros órganos

A fin de fomentar la aplicación efectiva de la presente Convención y de estimular la cooperación internacional en el ámbito que abarca:

a) Los organismos especializados y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención que entren dentro de su mandato. El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los ámbitos que entren dentro de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados y a otros órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las esferas que entren dentro de su ámbito de actividades;

b) Al ejercer su mandato, el Comité consultará, según proceda, con otros órganos pertinentes instituidos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, con miras a garantizar la coherencia de sus respectivas directrices de presentación de informes, sugerencias y recomendaciones generales y a evitar la duplicación y la superposición de tareas en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 39
Informe del Comité

El Comité informará cada dos años a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y datos recibidos de los Estados Partes en la Convención. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité, junto con los comentarios, si los hubiera, de los Estados Partes.

Artículo 40
Conferencia de los Estados Partes

1. Los Estados Partes se reunirán periódicamente en una Conferencia de los Estados Partes, a fin de considerar todo asunto relativo a la aplicación de la presente Convención.
2. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la Conferencia de los Estados Partes en un plazo que no superará los seis meses contados a

partir de la entrada en vigor de la presente Convención. Las reuniones ulteriores, con periodicidad bienal o cuando lo decida la Conferencia de los Estados Partes, serán convocadas por el Secretario General.

Artículo 41

Depositario

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario de la presente Convención.

Artículo 42

Firma

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

Artículo 43

Consentimiento en obligarse

La presente Convención estará sujeta a la ratificación de los Estados signatarios y a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias. Estará abierta a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que no la haya firmado.

Artículo 44

Organizaciones regionales de integración

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente Convención. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la presente Convención. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.
2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo a la presente Convención serán aplicables a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 45 y en los párrafos 2 y 3 del artículo 47 de la presente Convención, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.

4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la Conferencia de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la presente Convención. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 45

Entrada en vigor

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión.

2. Para cada Estado y organización regional de integración que ratifique la Convención, se adhiera a ella o la confirme oficialmente una vez que haya sido depositado el vigésimo instrumento a sus efectos, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 46

Reservas

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito de la presente Convención.

2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 47

Enmiendas

1. Los Estados Partes podrán proponer enmiendas a la presente Convención y presentarlas al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y

votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a los Estados Partes para su aceptación.

2. Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que había en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.

3. En caso de que así lo decida la Conferencia de los Estados Partes por consenso, las enmiendas adoptadas y aprobadas de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo que guarden relación exclusivamente con los artículos 34, 38, 39 y 40 entrarán en vigor para todos los Estados Partes el trigésimo día a partir de aquel en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.

Artículo 48

Denuncia

Los Estados Partes podrán denunciar la presente Convención mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 49

Formato accesible

El texto de la presente Convención se difundirá en formatos accesibles.

Artículo 50

Textos auténticos

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso de la presente Convención serán igualmente auténticos.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman la presente Convención.

**Anexo III: Código Deontológico del Consejo
Internacional de Enfermeras.**

Consejo internacional de enfermeras
Revisado en 2012



CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA



CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2012.

PREÁMBULO

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados

Todos los derechos reservados, incluyendo el de la traducción a otros idiomas. Este trabajo se puede reimprimir y redistribuir, de forma completa o parcial, sin alteraciones y sin previa autorización por escrito, siempre y cuando se cite la fuente.

Copyright © 2012 by ICN - Consejo internacional de enfermeras,
3, place Jean-Marteau, Ginebra (Suiza)

ISBN: 978-92-95094-99-4

EL CÓDIGO DEL CIE

El *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

ELEMENTOS DEL CÓDIGO

1. La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.

La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

2. La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.

La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.

La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.

La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.

3. La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas.

La enfermera participará en el desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales.

La enfermera, actuando a través de la organización profesional, participará en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente.

La enfermera ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud.

La enfermera contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.

4. La enfermera y sus compañeros de trabajo

La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.

La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.

La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.

SUGERENCIAS PARA EL USO

del Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería

El *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería* es una guía para actuar sobre la base de los valores y necesidades sociales. Sólo tendrá significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.

Para lograr su finalidad, el *Código* ha de ser comprendido, asimilado y utilizado por las enfermeras en todos los aspectos de su trabajo. Debe permanecer al alcance de los estudiantes y las enfermeras a lo largo de sus estudios y de su vida de trabajo.

APLICACIÓN DE LOS ELEMENTOS

del *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*

El *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos que constituyen el marco de las normas de conducta: la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo. El cuadro siguiente tiene por objeto ayudar a las enfermeras a poner en práctica dichas normas.

Las enfermeras y estudiantes de enfermería pueden:

- Estudiar las normas de cada elemento del *Código*.
- Reflexionar sobre lo que cada norma significa para cada uno. Pensar cómo puede aplicarse la ética en el ámbito de la enfermería propio: en la práctica, en la formación, en la investigación o en la gestión.
- Dialogar sobre el *Código* con los compañeros de trabajo y otras personas.
- Utilizar un ejemplo concreto de la experiencia para identificar los dilemas éticos y las normas de conducta estipuladas en el *Código*. Identificar la manera en que pueden resolverse esos dilemas.
- Trabajar en grupos para que la toma de decisiones éticas sea clara, y llegar a consenso sobre las normas de conducta ética.
- Colaborar con la asociación nacional de enfermeras del país, compañeros de trabajo y otras personas para aplicar de manera continua las normas éticas en la práctica, la formación, la gestión y la investigación de enfermería.

Elemento del Código No 1:

LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS

Enfermeras en ejercicio y gestoras

Dispensar cuidados que respeten los derechos humanos y sean sensibles a los valores, costumbres y creencias de todos los pueblos.

Impartir formación continua en las cuestiones y dilemas éticos.

Dar una información suficiente que permita el consentimiento fundamentado para los cuidados de enfermería y médicos y el derecho a elegir o rechazar el tratamiento.

Emplear sistemas de registro y de gestión de la información que aseguren la confidencialidad.

Desarrollar y vigilar la seguridad medioambiental en el lugar de trabajo.

Docentes e investigadoras

Incluir en el plan de estudios referencias a los derechos humanos, la equidad, la justicia y la solidaridad como base para acceder a los cuidados.

Brindar oportunidades de enseñar y aprender acerca de las cuestiones éticas y la adopción de decisiones.

Brindar oportunidades de enseñar y aprender en relación con el consentimiento fundamentado, la privacidad y la confidencialidad, la beneficencia y la maleficencia.

Introducir los conceptos de valores profesionales en el plan de estudios.

Sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de la acción social en los problemas actuales.

Asociaciones nacionales de enfermeras

Elaborar declaraciones de posición y directrices que favorezcan los derechos humanos y las normas éticas.

Influir a favor de la participación de las enfermeras en comités de examen ético.

Facilitar directrices, declaraciones de posición, documentación pertinente y formación continua sobre el consentimiento fundamentado para los cuidados de enfermería y médicos.

Incorporar cuestiones de confidencialidad e intimidad personal en un código nacional de ética para enfermeras.

Abogar a favor de un medioambiente sano y seguro.

Elemento del Código No 2:

LA ENFERMERA Y LA PRÁCTICA

Enfermeras en ejercicio y gestoras

Establecer normas de atención de salud y un contexto de trabajo que fomente la seguridad y la calidad de los cuidados.

Establecer sistemas de evaluación profesional, formación continua y renovación sistemática de la autorización para ejercer.

Vigilar y fomentar la buena salud individual del personal de enfermería en relación con su competencia para la práctica de la profesión.

Docentes e investigadoras

Facilitar oportunidades de formación/aprendizaje que fomenten la preparación y la competencia para el ejercicio de la profesión a lo largo de la vida.

Realizar y difundir investigaciones que muestren los vínculos entre el aprendizaje continuo y la competencia para la práctica.

Fomentar la importancia de la salud individual y poner de relieve su relación con otros valores.

Asociaciones nacionales de enfermeras

Dar acceso a una formación continua mediante publicaciones, conferencias, formación a distancia, etc.

Influir para conseguir oportunidades de formación continua y normas de calidad de los cuidados.

Fomentar estilos de vida sanos para los profesionales de enfermería. Influir a favor de lugares de trabajo saludables y servicios para las enfermeras.

Elemento del Código No 3:

LA ENFERMERA Y LA PROFESIÓN

Enfermeras en ejercicio y gestoras

Fijar normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería.

Fomentar el apoyo en el lugar del trabajo a la realización, difusión y utilización de la investigación relacionada con la enfermería y la salud.

Fomentar la participación en las asociaciones nacionales de enfermeras para crear condiciones económicas y sociales favorables para las enfermeras.

Docentes e investigadoras

Proporcionar oportunidades de enseñanza y aprendizaje en fijación de normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería.

Dirigir, difundir y utilizar la investigación para impulsar la profesión de enfermería.

Sensibilizar a los que aprenden sobre la importancia de las asociaciones profesionales de enfermería.

Asociaciones nacionales de enfermeras

Colaborar con otros para fijar normas para la formación, práctica, investigación y gestión de enfermería.

Elaborar declaraciones de posición, directrices y normas relacionadas con la investigación de enfermería.

Ejercer influencia para conseguir condiciones de trabajo, sociales y económicas equitativas para la enfermería. Elaborar declaraciones de posición, directrices sobre problemas del lugar de trabajo.

Elemento del Código No 4:

LA ENFERMERA Y SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO

Enfermeras en ejercicio y gestoras

Crear conciencia de las funciones específicas y de aquellas que se superponen, de las posibles tensiones interdisciplinarias además de crear estrategias para la gestión de conflictos.

Desarrollar en el lugar de trabajo sistemas que favorezcan valores y comportamientos profesionales éticos comunes.

Desarrollar mecanismos para proteger a la persona, la familia o la comunidad cuando el personal de atención de salud ponga en peligro los cuidados que ellas reciben.

Docentes e investigadoras

Desarrollar la comprensión de las funciones de los demás trabajadores.

Difundir la ética de la enfermería a otras profesiones.

Inculcar en los que aprenden la necesidad de proteger a la persona, la familia o la comunidad cuando el personal de atención de salud ponga en peligro los cuidados que ellas reciben.

Asociaciones nacionales de enfermeras

Estimular la cooperación con otras disciplinas relacionadas.

Desarrollar la conciencia de los problemas éticos de otras profesiones.

Facilitar directrices, declaraciones de posición y foros de debate sobre la protección de las personas cuando el personal de atención de salud ponga en peligro los cuidados que ellas reciben.

DIFUSIÓN

del Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería

Para que sea eficaz, el *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*, debe ser conocido por las enfermeras. Alentamos a ustedes a contribuir a su difusión en las escuelas de enfermería, entre las enfermeras en ejercicio y en la prensa y otros medios de comunicación social de la enfermería. El *Código* debe también distribuirse a las demás profesiones de salud, al público en general, grupos de consumidores y grupos de elaboración de políticas, y a las organizaciones de derechos humanos y a los emplea-dores de las enfermeras.

GLOSARIO DE LOS TERMINOS UTILIZADOS

en el Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería

Compañeros de trabajo Las demás enfermeras y otros trabajadores y profesionales de salud o no relacionados con ellas.

La Enfermera comparte con la sociedad La enfermera, en tanto que profesional de la salud y ciudadana, inicia y apoya acciones adecuadas para responder a las necesidades de salud y sociales del público.

Familia Una unidad social compuesta por miembros conectados por la sangre, el parentesco, y por relaciones emocionales o legales.

Grupos relacionados Otras enfermeras, trabajadores de atención de salud u otros profesionales que prestan servicios a las personas, familias o comunidades y que.

Información personal Información obtenida a través de un contacto profesional propio de una persona o familia y que si se difunde puede violar el derecho a la intimidad personal, causar inconvenientes, dificultades o perjuicios a la persona o familia.

Relación de colaboración Relación profesional que se basa en acciones y conductas de grupo y recíprocas que tienen por objeto conseguir ciertas metas acordadas conjuntamente.

Salud personal El bienestar mental, físico, social y espiritual de la enfermera.



Consejo internacional de enfermeras

3, place Jean-Marteau

1201 Ginebra (Suiza)

Tel. +41 (22) 908 01 00

Fax +41 (22) 908 01 01

Correo electrónico: icn@icn.ch

www.icn.ch

**Anexo IV: Código Deontológico de la
Enfermería española.**

Código Deontológico de la Enfermería Española

INTRODUCCIÓN

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1973 por el Consejo internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico especialmente concebido para los Enfermeros y Enfermeras españolas, se estaba haciendo sentir cada vez más claramente. Por ello, en el mes de abril de 1988, Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un Comité formado por profesionales, Enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un primer proyecto que, posteriormente, fuese sometido a la opinión general del colectivo de Enfermería, para asegurar que el nuevo Código tuviera un alcance verdaderamente estatal.

Ahora, finalizado este proceso, agradecemos las valiosas aportaciones recibas por los Colegiados y Organizaciones de Enfermería, que hemos tenido en cuenta en la elaboración del presente Código.

Pensamos que nuestro Código Deonto-lógico Nacional es un elemento vivo, basado en una ética inspirada en el bienestar de las personas, para las que actuamos profesionalmente; convencidos que contribuirá a mantener un nivel profesional y un estatus social digno de nuestra profesión.

MÁXIMO A. GONZÁLEZ JURADO

PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL

DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA

RESOLUCIÓN N° 32/89: POR LA QUE SE APRUEBAN LAS NORMAS DEONTOLÓGICAS QUE ORDENAN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA CON CARÁCTER OBLIGATORIO

PREAMBULO

Conforme el artículo 75, párrafo 16, de los Estatutos de la Organización Colegial aprobados por el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, se establece que el Consejo General aprobará las normas deontológicas que ordenen el ejercicio de la profesión, las cuales tendrán carácter de obligatorias.

En consecuencia, el Pleno del Consejo General, tras los oportunos informes jurídicos, así como el de los diferentes Colegios Provinciales, tal como preceptúa el artículo 75 de los Estatutos anteriormente citados y solicitados a éstos, con fecha 18 de mayo del presente año, entre otros, y por unanimidad de sus miembros; tomó el siguiente Acuerdo-Resolución, cuyo expediente completo obre en el archivo de este Consejo, sección de Resoluciones.

Primero. Se aprueba el Código Deontológico de la Profesión de Enfermería que se adjunta como anexo a la presente Resolución.

Segundo. El cumplimiento del mismo tendrá carácter obligatorio para todos los profesionales de Enfermería del Estado.

Tercero. El incumplimiento de dicho Código llevará implícito las sanciones disciplinarias previstas en los Estatutos de la Organización Colegial.

DISPOSICION TRANSITORIA

Por el Consejo General se tomarán las medidas oportunas para la difusión a todos los profesionales de Enfermería del documento que tenga dicho Código.

DISPOSICION FINAL

El Código Deontológico de la Profesión de Enfermería entrará en vigor en el día de la fecha.

Y para que conste, expido y firmo la presente en Madrid a catorce de julio de mil novecientos ochenta y nueve.

PROLOGO

El establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional ha de partir, necesariamente, de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan.

El hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es, a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positivamente o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral.

Por ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Respecto al papel de los Enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:

- 1º Prevención de las enfermedades.
- 2º Mantenimiento de la salud.
- 3º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- 4º Educación para la salud.
- 5º Formación, administración e investigación en Enfermería.

Debemos estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación, siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país.

Partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, debemos tener presente que las/os Enfermeros/as, han de enfatizar de manera prioritaria, dentro de sus programas.

- a) La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.
- b) La participación activa en sociedad.
- c) Reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de ética profesional.

d) La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.

Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos la dignidad de la naturaleza humana y de ahí nuestra mayor responsabilidad como profesionales de Enfermería. Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general y de la profesión de Enfermería en particular.

Por ello, tal vez sea el momento más idóneo para hablar de ética profesional, sin temor a moralismos trasnochados, sino sencillamente abordando, en el marco de un Código Deontológico, lo que constituye el armazón de nuestra profesión, más allá de sus elementos técnicos.

De lo anteriormente expuesto, extraemos las siguientes conclusiones:

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 habrá que examinar una y otra vez las antiguas concreciones de esos valores fundamentales para ver si todavía pueden cumplir su función. Si ya no logran asumir y hacer fructíferas las experiencias de la época, si desconocen la progresiva complejidad de la vida, deberán ser repensadas de nuevo y reformadas en confrontación con los modos de entender el nuevo tiempo.
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.
3. La evaluación presente y futura nos pedirá un esfuerzo, un decidido valor, para emprender experiencias y aceptar lo provisional. A la vista de la complejidad de las condiciones de vida cada vez más diferenciadas, sería utópico que quisiéramos afrontar de antemano soluciones concretas a todos los problemas que se presentan hoy y se presentarán en el futuro. En suma, debemos ser conscientes que por muchos Códigos Deontológicos que tengamos, el riesgo de la conciencia aumenta considerablemente.

Con estas reflexiones hemos elaborado un Código Deontológico para la Profesión de Enfermería en España, que sea un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional. Insistir en esto parece, no pocas veces, una reiteración innecesaria ya que se da por supuesta en nuestra profesión; sin embargo, cada vez con mayor fuerza van aumentando las voces que hablan de falta de ética, y de deshumanización. Por ello, es necesario articular el contenido de nuestra responsabilidad profesional, no sea que con la evolución de la Enfermería como ciencia se nos vaya escapando su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén.

Se equivoca quien piensa que la ciencia nada tiene que ver con los valores; si la ciencia está hoy en crisis, probablemente sea por esta divergencia antinatural. Ha de correr paralela con esta dimensión humana y, por ello, situarse en el ámbito de lo moral.

Desearíamos que este Código sirviera para tener conciencia de que los valores que manejamos son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en una palabra, la vida humana, y nos ayudará a los profesionales de Enfermería a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que tomemos.

Estamos convencidos, por último, de que un Código Deontológico, en cuanto a criterio ético, es estrictamente necesario para el buen desempeño de nuestra profesión, no sólo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar a través de él en aquellas situaciones diarias en las que se pueden lesionar o infravalorar los derechos humanos.

Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica; nuestras actitudes han de trascender al limitado marco que nos otorga un Código Deontológico, ya que ser Enfermero/a es gozar de un talante ante la vida, su origen creación, más allá de los límites del ser humano, para cuyo estímulo ojalá nos sirva este Código Deontológico.

En el presente Código están prácticamente incardinados los tres grandes grupos, correspondientes a la distintas obligaciones morales:

1. La Enfermera/o y ser el humano.
2. La Enfermería y la sociedad.
3. La Enfermera/o y el ejercicio profesional.

DECLARACION PREVIA

La Moral Profesional no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional.

La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que han de inspirar su conducta.

CAPITULO I

AMBITO DE APLICACION

Artículo 1

Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuera la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc). También serán de aplicación, para el resto de los extranjeros que por convenios, tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.

Artículo 2

Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.

Artículo 3

De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los derechos deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

CAPITULO II

LA ENFERMERIA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS

Artículo 4

La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5

Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6

En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7

El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en

reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y validamente manifestada sobre la atención que se le preste.

Artículo 8

Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9

La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 10

Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11

De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado.

Artículo 12

La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por sí mismo.

Artículo 13

Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

CAPÍTULO III

DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Artículo 14

Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15

La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas.

Artículo 16

En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental de ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17

La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18

Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19

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

Artículo 20

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

Artículo 21

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

Artículo 22

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

CAPITULO IV

LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD

Artículo 23

Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombre.

Artículo 24

Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

Artículo 25

Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y su efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas y/o curativas que se deban adoptar.

Artículo 26

La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

Artículo 27

Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de salud comunitaria.

Artículo 28

Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

Artículo 29

La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la población.

Artículo 30

La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud de la mejora de vida y trabajo determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

CAPITULO V

PROMOCION DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Artículo 31

El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32

Los proyectos y programas de promoción de la salud, han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33

El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social de derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34

En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de la justicia social de dar más al más necesario. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

CAPITULO VI

LA ENFERMERIA Y LOS DISMINUIDOS FISICOS, PSIQUICOS E INCAPACITADOS

Artículo 35

Como consecuencia del Derecho Público, que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Artículo 36

Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la reacción y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

Artículo 37

Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ellas, en la Sociedad.

CAPITULO VII

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACION ETICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

Artículo 38

Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39

La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40

En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41

La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42

La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados

CAPITULO VIII

LA ENFERMERIA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MAS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ COMO CONTRIBUCION ETICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD

Artículo 43

Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida.

Artículo 44

En el ámbito de su competencia profesional, la Enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Artículo 45

Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá entre otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Artículo 46

La Enfermera/o debe incluir en su programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

CAPITULO IX

EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS

Artículo 47

Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

Artículo 48

Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

Artículo 49

Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

Artículo 50

En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

Artículo 51

La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida.

CAPITULO X

NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION

Artículo 52

La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53

La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54

La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55

La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia.

Artículo 56

La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.

Artículo 57

La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58

La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito de la competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59

La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

Artículo 60

Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61

La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62

Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63

Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebatase su propia autonomía profesional.

Artículo 64

La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65

Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66

La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

Artículo 67

La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de Enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

Artículo 68

La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

CAPITULO XI

LA EDUCACION Y LA INVESTIGACION DE LA ENFERMERIA

Artículo 69

La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la lex Artis, exige en cada momento a la Enfermera competente.

Artículo 70

La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.

Artículo 71

La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

Artículo 72

La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.

Artículo 73

La Enfermera/o debe procurar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

Artículo 74

Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

Artículo 75

La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

CAPITULO XII

CONDICIONES DE TRABAJO

Artículo 76

La Enfermera/o que accede a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.

Artículo 77

La Enfermera/o deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

Artículo 78

Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

Artículo 79

La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes.

Artículo 80

Cuando la Enfermera/o observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

CAPITULO XIII

PARTICIPACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA PLANIFICACION SANITARIA

Artículo 81

La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:

- a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten.
- b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

Artículo 82

La Enfermera/o deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se deciden las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

Artículo 83

La Enfermera/o forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de Enfermería que dirigen.

Artículo 84

La Enfermera/o procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.

Artículo final

El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

NORMAS ADICIONALES

Primera

Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorregulación en el control de las condiciones de trabajo, velando porque los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

Segunda

Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de Enfermería y de las personas que reciben sus cuidados.

Tercera

Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

Cuarta

Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial, que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

Quinta

Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

Sexta

Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno u otros órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejo Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57.a) y c) y 58.a) del R.D. 1856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

**Anexo V: Código ético y deontológico de la
Enfermería europea.**

PROTEGER AL PÚBLICO Y GARANTIZAR LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE



CÓDIGO

ÉTICO Y DEONTOLÓGICO DE LA

ENFERMERÍA EUROPEA



Consejo Europeo de Reguladores de Enfermería

Índice

	Página
1 Finalidad	3
2 Introducción	3
3 Principios fundamentales	4
3.1 Calidad y excelencia	4
3.2 Desarrollo profesional continuo	5
3.3 Derechos humanos	5
3.4 Acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad	6
3.5 Cumplimiento del Código Ético y Deontológico	6
3.6 Honestidad e integridad	7
3.7 Relaciones con los demás	8
3.8 Información	8
3.9 Consentimiento informado	9
3.10 Confidencialidad	9
3.11 Conflictos con creencias morales y éticas	10
3.12 Delegación al personal y su supervisión	10
3.13 Seguro profesional de daños y perjuicios	11
4 Glosario	12

1. El Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea tiene como finalidad:

- Garantizar la seguridad y la protección de las personas que reciben cuidados de enfermería en Europa, aconsejando a los órganos reguladores de enfermería sobre los principios fundamentales que deben tener en cuenta en la elaboración de su código ético y deontológico.
- Informar a los pacientes y a las enfermeras/os sobre los estándares comunes éticos y deontológicos que se esperan de todas las enfermeras/os que ejercen en Europa.

Las enfermeras/os deben desempeñar su trabajo cumpliendo siempre con el código ético y deontológico del país en el que ejercen.

2. Introducción

La elaboración del primer Código Deontológico Europeo de amplio alcance por parte de la FEPI para los profesionales sanitarios constituye un ejemplo de liderazgo y buenas prácticas. Los contenidos del presente Código serán pertinentes para toda una serie de grupos de interés incluyendo a los pacientes, la FEPI, la comunidad europea de enfermería, los reguladores de dicha profesión, así como también a otros profesionales sanitarios. La FEPI se complace en presentar este documento de referencia al mismo tiempo que alienta a utilizar su contenido tanto a órganos reguladores y como a otros en Europa y fuera de ella.

En el corazón del Código se encuentran la protección del público y la garantía de seguridad para el paciente. Por lo tanto, ha sido redactado resaltando que los derechos del paciente deben estar siempre en primer lugar y llevando a cabo un proceso de consulta con los órganos reguladores europeos de enfermería, organizaciones europeas de pacientes y otros profesionales sanitarios. El presente código surge, asimismo, de la toma en consideración del nuevo desarrollo de los conocimientos enfermeros, del impacto de la tecnología y los avances científicos en la seguridad del paciente y, todo ello, en el marco de un contexto internacional cambiante.

El presente Código, publicado por la FEPI, constituye un documento de alto nivel estratégico para los órganos reguladores, que goza del apoyo de la Comisión Europea y la misma FEPI recomienda su uso a todos los órganos reguladores de enfermería ya se encarguen de la regulación de enfermeras/os

generalistas* o de especialistas*, tanto en el sector privado, como en el público, o de los profesionales liberales.

La elaboración del presente Código se ha basado en la información e inspiración recibidas a través de las pertinentes Directivas Europeas, la legislación sobre Derechos Humanos (Apéndice 2) y en el trabajo del Consejo Europeo de Profesiones Liberales (CEPLIS)* que todas las profesiones liberales de Europa fueron invitadas a utilizar en la elaboración de sus códigos éticos y deontológicos (Apéndice 3). El presente Código deberá evolucionar con el paso del tiempo para adecuarse a los avances en la profesión de enfermería y en la prestación de servicios en toda Europa.

Los principios clave plasmados en el presente documento permitirán que los reguladores de enfermería puedan elaborar sus propios códigos deontológicos con el fin de informar a los pacientes sobre lo que pueden esperarse de una enfermera/o que trabaje en cualquier lugar de Europa. Asimismo, informará a las enfermeras/os* sobre los estándares éticos y deontológicos que deberán alcanzar y con los que deberán comprometerse en Europa y en el país en el que estén ejerciendo.

“Una enfermera es una persona que ha completado un programa de educación básica general y que está autorizada por el órgano regulador competente para ejercer la enfermería en su país” (C.I.E. 1987).

El presente Código pone todavía más énfasis en que una enfermera/o es una persona que dispensa cuidados de enfermería a personas, grupos, familias y comunidades, tanto si gozan de buena salud como si están enfermos.

Se recomienda a los órganos reguladores de enfermería de Europa que incluyan los siguientes principios en su código ético y deontológico:

3 Principios fundamentales

3.1 Calidad y excelencia

Los pacientes pueden esperarse que los órganos reguladores de enfermería tengan implementados sistemas que permitan definir y monitorizar el contenido, los estándares y la calidad de la formación y la práctica necesarios para ser enfermera/o y poder seguir ejerciendo como tal.

- Los órganos reguladores de enfermería deben contar con sistemas que les permitan comprobar que las enfermeras/os mantienen en todo momento las competencias necesarias para ejercer en aras de la seguridad y la buena salud de los pacientes o clientes.

- Las competencias profesionales de las enfermeras/os deben estar ligadas a la buena práctica de la profesión y por tanto éstas/os deben desempeñar sus tareas con la debida dedicación, precaución, diligencia, destreza y cuidado razonable.
- Las enfermeras/os deben comportarse de manera que quede garantizada la confianza recíproca entre ellas/ellos y el paciente.
- Las enfermeras/os se deben abstener de utilizar sustancias que puedan alterar su capacidad mental o física.
- Las enfermeras/os deben asegurarse de que cumplen con su código deontológico. Asimismo, las enfermeras/os son responsables de evaluar y mejorar la calidad de los cuidados que proporcionan.
- Las enfermeras/os deben compartir sus conocimientos y habilidades de manera tal que tanto individualmente como en un equipo de profesionales puedan intentar determinar las principales causas de los problemas de salud y ofrecer sistemas de prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Las enfermeras/os deben cooperar para el desarrollo de la atención sanitaria y de su profesión promoviendo la salud mediante su participación en la formación de la comunidad, así como en la prevención de los problemas de salud.
- Las enfermeras/os deben valorar activamente los riesgos para sus pacientes y emprender las acciones que sean necesarias para prevenir los riesgos que se deriven de su ejercicio profesional o de su entorno laboral.

3.2 Desarrollo profesional continuo

Los pacientes tienen derecho a esperarse que las enfermeras/os mantengan sus competencias a lo largo de toda su vida profesional.

- Los órganos reguladores deben elaborar un marco de evaluación y certificación para garantizar que las enfermeras/os registradas/os ejercen con seguridad.
- Las enfermeras/os deben asegurarse de que mantienen sus competencias a lo largo de toda su carrera profesional y deben cumplir con los requisitos de desarrollo profesional continuo establecidos en el país en el que estén ejerciendo.

3.3 Derechos humanos

Los pacientes tienen derecho a la dignidad humana, que es el principio sobre el que se basan los demás derechos humanos. En el presente Código se concede la máxima importancia a los derechos humanos y por tanto será aplicable toda la legislación al respecto, independientemente de la nacionalidad o la legislación específica de cada país.

Los pacientes tienen derecho a que su enfermera/o les proteja de manera que nunca sean víctimas de actos de tortura, crueldad, abuso o de cualquier otra forma de trato inhumano o degradante por parte de una enfermera/o.

- Las enfermeras/os deben respetar las necesidades y requisitos manifestados por sus pacientes siempre y cuando sean coherentes con los principios y medidas contemplados en la legislación vigente, con otras herramientas de autorregulación profesional, así como con el código del país en el que estén ejerciendo.
- Las enfermeras/os deben prestar los cuidados necesarios para aliviar el dolor y el sufrimiento tanto físico como psicológico o debido al entorno.
- Las enfermeras/os serán consideradas/os con las personas vulnerables que quizá no puedan expresar sus opiniones, sean frágiles o con quienes puedan necesitar un apoyo adicional por parte de la enfermera/o u otras personas debido a sus circunstancias o situación.

3.4 Acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad

Los pacientes tienen derecho a un acceso justo y equitativo a una atención sanitaria y a un tratamiento de calidad según sus necesidades.

- Las enfermeras/os tienen la responsabilidad primordial de cuidar de todos los pacientes por igual sin perjuicio de su edad, sexo o condición económica, social, política, étnica, religiosa o de cualquier otra condición, e independientemente de las circunstancias personales.
- Las enfermeras/os tienen el compromiso de reconocer que la salud es un derecho fundamental de la persona y defenderán este derecho previniendo enfermedades, cuidando de los pacientes y llevando a cabo tareas de rehabilitación.
- Las enfermeras/os tienen la responsabilidad de colocar al paciente en primer lugar y de reducir al mínimo los riesgos que pudiera correr prestando los cuidados clínicos oportunos de manera segura.

3.5 Cumplimiento del Código Ético y Deontológico

Los pacientes tienen derecho a esperarse que las enfermeras/os proporcionen cuidados de alta calidad, cumpliendo con su código ético y deontológico y con toda la legislación pertinente.

- Las enfermeras/os tienen el deber de cumplir con el código del órgano regulador del país en el que estén ejerciendo.
- Las enfermeras/os deben demostrar con su actitud y su comportamiento que son honestas/os y dignas/os de confianza defendiendo activamente al paciente y colocándolo en el primer lugar.

- Las enfermeras/os deben comprometerse a satisfacer las necesidades de sus pacientes o clientes con arreglo a su ámbito de ejercicio profesional y por tanto desempeñarán únicamente aquellas tareas para las que han sido capacitadas/os y formadas/os.
- Las enfermeras/os deben cooperar para promover y desarrollar la profesión de enfermería en aras del mejor interés del paciente y de la comunidad.
- Las enfermeras/os deben asumir sus responsabilidades de manera competente, profesional y autorregulada.
- Las enfermeras/os deben ser imparciales y objetivas a la hora de valorar las circunstancias y deben emitir juicios en su ámbito de ejercicio profesional basados en evidencia creíble.

3.6 Honestidad e integridad

Los pacientes tienen derecho a esperarse que su enfermera/o sea honesta, digna de confianza y les cuide con integridad.

- La primera prioridad de las enfermeras/os debe ser defender activamente y actuar en el mejor interés de sus pacientes.
- Las enfermeras/os deben asegurarse de que a la hora de tratar con pacientes, clientes y otras personas, incluyendo a sus compañeras/os, sus acciones se sustenten en la honestidad, la integridad y la confianza.
- Las enfermeras/os deben asegurarse de que su comportamiento no ocasione que la profesión de enfermería caiga en descrédito o debilite la confianza del público en la profesión.
- Las enfermeras/os deben utilizar su condición de enfermeras/os tituladas/os y registradas/os únicamente para cumplir con sus responsabilidades y desempeñar sus funciones como tales.
- Las enfermeras/os no deben utilizar su condición de enfermeras/os tituladas/os y registradas/os para promover ningún tipo de producto o servicio comercial.
- Las enfermeras/os no deben comprometer su juicio profesional o dejarse influir por ningún tipo de beneficio o consideración comercial.
- Las enfermeras/os tienen derecho a recibir una remuneración u honorario adecuado por la prestación de sus servicios de enfermería pero deben rehusar cualquier incentivo personal, regalo, beneficio, favor, pago o similar que pudiera interpretarse como influyente en sus juicios, integridad, imparcialidad u honestidad profesionales.

3.7 Relaciones con los demás

Los pacientes tienen derecho a esperarse que las enfermeras/os cumplan con sus deberes incluyendo las relaciones con ellos y con los demás, así como respetando unos estándares y un espíritu coherentes.

- Las enfermeras/os deben basar sus relaciones con los pacientes, compañeras/os y colaboradores en la confianza y el respeto mutuos.
- Las enfermeras/os deben promover un entorno laboral en el que prevalezca el respeto y la transparencia, exento de hostilidades y competencia profesional dañina, y caracterizado por una cooperación fructífera y trabajo en equipo entre profesionales y colaboradores.
- En caso necesario, las enfermeras/os deben aconsejar y guiar a sus compañeras/os ofreciéndoles críticas constructivas para garantizar la protección del público y la seguridad del paciente. Las enfermeras/os deben utilizar los medios más adecuados para realizar críticas y asegurarse de que se tengan en consideración.
- En caso de que una enfermera/o considere que una/o de sus compañeras/os ha actuado demostrando incompetencia grave o de manera contraria a su código deontológico, deberá informar al órgano regulador y a la organización pertinente, director, etc.
- Las enfermeras/os no deben realizar observaciones perjudiciales o despectivas sobre sus compañeras/os a pacientes, clientes, terceros u otros en aras de autopromoción o competencia profesional.
- Las enfermeras/os deben respetar las ideas de otros profesionales y deben consultarles si desean utilizar su trabajo con fines de investigación.

3.8 Información

Los pacientes tienen derecho a esperarse que las enfermeras/os se comuniquen con ellos y les proporcionen información y asesoramiento de forma adecuada, clara y fácil de comprender.

- Las enfermeras/os deben comunicarse con los pacientes de manera fácilmente comprensible para ellos. La información y el asesoramiento proporcionado debe ser imparcial y se debe basar en evidencia creíble.
- Las enfermeras/os serán veraces al ofrecer información a los pacientes.

3.9 Consentimiento informado

Los pacientes tienen derecho a la autodeterminación y al libre albedrío incluyendo la promoción y la protección de su autonomía personal.

Los pacientes tienen derecho a decidir si aceptan o no los cuidados de enfermería (consentimiento informado), así como a negarse a recibir información, asesoramiento o cuidados y a que la enfermera/o respete su decisión.

- Las enfermeras/os deben buscar el consentimiento de su paciente de manera válida y deben estar seguras/os de que el paciente está legalmente capacitado, está informado y de que cualquier consentimiento que dé sea de manera voluntaria.
- Las enfermeras/os tienen la responsabilidad de suministrar a su paciente la información pertinente que le permita tomar una decisión informada.
- Las enfermeras/os deben asegurarse de que aplican el principio del consentimiento informado o su negativa respetando los deseos del paciente en ese momento, así como también deben tener en cuenta los intereses del paciente en caso de que se hayan dado o manifestado instrucciones al respecto en el pasado.
- En caso de que un paciente no pueda dar su consentimiento de manera válida por no estar legalmente capacitado, se deben considerar los siguientes aspectos:

Instrucciones anteriores según corresponda

Las preferencias del paciente, en caso de que se conozcan

Los mejores intereses del paciente

3.10 Confidencialidad

Los pacientes tienen derecho a esperarse que cualquier información que revelen permanezca confidencial entre ellos y sus enfermeras/os.

- La confidencialidad es la piedra angular en la construcción de una relación de confianza entre las enfermeras/os y sus pacientes. Las enfermeras/os tienen la responsabilidad de respetar la confidencialidad de la información que reciben de sus pacientes o sobre temas y condiciones acerca de ellos.
- Las enfermeras/os no deben revelar información confidencial a menos que la legislación del país en el que estén ejerciendo lo requiera, en cuyo caso, las enfermeras/os deben hacerlo cumpliendo con los requisitos legales al respecto.

3.11 Conflicto con creencias morales y éticas

En caso de conflicto causado por profundas creencias morales, éticas o de otra índole derivado de una solicitud de servicios de enfermería, se alienta a las enfermeras/os a que encuentren una solución a través del diálogo con las partes en cuestión, como por ejemplo el paciente, el empleador, el órgano regulador o la organización profesional.

- En caso de que una enfermera/o no logre encontrar una solución al caso anterior o si desea plantear una objeción de conciencia, debe hacer referencia al marco legal vigente en el país en el que esté ejerciendo y utilizarlo como guía.
- En una situación de emergencia o en la que haya un riesgo inminente para la vida del paciente, las enfermeras/os deben proporcionarle cuidados independientemente de que haya algún conflicto con sus creencias morales o éticas.

3.12 Delegación al personal y su supervisión

Los pacientes tienen derecho a esperarse que quienes les dispensan cuidados de enfermería tengan la formación apropiada y sean competentes para dispensar este tipo de cuidados.

- Los órganos reguladores de enfermería tienen la responsabilidad de definir el alcance de la delegación.
- Las enfermeras/os no pueden delegar su función de enfermería en otras personas pero pueden considerar necesario delegar tareas en otras personas como por ejemplo en otra enfermera/o, un trabajador sanitario o en personal de apoyo.
- En caso de que una enfermera/o delegue algún cuidado, ella/él será responsable¹ de garantizar la idoneidad de dicha delegación, así como de asegurarse de que la persona a quien está delegando la tarea en cuestión es competente para llevarla a cabo y cuenta con la debida supervisión o apoyo.
- Las enfermeras/os mantienen la responsabilidad última sobre las tareas que delegan.

3.13 Seguro profesional de daños y perjuicios

Los pacientes tienen derecho a esperarse que cualquier enfermera/o que les esté cuidando esté asegurada/o adecuadamente en caso de que surja algún problema.

- Todas las enfermeras/os deben contratar un seguro profesional que guarde proporción con los servicios prestados en el país en el que estén ejerciendo teniendo en cuenta la repercusión del daño que podrían causar a los pacientes o clientes que cuidan, así como las probabilidades de que se produzca un daño.
- Las enfermeras/os que ejercen en países donde no sea posible contratar un seguro de daños y perjuicios, éstas/os deben poder demostrar que han informado plenamente a su paciente de que ejercen sin seguro y de las consecuencias en caso de que se presentara una reclamación por negligencia profesional.

Glosario de términos

ACCOUNTABILITY (RESPONSABILIDAD/RESPONSABILIZACIÓN)

La condición de tener que responder de las propias decisiones y acciones. A veces el término “accountable” (responsable) se utiliza con una connotación moral (“normativamente”), para indicar que moralmente es necesario responder de las propias acciones sin especificar ante quién se es responsable. Más a menudo, “accountable” se utiliza de manera calificativa para explicar el hecho sociológico mediante el cual se requiere que una determinada persona u organización responda ante alguien en particular debido a determinadas reglas o estructura organizativa. En reconocimiento de la existencia de diferentes tradiciones en el uso de este término, preferimos distinguirlo de “responsibility” (responsabilidad).

AUTONOMY (AUTONOMÍA) AND RIGHT OF SELF DETERMINATION (Y DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN)

La **autonomía** es la capacidad de cada persona de determinar libremente el curso de su vida tomando decisiones por uno mismo a la luz de un sistema personal de valores y creencias. Se puede utilizar en varios sentidos como por ejemplo haciendo referencia a la libertad de acción, deliberación efectiva y autenticidad. Apoya principios morales y jurídicos como el respeto de las personas y el consentimiento informado cuando se utiliza en referencia al derecho del paciente a la autodeterminación.

El **derecho a la autodeterminación** es el derecho a decidir las propias acciones o el curso de la propia vida siempre y cuando al hacerlo no se interfiera excesivamente en las vidas y acciones de los demás.

Con el fin de reconocer las diferentes tradiciones en cuanto al uso de esta expresión en los distintos países, ambos términos se utilizan de manera intercambiable.

BELIEFS (CREENCIAS) morales, personales, religiosas

Combinación de lo siguiente: un conjunto fijo y coherente de creencias y prácticas éticas y morales, religiosas y/o personales, que forman un modelo de opiniones y reglas para la vida personal; comportamiento consabido y habitual que normalmente se asocia a una visión mundial de la verdad, la vida y la muerte. Puede formar parte de un sistema de creencias religiosas o de una ideología secular.

BEST INTEREST (MEJOR INTERÉS)

Juicio basado en una idea de lo que sería más beneficioso para un paciente o cliente; normalmente se busca cuando el paciente no ha manifestado sus deseos.

CODE (CÓDIGO)

Recopilación completa y organizada sistemáticamente de principios, normas y reglas de conducta.

CONDUCT (CONDUCTA)

Comportamiento, forma de actuar.

CONFIDENTIALITY (CONFIDENCIALIDAD)

Consiste en mantener segura y en secreto la información recibida de una persona o sobre una persona durante una relación profesional. Es confidencial la información que se confía al profesional y sólo se deberá compartir con un grupo muy limitado de personas para aquellos fines que la persona que confía la información quiere que se cumplan como por ejemplo el tratamiento o la dispensación de cuidados.

El Deber de la Confidencialidad se debe a todos los pacientes sin olvidar a los menores maduros e inmaduros y a los adultos sin capacidad de tomar decisiones por sí mismos. El deber perdura tras la muerte de la persona.

PROFESSIONAL SECRECY (SECRETO PROFESIONAL)

En algunos países, el concepto de mantener segura y protegida la información sobre una persona en el ámbito de una relación profesional se denomina más a menudo «secreto profesional», mientras que en otros países se utiliza el término «confidencialidad».

CONSENT TO DISCLOSURE (CONSENTIMIENTO PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN)

Comunicación voluntaria, específica e informada de aquellos deseos con los que los pacientes manifiestan su acuerdo para que información identificable sobre ellos se dé a otros o se utilice para determinadas finalidades conocidas. Se produce revelación de información cuando se da a conocer información identificable sobre un estado de salud a otra persona que no sea el sujeto interesado.

CONFLICT OF INTEREST (CONFLICTO DE INTERESES)

Una persona tiene un conflicto de intereses cuando se encuentra en una posición de confianza que requiere la realización de juicios por parte de terceros (personas, instituciones, etc.) y al mismo tiempo tiene intereses u obligaciones, que podrían interferir en la realización de dichos juicios, que la persona moralmente debe evitar o reconocer abiertamente.

COMPETENCE (COMPETENCIA)

(1) Nivel de actuación que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, habilidades, juicio y atributos personales necesarios para ejercer de manera segura y ética desempeñando una función designada y en un entorno preestablecido.

(2) Capacidad de una persona (capacidad legal) de tomar una decisión determinada en función de la información recibida y comprendida en ese momento.

COMPETENCIES (COMPETENCIAS)

Conocimientos, habilidades, juicio y atributos personales específicos requeridos para que un profesional sanitario ejerza de manera segura y ética desempeñando una función designada y en un entorno preestablecido.

CONTINUING COMPETENCE (COMPETENCIA CONTINUADA)

Capacidad continuada de un profesional sanitario de integrar y aplicar los conocimientos, habilidades, juicio y atributos personales necesarios para ejercer de manera segura y ética desempeñando una función designada y en un entorno

preestablecido. El profesional sanitario reflexiona sobre la práctica de manera continuada y emprende las acciones necesarias para seguir mejorando su práctica.

CONTINUING EDUCATION (FORMACIÓN CONTINUA)

Experiencias formales de aprendizaje profesional diseñadas para enriquecer las contribuciones de la enfermera/o a favor de una atención sanitaria de calidad y la persecución de los objetivos de su carrera profesional.

CONSULTATION (CONSULTA)

Comunicación escrita o verbal del *proveedor primario* a un colega del ámbito de la atención sanitaria solicitando información, asesoramiento o compartir la toma de decisiones sobre el diagnóstico y/o la gestión de la condición de salud del paciente

CO-WORKER (COLABORADOR)

Otras enfermeras/os y trabajadores tanto sanitarios como no y profesionales.

CREDENTIALING (ACREDITACIÓN)

Es un término que se aplica a los procesos utilizados para indicar que un individuo, programa, institución o producto han cumplido el estándar establecido. Los estándares pueden ser mínimos o estar por encima del mínimo, pueden ser obligatorios o voluntarios. Concesión de la licencia, registro, acreditación, aprobación, certificación, reconocimiento o conformidad son términos que se pueden utilizar para describir los distintos procesos de acreditación. Esta terminología varía en los distintos entornos y países.

Las credenciales son marcas o “sellos” de calidad y rendimiento que indican a empleadores, pagadores y consumidores qué pueden esperar de una enfermera/o, especialista, curso o programa de estudio, institución de formación superior, hospital, servicio o producto sanitario, tecnología o dispositivo “acreditado”. Las credenciales se pueden evaluar periódicamente y renovarse como medio para asegurar la continuidad de la calidad o se pueden retirar cuando se dejan de cumplir los estándares, la competencia o el comportamiento establecido.

DELEGATION (DELEGACIÓN)

Es la asignación de autoridad y responsabilidad a otra persona para que realice determinadas actividades. Permite que un subordinado tome decisiones, es decir, se trata del desplazamiento de la autoridad para la toma de decisiones de un nivel organizativo a otro nivel inferior. La responsabilidad última no se puede delegar. La enfermera/o mantiene la responsabilidad de la delegación.

DELEGATOR (PERSONA QUE DELEGA)

Persona que delega.

DELEGATEE (PERSONA EN QUIEN SE DELEGA)

Persona en quien se delega.

DEONTOLOGY (DEONTOLOGÍA)

Ciencia relacionada con el deber u obligación moral. Cualquier postura ética que afirme que las acciones son correctas o equivocadas dependiendo de si corresponden a nuestro deber o no.

DUTIES OR OBLIGATIONS (DEBERES U OBLIGACIONES)

Requisitos debidos a la situación o las circunstancias de una persona que especifican lo que se debe hacer y lo que no por razones morales, jurídicas, religiosas o institucionales. Normalmente las declaraciones de obligaciones especifican qué acciones son necesarias o están prohibidas - una obligación legal es un requisito jurídico que especifica qué acciones están permitidas, prohibidas o son necesarias con arreglo a la legislación-. Una obligación es algo que se debe cumplir o algo que no se debe hacer por razones morales como por ejemplo el mantenimiento de leyes justas, promesas o el respeto de los derechos de los demás.

ETHICS (ÉTICA)

Reflexión filosófica sobre la actuación de los seres humanos. Se utiliza para hacer referencia a un conjunto de principios y valores de comportamiento ético de un grupo determinado.

ENVIRONMENT (ENTORNO)

Los alrededores, condiciones e influencias que afectan a la dispensación y adquisición de sanidad y cuidados.

EVIDENCE BASED PRACTICE (PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA)

Es la evaluación crítica de la literatura y la aplicación de directrices para la práctica basadas en investigación actual, relevante y pertinente a la gestión de los cuidados que se dispensan al paciente.

HEALTH CARE (ATENCIÓN SANITARIA)

Derecho de todas las personas independientemente de cualquier consideración económica, política, geográfica, racial o religiosa. En este derecho se engloba el derecho a optar por recibir cuidados o rehusarlos, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento o la nutrición; el consentimiento informado; la confidencialidad y la dignidad, incluyendo el derecho a morir con dignidad. Asimismo, implica tanto los derechos de quienes buscan cuidados como los de los proveedores.

HONESTY (HONESTIDAD)

La cualidad o condición de ser honesto; sincero. Se asocia al valor de la verdad.

HUMAN DIGNITY (DIGNIDAD HUMANA)

Significa que cada persona, independientemente de su edad, origen, color, credo, discapacidad, etnia de procedencia, estatus familiar, género, lengua, estado civil, opinión política o de otra índole, asistencia pública, raza, religión o creencia, sexo u orientación sexual, merece ser honrado, estimado y respetado. La dignidad implica: (1) la pureza de cada persona y el reconocimiento de que las personas no pueden ser utilizadas o sacrificadas por otros; se debe considerar al ser humano como un fin en sí mismo y nunca como un medio; (2) autonomía de cada persona para establecer su propio plan de vida y tomar sus propias decisiones en su proyecto de vida; (3) los seres humanos son iguales en cuanto a dignidad y derechos.

Bajo una perspectiva ética, la relación entre quienes dispensan cuidados y la persona que los recibe está rodeada de principios y valores.

IMPARTIALITY (IMPARCIALIDAD)

Postura en la que se trata a todo el mundo por igual u objetivamente. Podría decirse que es un componente esencial de la vertiente moral de manera que a la hora de juzgar acciones o situaciones morales los seres humanos deben ser tratados con igualdad. *Unbiased* se utiliza en el mismo sentido (sin *bias* -sesgo- para indicar una inclinación que influye en el juicio como por ejemplo un prejuicio).

INFORMED CONSENT (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Se utiliza para describir la obligación de promover que los pacientes o clientes sean participantes activos en las decisiones relativas a sus cuidados o a su participación en proyectos de investigación. El consentimiento informado está arraigado en el concepto de la toma de decisiones de manera autónoma o el derecho a la autodeterminación. El consentimiento informado requiere información (a los pacientes y clientes), comprensión (por parte del sujeto a quien se revela la información), voluntariedad (del paciente y los clientes a la hora de tomar su decisión), competencia (del paciente / sujeto que debe tomar una decisión) y consentimiento (por parte del paciente / sujeto). Asimismo, tiene umbrales (precondiciones) que son la competencia (de entender y decidir) y la voluntariedad (al decidir).

INTEGRITY (INTEGRIDAD)

Toma de decisiones coherentes entre sí y con los valores declarados y operativos que uno propugna. Búsqueda de congruencia ética en las propias decisiones.

JUSTICE (JUSTICIA)

Imparcialidad, equidad y moralidad en las acciones o actitudes con el fin de promover y proteger los derechos humanos y las responsabilidades. Es el principio que establece que la imparcialidad requiere que quienes son iguales sean tratados con igualdad.

NURSE (ENFERMERA/O)

‘Una enfermera/o es una persona que ha completado un programa de formación enfermera básica general y está autorizada por la autoridad reguladora apropiada para ejercer en su país...’ (CIE 1987)

Quienes utilizan legítimamente el título de “Enfermera/o” son responsables y se les responsabiliza individualmente de sus acciones al mismo tiempo que se les requiere que cumplan con códigos de la práctica y la ética profesional. Las enfermeras/os deben recibir formación relativa a sus derechos jurídicos sobre el uso exclusivo de dicho título y sobre la consiguiente responsabilización y responsabilidades inherentes al ámbito de la práctica asignado a quienes están autorizados por ley a tenerlo.

SPECIALIST NURSE (ENFERMERA/O ESPECIALISTA)

“Es una enfermera/o que ha recibido una formación formal y un entrenamiento práctico que van más allá del nivel de la enfermera/o generalista y está autorizada para ejercer como enfermera/o especialista con competencia avanzada en una rama de la enfermería. La práctica especializada incluye la enfermería avanzada y/o las capacidades clínicas y cometidos relacionados, así como actividades de asesoramiento, investigación, enseñanza y administrativas en el campo de la especialidad. La formación en enfermería especializada es un programa de estudios post-básico formalmente reconocido que continúa la formación y el entrenamiento general de enfermería y proporciona la experiencia y los conocimientos necesarios para garantizar la competencia en la especialización en cuestión. Una mayor formación, entrenamiento y autorización se determinan a la luz de las tareas, el entrenamiento, la formación y las

actividades de los especialistas que han recibido formación post-básica en otras ramas de la profesión y a la luz de las reglas y normas que se les pueden aplicar. La mayoría de los títulos para enfermeras/os especializadas incluyen la designación de enfermera/o especialista combinada con el nombre de la especialización.” (CIE)

NURSING (ENFERMERÍA)

‘La enfermería es una parte integral del sistema de atención sanitaria que abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de los enfermos físicos, mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades en todos los entornos de la atención sanitaria y otros entornos de la comunidad. En el amplio espectro de la atención sanitaria, los fenómenos de mayor preocupación para las enfermeras/os son las “respuestas” individuales, familiares o de grupo “a problemas de salud efectivos o potenciales” (ANA 1980:9). Estas respuestas humanas abarcan ampliamente desde las reacciones para la restauración de la salud en un episodio puntual de enfermedad hasta el desarrollo de políticas para promover la salud de una población a largo plazo...’ (CIE)

NURSING JUDGMENT (JUICIO ENFERMERO)

Proceso que permite a las enfermeras/os entender los problemas, asuntos o preocupaciones de clientes, prestar atención a la información destacada y responder a los problemas de los clientes con interés e implicación. Incluye tanto una toma de decisiones consciente como una respuesta intuitiva.

PATIENTS/CLIENTS (PACIENTES/CLIENTES)

Persona, familia, grupo o comunidad que recibe servicios de atención sanitaria de manos de un profesional. Los términos “cliente” y “paciente” se usan indistintamente.

PATIENT SAFETY (SEGURIDAD DEL PACIENTE)

Este concepto cuenta con numerosas definiciones operativas diferentes y cada una de éstas se define en un contexto de investigación. Sin embargo, en general, la seguridad del paciente hace referencia al concepto de que los pacientes que se encuentran en un entorno sanitario obtienen los resultados esperados.

“El CIE está convencido de que para mejorar la seguridad de los pacientes es precisa una amplia diversidad de medidas en el reclutamiento, la formación y la retención de los profesionales de la atención de salud, es necesario mejorar las prestaciones, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, con inclusión de la lucha contra las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno de los cuidados, y la acumulación de un acervo integrado de conocimientos científicos centrados en la seguridad de los pacientes y la infraestructura necesaria para su mejoramiento” (CIE).

PERSONAL INFORMATION (INFORMACIÓN PERSONAL)

Información obtenida durante la relación profesional. Es privada y pertenece a una persona o familia. Cuando se revela se puede provocar una violación del derecho a la privacidad, causar inconvenientes, vergüenza o daño a la persona o a la familia en cuestión.

PROFESSIONAL DEVELOPMENT (DESARROLLO PROFESIONAL)

Es un proceso que dura toda la vida y cuya finalidad es mantener y mejorar las competencias de las enfermeras/os.

PROFESSIONAL SELF-REGULATION (AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL)

Salvaguarda y aboga por la seguridad del paciente a través de la capacidad que tiene de ofrecer claridad y garantías sobre las competencias, cualificaciones y la habilitación para ejercer de cada enfermera/o al mismo tiempo que promueve entornos de trabajo en los que las enfermeras/os puedan cumplir sus obligaciones profesionales y éticas.

PUBLIC PROTECTION (PROTECCIÓN DEL PÚBLICO)

Objetivo principal de la regulación de la enfermería garantizando que los ciudadanos tengan acceso a una atención enfermera segura y efectiva.

REGISTRATION (REGISTRO)

Proceso que consiste en proporcionar a aquellas personas inscritas en un registro la autoridad necesaria para utilizar un título exclusivo.

REGULATION (REGULACIÓN)

Todos aquellos medios legítimos y apropiados – gubernamentales, profesionales, privados e individuales – a través de los cuales se confiere orden, identidad, coherencia y control a la profesión. De este modo, la profesión y sus miembros quedan definidos; se determina el ámbito de la práctica; se establecen los estándares de la formación y de la práctica ética y competente; y se instauran sistemas de responsabilización a través de estos medios.

REGULATORY BODY (ÓRGANO REGULADOR)

Organización formal designada con arreglo a un estatuto o agencia gubernamental autorizada para implementar las formas y procesos reguladores destinados a conferir orden, coherencia y control a la profesión y a su ejercicio.

RESPONSIBILITY (RESPONSABILIDAD)

Capacidad y obligación de responder de los propios actos y consecuencias mediante el cumplimiento de compromisos previos. Es una categoría de evaluación ética y moral y, según el concepto jurídico tradicional, queda definida como la obligación de resarcir un daño (causado por un error o falta) y la obligación de sufrir un castigo – la idea común es la «obligación» que adquiere el doble sentido de resarcir el daño y padecer el castigo.

La responsabilidad está ligada a los cometidos que se confían y por tanto es una especie de obligación frente a algo vulnerable que puede deteriorarse a menos que alguien responsable lo evite.

RIGHTS (DERECHOS)

Permiten realizar algo sin la interferencia de otros (*derechos negativos*) u obligan a otros a hacer algo positivo para asistir a una persona (*derechos positivos*).

Algunos derechos (*derechos naturales, derechos humanos*) son comunes a todo el mundo por naturaleza o simplemente por gozar de la condición de ser humano; hay personas que tienen algunos derechos (*derechos legales*) por pertenecer a un determinado estado político; otros derechos (*derechos morales*) se basan en la aceptación de una determinada teoría moral.

SAFETY (SEGURIDAD)

Libre de peligro; propiedad de un dispositivo o proceso que limita el riesgo de accidentes por debajo de un nivel especificado y aceptable. Las enfermeras/os abordan la seguridad del paciente en todos los aspectos de los cuidados. Aquí se incluye la información a los pacientes y a otros sobre el riesgo y su reducción defendiendo la seguridad del paciente y notificando eventos adversos.

SCOPE OF PRACTICE (ÁMBITO DE EJERCICIO)

Abanico de roles, funciones, responsabilidades y actividades para los que los profesionales registrados / con licencia han sido formados, son competentes y tienen autorización para actuar. Define la cuestión de la responsabilización y los límites de la práctica.

STANDARD (ESTÁNDAR)

Algo establecido como base de comparación a la hora de medir o juzgar.

Nivel deseado y alcanzable de actuación contra el que se mide la práctica efectiva.

STANDARD OF CARE (ESTÁNDAR DE CUIDADOS)

El estándar de cuidados es el nivel de cuidados que una persona razonablemente prudente aplicaría en una circunstancia determinada. Un estándar típico para un profesional es “ejercer con arreglo a un nivel medio de habilidades, cuidados y diligencia considerando el nivel de los miembros de la misma profesión (o especialidad de esa profesión) que ejercen en la misma localidad o en una similar a la luz del estado actual de la profesión”

TRUST (CONFIANZA)

La confianza es la seguridad de poder contar con algo

TRUSTWORTHINESS (CONFIANZA / HONESTIDAD)

Característica que consiste en merecer confianza. Un profesional fiable es alguien en quien podemos depositar nuestra confianza y estar seguros de que ésta no será traicionada. Una persona puede demostrar su fiabilidad cumpliendo con una responsabilidad asignada – y, en este sentido, no decepcionando nuestras expectativas- Para que una persona confíe en otra, su valor e integridad se deben probar constantemente con el paso del tiempo.

URGENCY (URGENCIA)

El estado de ser urgente; una necesidad seria e insistente; importancia apremiante que requiere una acción rápida; necesidad de una acción inmediata.

EMERGENCY (EMERGENCIA)

Situación altamente volátil o peligrosa que requiere una acción inmediata para remediarla; situación o incidencia grave que tiene lugar inesperadamente y requiere acción inmediata; una condición de necesidad urgente de acción o asistencia.

La diferencia entre una urgencia y una emergencia está relacionada con la fuerza y la rapidez de la amenaza para la vida.