

## Mesa redonda

*Sigue a continuación la Mesa Redonda, para llevarla a cabo los participantes de la audiencia enviaron sus preguntas por escrito, las cuales respondieron los integrantes de la Mesa.*

*Como moderador estuvo el Dr. Sánchez Torres.*

**Pregunta.**— ¿Por qué los mismos profesionales de la salud que trabajan en una Institución privada actúan en forma diferente en su relación con el paciente cuando van a la Institución Estatal o llamada de caridad?

**Dr. Sánchez Torres.** — En esta pregunta se encierran varios aspectos interesantes. Yo preguntaría: ¿al decir “en forma diferente”, quiere decir “haciéndole mal al paciente”?

**Padre Rodríguez.** — A mi me parece que hay lo siguiente: nosotros somos esencialmente hijos de una cultura entonces estamos muchas veces más moderados por la cultura de lo que nosotros pensamos. En el contexto nuestro actual, la medicina privada es simplemente oferta y demanda, naturalmente nosotros caemos ahí bajo los criterios de caridad; indudablemente es mucho más fácil entenderse con un paciente que está más o menos al nivel de nuestra propia cultura, eso inclusive produce una gratificación humana que nos permite sentir la realización personal de nuestra profesión, entregando nuestros conocimientos y poniendo nuestra tecnología al servicio de un determinado servicio que se nos ha pedido bajo demanda, yo creo que muchas veces el zapatero goza más haciendo los zapatos que le encargan que el obrero de la fábrica en la producción de millares y millares de zapatos en el anonimato que éste implica. Mientras en una institución diferente la medicina parece como caridad, no como derecho, no nos implica tanto a nosotros como profesionales de nuestras obligaciones, nos implica como personas dueñas de una bondad y muchas veces la bondad al compás de nuestro propio carácter o de nuestras propias circunstancias. En este sentido realmente estamos absolutamente modelados; el doctor Fergusson en su libro el “Esquema Crítico de la Medicina en Colombia” trata lindamente este aspecto

y en realidad nos lo hace ver, pues él señala expresamente cómo hay diferencia de servicios. Ustedes saben por otra parte de muchos de los servicios que los médicos se consiguen, y esto ha salido a la luz pública inclusive con alguien que fue profesor de la Universidad Nacional, nosotros ahí estamos simplemente, llenado digamos necesidades económicas, cuando el Seguro paga, cuando se trata de esto y cuando lo otro, estamos al compás de la ganancia. Lo que decía el Dr. Fernando Sánchez es muy importante, nosotros estamos contaminados de la falta de Etica de un sistema, lo que es importante señalar es que si bien estamos moldeados por una cultura, nosotros también somos generadores de cultura, entonces lo que puede pasar por ejemplo en nuestra actividad docente es que somos reproductores de cultura, nosotros muy posiblemente estamos formando personal de ciencias de la salud para el ejercicio curativo, jamás para el ejercicio preventivo, con esto la persona va a curar y no a prevenir. Nosotros sabemos por ejemplo de las desviaciones profesionales del médico, este también se deja sugestionar por la moda de determinado remedio, determinada droga y eso es lo que receta, al fin y al cabo de eso se trata, de eso tratan los visitantes médicos. Entonces aquí precisamente el fruto que puede salir de una reunión como esta, es que nosotros comencemos a tener actitudes críticas ante nosotros mismos, actitudes críticas del ambiente científico que nosotros constituimos, actitudes críticas hacia la facultad como tal, para ver si en realidad la reproducción de un sistema no significa una carencia total de Etica, aunque sigamos hablando de una ética con una serie de Códigos o de normas en que nos movamos. Nuevamente yo insisto, en que la Etica siempre será una Sinfonía Inconclusa, nunca estará totalmente terminada, siempre tendremos que construirla y siempre tendremos que convencernos de ella. Por otra parte, los servicios de caridad, deberían ser un deber del Estado; para que en América Latina hubiera un cambio en este aspecto, hubo que hacer una revolución cubana y allá solucionaron los problemas básicos de salud de modo que cualquier cubano realmente tiene acceso no a servicios de caridad, sino a deberes del Estado. En esa forma las cosas pueden cambiar, pero mientras tanto nosotros estamos muy fácilmente al compás del cha-cha-cha del tren, pues sí, marcamos el mismo ritmo y el mismo paso.

**Clemencia Lombana.**— Yo creo que aquí hay también un dilema ético muy importante desde el punto de vista formación de recurso de salud, desgraciadamente hasta hace muy pocos años no contábamos con suficiente tecnología disponible para hacer modelos humanos sobre los cuales nosotros pudieramos aprender el cuidado de los pacientes, entonces teníamos que utilizar al hombre como sujeto en cierta forma de experimentación, me estoy refiriendo a no hace mu-

cho tiempo, cuando yo estudié enfermería aprendí a poner inyecciones en un hospital universitario, no se si me hubieran dejado entrar a una clínica privada, pero no era solamente el picotazo en sí, era las implicaciones que tenía el hecho de que yo como estudiante estaba muchas veces manejando una droga que no conocía muy bien, todas nosotras conocemos por ejemplo la carga de trabajo que tiene una instructora Clínica para estar con los ojos puestos en cada actividad que hace su estudiante de enfermería, muchas veces sin cuidarnos nosotras mismas de las implicaciones que esa acción de enfermería iba a tener sobre el paciente. Yo pienso que nosotros tenemos que cuidarnos mucho en la transmisión de ese concepto del hombre como el que en distintos sitios nosotros podemos aprender, nos podemos equivocar y la droga en un momento dado, la podemos errar y no pasó nada, porque nadie sabía y nadie se dio cuenta, si no estaba la Instructora, todavía mejor, porque no me "rajé". Yo pienso que eso se transporta después a la práctica profesional y mi concepto del hombre en el hospital privado puede modificarse a mi concepto del hombre en el hospital universitario. Yo pienso que nosotros también tenemos una ingerencia directa, le doy gracias a Dios de que en este momento hasta cierto punto, tengamos los instrumentos para aprender determinadas cosas en la práctica de enfermería, nosotros podemos aprender a administrar droga con un computador y el computador se muere de pronto, pero no pasó más nada, no pasó de ser una máquina que un momento citado me dice "no haga esto" "está pasando esto", y yo se que el paciente se está muriendo que es muy distinto a que si hago lo mismo con un ser humano. Yo pienso que este es uno de los grandes retos de nuestros países, aprovechar ese tipo de tecnología, enseñarle al estudiante a través de los recursos que tenemos, o de los recursos que podemos adquirir, tener aspiraciones para conseguir otra serie de cosas, y probablemente modificar la transmisión de conocimientos.

Dr. S. T. — La pregunta suya, es ¿por qué? ¿cierto?

Yo creo que en esto interviene un factor muy importante que es el factor costumbre, costumbre quiere decir moral. Infortunadamente en algunos sitios como ocurre en Colombia la medicina está hecha para pobres y para gente pudiente, es lo que yo he criticado porque me parece odioso, el elitismo en la medicina. No puede haber elitismo, no debe haber elitismo. ¿Por qué? porque quien oficia, quien desempeña la medicina se ve obligado a actuar con doble moral porque lo coloca en dos situaciones distintas. Ustedes se van a una institución donde no dejan entrar los familiares como si los dejan entrar en la Clínica del Country, bueno, son normas que tiene la

## Avances en Enfermería

clínica; yo preguntaba por eso, si lo que se criticaba era el médico que actúa por negligencia con el paciente que no le paga o con mucha dedicación con el paciente que le paga bien, es una doble moral indudablemente a causa del elitismo que en Colombia existe para el ejercicio de la medicina.

P.— ¿Por qué si se sabe desde hace siglos que el agua no potable es causa de muerte para muchos, especialmente niños pobres no se ha tomado una acción efectiva al respecto?

Bueno, el agua potable, es la que es buena. Realmente es un problema de desarrollo, un problema de Estado diría yo, el ideal es llevar agua potable a todos los sitios del país, a todos los hogares, infortunadamente son problemas de infraestructura.

P. R.— Es decir, el problema del agua potable, el problema de la contaminación del aire, muchos de esos problemas del acabar con los pulmones de la humanidad, me refiero a los pulmones, a lo que genera aire, las selvas, etc., es un problema de desarrollo, sub-desarrollo económico, son decisiones de poder económico. ¿Por qué no se descontamina el río Bogotá? ¿Por qué por ejemplo la parte de Jumbo cerca a Cali que es nauceabunda, por qué no se ha logrado eso? ¿Por qué no se obliga a poner filtros en los exhostos de los automóviles, de las máquinas pesadas? Simplemente son cosas de decisiones de poder y de presiones económicas. De modo que precisamente esto que nosotros estamos llamando desarrollo, la carrera del desarrollo tiene una serie de condicionamientos de muerte de la misma manera que los países pobres pagamos el bienestar de los países ricos, de la misma manera, muchas riquezas se construyen sobre la muerte de las personas. ¿Por qué por ejemplo se pasaron los cortometrajes del río Bogotá en la parte de Apulo cuando la gente se bañaba y salía con esas llagas tan espantosas y por qué no se ha puesto ningún remedio? Simplemente, porque los pobres no son grupos de presión. Precisamente el poder político y económico consiste en poder canalizar los dineros que irían para el beneficio común para intereses particulares y para la muestra un botón, ahora los auxilios parlamentarios van a aumentar en un 50/o me parece. Son decisiones de poder.

P.— ¿Qué parámetros éticos debe tener la Enfermera ante la decisión de prolongar la vida de una persona que sabemos tiene una enfermedad incurable?

S.T.— Bueno, esto de “decisión de prolongar la vida” tiene muchas implicaciones. Yo decía antes que el médico o mejor, el equipo

de salud, para no excluir a la enfermera, tiene que sujetarse a las reales esperanzas de vida que haya. Si el equipo de salud ha llegado al convencimiento de que el paciente es irrecuperable, lo que en un momento dado haría sería prolongar no su vida sino su agonía.

Otra cosa sería si el paciente, a la luz de la ciencia, fuera recuperable.

P. R. — Aquí hay un punto que me parece a mi muy importante, yo me permitiría complementar lo que dice el doctor, no solamente la esperanza de vida sino la calidad de vida. Por ejemplo, una vida vegetativa como el caso Ann Quinlan, y ahí vienen las hipocresías de nuestra ética científica, mientras se hace todo un drama de Corte Suprema de Justicia, etc., etc., en que los padres adoptivos de Ann Quinlan están suplicando a la Corte Suprema de Justicia que permitan desconectar los tubos que la mantienen artificialmente en existencia, si hoy en día un feto es viable, perfectamente viable a los cinco meses con aparato y a los seis meses con operación canguro que se está haciendo en el materno Infantil, en el contacto con la madre, mientras eso era considerado favor post-legal en los mismos estados, lloraban por el caso Quinlan. Porque de aquí en adelante la problemática es cuándo comienza la vida humana y cuándo termina la vida humana, qué significa la determinación científica de qué es vida, de qué es muerte; qué significa por ejemplo vida humana. ¿Es verdad que en el feto no existe ninguna conciencia? nadie lo puede decir. ¿Qué conciencia tiene el niño recién nacido? Nosotros no lo sabemos. Sabemos que el proceso de la adquisición de la conciencia es un proceso largo. Cuando nosotros dormimos, ¿dejamos de ser seres humanos porque no tenemos conciencia? Cuando lo someten a uno a anestesia y nos cuidan indudablemente la conciencia, ¿perdimos la humanidad? Entonces esas son cosas que no se pueden medir, no tienen medida totalmente y por eso es tan difícil la discusión a este respecto. Pero realmente aquí es el problema de la calidad de la vida. De todas maneras el Dr. Sánchez Torres lo decía muy claramente, nosotros no tenemos de ninguna manera, autorización ninguna para acortar la vida humana para digamos, acabarla nosotros directamente, pero ya desde 1950 para hablar de la moral católica, desde 1950 o sea, hace 36 años Pío XII había hablado muy claramente sobre estos aspectos en el sentido de que no había ninguna obligación de prolongar ninguna vida humana que en realidad no tenga esperanza como vida humana. Ahora la satisfacción morbosa de mantener una persona unas horas más para decir, mi deber científico era ese, es simplemente la negación de cualquier sentido de humanidad de aquí que lo que se dice del derecho a morir es muy importante, pero la grande paradoja

está en que en Colombia comienza a existir primero una asociación por el derecho a morir con dignidad, cuando ni siquiera se ha podido crear la de vivir con dignidad.

S.T. — Precisamente, hay una pregunta relacionada con esto: ¿Qué podríamos definir como derecho a la muerte?

P. R. — Aquí me parece que nosotros estamos en un campo terriblemente difícil y lo más importante de todo es que el médico no es el dueño de la vida ni de la muerte, ni el dueño de las definiciones. El médico tiene que contar con la familia. Hoy en día nos encontramos con las Unidades de Cuidados Intensivos y en las clínicas más avanzadas del mundo, la muerte se convirtió en lazo científico y perdió el sentido de lo humano, de modo que la mujer suplica que la dejen entrar a acompañar a su marido y no porque está en tal unidad, entonces se ha privado a la persona, la capacidad de morir con dignidad. Yo me recuerdo una vez que fui a los Estados Unidos a acompañar a un enfermo, un hombre extraordinario, lo más extraordinario que he conocido en mi vida, estaba agonizando: me saludó porque era católico, comenzó a rezarme y había un robot de enfermera mirando manómetros y pinchando tubos, absolutamente insensible a lo que estaba sucediendo; yo no creo en la pena de muerte, pero en ese instante afectivamente se la habría aplicado a la enfermera. En todo caso, aquí precisamente nadie puede decir qué es muerte y qué es vida, porque inclusive la misma definición de muerte hoy en día como ausencia de onda cerebral es una definición que tiene un poco de dantesco, se necesita que la persona esté suficientemente muerta como para que al quitarle los órganos no la matemos y que esté suficientemente viva para que los órganos no sirvan. En medio de todo, ese tránsito entre la existencia humana como vida y muerte, nosotros no sabemos cómo es, nadie lo puede decir, nadie dice en qué instante murió, ni siquiera el individuo que han decapitado, nadie lo puede decir, la ciencia no alcanza a eso; pero yo creo que todo el problema está en la dignidad del hombre, en su capacidad de conciencia. De todas maneras, someter a un individuo cuyo cuerpo esté completamente escarado, mantenerlo con respiración artificial, todo esto es completamente absurdo, yo creo que aquí el médico tiene que instruir a la familia para recordarle que también hay una ética de la vida y de la muerte y no simplemente porque hay manera de quitar dinero, entonces, sostener aquello. Y al mismo tiempo las Unidades de Cuidados Intensivos recordemos que pueden dejar a una persona, la mantienen en vida y después la familia muchas veces no tiene ni con qué pagar el entierro.

**Inés Durana.** — Yo considero que si uno tiene la ocasión como enfermera de preparar al paciente y de conocer cuáles son sus deseos, es también muy importante. El poder comunicarse con el paciente y saber cuáles son sus deseos.

Hoy en día hay muchos instrumentos que se llaman testamento en vivo, en que las parejas, las familias, conversan de estas cosas con ayuda terapéutica y se toma una decisión antes del momento crítico de decir se prolonga o no se prolonga la vida, porque en ese momento muchas veces ni la persona ni la familia están conscientes. Entonces creo yo, este es un proceso del cual desconocemos mucho la parte de todo el proceso de la agonía, de la muerte y que en enfermería tal vez de las definiciones importantes es que nosotros ayudamos a nacer y ayudamos a morir.

**C.L.** — Yo pienso, personalmente, que es en cierta forma errado prolongar una vida que no puede recuperarse, el objetivo terapéutico realmente es aliviar el sufrimiento y no prolongar la vida, es cuestión de procedimiento técnico y de procedimiento científico, ante la incapacidad de ayudar a una persona a curarse o a recuperar la salud, realmente debemos buscar ese camino de hacer la situación menos dramática de lo que podría ser, ese es el caso por ejemplo de los pacientes con cáncer.

**P.R.** — Yo me permitiría agregar una pequeña cosa sobre esta misma problemática. Hasta qué punto, desde el punto de vista moral, sería lícito sumir en la inconsciencia una persona; la palabra eutanasia tiene varios significados: muerte suave, para que no sufra angustias, por ejemplo el caso de un cáncer terrible y unos dolores espantosos, desde el punto de vista religioso —católico— eso es perfectamente lícito digamos si la persona ya moralmente ha podido más o menos definir su vida, entonces en ese caso se le pide el consentimiento al paciente y si el paciente no lo puede dar, se le podría pedir a los familiares, pero tenemos que comprender que estas no son cosas de pedir permiso. Aquí hay un tremendo problema de definiciones éticas y en lo que prácticamente no existen normas fijas, entonces son decisiones que hay que estudiar muy profundamente y resolver, yo personalmente confieso que en dos casos he desconectado los tubos de enfermo y en uno se cumplió perfectamente, a los 20 minutos se murió, el médico había dicho que no daría los 20 minutos y en el otro caso que si se le daba agua se moría y yo dije entre que se muera dentro de media hora o se muera ahora, pues dénle agua que se muera sin tanta sed por lo menos y yo mismo se la dí.

S. T. — Respecto a la pregunta ¿cómo podríamos definir el derecho a la muerte? yo creo que falta precisión en ese enunciado. Desde ningún punto de vista es ético que la persona tenga el libre albedrío para quitarse la vida o quitársela a su semejante. Lo que ocurre es que en la actualidad ha surgido una figura que se llama “derecho a morir dignamente”, que es una cosa muy distinta. De ordinario se trata de pacientes en estado terminal, desahuciados. Estos seres humanos de seguro quieren terminar sus días, es decir, su vida, en la forma más digna, decorosamente, sin padecer y sin que inspiren lástima. Frente a esta circunstancia el actuar médico heroico, encaminado a recuperar algo que no puede rescatar, pues ya el organismo está totalmente vencido riñe con la lógica y con la ética. Es representar una comedia cuando ya realmente lo que le corresponde es bajar el telón. Si el paciente está desahuciado no vamos a alargarle la agonía. Nuestra obligación es hacer más suave ese tránsito. Es aquí donde tiene cabida la eutanasia pasiva. Recordemos que eutanasia activa es aquella en la que el médico o cualquier otra persona asume una actitud encaminada a ponerle fin a la vida de un enfermo, por compasión. Esta actitud es fundamentalmente antiética. Lo que es permisible, es adoptar una actitud pasiva encaminada a no prolongar la agonía, privando al paciente de todo recurso que vaya sutilmente a contribuir a esto. Pongo como ejemplos los respiradores mecánicos, las transfusiones o la hiperalimentación parenteral. Debemos ser pródigos, eso sí, en suministrarle cuantos calmantes sean necesarios para evitarle el dolor y el sufrimiento.

P. — ¿Desde el punto de vista legal el personal de enfermería independiente qué puede y qué no puede hacer?

S.T. — ¿Qué se entiende por enfermería independiente? ¿que no está vinculada a una institución o que trabaja independientemente?

Pero entonces se da el fenómeno de que el personal de enfermería tiene que actuar en un momento dado, pero como nos han creado la imagen de que nosotros no podemos, a nivel hospitalario, tomar ninguna decisión importante si no está autorizada por un médico, a nivel independiente, por ejemplo, mi paciente puede sufrir un paro cardíaco, yo puedo tomar la decisión de aplicar un medicamento o por decir algo, encuentro los síntomas de un infarto y supuestamente, legalmente yo no puedo administrarle un medicamento porque estaría diagnosticando, en realidad yo me pregunto ¿si sería ético no administrarle el medicamento y dejarlo morir?

S.T. — Bueno, entonces lo que se pregunta es ¿qué puede y qué no puede hacer? Yo le daría un giro distinto, porque lo que puede o

no puede hacer es cuestión de su preparación académica. Más bien ¿qué debe y qué no debe hacer?, que es otra cosa distinta. ¿Qué debe hacer? Yo creo que si el personal de enfermería se encuentra frente a un caso de urgencia donde no se cuenta con un personal más capacitado que él, tiene la obligación ética de actuar porque de lo contrario puede ser demandado por omisión o negligencia.

I. D. — Yo quisiera decir algo en relación con que uno actúa con su capacidad de formación, pero realmente el personal de enfermería debe actuar con Juicio, con un poder decisorio, si no estamos exactamente iguales a auxiliares o ayudantes de enfermería. Tenemos que desarrollar hoy día en los docentes y los estudiantes, su capacidad de juicio y poder decisorio para que en esos momentos uno sepa, aplicar ese discernimiento.

C.L. — Por ejemplo, si me encuentro con un médico, y me doy cuenta de que lo que le está haciendo al paciente, no se debe hacer, y voy donde el médico y le digo “doctor, esto no se debe hacer así por esto y esto”, pero sin embargo se siguen haciendo las mismas cosas. Legalmente, ¿yo estoy en la responsabilidad de desautorizar ese médico? o como soy enfermero tengo que agachar la cabeza y dejarlo que haga lo que sea.

¿Desautorizarlo ante quién? Ante la familia por ejemplo.

S.T. — Puede hacerlo, pero eso es riesgoso porque el médico le puede demostrar que él está en lo cierto, que Ud. lo está calumniando, que está poniendo en tela de juicio su prestigio y su idoneidad profesional. Es sano cambiar ideas con los demás, hablar con el médico y si éste es un hombre ecuánime le dará la razón, lo que no puede hacerse es ir a decirle a los parientes, que el doctor está matando al enfermo. En caso de que el médico se niegue a cambiar ideas, la enfermera puede dejar constancia de sus puntos de vista en la historia respectiva, o darlos a conocer a una autoridad superior en la institución.

P.— Esto es para el Padre Rodríguez, quien tiene unos principios éticos absolutos. ¿Cómo se relaciona la ética con el concepto socio-cultural-político. Recordamos que los participantes de los experimentos horribles de la Segunda Guerra Mundial en Alemania fueron médicos y enfermeras.

P. R. — La relación con el contexto socio-cultural-político no le quita la responsabilidad a los seres humanos. Precisamente lo que yo estaba mostrando era cómo nosotros muchas veces aceptamos pacíficamente y sin discutir cosas absolutamente inmorales, que nos plantea un contexto socio-económico y político. El Dr. Sánchez Torres lo dijo muy claramente, nosotros pertenecemos a contextos absolutamente faltos de ética, no estamos hablando aquí de profilaxis social ¿en Cali no se están matando por profilaxis social, no se están matando mendigos y prostitutas? ¿No se descalificaron conservadores y liberales por profilaxis social en un momento dado? Entonces nosotros tenemos que tener el espíritu crítico suficiente para hacer de la Universidad precisamente un motor de cambio a pesar de las circunstancias, no simplemente un nuevo vagón que se engancha al sistema. Nosotros tenemos que comprender que toda reflexión ética inmediatamente se concreta en asuntos políticos porque precisamente hoy en día la definición de vida y muerte a través de posibilidades de servicios, etc. se reduce exactamente a criterios de poder político y económico, a los indios se les dice que no tengan hijos o se los captan, a nosotros nos imponen políticas de control natal, en otras partes simplemente se hace la propaganda, basta que ustedes se lean el panfleto de las Naciones Unidas que se llama “The Young Family Planning” y ahí encontrarán que se habla desde la propaganda anticonceptiva hasta la imposición de la esterilización y del aborto, cosa que ya se ensayó en India y en un país del Africa que yo no recuerdo. En todo caso, precisamente lo que yo estoy haciendo ver es que no nos podemos someter, y nosotros como profesionales de la formación profesional que recibimos no estamos para ser o médicos o enfermeros o esto o lo otro, esa es una parte, nosotros vamos a jugar un papel profesional, pero también vamos a jugar un papel político por presencia o por omisión ¿En dónde está por ejemplo toda la actividad de la Universidad, que critique exactamente lo que hemos visto en esta mesa redonda? Por qué de aquí no salen publicaciones en ese sentido, por qué no salen presiones, por qué después cuando una persona va a ocupar un puesto en la política, nombrada ahora fuera de la paridad o en la paridad, o lo que sea, no es una persona que salga a poner en tela de juicio muchas de las cosas que se están haciendo. Precisamente a esto llamo, yo quiero decir que la formación ética, por lo menos mis cursos, los que están dando en ciencias de la salud, lo digo muy claramente: son cursos de formación política, a nadie le digo que sea conservador o liberal, eso es problema suyo, comunista o anticomunista no me interesa, lo que me interesa es que comprenda que vive en una sociedad y que está gestando iguadades o desigualdades, vida o muerte. Eso tiene que quedar sumamente claro.

S.T. — El Padre está de acuerdo conmigo. Durante mi rectoría yo propuse la creación de la cátedra de formación política. La falta de ella ha contribuido a hacerle daño a la universidad pública. Estoy de acuerdo con Ud., no para hacer adoctrinamientos políticos sino para hacer cultura política, que es lo que mucha falta nos hace.

Otra pregunta: Hablan ustedes de Etica como el hacer el bien y evitar el mal, estos términos dentro de la vida práctica, dentro de la vida cotidiana ¿qué interpretación pueden tener? Muchas son las situaciones en las que se debe decidir no precisamente entre lo que consideramos bueno y malo sino entre lo malo y lo menos malo.

S.T. — La Etica es el manejo responsable de la conducta. Por supuesto que la Etica hace relación a personas pensantes, reflexivas. No creo que profesionalmente tengamos que enfrentarnos a la situación de tener que escoger entre lo malo y lo menos malo. Es probable que un acto de ordinario malo en una situación de excepción se convierta en bueno. Por ejemplo, el empleo de las irradiaciones en una embarazada con cáncer.

Por eso yo insistía en la necesidad de preparar a los estudiantes adecuadamente, para que no improvisen, para que tengan bases que les permitan reflexionar de manera correcta.

Yo creo que no es menester saber mucho de Etica teórica para poder llegar a hacer un acto bueno. Basta saber reflexionar para no desviarnos del camino que conduce al bien. Las bases deben darlas las universidades, los profesores, la gente con experiencia.

P. R. — Una cosa es obrar honestamente, uno puede ser honesto y equivocarse. Hay una cantidad de mezclas entre la honestidad y la equivocación o el acierto. ¿Cómo conjugar el problema de la Etica con el derecho a la práctica profesional autónoma?

Creo que nos inquieta mucho el ejercicio autónomo de la profesión.

C. L. — La autonomía nos la dan las bases que nosotros tengamos, entre más contingente, entre más racionalidad más libres somos. Muchas veces el médico teme más a la enfermera que ésta al médico; el médico puede modificar un tratamiento con base a un reporte de una enfermera pero nosotros erramos nuestra función de enfermeras, nuestra función de monitores críticos del paciente, nuestra función de canalizadores de la terapéutica, nosotros estamos haciendo por

## Avances en Enfermería

ejemplo, que el médico falle en muchos de estos procedimientos, yo creo que el problema no es de dependencia del uno al otro, somos independientes y trabajamos en el mismo equipo.

P.— Si cuando la nacer un niño ha habido daño cerebral, por aplicación de forceps, ¿la enfermera debe actuar denunciando el hecho a la familia, a la Institución o a quién?

S.T. — Dentro de los principios existentes que norman el actuar de las enfermeras, está el de saber trabajar en equipo, es decir, tener responsabilidad conjunta. La enfermera que ha estado colaborando con el médico que ha hecho la aplicación de forceps no puede, a priori, afirmar que hubo daño cerebral por el uso del instrumento. Primero habría que probar que, en efecto, la lesión cerebral fue ocasionada por la aplicación de forceps, lo contrario sería un juicio muy precipitado, pues muchas veces se aplica el instrumento por sufrimiento fetal agudo, que de por sí ocasiona daño cerebral.

El tribunal de Etica Médica, del cual formo parte, debe conocer esos casos de acusaciones a los médicos, no por parte de las enfermeras directamente, sino por terceras personas, que creyeron que el profesional había actuado incorrectamente. Esas personas están en su derecho, como lo estará la enfermera que tuviera la certeza de que el médico le hizo daño a su paciente en forma deliberada o por inexcusable negligencia. Con quienes faltan a la ética no se puede tener solidaridad.

P.— En el campo de la enfermería comunitaria los problemas médicos son los de menos trascendencia, aquí no sólo nos enfrentamos a un diagnóstico médico a una enfermedad en concreto, sino que nos enfrentamos con las condiciones reales de vida, las que en la mayoría de las oportunidades viven con condiciones de fomento de la vida misma y por tanto de la salud. Cuál es la alternativa profesional ética para enfrentar estos problemas que empujan al hombre en su derecho.

S.T. — Esto tiene que ver con la ética comunitaria ¿Nos lleva la ética a aceptar y amparar la existencia de una situación que no satisface las necesidades básicas para una adecuada atención de los enfermos? Quiero decirles que también nos hemos enfrentado en el Tribunal con este problema. La falta de elementos en los hospitales, que conduce al personal de salud, médicos, enfermeras, residentes, a trabajar “con lo que tengan”. Puede ocasionar la muerte del paciente. En nuestro medio, esto ocurre con tanta frecuencia que ya no causa ninguna inquietud entre el personal de salud. “Se murió porque no

había con qué atenderlo”, decimos, sin manifestar por ello nuestra protesta. El médico y la enfermera no han faltado a la ética profesional si pusieron todo su empeño en beneficio del paciente. Pero no podemos ser cómplices de esa situación y para beneficio de la comunidad, y como protección nuestra, debemos dejar constancia en las historias y denunciar públicamente el hecho.

I. D. — Y nosotros fallamos mucho en las historias clínicas, no lo consideramos un instrumento legal ni un instrumento científico y lo que se escribe muchas veces no quiere decir nada. Yo creo que ahí va a ser interesante hacer otros foros sobre esos temas.

S. T. — Si, porque el juez en un momento dado se remite a la historia clínica que es el documento donde quedan registrados los actos médicos y de enfermería.

I. D. — Muchas gracias a los miembros de la mesa y a la audiencia. No habiendo más preguntas damos por clausurada esta reunión con la cual la facultad de enfermería ha querido celebrar la semana universitaria.