



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación

TESIS



Dimensión ética en la evaluación de las actitudes en las prácticas clínicas de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República

María Inés Umpiérrez

Diciembre, 2015

ISSN: 2393-7378



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación

María Inés Umpiérrez

Dimensión ética en la evaluación de las actitudes en las prácticas clínicas de los
estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la RepúblicaUniversidad de la República
Área Social

Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

Tesis presentada con el objetivo de obtener el título de Magister en Enseñanza
Universitaria en el marco del Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza
Universitaria del Área Social y de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la
Universidad de la República

Tutor/es: Prof. María del Huerto Nari y Mabela Ruiz

Montevideo, 21 de diciembre de 2015

Foto de portada: www.freepik.com**Maestría en Enseñanza Universitaria**Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en EducaciónUNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAYcomisión sectorial
de enseñanzaFacultad
de Humanidades
y Ciencias de la EducaciónConsejo de
Formación en
Educación

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a mis padres que desde algún lugar me dieron fuerza y acompañaron en este proceso.

A mis hijos María Noelia y Juan Pablo por el tiempo que les robé.

A mi esposo Washington por la ayuda incondicional.



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación

Agradecimiento

A mis tutoras Prof. María Del Huerto Nari y Prof. Mabel Ruiz por todos los aportes realizados y las expresiones de aliento en cada etapa.

A los compañeros de Facultad de Enfermería que participaron y dieron sus valiosos aportes para esta investigación.

A Sylvia Piovesan compañera y amiga que en jornadas extendidas nos hemos dedicado a la enseñanza y la Bioética.



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación

Resumen

El tema que abordó la investigación profundizó en la temática de “Dimensión ética en la evaluación de las actitudes en la práctica clínica de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República” El propósito de la investigación fue explorar que actitudes evalúan los docentes en los estudiantes de la licenciatura en Enfermería del Plan de Estudios 93 en la práctica clínica, así como los valores éticos implicados. La investigación es de carácter cualitativo de corte transversal. La muestra fue intencional, y estuvo compuesta por diez docentes que laboran en las prácticas curriculares de formación.

La técnica utilizada fue la entrevista en profundidad y el análisis se realizó mediante la teoría fundamentada en los datos, identificándose por codificación abierta tres conceptualizaciones (responsabilidad, enseñanza y aprendizaje y relacionamiento Interpersonal), que luego se relacionaron con las protocategorías y subcategorías para identificar una categoría central que es la actitud responsable del estudiante.

En esta categoría se identificaron tres componentes: el cognoscitivo, el afectivo y el comportamental. En cada componente y durante el proceso interpretativo se reorganizaron las categorías y subcategorías así como los valores y principios evaluados.

En las conclusiones se evidencian mayoritariamente convergencias en los discursos.

Son evaluadas las actitudes y los valores éticos relacionados a través de distintas estrategias pedagógicas utilizadas por los docentes.

Se destaca como central de la investigación la evaluación de la actitud y el valor ético de la responsabilidad en el cuidado de enfermería a los pacientes, así como entre otros los valores de dignidad de las personas, respeto, humanidad, honestidad, empatía, solidaridad y principios bioéticos.

Palabras clave: Evaluación, Actitudes, valores, enfermería



Abstract

The topic addressed deepened research on the topic of "ethical dimension in assessing attitudes in clinical practice of students of the Faculty of Nursing at the University of the Republic" The purpose of the research was to explore attitudes assess teachers in the students of the degree in Nursing Curriculum 93 in clinical practice and ethical values involved. The research is qualitative cross-section. The sample was intentional, and was composed of ten teachers who work in curricular practical training.

The technique used was in-depth interviews and analysis was done using grounded theory data, identified by three conceptualizations open coding (responsibility, teaching and learning and interpersonal relationships), which are then related to the protocategorías and subcategories to identify a central category that is responsible for the student's attitude.

Cognitive, affective and behavioral: This category three components were identified. In each component and in the interpretive process categories and subcategories as well as assessed values and principles were reorganized.

The conclusions mostly convergences are evident in the speeches.

They are evaluated attitudes and ethical values linked through different teaching strategies used by teachers.

Stands out as a central research assessing the attitude and ethical values of responsibility in nursing care to patients, and among others the values of dignity, respect, humanity, honesty, empathy, solidarity and bioethical principles.

Keywords: Evaluation, attitudes, values, nursing



Tabla de Cuadros

Cuadro 1- Presentación de las tres conceptualizaciones en primer plano

Cuadro 2- Conceptualización responsabilidad : protocategorías y subcategorías

Cuadro3- Conceptualización responsabilidad, protocategorías y subcategorías

Cuadro 4- Conceptualización de enseñanza y relacionamiento: protocategorías y subcategorías

Cuadro 5- Categoría central, componentes y evaluación de valores y principios éticos.

Índice

Introducción	10
Pregunta problema y objetivos.....	15
Capítulo 1. Fundamento de la Investigación	17
1.1 Justificación.....	17
1.2 Contexto de la investigación.....	21
1.3 Antecedentes.....	22
Capítulo 2 Consideraciones teóricas	25
2.1 Ética, Moral y Bioética.....	25
2.2 Formación ética en la educación superior.....	26
2.3 El escenario de la práctica.....	27
2.4. Concepto de actitudes y valores.....	29
2.5 Enseñanza y evaluación de actitudes en las prácticas clínicas.....	32
2.6 Ética del cuidado.....	36
Capítulo 3 Metodología	38
3.1 Fundamento teórico.....	38
3.2 Participantes.....	39
3.3 Consideraciones éticas.....	40
3.4 Técnica.....	40
3.5 Metodología de análisis de los resultados.....	41
3.6 Codificación.....	42
Capítulo 4 Análisis y Discusión	43
Conclusiones.....	68
Referencias.....	72
Bibliografía consultada.....	76
Anexo I. Programas analíticos de Bioética.....	77
Anexo II .Programa analítico Epistemología.....	86
Anexo III . Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos.....	89
Anexo IV. Consentimiento Informado.....	101
Anexo V. Guion de la Entrevista.....	102
Anexo VI. Ley 18335. Derechos y Deberes de los Usuarios.....	103

Introducción

Esta investigación fue realizada en el marco del proyecto de tesis de maestría en Enseñanza Universitaria. Se circunscribe al área de la didáctica y aborda la dimensión ética en la evaluación de los aprendizajes en la práctica clínica curricular de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, a través de la voz de los docentes. Esta dimensión está limitada a la evaluación de las actitudes y valores como componente del proceso de formación profesional, y como menciona Caamaño (2009) “la cara oculta o menos visible de la evaluación”.

Las actividades profesionales según lo planteado por MacIntyre citado por Cortina (1997) son actividades sociales cooperativas que se caracterizan por tener unos bienes internos a ella misma que le dan sentido y legitimación social. Este bien interno para la profesión de enfermería así como para otras de la salud, es el bien del paciente, la satisfacción de sus necesidades. En la docencia ese bien lo constituye la formación de personas reflexivas y la comunicación de la cultura.

Cortina (1997) plantea que los fines de las actividades profesionales ya vienen dados por tradición. Los cambios sociales y culturales acaecidos con el devenir del tiempo han generado en los profesionales nuevas formas de ejercicio, las cuales han tenido repercusión en el vínculo de los profesionales con los destinatarios de su servicio y la relación entre colegas. Ambos exigen más autonomía y respeto en las decisiones que les involucra.

En definitiva han cambiado las actitudes en las relaciones humanas porque ha cambiado según la autora la conciencia moral social de las personas. Es necesario entonces generar hábitos concretos, apropiarse y desarrollar actitudes para alcanzar esos bienes internos.

En esta misma línea, la mencionada autora cita a Gracia quién afirma la necesidad de que los profesionales en su formación no sólo adquieran las virtudes físicas propias de su profesión,



sino que desarrollen las virtudes morales orientadas a la excelencia, tanto física como moral de las personas¹.

Posteriormente Cortina (2013) señala que los hombres como especie humana son seres predispuestos a cuidar de sí mismos y de los demás, actitud única para preservar la vida y reproducirla. Enfatiza también que esto solo no basta sino que hay que alimentar esa actitud y en este sentido la educación juega un rol fundamental.

Desde esta perspectiva y para contextualizar la investigación, entendemos necesario precisar que la formación profesional de enfermería se consolida con el nacimiento de la disciplina como profesión. Surge en el año 1859 con Florence Nigthingale vinculada a la ética de la virtud, quién destaca entre sus notas algunas características que debía poseer la enfermera: “respetuosa, fiel, que inspire confianza y con buenos y delicados sentimientos”. Simón, Barrio, (2000). Es importante destacar que en su evolución y hasta nuestros días, el sustento teórico de la enfermería es la ética del cuidado, desde la cual se han desarrollado los marcos epistemológicos de la profesión.

Al respecto, Bonete (2009) cita a Nodding quién analiza algunos aspectos de la ética del cuidado y menciona que la persona que cuida y la que es cuidada configuran “dos polos constitutivos del proceso moral”, afirma que “para cuidar a alguien se requiere el “sentir con”, la com-pasión”. Por lo tanto es una actitud de acogida y de contemplar la realidad desde el lugar del otro, lo denomina también “empatía”.

El mismo autor también cita a Schopenhauer (2009) quién sostiene que la significación moral de una acción o conducta siempre va a estar mediada por la presencia de otros donde podremos identificar el valor moral.

Watson (1977) una de las enfermeras teóricas de la disciplina, sustenta que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación y señala que «...La ética y la escala de valores

¹La expresión virtud entendida como en la Grecia Clásica según Cortina (1997) como “*areté*”, como “*excelencia*” del carácter

de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera - su razón de ser- para la sociedad».

Para la autora, el fundamento de la ética de enfermería ha estado afectado no solo por la ética del cuidado de Gilligan, sino por otras corrientes éticas como las prescriptivas, la ética de la virtud y la bioética

El interés personal por la temática de la investigación surge de tres roles sustantivos por los cuales he transitado desde mi graduación como Licenciada en Enfermería los cuales se explicitan a continuación:

1) La trayectoria en el ejercicio profesional ha posibilitado identificar la importancia que para los pacientes y sus familias implica el involucramiento en el cuidado que el equipo de salud manifieste.

Los cambios en la situación de salud de las personas, generan la necesidad de protección y seguridad frente a un entorno de vulnerabilidad propio de un quebranto del estado de salud.

El profesional de enfermería y su equipo son quienes tienen una presencia permanente en los servicios, por lo tanto reciben, atienden y derivan las necesidades planteadas por los pacientes y su entorno. En este sentido el vínculo interpersonal enfermero- paciente, el respeto del otro, la empatía, serán indicadores más o menos favorables para contribuir a su recuperación.

2) En el rol de usuaria de los servicios de salud, he vivenciado situaciones inherentes a la atención a la salud en las cuáles distintas variables del campo laboral y los cambios socio-culturales traducen comportamientos en las personas alejados de la razón de ser de los profesionales de enfermería que es el cuidado de las pacientes desde una perspectiva bio psico social.

3) En el desempeño de la docencia y específicamente en la formación de los profesionales de enfermería en el campo práctico, considero una de las mejores oportunidades para reafirmar y desarrollar las actitudes y valores ineludibles para el desempeño profesional. El poder evaluarlas implica un proceso de enseñanza previo y una retroalimentación del mismo para su mejora.



Estas tres perspectivas me han interpelado respecto a cuáles serían los aportes que desde la investigación se podrían realizar en este tema, para optimizar los procesos de enseñanza y de aprendizaje en la universidad, el ejercicio profesional y en definitiva el fin último de la profesión que es el cuidado de las personas, las familias y la comunidad.

En la carrera de Licenciatura en Enfermería las prácticas clínicas son un eje transversal al *curriculum* en el cual se inscribe el proceso de socialización profesional.

Andreozzi(1996) manifiesta al respecto que estas prácticas profesionales en la formación de grado actúan como espacio de transición donde el estudiante “ratifica, renueva o revoca una serie de acuerdos que caracterizan al ser y al deber ser”.

Esta experiencia según menciona la autora “marca e inaugura la trayectoria profesional de cada sujeto”.

En este sentido en el Plan de Estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República (Plan93) se explicita la conceptualización de la enfermería como:

“Una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia y grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria”.

La profesora Emérita Dora Ibarburu citada por Cabrera (2000) también realizó aportes vinculados con los atributos que considera debe encerrar la función asistencial de la enfermera:

“A) TRATO ÍNTIMO como forma de objetivar el nivel de relacionamiento y vinculación social, física, y psicológica que encierra cualquier prestación de enfermería...”

B) INTEGRALIDAD EN EL CUIDADO. Condición sustantiva del cuidado de calidad del servicio. Este enfoque integral está relacionado con la complejidad humana...

La integralidad de las acciones sanitarias interpretada como un PRINCIPIO con varias acepciones:

-Énfasis preventivo..

-Respeto a la persona humana..

-Trabajo en equipos..

-Fomento del derecho a la salud que tienen los individuos- poblaciones..

C) CONTINUIDAD, implica presencia, contacto directo con la población asistida.. fundamentalmente, coherencia de acción en el proceso de cuidado..

D) CONTINGENCIA

..carácter NUCLEADOR en el cuál enfermería recepciona las demandas de los usuarios, los asiste o deriva..”

En forma sistemática, se ha dicho y dice que es importante para la formación profesional que el alumno desarrolle determinadas actitudes y valores para el desarrollo de su profesionalidad. Lo cierto es, que en la práctica docente, las actitudes y valores no son un saber explícito en el *currículum* formal, sino que integra lo que algunos autores han denominado “*currículum oculto*”.

Este término fue acuñado por Jackson (1960) citado por Semberoiz (2012) para referirse a las “influencias formativas que ejerce la escuela sobre los alumnos, pero que no están formalmente reconocidas en los planes de enseñanza”.

Zabalza (2002) por su parte también considera que, las actitudes y los valores son componentes sustantivos en los procesos de enseñanza y de aprendizaje, pero menciona que es el contenido habitualmente más ausente en ellos.

La misión de la universidad según el autor, no solo se reduce a las expectativas de los estudiantes ni tampoco a los requerimientos del campo laboral, sino que pretende el “enriquecimiento personal y mejora de la calidad de vida de las personas”. Es decir la formación de ciudadanos responsables.

En este sentido el informe mundial de la UNESCO sobre la formación para el siglo XXI coordinado por J. Delors denominado “La Educación encierra un tesoro”, concluye con cuatro contenidos formativos: “Aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir con los demás”, por tanto constituye un desafío para poder integrar estos contenidos en un proyecto formativo que los contemple.

De acuerdo a lo antes mencionado cabe preguntarse ¿quién enseña las actitudes y quién las evalúa? ¿Que expresan los docentes respecto al contenido de esas actitudes que se van construyendo en la socialización profesional entre estudiantes, docentes, profesionales de los servicios y el paciente como núcleo central del proceso asistencial?

El realizar esta investigación que me involucra como docente, tomamos la expresión de Carlino (1999) cuando dice :

“Una forma acertada de comenzar a explorar un campo temático es transformarlo en problemático, sobre todo en aquellos casos en que resulta extremadamente familiar y cercano para quién se dispone a estudiarlo, como lo es la evaluación para los educadores”.

Esta investigación pretende ser un aporte en un área poco investigada en educación.

Se propone conocer el contenido explícito que le adjudican los docentes a las actitudes que debe desarrollar el estudiante en la práctica clínica curricular, cómo las evalúan, qué importancia le adjudican, e identificar los valores y principios morales (dimensión ética) están en juego.

Pregunta problema

¿Qué actitudes evalúan los docentes en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UdelaR (Plan 93) en las prácticas clínicas?

Objetivos

General

Explorar que actitudes evalúan los docentes en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería (plan 93) de la UdeaR en la práctica clínica, así como los valores éticos implicados.

Específicos

- 1) Identificar que actitudes explicitan los docentes como relevantes en la práctica clínica durante el proceso de formación de los estudiantes.
- 2) Identificar la importancia que le adjudican los docentes a la evaluación de las actitudes.
- 3) Explorar a través del análisis del discurso docente si los mismos enseñan actitudes.

- 4) Indagar si en los escenarios de práctica clínica los docentes dialogan e intercambian con los estudiantes sobre las actitudes frente a determinadas situaciones.
- 5) Analizar desde la perspectiva de la ética del cuidado, que valores y principios morales están contenidos en ellas.

El trabajo se desarrolla en cinco capítulos que incluyen:

1. Fundamento de la Investigación en el cual consta de las siguientes secciones:

- Justificación
- Formación ética en la educación superior
- Contexto de la investigación.
- Antecedentes.

2. Consideraciones teóricas. El capítulo comprende las siguientes secciones:

- Ética, Moral y Bioética.
- El escenario de la práctica.
- Concepto de actitudes y valores.
- Enseñanza y evaluación de actitudes en las prácticas clínicas.
- Ética del cuidado.

3. Diseño metodológico. Este capítulo describe y argumenta la elección de la metodología cualitativa, detalla la planificación y el trabajo de campo.

4. Análisis y Discusión. Se organiza y analiza la información para interpretar los resultados y comparar con referentes teóricos.

5. Conclusiones. En este capítulo se presentan los principales hallazgos de la investigación.

CAPÍTULO 1

Fundamento de la Investigación

1.1 Justificación

Los procesos de evaluación de los aprendizajes orientan a las instituciones educativas sobre las fortalezas y debilidades de sus funciones sustantivas, y les ofrecen oportunidades de mejora.

En este sentido sus resultados sirven para optimizar el desempeño de los estudiantes, saber cómo enseñan sus docentes y la calidad de sus prácticas.

Se trata de un acontecimiento social impregnado de un gran componente ético en el cuál se conjugan y confrontan valores.

El interés en estudiar como evalúan los docentes las actitudes y valores de los estudiantes como componente ético y moral, es un tema central en los profesionales de enfermería como hemos explicitado en párrafos anteriores. En este sentido distintos autores han manifestado que los esfuerzos para lograr aprendizajes significativos en esta temática no han sido satisfactorios.

Entre ellos está Litwin (2012) que menciona que la enseñanza de la moral así como su evaluación ha sido un tema de controversias y afirma que la introducción en el *currículum* de “contenidos conceptuales, procedimentales y valorativos no ayudó a clarificar la misma”.

Vallaey (2008), plantea que no se duda en la importancia de la formación ética y en valores de los alumnos en las universidades, tampoco en la responsabilidad social que le compete a las instituciones de educación superior, pero el tema es recurrente y se hace necesario replantearse qué enseñar y cómo.

El funcionamiento de las organizaciones de educación superior, ponen de manifiesto, una dicotomía entre lo que está escrito en los documentos oficiales de las carreras y lo instituido en las prácticas cotidianas.

En ese sentido Hortal (1995) hace este planteamiento:



“Enseñar ética no es lo único que se puede hacer desde el contexto universitario para favorecer la formación ética de los futuros profesionales.

No hay nada que contribuya más a la formación de personas morales que el que éstas crezcan, se formen y vivan entre personas morales”.

En el escenario de la clínica según menciona Semberoiz (2012) identifica que, a diferencia de lo que ocurre en el campo de la investigación donde existen reglas y patrones de conducta, en la práctica clínica no existen pautas éticas establecidas para orientar las relaciones entre los alumnos, docentes y pacientes en los diferentes contextos clínicos.

Lo que el autor quiere enfatizar es la importancia de la “construcción de subjetividades” o como menciona Drane,(1998) citado por Semberoiz (2012) la conformación de un “yo moral” acorde a las exigencias de la profesión.

Semberoiz (2012) también cita a Comelles (2000) quién plantea que la carencia de este marco ético para la socialización se traduce según el autor en patrones encubiertos de comunicación del modelo institucional hospitalario.

Esta situación origina en los estudiantes “una identidad profesional técnica, no reflexiva”, que conduce a la cosificación y objetivación de los pacientes y a un lenguaje que lo acompaña refiriéndose a los pacientes como las enfermedades que padecen “colecistitis, “apendicitis” o también con un número o cama (el de cama cuatro, el de cama seis etc).

Si bien el autor no se refiere en su obra, a otros integrantes del equipo de salud que interactúan en las prácticas clínicas, entendemos que esta situación mencionada en el párrafo anterior también tiene repercusión sobre el proceso de socialización de los alumnos de enfermería, ya que las prácticas clínicas se desarrollan compartiendo los mismos espacios con los estudiantes de medicina y otros, dónde es éste el modelo que prevalece.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Redbioética UNESCO expresan:

“Los profesores deben tener presente que el objetivo es ofrecerles una herramienta para conseguir que los alumnos reflexionen sobre la dimensión ética y las consideraciones relacionadas con los Derechos Humanos que forman parte de la práctica de la medicina, la asistencia sanitaria y la ciencia, además de ser conscientes de que el enfoque de la Bioética en el que se basa la Declaración va más allá de la

perspectiva individual habitual en la ética e incluye cuestiones que afectan a la comunidad y la sociedad”.

Es necesario considerar entonces esta realidad para la enseñanza y evaluación de las actitudes que se deben desarrollar en el marco de los procesos de enseñanza y aprendizaje en la interacción docente- alumno-paciente- familia – comunidad y equipo de salud.

Vélez (2006) también afirma la importancia de la formación en valores del alumnado en la universidad, pero que esta se ha tornado compleja a la hora de implementar iniciativas para su concreción.

La dinámica interpersonal en el proceso educativo está impregnada de valores. La voluntad por incluir esta temática en los planes de Estudio es insuficiente según el autor, porque la formación en ética se aprende, no con lo que se dice sino “con lo que se vive”.

El primer objetivo de la educación según Savater (1997) “consiste en hacernos conscientes de la realidad de nuestros semejantes”. También menciona que los miembros de la sociedad humana no deben ser modelos para los más jóvenes en forma inadvertida o accidental, sino en forma intencional y por tanto educativa.

Mancovsky (2011) plantea la necesaria reflexión del investigador cuando es “juez y parte” de la realidad que se pretende conocer, porque el contexto socio-histórico y político que atraviesa incide en la manera de observar y analizar la realidad.

1.2 Formación ética en educación superior

La ley Orgánica de la Universidad de la República en su artículo 2 prescribe entre sus fines “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a una comprensión pública”. Define “defender los valores morales, los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático- republicana de gobierno”

En este artículo de la ley ya se define la responsabilidad social de la universidad en el entendido que la formación estará orientada en valores morales, los principios de Bioética y los Derechos Humanos. (Anexo III)



La enseñanza de la ética en la educación superior debe fortalecer la autonomía de las personas. En este sentido la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre e imprevisibilidad como es el de la salud, requiere la reflexión crítica para aceptar o rechazar las distintas opciones.

En este sentido Savater (1997) afirma que, “la educación no consiste en enseñar a pensar, sino también en aprender a pensar sobre lo que se piensa”.

Desde esta mirada, la práctica clínica es un espacio privilegiado para desarrollar estas habilidades. Es en este ámbito donde el estudiante vive la realidad y el proceso de socialización profesional.

El rol del docente y del ambiente institucional juegan un papel sustantivo, y como se ha mencionado, los valores y las actitudes se enseñan a través de los comportamientos vivenciados y percibidos a lo largo de la trayectoria curricular, los que van conformando nuestra identidad profesional.

En este sentido Carlevaro (2010)² menciona que tanto en el contexto del aula como en el de las prácticas existen distintas fuentes de aprendizajes, los que surgen de las enseñanzas tradicionales, y los que se adquieren “osmóticamente”.

El autor explicita que la adquisición de valores éticos pertenece a este tipo de “aprendizaje vivencial”.

Cortina (2000) afirma también que:

“la coherencia entre lo que se sabe y lo que se vive es uno de los más apetecibles valores humanos, y todavía más atractivo, si cabe, el valor de la coherencia de lo que se vive y lo que se enseña”

En definitiva decimos que para generar aprendizajes significativos en este sentido, se hace necesario concebir primero entre los estudiantes, docentes y equipo de salud actitudes que devengan en conductas que demuestren la internalización de los valores de “vida buena” que incidan en el cuidado humanizado de las personas.

² “Aprendizaje osmótico, un calificativo tomado por Carlevaro de las ciencias naturales, para denominar la penetración lenta e insensible de algo que se incorpora”

Kern y col.(2005); DasGupta y col.,(2006) citados por Semberoiz (2012) afirman lo planteado en el párrafo anterior y mencionan la existencia de lo que denominan “ un proceso paralelo, es decir la relación alumno- paciente refleja la relación docente- alumno y también la relación que el médico frente a sus alumnos establece con los pacientes”.

Este planteamiento es equiparable también a la profesión de enfermería.

A esta perspectiva planteada por los autores es importante integrar la relación que se produce entre los actores del equipo de salud, (médicos, Profesionales de enfermería y otros profesionales) y el vínculo de éste con los pacientes.

Estas configuraciones son los pilares para la enseñanza y aprendizajes de actitudes y valores morales en la práctica clínica.

1.3. Contexto de la investigación. Facultad de Enfermería.

La investigación se realizó en la Facultad de Enfermería de la UdelaR, único organismo formador público de recursos humanos profesionales de enfermería.

El plan de estudios vigente es del año 1993 comprende cuatro mil doscientas cincuenta y ocho horas, de las cuales el 60 % corresponden a las prácticas clínicas curriculares.

En esta investigación es importante destacar la formación curricular en Bioética y epistemología que los estudiantes reciben en forma transversal en la carrera.

En la materia Bioética se trabaja los dilemas éticos y legales inherentes al ejercicio profesional, los códigos deontológicos y el marco legal vigente para la atención a la salud. Se realizan análisis de casos clínicos para que los estudiantes en grupos deliberen sobre situaciones dilemáticas desde la perspectiva ética y legal (Anexo I)

Esta materia se dicta con los cursos de enfermería en la Salud del Adulto y el Anciano, Materno Infantil y en la enfermería del Niño, Niña y Adolescente.

A su vez en la materia de Epistemología que se organiza en cuatro módulos.(Anexo II) los contenidos están orientados a trabajar las corrientes epistemológicas que sustentan los cuidados de enfermería. Entre ellas las teorías de Florence Nightingale, Dorotea Orem y Virginia Henderson, así como también las que enfatizan en la ética del cuidado como Watson.

La práctica clínica de enfermería se desarrolla desde el primer año de ingreso a la carrera en el primer nivel de atención.

Desde el segundo año hasta finalizar la carrera se realizan en primer y segundo nivel de atención, sustentada en los cursos teóricos previos y durante la misma. Estas prácticas, en todos los cursos son de ensayo y/o supervisadas.

Previo e insertarse en la práctica real de terreno, el estudiante realiza prácticas simuladas en taller. El internado que es la práctica pre-profesional, es el curso eminentemente práctico en el último semestre de la carrera.

La organización de la práctica se realiza en grupos de diez a quince estudiantes dependiendo del nivel de complejidad de los cursos, bajo la responsabilidad de un docente clínico grado 2 o superior quién realiza la tutoría y seguimiento del estudiante.

En este sentido el alumno se inicia en la atención de los usuarios sanos en la prevención y promoción de la salud, para luego ir avanzando en el cuidado de los pacientes en los distintos grupos etarios para finalizar la carrera en la gestión de una unidad simple de enfermería o un programa en primer nivel de atención.

La evaluación de las prácticas es un proceso que se inicia desde el comienzo de las mismas y en los distintos cursos. El docente clínico es el que hace el seguimiento de esta experiencia. Las técnicas e instrumentos son diversos dependiendo de las competencias a adquirir por parte del estudiante en cada curso.

1.4 Antecedentes.

Se realizó una búsqueda bibliográfica vinculada a la temática que aborda esta investigación y no se encontraron estudios que se correspondieran con el objetivo planteado. Por lo cual se presentan algunas investigaciones que tratan temas vinculantes.

En un estudio realizado en Australia por Elder R, Price J Williams (2003) se compararon las actitudes éticas de un grupo de Enfermeras con experiencia predominantemente de sexo femenino, con los de un grupo del último año de ambos sexos de estudiantes de medicina.

El objetivo fue determinar las diferencias en las actitudes que podrían conducir a desacuerdos éticos entre estos dos grupos cuando llegaron a trabajar juntos.

Se administró un cuestionario para explorar las actitudes éticas de ambos grupos.

Al comparar las respuestas, las enfermeras diferían significativamente de los estudiantes de medicina. Lo más significativo es que las enfermeras estaban inclinadas a las perspectivas de los pacientes y los estudiantes de medicina identificados con su profesión.

Por su parte Burack (1999) citado por Semberoiz (2010) en una investigación etnográfica constató que los médicos de mayor jerarquía identificaban tres clases de problemas morales en las actividades cotidianas: falta de respeto, falta de cuidado y hostilidad abierta hacia los pacientes. Esta investigación identifica la importancia de conocer lo que se plantea en esta tesis respecto a la necesidad de cómo es evaluado el estudiante cuando se está formando como profesional de la salud.

Otro estudio que también explora las actitudes de los estudiantes es el realizado por Kotow, M. (1993) cuyo objetivo fue conocer los cambios de actitud hacia temas éticos de los estudiantes al pasar por las escuelas de medicina concluyendo que hay una “erosión ética progresiva de los principios humanistas a lo largo de los estudios de medicina, que son sustituidos por un modelo de competencia profesional, el reconocimiento social y el control ético interno”.

Savaris, Reverti, Bertoluzi y otros (2013) investigaron las percepciones de los estudiantes sobre la importancia del juicio simulado como estrategia de la enseñanza de la ética médica en una escuela de medicina. Participaron 211 estudiantes, y concluyeron que es recomendable la continuación del juicio simulado como estrategia para la enseñanza de la ética médica.

Otro estudio fue realizado en Lima Perú en el año 2003 por Natalia Gordillo. Se trata de una tesis de grado para obtener el título de Licenciado en Enfermería.

La investigación se denominó “Actitudes éticas de los profesionales de Enfermería según la percepción de los alumnos del segundo tercer y cuarto año de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Determinar las actitudes éticas de los profesionales de Enfermería según la percepción de los alumnos del segundo, tercer y cuarto año de Enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos.



La muestra del estudio fue de 243 estudiantes. Se aplicó un cuestionario de respuestas múltiples con puntuaciones clasificadas “(Muy frecuentemente, Frecuentemente, Ocasionalmente, e infrecuentemente, Nunca)” utilizando la escala tipo Lickert.

Los principales resultados fueron los siguientes:

Las actitudes éticas de los profesionales de Enfermería percibidas por los alumnos del segundo, tercer y cuarto año de Enfermería en su relación con los alumnos fueron el dominio del área que enseña, se muestra como un Modelo Profesional, la supervisión de actividades, el soporte o ayuda técnica, la imparcialidad en el trato y el cumplimiento de lo programado en la enseñanza de actitudes éticas percibidas frecuentemente.

Ocasionalmente fueron la puntualidad, permanencia en horas de práctica, y soporte y ayuda emocional.

En su relación con los usuarios las actitudes éticas percibidas fueron la comunicación, el respeto a la privacidad, la sensibilidad ante el dolor, la calidez en el trato y el trato individualizado percibidas frecuentemente y en su relación con los profesionales de Enfermería y otros miembros del equipo de salud, las actitudes éticas percibidas fueron la capacidad en la toma de decisiones, la honestidad y la solidaridad, percibidas frecuentemente; no obstante, la capacidad de trabajo en equipo fue ocasionalmente percibida.

Estas investigaciones si bien no tienen el mismo objetivo que la planteada en la que se presenta, esta última, sí aporta información sobre la percepción de los alumnos de las actitudes éticas de los profesionales de enfermería.



CAPÍTULO 2

Consideraciones teóricas

Para abordar el problema de investigación, se hace necesario considerar varios ejes temáticos los cuales se interrelacionan para darle significación.

En este sentido se tratarán a continuación las conceptualizaciones de Ética, Moral y Bioética, el escenario de la práctica clínica, concepto de actitudes y valores, la evaluación de las actitudes en la práctica clínica y la Ética del cuidado.

2.1 Ética, Moral y Bioética

Los términos Ética y Moral como menciona Nari (2010) tienen un uso muy extendido como sinónimos y están referidos a un conjunto de mandatos, patrones de conducta, valores e ideales de vida buena que reflejan un determinada forma de vida de un colectivo de personas. En este sentido si bien tienen la misma etimología, es importante distinguir dos niveles uno de la vida cotidiana (ámbito de la moral) que sostiene el comportamiento de un colectivo con determinados referentes morales y el nivel de la ética que reflexiona sobre la moral vivida en la vida cotidiana.

Es así que la pregunta de la moral es “¿qué debemos hacer para llevar una vida buena?” y la ética debe responder a la pregunta de “¿porque debemos hacer determinada cosa?, ¿qué argumentos avalan y sostiene el código moral que estamos aceptando como guía de conducta?”.

En tanto Cullen (2009) también plantea que la ética es la reflexión filosófica racional y argumentativa sobre la moral o las morales, donde están comprometidos valores, normas, sanciones.

Los adelantos tecnológicos, el desarrollo de la medicina y la biología han generado incertidumbres para la toma de decisiones de lo que es correcto o no del accionar humano

planteándose dilemas del inicio y final de la vida, así como prácticas de investigación en sujetos humanos sin su consentimiento.

Esta perspectiva hace que en los años 70 surja la Bioética como ética aplicada a las ciencias de la vida y la atención a la salud.

Es definida por Reich (1978) como el “Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores morales”.

Potter (1971) quién acuñó el término bioética en su libro “*Bioethics Bridge to the future*”, identificó la necesidad de tender un puente entre las ciencias y las humanidades.

El nacimiento de la disciplina pone límites a las investigaciones que se realizaban con seres humanos y se genera el informe Belmont en el cuál se explicita como premisas el respeto a las personas, beneficencia y justicia, y de los cuales nacen los cuatro principios acuñados por Beauchamp y Childress (2009) autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El principio ético de autonomía implica otorgar a las personas la libertad para determinar sus acciones, es tener en cuenta sus elecciones las cuales se originan de sus valores y creencias personales. Este principio en el ámbito del cuidado de la salud, requiere que el paciente tenga la capacidad mental para ejercerla y además la disponibilidad de la información necesaria para poder decidir. Dentro de estos principios el de justicia se refiere dar igual consideración y respeto a todo ser humano.

No maleficencia: Indica no causar mal o daño, ni poner en riesgo. Beneficiar o hacer el bien al paciente.

Los mismos deben ser considerados en el proceso educativo tanto en la enseñanza como en la evaluación de los aprendizajes de manera de favorecer en los espacios de las prácticas clínicas el “momento ético” a decir de Semberoiz (2012) tomado de Entralgo (1964).

En este sentido Entralgo identifica cuatro momentos en la relación médico – paciente:³ un momento que se corresponde con la etapa del diagnóstico que lo denomina “cognoscitivo”, el “operativo” lo vincula con el tratamiento, el “afectivo” que comprende la

³ Este concepto lo retomó y amplió a la relación profesional de enfermería – paciente y en este sentido también al profesional de la salud- paciente

“transferencia y contratransferencia estudiados por el psicoanálisis” y un momento ético-religioso.

A este último Semberoiz (2012) lo denomina solo, momento ético, para referirse a ciertos campos de conflicto entre la “objetivación científica de los pacientes y el cuidado como personas”.

La ética clínica como rama de la Bioética se centra en la dimensión moral del ejercicio de los profesionales de la salud, donde lo ético es el esclarecimiento de las decisiones tomadas durante la relación interpersonal entre el profesional y el paciente, y es entonces dónde recobra importancia las actitudes y los valores abordados en esta investigación.

2.2 El escenario de la práctica clínica.

Para desarrollar este apartado se cree conveniente iniciarlo desde la mirada de la sociología para comprender que la interacción docente alumno en los espacios clínicos hunde sus raíces en la ética de las profesiones, dado que el pasaje por la práctica es una etapa fundamental para el estudiante, pues marcará su futura trayectoria profesional.

En este sentido una actividad profesional es una actividad social en la que interactúan varias personas desde prácticas diferentes.

Berger y Luckman (1995) plantean que “puede considerarse socialización profesional, al proceso a partir del cual el sujeto incorpora un repertorio de saberes especializados en función de la división técnica del trabajo y de la distribución social del conocimiento”. Estos saberes permiten identificar una serie de “conocimientos que están institucionalizados” en el contexto de desempeño, su asunción permite entrar a un mundo en principio desconocido. La acción situada, que representa la práctica clínica, permite internalizar saberes que empiezan a sedimentarse como conocimiento tácito que legitiman formas de pensar y hacer.

En este sentido la socialización abre las puertas para la entrada a lo cotidiano, de los lenguajes instituidos en los contextos de práctica, a los saberes de sentido común, a los usos costumbres lenguajes y rituales que se naturalizan.

Bourdieu citado por Andreozzi (1996) menciona que los saberes incorporados en el proceso de socialización conforman el “capital cultural” generado a lo largo de la historia de la profesión.

La apropiación de estos saberes marcan como el poder social se inscribe en la subjetividad y desde donde controla “lo permitido o prohibido, lo temido o deseado”. Esto se traduce en normas y significados que desde los discursos convergen entre los actores, frente a la diversidad del estilo de práctica que cada profesional desarrolle en situaciones particulares de trabajo.

Estos saberes operan en lo que Andreozzi denomina “pensamiento práctico” y menciona los saberes en uso, conocimiento del sentido común y otros acordados socialmente, que una vez internalizados participan en el modo de hacer y de representación social del grupo.

Semberoiz (2012) cita dos modelos de socialización de los alumnos.

El modelo clásico que se define por la “interiorización de normas valores y actitudes que rigen los comportamientos de un determinado grupo”.

Según Coulehan y Williams(2000) citado por Semberoiz (2012) plantea dos perspectivas en este modelo, una que es formal y representa los contenidos curriculares de las asignaturas y otra oculta que se refiere a todos los mensajes sobreentendidos que se suscitan en las distintas actividades de aprendizaje.

En tanto la teoría moderna enfatiza la “construcción social del cuerpo” que según Tenti Fanfani (2002) en Semberoiz (2012) plantea que “el aprendizaje no está solo en la memoria y en la mente, sino también en el cuerpo. En él se inscriben no sólo predisposiciones sino también valores”.

Comelles (2000) citado también por Semberoiz afirma que las interacciones entre profesores alumnos y pacientes en las prácticas clínicas quedan en consecuencia, expuestas a patrones de comunicación distorsionados del denominado modelo institucional-hospitalario.

Este modelo según el autor se complementa con el modelo clásico de práctica médica, el cual se afirma en el modelo hipocrático entendiendo la medicina como un arte.

Según el autor, el modelo clásico permanece en la práctica médica contemporánea manifestado por la capacidad de comprender el contexto del padecimiento y la “intersubjetividad de la vida social local”. En el modelo hospitalario “el conocimiento pasa por eliminar lo ahora accesorio, dejando el cuerpo libre de los accidentes sociales y culturales...el enfermo se transporta a un espacio de conocimiento en el cuál el cuerpo se individualiza.”

En los escenarios de prácticas en el área de la salud, además del “modelo hospitalcéntrico” existe un modelo médico hegemónico dominante que permea los vínculos interpersonales y los procesos de socialización profesional y de construcción de subjetividades.

Este modelo según plantea Semberoiz (2012) define la limitación estructural de la biomedicina y la existencia simultánea de saberes hegemónicos y subalternos dentro de ellas. Identifica la posición subalterna de los proyectos educativos que tratan de definir un “punto de equilibrio” entre el núcleo “duro” de la biomedicina y las disciplinas no médicas.

Este aporte es sustancial y muchas veces contradictorio.

En él se privilegia el biologismo de “sesgo cartesiano” Scheper- Huges y Lock (1997) citado por Semberoiz. En este sentido la salud y la enfermedad son abordadas solo con criterios biológicos dejando de lado a la red de relaciones sociales, los procesos culturales e históricos de las personas y comunidades.

2.3 Concepto de Actitudes y valores

En esta sección corresponde explicitar el concepto de las actitudes y su vínculo y diferencia con los valores así como las implicancias que ambos tienen en la evaluación de los procesos de enseñanza y aprendizaje en las prácticas clínicas.

La incorporación de valores en las personas es un proceso que se construye en cada individuo en su interacción con la familia, la sociedad, entre el docente y el estudiante y con el colectivo social.

En la educación superior se hace necesario desarrollar actitudes y valores que fortalezcan los vínculos interpersonales, el respeto entre las personas y la reconocimiento de las diferencias.

En este sentido los cursos académicos son insuficientes, y se hace necesario ejercitar con los estudiantes reflexiones de contenido ético que involucren a la persona y al colectivo, como formas valiosas para elaborar una construcción ética.

El concepto de actitud ha sido definido por varios autores de los cuáles menciono algunos para posicionarnos luego sobre el que guiará el trabajo.

Entre ellos, Escámez (1986) entiende por actitud “una predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado”.

La consistencia según el autor está dada por la correlación entre actitud y conducta.

Esa actitud se refleja en la acción y expresa valores de la persona.

En este sentido y citando a la teoría razonada de Fixhbein- Ajzen (1975), Escámez sostiene que “la conducta social humana no está determinada por motivos inconscientes, deseos irresistibles, creencias caprichosas o irracionales, sino que por el contrario el individuo considera las implicaciones de su acción antes de decidirse en el desempeño de una determinada conducta”

De acuerdo a este planteo, actitudes y valores son fenómenos intra personales y por lo tanto son conformados a partir de la intervención del sujeto con su ambiente.

Carvalho (2010) por su parte define a las actitudes como una “construcción psicológica que se explica como una inferencia de la teoría de la conducta y no es un hecho tangible, es un término especulativo que se formula con referencia explícita a fenómenos observables.

Las actitudes nos permiten explicar las conductas frente a eventos específicos”.

Según Escámez en Hirsch (2005) las actitudes tienen tres componentes: “cognoscitivo, afectivo y comportamental”.

- El cognoscitivo expresa “conocimiento, opinión, idea, creencias o pensamiento en torno al objeto, la persona, resultado o el suceso”.
- El afectivo se refiere a los “sentimientos o evaluación de la persona sobre algún objeto, persona, resultado o suceso”.
- El comportamental se refiere a “la conducta en presencia del objeto, persona, resultado o suceso”.

Shunk, (2007) citado por Schonhaut (2007) afirma que “las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y reflejan características como la generosidad, la honestidad o los estilos de vida”.

Los elementos básicos que las conforman pueden reducirse a componentes cognitivos, afectivos y reactivos, que tienden a resolverse en la acción de una manera determinada.

Algunas de las actitudes éticas son innatas (actitudes primarias), y otras son adquiridas a través de un proceso de formación, fundamentalmente en etapas muy tempranas de la vida

(actitudes secundarias). Este autor la define como la “disposición relativamente estable que determina el comportamiento y las pautas de conductas sociales”

Puig citado por Cortina(1996) también define las actitudes como «aquellas tendencias y predisposiciones aprendidas y relativamente fijas que orientan la conducta que previsiblemente se manifestará ante una situación u objeto determinado».

Por tanto es una predisposición conductual que la persona adquiere. Cortina (1996).

Los valores según Cortina(2000) “son cualidades reales que nos inventamos por las buenas, y lo son de las cosas, pero también de las acciones, de las sociedades y de las personas”.

Un valor no es un objeto, no es una persona, sino que está en el objeto y en la persona”

Hollander(1968) citado por Vallejo (2001)afirma que los valores “constituyen el componente nuclear de una constelación actitudinal que orienta la conducta”...Es el valor el núcleo mismo de un sistema de actitudes.

De acuerdo a lo antes mencionado es preciso realizar una serie de apreciaciones a los efectos esclarecer la relación entre actitud y valor.

Rockeach (1980) citado por Vallejo (2001) plantea que el valor es más específico que una actitud, pero es quién le da sustento a aquella.

“Las actitudes a diferencia de los valores radican en que estos son más estables y centrales.

Constituyen “un proyecto o ideal compartido, que da sentido y orienta la formación de actitudes”. Vallejo (2001).

En este mismo sentido Cortina (1997) afirma que las actitudes expresan valores, estos pueden ser de distintos tipos (estéticos, religiosos y otros).

Los valores en los cuales nos interesa posicionarnos son los que Cortina (1997) menciona como “...específicamente morales, la libertad, justicia solidaridad, honestidad, tolerancia activa, disponibilidad al diálogo, el respeto a la humanidad en las demás personas y en la propia”.

El reconocimiento del otro en tanto otro y todos ellos son sustantivos para el ejercicio del profesional enfermería.

Poseen en común la dependencia de la libertad humana, para cumplirlos o no, son propios del género humano y por lo tanto universalizables. Es necesario tener la disponibilidad de las personas para su realización e integración.

La predisposición para hacer propios estos valores es la que entendemos como actitud, que se manifiesta a través de la conducta y que es necesario enseñar y evaluar en los estudiantes en tanto su formación como profesionales de enfermería y ciudadanos.

En definitiva según lo planteado por Vélez (2006) el reconocimiento, el respeto no se aprende por más que se exprese el concepto sino que es necesario poner en práctica comportamientos concretos.

Es entonces una cuestión de actitudes y conducta, predisposiciones y comportamientos desde las cuáles se forjen esos valores

2.4 Enseñanza y evaluación de actitudes en las prácticas clínicas

En el proceso de enseñanza y aprendizaje de las actitudes participan de manera indirecta las experiencias personales y la exposición a modelos reales o simbólicos. Este aspecto explica la relevancia del ambiente en que se desarrolla el mismo, y en especial de los docentes como modelos de comportamiento.

En este sentido se hace necesario según lo planteado por Kliksberg (2008) que es inevitable formar éticamente a los estudiantes porque no hay excelencia sin ética.

Esta educación tiene que ir más allá de los marcos deontológicos, para posicionarse a discutir con los estudiantes sus valores básicos, explicitarlos y ponerlos en acción en experiencias aplicadas.

Para ello es necesario definir programas adecuados para trabajar en un plano cognitivo, así como en el plano del corazón, de la espiritualidad, de la emotividad con acciones concretas movilizadoras.

La Organización Mundial de la Salud en 1946⁴, y su modificación en el año 1985 ha definido la salud como la “capacidad de realizar el propio potencial personal y responder a los retos del ambiente”.

⁴ “Estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de Enfermedad”

Escámez (2001) nos orienta desde esta concepción que los estudiantes a través de la educación deben desarrollar actitudes, valores y habilidades para lograr esas capacidades.

La propuesta pedagógica según plantea el autor, está encaminada al desarrollo de los valores de: “Dignidad de las personas. Responsabilidad por uno mismo, por las otras personas como individuos, por la comunidad, por la naturaleza, solidaridad con la vida, con los otros actuales y con las generaciones futuras”

En este sentido la dignidad de las personas es entendida como el respeto a las capacidades que tienen por ser de la especie humana independiente de situaciones de enfermedad mental, coma etc.

Involucra también el respeto a su conciencia, su intimidad y su diferencia con los demás.

La responsabilidad según Escámez (2001) son las consecuencias positivas o negativas que las acciones tienen sobre nosotros mismos y para con los demás. Implica hacernos cargo de la persona que identifico “cara a cara” según el autor, que pide ayuda y cuidado.

En tanto esta concepción la responsabilidad adquiere un estatus ético.

Por otra parte la importancia del valor de la solidaridad es planteada como un sentimiento de compasión por los otros, que nace de la conciencia entre ellos y nosotros.

En este sentido dos aspectos plantea Cullen (2008) que no son favorecedores para la deliberación ética, por un lado la existencia de fundamentalismos y por otro los dogmatismos.

En cuanto a los que sostienen una posición dogmática no aceptan fundamentación de normas y valores que no sean sus propias creencias o de sentimientos, sin exponerlos a una visión crítica y racional.

En segundo lugar los escépticos creen que no se puede fundamentar principios en las normas de acción correcta, por lo que “todo está permitido porque nada vale”.

Este escepticismo no permite la posibilidad de argumentar lo justo e injusto de una situación, así como lo bueno y lo malo. Esta situación es planteada por el autor como respuesta a la dispersión de valores de la cultura contemporánea.

La ética entonces se debe fortalecer como saber racional crítico y argumentativo que busca el ideal de vida buena frente al riesgo de escepticismos y dogmas.

Esta realidad según plantea el autor genera incertidumbres del rol de la educación en la formación de sujetos morales y responsables.

La educación por su parte como acontecimiento ético y específicamente la educación moral es responsable de dar sentido a lo humano, respetando la autonomía, direccionar esa optimización de valores que dignifiquen a la persona humana en forma individual y en interacción con otros.

En los procesos de enseñanza y aprendizaje la evaluación cumple un rol fundamental.

En este sentido Perrenaud (1977) citado por Mancovsky (2011) afirma que ya existe evaluación desde que el docente “formula un juicio de valor, sobre la competencia del alumno, su inteligencia, su personalidad o su conducta”.

En este sentido refiere que no solo la aplicación de una prueba se considera evaluación.

Este autor introduce lo que denomina evaluación informal, y la define como “un componente permanente de la práctica pedagógica y un modo de control sobre el trabajo de los alumnos, cuya fabricación de la excelencia es un producto derivado que complementa la instancia de la evaluación formal”.

Ésta se suscita en espacios de interacción entre los intervinientes del proceso educativo. (Perrenoud,(1977) citado por Mancovsky(2011).

Otra distinción es que la evaluación formal está instituida y formalizada, la informal es involuntaria e imperceptible, pero no por ello deja de tener repercusiones en el estudiante.

El juicio de valor resume Mancovski “*es una expresión verbal o no verbal de la calidad de un objeto o de un sujeto*”.

En esta investigación esa expresión referida al sujeto nos remite a entender la necesaria interacción entre el docente y el alumno, es decir entre un sujeto evaluador y un sujeto evaluado.

La interacción entre los actores del proceso de evaluación según Goffman, (1973) citado por Macnioviski (2011) la define como “el dominio de un individuo sobre las acciones del otro cuando está presente cara a cara”.

Por su parte Alvarez Montero (2011) cita a la Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, que define la evaluación de los aprendizajes como:⁵

⁵ “... un proceso sistemático de recopilación de información que ayuda a que se tomen decisiones valorativas sobre el aprendizaje esperado del estudiante; pero a la vez advierte que no debe centrarse exclusivamente en los

Esta transita por distintas etapas no siempre bien delimitadas por su complejidad, pero comprende la recogida de cierta información vinculada con un conocimiento, un aprendizaje, se aplica algún parámetro de medición y se emite un juicio.

La información necesaria es de distinta naturaleza si se pretende medir los aprendizajes de los alumnos en interacción con el profesor que enseña, o si se pretende evaluar una institución educativa. Camilloni (2004).

Santos Guerra(2003) en uno de los principios que sostiene sobre la evaluación menciona que *“se ha puesto énfasis en la dimensión conocimiento en menoscabo de otras consideradas desde el plano teórico importantes como la disposición al trabajo colectivo, la comunicación y las actitudes éticas puestas en juego en la tarea y en las personas.”*⁶

El componente técnico que encierra la evaluación como respuesta al cumplimiento del currículum formal de las profesiones está permeado según el autor, por un fuerte componente ético-moral anclado en los valores, el respeto al otro y la idea de Justicia.

De acuerdo a ello es importante saber a quién beneficia, a quién perjudica, a que valores sirve y a cuáles no.

Según el autor, la evaluación debe ser entendida como un proceso para mejorar la calidad de las prácticas pre-profesionales de los estudiantes y las prácticas docentes.

Scriven (1967) citado por Camilloni (2004) acuñó el término de evaluación formativa y la definió como la “evaluación que se centra en el proceso real, efectivo”, en tanto “la evaluación sumativa se centra en el producto final”.

Pellegrino, Chudwski y Glaser (2001) también citados por la autora, afirman que la evaluación formativa son “las evaluaciones que emplean los profesores para apoyar la enseñanza y el aprendizaje”.

alumnos, sino que debe considera también, entre otros aspectos, la valoración de la metodología didáctica empleada y el desarrollo de la acción docente”.

⁶ El destaque es propio.

2.5 Ética del cuidado

El cuidado o la palabra cuidado han estado desde los orígenes de la enfermería, y se le ha adjudicado distintos contenidos pero todos relacionados, preocuparse por alguien, interesarse por alguien.

Quiénes han estudiado el tema lo relacionan como las actividades que se hacen entre personas para otras y que estas actividades son beneficiosas para ambas.

Esta relación entre las personas está mediada por la responsabilidad que tiene una por la otra y la necesidad de satisfacer las necesidades de ambas.

A diferencia del cuidado familiar, el de enfermería se da entre personas desconocidas y en contextos mediados por normas y sanciones Bowen (1997) citado por Davis (2006).

Otro significado del cuidar con el cuál se identifica a la enfermería es de índole emocional y es el sentimiento que la persona que cuida lo lleva a preocuparse por el otro, con franqueza, compromiso honestidad atendiendo a sus reclamos.

La relación enfermera-paciente adquiere entonces una dimensión moral con un sentimiento de empatía de la enfermera a la persona cuidada.

Las prácticas clínicas de enfermería es el dispositivo pedagógico por excelencia para la formación de actitudes y valores de los profesionales de enfermería, y el ámbito de desarrollo profesional pero fundamentalmente es un encuentro interpersonal entre el estudiante y el paciente, en un escenario complejo cambiante en el cuál el estudiante tiene que asumir progresivamente el cuidado de los pacientes.

A este contexto se refiere Benner citada por Davis(2007) cuando afirma que las enfermeras cuidan con unas determinadas competencias y una actitud cuidadora en la relación enfermera-paciente, pero destaca la tensión entre el cuidar personal y el contexto impersonal en el que el cuidado tiene lugar.

El cuidar enfermero como lo menciona Chambliss (1996) citado por Davis (2006) está determinado por las demandas institucionales y no por las necesidades de los pacientes.

Esta realidad se reafirma en nuestros días donde las programaciones y la accesibilidad a la atención de salud, no están organizadas en función de las necesidades de los pacientes sino del propio sistema.

Dentro de las enfermeras que han investigado el tema como Watson afirma que en tanto el cuidar como ideal moral, entraña compromiso con la protección y la mejora de dignidad humana.

Una ética del cuidar necesita una ética de la enfermería que priorice el pensamiento subjetivo y no los principios objetivos.

La ética del cuidado tiene como protagonista a dos pensadoras Gilligan y Nodding citadas por Bonete(2009) que argumentan su surgimiento como reacción al modelo ético centrado en los principios universales y fundamentalmente a la ética de la justicia.

“Persiguen una perspectiva más sensible a las virtudes, a la responsabilidad, a las relaciones personales, a las necesidades concretas de particulares”.

Dos aspectos destacan estas autoras que no son contradictorios sino complementarios.

Para que efectivamente surja el cuidado ético, necesariamente debe existir el cuidado natural. El sentimiento como plantea Nodding del cuidar natural nace de un querer y un deber, y cita a la madre que cuida a su hijo, pero el cuidar ético requiere un esfuerzo, voluntad para atender a la persona dependiente. En realidad la autora afirma que no es posible el cuidado ético si no existe en cuidado natural. Es decir el cuidar de los “cercaños” diría de Cortina, sería una condición para poder acceder al cuidado ético de los “extraños y extraños remotos”

CAPÍTULO 3

Metodología de la investigación

3.1 Fundamento teórico

El diseño se encuadra en los lineamientos generales de las teorías cualitativas que priorizan el conocimiento de nuevas categorías teóricas luego de la inducción analítica del material empírico. Es de corte transversal y está apoyada en el paradigma constructivista planteado por Gutiérrez y Delgado (1995) a través de la técnica de entrevista en profundidad.

Se realizó un estudio cualitativo de corte transversal a través de la técnica de entrevista en profundidad. El análisis se realizó sustentado en la teoría fundamentada *Grounded Theory* de Glaser y Strauss (1967 y 1970) a partir de la construcción de teoría que emerge de los datos.

La elección se fundamenta en las características del objeto de estudio que son las construcciones de significados que le dan los docentes a entidades concretas como son los procesos de evaluación de actitudes en las prácticas clínicas Mc Millan-Schumacher(2005) Esta lógica cualitativa permite acceder a los significados en los contextos donde se suceden los fenómenos y entenderlo desde la lógica de los participantes.

La metodología cualitativa empleada considera el enfoque clínico para comprender los significados desde una implicación como investigadora como lo afirma Enriquez (1999-2000) citado por Mancovski (2011).”Estar implicado no significa estar inmerso en una situación, vivirla como mía, sino simplemente no olvidar que lo que les pasa a otros tiene resonancia en mí, es capaz de hacerme vibrar y, por lo menos de interesarme,...obligarme a una trabajo mental y a una interrogación sobre mí mismo”.

En definitiva este enfoque clínico según la autora traduce una tensión entre el “saber hacia dónde ir, sin saber a dónde llegar” y esta es la diferencia entre la búsqueda y el hallazgo, que abre la posibilidad de “descubrimiento, invención y creación de saberes nuevos.”



3.2 Acerca de los participantes

3.2.1 El universo corresponde a todos los docentes que participaron en el año 2014 de los cursos prácticos de enfermería del Plan de Estudios 93.

3.2.2 La muestra fue intencional.

3.2.3 Los criterios de inclusión fueron:

- Ser docentes de todas las cátedras que cumplen su función en los cursos prácticos curriculares de la carrera de Licenciatura en Enfermería.
- Tener una experiencia superior a los dos años como docente de práctica.

El período de recolección de los datos fue en el segundo semestre de 2014.

Se consideró de inicio un docente por cátedra, y dos en las cátedras con más de un curso.

El número de docentes entrevistados fue de diez, considerando dos del sexo masculino y ocho de sexo femenino, respetando la proporcionalidad de género del universo.

Las edades oscilaron entre 30 y 55 años y ninguno de ellos ha cursado estudios de pos graduación en formación didáctica, aunque sí de educación permanente.

A los efectos de respetar la confidencialidad de los participantes se los menciona en el texto por la letra de su género (M o H) y un número correlativo de entrevistado.

3.3 Consideraciones éticas

Las entrevistas se realizaron en un ambiente privado a los efectos de resguardar la confidencialidad de la información.

Los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación, del proceso de la misma y la técnica de la entrevista.

Se informó que la participación era voluntaria, que no se revelaría su identidad en ningún momento y que luego de finalizada la investigación se destruiría el material tanto de audio como las desgravaciones.

A estos efectos se relevó el consentimiento informado. (Anexo IV).

3.4 Acerca de la técnica

La técnica a utilizada fue la entrevista en profundidad. Según Alonso (1994) citado por Valles (2007) ésta es ...”*un constructo comunicativo* y no un simple registro de discursos que “hablan al sujeto”

De acuerdo a este autor, la información relevada en la entrevista está en la biografía del entrevistado y “...ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y será proporcionada con una orientación o interpretación.”

El discurso es una respuesta a la interacción entre sujeto investigador e investigado en una situación conversacional en la cual se co- construye ese discurso a medida que se desarrolla la entrevista.

Por lo tanto y de acuerdo a Canales y Peinado (1995) lo que el entrevistado dice en determinada circunstancia de enunciación se articula con el orden social y la subjetividad.

Es según este autor una situación conversacional cara a cara y personal. La perspectiva del entrevistado es puesta en dialogo con quién investiga.

Para Lenise do Prado, de Souza y otros (2013) la entrevista es una conversación entre investigador y entrevistado pero con una temática establecida y propósito claro.

El análisis del material se realiza mediante la teoría fundamentada en los datos, el cual permite la comprensión de los fenómenos, pero no la generalización y predicción de los hallazgos.

3.5 Fase de campo.

Se iniciaron las coordinaciones de las entrevistas con los participantes considerando su disponibilidad para la misma, acordando fecha y hora.

Se realizaron nueve entrevistas en la planta física de la Facultad, en una habitación confortable preservando la privacidad de los participantes a los efectos de facilitar la comunicación de los intervinientes y una se realizó en un hospital público manteniendo las mismas características mencionadas.

Al inicio de la entrevista se agradeció la participación, se explicó la temática, la técnica, y que la indagación se realizaba en el marco de una tesis de posgrado.

De acuerdo a Valles (2007) se preparó un guion de entrevistas con una pregunta inicial para motivar al entrevistado. (Anexo V) Se consideró también el manejo del silencio, la animación y elaboración por parte del entrevistador de manera de facilitar al entrevistado seguir con el discurso. Otras estrategias comprenden la repetición de expresiones manifestadas por el entrevistado.

Los tópicos de las preguntas guía fueron:

¿Qué actitudes creen que son relevantes en la práctica clínica.?

En las prácticas clínicas evalúa actitudes en los estudiantes?,

¿Qué importancia le adjudican a esta dimensión en la evaluación?

La duración de la entrevista fue de una hora aproximadamente.

Se respetó los silencios de los entrevistados, se repreguntó en alguna oportunidad para centrar la conversación y facilitar el discurso. Concomitantemente con las entrevistas se registró en un cuaderno de campo, posturas, facies de los participantes, gesticulaciones.

Se procedió luego a la desgrabación de las entrevistas para confrontar el contenido con los registros manuales.

3.6 Metodología de análisis de los resultados

El análisis se realizó con orientación del proceso descrito por la teoría fundamentada *Grounded Theory* de Glaser y Strauss (1967 y 1970) a partir de la construcción de teoría que emerge de los datos.

Esta teoría de acuerdo Arenas, Lorenzini, citados en Lenise do Prado (2013) está basada en la noción de los “significados implícitos del investigador”.

Las teorías fundamentadas generadas luego del proceso de investigación son construcciones de la realidad. El investigador ocupa el lugar de reconstructor de las “experiencias y de los significados de los sujetos investigados”.

De acuerdo a lo planteado por Vasilachis (2006) en cuanto al desarrollo del conocimiento, para el cual propone que el sujeto que conoce no puede estar separado del conocido sino que es, en el proceso del conocimiento que se identifica con el otro en lo que tienen de coincidencia y aumenta su conocimiento por medio de su acción cooperativa, donde ambos participan por igual pero con aportaciones diferentes.

3.7 Segmentación del discurso

Una vez realizadas las desgrabaciones y transcripciones de las entrevistas, considerando las expresiones paralingüísticas de los sujetos: pausas, muecas, etc, se realizó el fichado y segmentación de los enunciados.

Los contenidos de cada línea se enumeraron para poder iniciar la codificación.

3.8 Codificación.

Una vez realizada la segmentación y fichado de los enunciados y de acuerdo a la orientación de la teoría fundamentada, se procede a categorizar o sea asignar a los segmentos o unidades de análisis a categorías.

Se realizó una codificación abierta o codificación en primer plano según Hernández, Fernández (2004) luego una axial y finalmente una selectiva, encontrándose en la mayoría de los casos convergencias y solo una divergencia en los discursos vinculada a la presencia o ausencia de instrumentos que evalúen las variables definidas en esta investigación.

CAPÍTULO 4

Análisis y Discusión

En la **codificación abierta** se identificaron tres conceptualizaciones:(Vasilachis 2006) Responsabilidad, Enseñanza y aprendizaje, Relacionamento interpersonal (Cuadro 1). Éstas emergen de las convergencias de la mayoría de los discursos docentes que identifican estos tres conceptos.

Cuadro 1: Presentación de las tres conceptualizaciones en primer plano o preliminar Abierta

Conceptualizaciones	Responsabilidad
	Enseñanza y aprendizaje
	Relacionamento interpersonal

Luego de la codificación abierta o en primer plano se realiza **la codificación axial** donde surgen las categorías y protocategorías en cada conceptualización.

Éstas permitieron interpretar desde el discurso de los docentes las actitudes que son evaluadas por éstos en la práctica clínica y los valores éticos implicados que integran las propiedades de las categorías identificadas.(Cuadros 2,3 y 4)

Cuadro 2: conceptualización responsabilidad, protocategorías y subcategorías

Conceptualización	Protocategoría	Subcategorías
Responsabilidad del estudiante	Con el paciente en su cuidado	<p>Respeto. Empatía. Trato digno. Distanciamiento óptimo.</p> <p>Pensamiento crítico. Perseverancia. Interés vs desinterés en el cuidado Conocimiento previo.</p> <p>Consentimiento-autonomía Confidencialidad de la información. Puntualidad-asiduidad. Fidelidad. Veracidad.</p> <p>Toma de decisiones en la clínica. Comunicación. Presencia (uniforme). Imagen. Solidaridad Privacidad. Honestidad. Benificencia- no maleficencia –justicia. Paciencia-compasión- Bondad.</p>

Cuadro 3: conceptualización responsabilidad, protocategorías y subcategoría

Conceptualización	Protocategorías	Subcategorías
Responsabilidad del estudiante	Con la familia y la comunidad	<p>Respeto hacia la familia Autonomía y consentimiento.</p>
	Con el equipo de salud	Respeto, empatía
		Comunicación.
		Lenguaje académico
		Integración-socialización
Cooperación.		

Cuadro 4: conceptualizaciones de Enseñanza y Relacionamento protocategorías y subcategorías

Conceptualización	Protocategorías	Subcategorías	
Enseñanza y aprendizaje	Teórica	Cuidados de Enfermería Bioética- Epistemología	
	Práctica	Modelo enseñado vs real del campo de práctica. Enseñanza Aprendizaje significativo- crítico- reflexivo. Motivación. El docente como modelo para el estudiante, reflexivo, comprometido. Humanidad en el cuidado. Comunicación. Autoestima.	
		Metodología	Seminarios Demostración Dramatización.
			Evaluación.
		Relacionamiento del estudiante	
	Presencia, tolerancia, empatía, compasión. Respeto. Solidaridad. Reconocimiento del otro. Comunicación. Compromiso Relacionamiento.		

El proceso del análisis del discurso de los docentes, si bien tiene una secuencia disociativa entre conceptos y luego categorías y sus atributos, en todos los momentos de las alocuciones se identificó una congruencia discursiva que permitió alcanzar la saturación de los datos.

Estos discursos según Jodelet (1989) expresan las representaciones sociales y cotidianas de las prácticas a través de las cuáles le dan significado.

De acuerdo a la teoría fundamentada se identificó por codificación selectiva una categoría central : la actitud responsable del estudiante en el cuidado de los pacientes.

En ella se identificaron los tres componentes de las actitudes como lo son: el cognoscitivo, el afectivo y comportamental.

En cada componente se reorganizaron las categorías, subcategorías y los valores morales y principios éticos implicados en la evaluación de los procesos de enseñanza y aprendizajes de los estudiantes.(Cuadro 6).

Cuadro 5. Categoría central, componentes y evaluación de valores y principios éticos

Categoría Central	Componentes	Evaluación de Valores morales y principios éticos.
Actitud responsable del estudiante.	Cognoscitivo Proceso de enseñanza y aprendizaje.	
	Afectivo Relacionamiento con el paciente, familia, equipo de salud y docente. Motivación. Comunicación. Vocación.	Solidaridad Empatía . Fidelidad Veracidad. Tolerancia. Compasión
	Comportamental. Conducta reflexiva en el cuidado del paciente, trato humano y técnicamente eficiente. Contexto.	Compromiso Respeto Honestidad Confidencialidad Intimidad. Autonomía. Beneficencia No maleficencia Justicia

Se retoma el análisis de contenido en relación a la variable central identificada y se trabaja en cada componente de la actitud y su correspondiente contenido.

4.1 Actitud responsable del estudiante.

Componente cognoscitivo.

Los docentes convergen en sus discursos que la actitud del estudiante que evalúan en las prácticas clínicas es la responsabilidad.

Se identifica como central en el proceso de enseñanza y aprendizaje y es significativa en el habla de los entrevistados.

M4“..Uno lo puede pensar en varias cosas, responsabilidad con el cuidado del usuario, actitud de responsabilidad con el estudio con los trabajos curriculares, durante la práctica...”

M1”... Para mí una de las actitudes a evaluar es la responsabilidad en la relación estudiante-usuario, estudiante-docente, estudiante-equipo de salud, con sus pares, con sus compañeros. La actitud profesional, sobre todo, en todos los ámbitos, porque...”

H1”...La primer cosa, y aunque parezca que uno no debiera casi decirlo, es que tiene que ver, en el estudiante, su responsabilidad con el conocimiento. Yo creo que un estudiante, forma parte de su formación en lo profesional, el hecho de ser responsable del conocimiento para poder llevar a cabo la tarea que tienen que hacer. O sea, que la primera cuestión a evaluar es la responsabilidad del estudio...”

La responsabilidad con el conocimiento es identificada como prioridad a evaluar por algunos docentes. En este sentido argumentan su importancia para “llevar a cabo la tarea que tienen que hacer”.

En este sentido Levinas citado por Bonete (2009) introduce la alteridad y propone una responsabilidad total hacia el otro que en condiciones de asimetría solicita ayuda. La responsabilidad es la condición que convierte al que cuida en comprometido ante la debilidad del más frágil. En definitiva lo más oportuno de las acciones morales es buscar el bien ajeno por encima del propio.

En este sentido la cita de los entrevistados refiere a la responsabilidad en el conocimiento para ofrecer un cuidado seguro, capacitarse para hacer el bien a los pacientes.

Según Jonas citado también por Bonete (2009) afirma que “el concepto de responsabilidad implica el deber, «primero el de *deber-ser de algo* después el de *deber- hacer de alguien* en respuesta a este deber-ser »” Este paradigma afirma que existe un deber que surge de un ser y es lo que configura según el autor la “responsabilidad humana”.

La actitud de responsabilidad en el cuidado de enfermería a los pacientes es un deber del que cuida ante un ser que en situación de vulnerabilidad requiere ayuda.

En este sentido y citando Kaplún (1998) la educación como proceso y fundamentalmente la educación en las prácticas clínicas “se aprende de verdad lo que se vive, lo que se recrea, lo que se reinventa y no lo que simplemente se lee y se escucha”.

M7” ..Y el tema de las actitudes hace a los docentes, también, qué posturas o qué actitudes vos transmitís que son importantes o prioritarias para ser un buen profesional y cuánto estás jugado en eso...”

Los entrevistados afirman lo propuesto por el autor de que no es posible generar actitudes de responsabilidad sin una enseñanza con el ejemplo de conductas en consecuencia por parte del docente así como del propio contexto donde los cuidados suceden.

Otro de los entrevistados, menciona como importante, evaluar el compromiso del estudiante con el proceso de enseñanza y aprendizaje y con el propio cuidado de los pacientes.

Prioriza el docente al paciente como centro de la atención de enfermería y al servicio, es decir al lugar o espacio físico dónde se realiza la práctica.

M2..“actitud de compromiso en el aprendizaje, de compromiso con la atención, de compromiso, sobre todo, con el usuario, más allá de que él esté en un proceso de aprendizaje y de todo, debe de entrada entender que el objeto de nuestro ser y estar es el usuario; y el compromiso con el servicio específico, no necesariamente con el docente..”

Este compromiso integra el concepto de responsabilidad que según Fry-Revere (1992) citado por Fry (2010) quién define la “responsabilidad como estar comprometido con las propias acciones y entraña proporcionar razones y explicaciones satisfactorias para éstas o cómo uno ha conducido su propia obligación.”.

M2”Con respecto... lo que evalúas, en el estudiante de grado, sobre todo, cuando me refiero a la actitud, es global; porque cuando vos hablas de compromiso con el aprendizaje, bueno, va a cumplir las consignas del docente, pero hay estudiantes que van mucho más allá de la consigna del docente. Entonces, cuando vos valoras el compromiso con el aprendizaje, es eso, justamente, hasta dónde es capaz de llegar, qué capacidad de autogestión tiene el individuo para el aprendizaje, qué curiosidad tiene, qué le interesa realmente, no sólo lo clínico específico para pasar el curso, la típica, ¿cómo quiere que le haga el (...)? Sino cuál es la mejor forma de hacerlo para hacerlo mejor y yo ser mejor. Esa es una de las cosas..”.

Los docentes manifiestan la importancia del compromiso mismo es decir capacidad de autogestión de independencia y de autonomía para lograr aprendizajes significativos (.. “mencionan cuál es la mejor forma para hacerlo mejor”). Esto se refiere a un determinado cuidado de enfermería.

Destacan los entrevistados la importancia de la “curiosidad” también vital en el aprendizaje autónomo es decir la búsqueda y los hallazgos para mejorar.

El código de ética para enfermeras del ICN (2006) citado por Fry-Johnstone (2010) señala que dentro de las responsabilidades de la enfermera profesional están la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, así como restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

En este sentido, los docentes utilizan las técnicas y metodologías en las prácticas para enseñar una técnica de Enfermería.

M10”..cuando voy a hacer un procedimiento para mostrárselo, antes de eso, que comenzamos con teoría, cómo se hace?, cómo no se hace, qué hay que tener en cuenta?, que no tener en cuenta para una aspiración, que material necesito?, para qué? por ejemplo, en lactantes, se le enseña videos grabados, la actitud de respeto al niño y al familiar, desde la postura, el relacionamiento, la explicación de los procedimientos, respeto a su intimidad.”..

De acuerdo a lo expresado por los entrevistados, se apela al conocimiento teórico para evocar el contenido que contribuya a recrear la técnica que se pretende enseñar,(aspiración de secreciones a un niño).

Esta práctica de enseñanza integra los contenidos teórico- prácticos en una situación de aprendizaje.

De acuerdo a lo planteado por Litwin (2008), el docente realiza preguntas para estimular “recuerdo del tema en cuestión” lo cual permite conectar la temática actual con conocimientos previos ya impartidos, para generar un aprendizaje significativo.

La metodología de la enseñanza de una técnica de enfermería por parte del docente, está orientada a generar una predisposición en el estudiante de responsabilidad en el cuidado, dado que el docente explicita la necesidad de tener un conocimiento teórico y una destreza a adquirir para cumplir con la misma, así como una actitud de respeto por los derechos del paciente y de su familia, a estar informado para la toma de decisiones libre y autónoma. (Anexo III)

La expresión de la autonomía en la práctica clínica es el propio consentimiento informado; deber ético y legal de los profesionales de la salud.

En este sentido el concepto de libertad está ligado al de responsabilidad que tiene su origen en el reconocimiento de los otros y de su presencia. El cuidado de alguien supone hacerse responsable de él y de su vulnerabilidad.

El “modelado” (demostración del docente y la observación y práctica del estudiante) es otra estrategia expresada por los docentes en los discursos, la cual favorece la enseñanza y aprendizaje de habilidades técnicas, comunicacionales y actitudinales.

M8 Quizás, todavía no me puse a pensar en esto de cómo poder enseñar, pero creo que la observación del otro también es enseñanza y el ejemplo. El ejemplo, más que nada...

M6..”el modelo que yo tuve de docente, cuando quise ser docente, son muchas de las cuestiones, por experiencias por las cuales yo pasé con mis otros docentes. Que, de unos cuantos, traté de no aprender lo que vi y de otros, traté de sacar el mayor jugo, es decir uno aprende lo que ve hacer más que con lo que se informa”..

La expresión de la práctica del docente como modelo es una estrategia de enseñanza para la formación de actitudes que mejoren el acercamiento del estudiante con el paciente y por lo consiguiente su cuidado de enfermería.

M8”..No sé si enseñar, pero de que lo vean como un ejemplo, que lo vean en el docente, que vean que el docente se acerca al otro de forma respetuosa, hablándole como corresponde, sin que sean los números de la cama ni que es una cesárea y es un parto normal, no, es fulana de tal, buscando la individualidad de ese ser, enseñar con el ejemplo no cosificación respeto a sus derechos”..

H2 el usuario está internado acá, todavía no hemos logrado llegar al fondo de que no es una apendicitis y que no es un pre operatorio.

El entrevistado destaca la importancia de que el alumno perciba un trato respetuoso al paciente por parte del docente, que pueda observar que el paciente no es tratado como un objeto, sino por su nombre, identificándolo como persona única y que es digno de respeto a tanto a su persona como a sus derechos.

En la práctica clínica también operan otros saberes que Andreozzi denomina pensamiento práctico y menciona los saberes en uso, conocimiento del sentido común y otras acordadas socialmente, que una vez internalizadas participan en el modo de hacer y de representación social del grupo.

Estos saberes en uso o acordes se transfieren en los que Semberoiz denomina “colapso metonímico” propio de la jerga hospitalaria. El cuerpo de los pacientes está “despojado de significados sociales y culturales”, y pasa a ser cosificado.

Este ambiente de socialización conspira en contra de la formación humanística que pretende la formación del carácter moral del estudiante de enfermería, la construcción de intersubjetividades y de acuerdo a Drane (1988) citado por Semberoiz (2012) la conformación de un “yo moral”.

El respeto a la dignidad como valor moral supremo inherente a la persona humana es decir lo que la persona es y lo que quiere hacer con su vida, supone el respeto a la intimidad expresado por los docentes en los discursos.

En la práctica de enfermería la intimidad de los pacientes tal como lo menciona Ibarburu citada por Cabrera(2000) es un indicador de calidad, dado que el paciente le confiere a la enfermera acceder a la intimidad de su cuerpo, así como determinadas confesiones que solo el vínculo interpersonal, la intersubjetividad, el ponerse en el lugar del otro lo permiten.

M3.. “las actitudes son fundamentales, a veces, hay situaciones en la clínica que le das determinados contenidos, sobre todo, en enfermería, a determinada situación, a la intimidad de la valoración del paciente en una habitación que son múltiples camas, de 8 a 10 camas y después, en el contexto general, en la sala, ves que, de repente, en otras disciplinas no tienen la misma, el mismo respeto a la intimidad del paciente o a la valoración o a determinadas cosas. Y bueno, y siempre se destaca la actitud de enfermería de escucha, de participación del otro en el cuidado y de los otros en el cuidado”.

En este sentido los docentes enfatizan el valor de respetar la intimidad considerando el contexto dónde se realiza la práctica e identifican que es un valor siempre considerado por el personal de enfermería.

La enseñanza de las actitudes en la práctica clínica, es percibida por los docentes como una enseñanza implícita, “no razonada”

M5 “La actitud frente a un usuario... lo que pasa que claro, lo que planteas, en realidad, es algo que, indudablemente, lo tenemos como incorporado, pero no, entrecomillado, razonado”..

M6..”sí, cuando vos estás en la práctica, se lo terminas enseñando. Capaz que no de una forma consciente, porque yo no me pongo a pensar: le voy a enseñar actitud profesional a este chico y voy a ir a la madre y a través del ejemplo

Los docentes expresan las estrategias didácticas utilizada para la enseñanza de las actitudes como lo es la dramatización o análisis de situación.

Estas estrategias permitan que los estudiantes cumplan otros roles, es decir ponerse en lugar del otro y ver la situación desde allí, las percepciones que experimentan, como resuelven determinada situación. Se apela a una racionalidad práctica para poder identificar los problemas en cuestión y analizar las posibles alternativas para la solución.

M3“En el aula, por un lado, pero también en la práctica es importante, sobre todo, capaz que en las primeras iniciaciones, como la, por ejemplo, lo que he visto mucho, que sirve para verse el propio estudiante, es a través de una dramatización de una consulta. Que ellos se vean desde el otro lado, cómo se ven como enfermero o como usuario, en este caso, para verse en las actitudes. O mismo, también, hacerlos pensar a ellos qué fortaleza o debilidades vieron en esa situación, que me parece que eso es enriquecedor, el aprendizaje ese entre ellos. Pero también, uno guiándolos, ¿no?”

Los procesos de enseñanza y aprendizaje se generan en contextos comunicacionales entre personas con distintas posiciones subjetivas (docente, estudiante, familia y equipo de salud). En estos hay aspectos formales intencionales como puede ser la enseñanza específica de la técnica y aspectos informales es decir aquellos que no quisieron enseñarse, que nos son conscientes pero que igualmente tienen repercusión en el estudiante. A este tipo de enseñanza comprenden los valores, algunas actitudes y motivaciones, que son recogidas por el currículum oculto. Expresión ya citada en este trabajo y que tiene mucha vinculación con lo que expresa Díaz Barriga (2005) “*se actúa* más que con la información de que *se dice*. Se adjunta a continuación aportes de las entrevistas a los docentes dónde se explicita lo antes mencionado.

M6 “Mi opinión es que no lo hacemos consciente, que ya lo hacemos porque a mí me lo enseñó así un docente, cuando yo pasé por adulto, por materno, es más, te voy a decir lo de materno, aunque yo nunca he trabajado en maternidad y me acuerdo hasta el día de hoy, lo recordamos con la actual decana; ella me enseñó, luego de un parto, cómo valorar el útero, y fuimos con la mujer y habló con la mujer, le preguntó lo que tenía que preguntar, palpó, me hizo palpar a mí; entonces... y esas experiencia son luego las que uno trasmite...”

En este segmento que se señaló anteriormente, se identifica como importante las experiencias previas de las personas para adquirir nuevos conocimiento, así como también y según Breger y Luckman (1995) las experiencias novedosas y el contexto socio-cultural.

En los espacios de práctica clínica de acuerdo a Lucarelli (2009) se suscitan tensiones entre las lógicas de la enseñanza y de la atención, así como los tiempos de formación y el tiempo de los pacientes.

Por un lado la necesidad del estudiante de cumplir con una actividad curricular que es la “entrevista” y por otro el momento que atraviesa el paciente por el cuál no puede o no está anímicamente bien para poder acceder. Ese manejo del tiempo debe estar considerado en las programaciones didácticas de las prácticas y que no implica un retraso en la práctica curricular del estudiante, sino que fortalece los valores y actitudes que el estudiante debe adquirir en las experiencias.

En este sentido la importancia del valor de la tolerancia, frente a situaciones disímiles donde intervienen otras variables que es necesario considerar, tanto el terreno impredecible que supone la práctica y las propias vivencias de las personas.

M8 “Es decir, si ese individuo hoy no quiere hablar conmigo, no es una mala persona porque no quiere hablar conmigo y no me quiso dar la entrevista. Y ellos (estudiantes) se ponen ansiosos porque quieren... o sea, ellos lo hacen con un buen sentido, de poder hacer su práctica, pero nosotros trabajamos mucho en lo que tiene que ver que se entienda el momento en el proceso salud-enfermedad que hay que actuar. No siempre está dispuesto el paciente para que el estudiante lo entreviste”..

Este proceso de enseñanza y aprendizaje es evaluado según lo expresado por los docentes, teniendo en cuenta sus secuencias, es decir durante la demostración del procedimiento, y luego cuando el estudiante lo realiza por sí solo.

De esta manera se realiza un proceso de “evaluación formativa”.

Este término fue acuñado por Scriven (1967) citado por Camillioni (2004) como contribución a la mejora de la calidad de los procesos educativos.

M6 ..”y luego en las devoluciones también lo evalúas es decir te preocupas por saber el proceso que realizó en otra instancia similar”..

Los docentes también destacan la importancia de la evaluación en la clínica a través de la autoevaluación y la coevaluación para identificar fortalezas y debilidades. Enfatizan en la evaluación formativa y no terminal frente a situaciones específicas de una actividad.

M8 no es evaluar una persona por una cosa puntual que hizo; esa cosa pudo haber estado, afectó en ese momento y la persona operó un cambio hacia lo positivo, sino la evaluación en el grupo de la clínica y entre los estudiantes”.

M7 Es un proceso. Lamentablemente, no se ve así, se dice: no, porque hizo tal cosa aquel día, qué barbaridad, que lo vi con un paciente... Entonces, ya le encajó la lápida y ya eso, tampoco le da la oportunidad de crecer a la persona, porque se va a acordar de ese elemento negativo por el resto de tu vida, pero no creció, no tomó conciencia....

En este sentido los aportes de Piaget y Vigotsky citados por Hoffmann (2010) en Anijovich-Camillioni y otros (2010) le dan importancia a las “intervenciones mediadoras significativas”. Estas son visualizadas como necesarias para el desarrollo del intelecto y de la moralidad.

En esta propuesta se inscriben situaciones que procuran desafíos cognitivos de los estudiantes. Implica que el docente es el que posibilita, media para la reflexión en las distintas experiencias de aprendizaje.

Peerrenaud (1993) citado por Mancovski(2011) afirma la presencia también de la evaluación informal. Esta última si bien puede ser imperceptible, involuntaria, contribuye a la formal y tiene repercusión sobre los alumnos. Es decir lo dicho y lo no dicho que en la relación social e interpersonal donde se desarrolla el proceso educativos es una variable que no se debe despreciar, porque los gestos posturas y aún el silencio es una conducta que encierra actitudes y valores.

Los discursos de los entrevistados también identifican otras actitudes a evaluar como “la postura, el estilo del lenguaje y presentación del estudiante al paciente”.

En este sentido Andreozzi plantea que en el proceso de socialización el estudiante se apropia de los usos y costumbre del ambiente en este caso los campos de práctica y se naturaliza tanto el lenguaje como la postura y la forma de vestirse y presentarse al paciente.

H1“El lenguaje, la expresión personal, la presencia, cómo se viste, eso es parte de la actitud, que encierra el respeto al otro Sí, eso como que el estudiante uno lo, la actitud engloba todo eso, las responsabilidades que puedan surgir de todo lo que se espera de ese estudiante y también de lo que logra, que también marcar, me parece importante”.

M7“..a veces, utilizan palabras que son más de la, no sé si se le puede decir barrial, porque es como que en este momento, hay otra terminología para comunicarse”.. sino el hecho de cómo me paro, de cómo me expreso y qué palabras utilizo.

H2 Presencia del estudiante ante el usuario. Ahí estamos hablando de cómo él está vestido, por decir así, si mantiene una línea acorde a su rol. Identificación, si se identifica en el uniforme y si él, cuando se presenta al usuario por primera vez, se identifica de forma correcta. Si, a su vez, él le plantea al usuario, no son caminos sino vínculos, si él le brinda al usuario canales de comunicación acordes. O sea, lo que decía hoy, ni de mucha confianza, de un che y vos”.

Otro componente identificado por los entrevistados como importante y motivador para forjar actitudes deseables hacia los pacientes son los contenidos tratados en los cursos teóricos de la carrera de licenciatura en enfermería vinculados con los propios cuidados de enfermería y su aplicación práctica, la formación en bioética y epistemología que son conocimientos transversales en el *curriculum*.

M4”Bien. Bueno, la primer cosa que me parece importante, a tener en consideración, es que en el caso de nuestro módulo, lo que tiene que ver con, tienen materias independientes, porque me parece importante el momento del programa, porque tienen una formación, tienen ética, que es una materia independiente, que no siempre se da antes de que el estudiante... cada ética tiene que ver con el grupo etario con el cual se va a hacer la práctica. En nuestro caso, no siempre la materia independiente precede a la práctica estudiantil”.

M3“Bueno, me parece que en las materias de la carrera, como ser, epistemología, bioética, como que tienen un peso importante en cuanto a elementos que pueda tener esa visión el estudiante y que uno, como docente de práctica, también lo tiene que tomar porque, de alguna manera, ese estudiante, alguien le enseñó para llegar a la práctica, por lo menos, escuchó de esas cosas para aplicarlo en su práctica”

Los entrevistados expresan que los contenidos de las materias de Bioética y Epistemología son importantes para práctica clínica, aportan según sus discursos el marco legal para la práctica que corresponde realizar. En este sentido los docentes identifican alguna dificultad porque no siempre por distintas razones, se dictan las mismas previo a ir al campo práctico.

En cuanto a la consulta sobre la importancia que los docentes le adjudican a la evaluación de actitudes los entrevistados lo identifican como muy importante la formación en actitudes y valores éticos para el cuidado de los pacientes. Algunos le dan más valor que al conocimiento técnico, otros hablan de igual jerarquía a ambos contenidos.

Algunos docentes convergen en la importancia de la formación en ética desde el inicio de la carrera, otros afirman que la formación en este sentido es propia de la familia y de sus vivencias.

También los entrevistados realizaron aportes vinculados a la importancia de darle más jerarquía a la evaluación de actitudes y valores en el contexto de la evaluación general.

H3“Para mí, sería igual el conocimiento es importante, pero la actitud que tenga en su quehacer, en sus prácticas, en la responsabilidad frente a entrega de trabajos o frente a actividades que se le ha pedido dentro de la práctica, eso me parece que también es importante. No considero que sea mejor que tengan más conocimientos que la actitud ética, tienen que estar entrelazados, con el mismo peso y más, me parece, también.

H2.Prioritario, porque es gestión del cuidado, no del cuidado del equipo, del cuidado del usuario, del cuidado directo; 200 horas es gestión del cuidado directo a las personas y si decimos que necesitamos relacionarnos de una forma adecuada con los usuarios, y sí, tiene que ser central.”

En estos segmentos se refuerza la idea del trato humano y la necesidad de profundizar desde la formación en estos aspectos identificados por algunos docentes como centrales. Si bien es descrito por los docentes que la adquisición primaria de las actitudes y valores es en la familia, se refuerza la idea de la necesaria reflexión en la práctica clínica, dónde también deben ser enseñadas desde el inicio de la carrera. En cambio refieren los docentes que los conocimientos técnicos se van a ir adquiriendo “con el tiempo”.

M2 en lo que tiene que ver con las actitudes, para mí es un elemento primordial en lo que tiene que ver en la formación del estudiante Importancia en la formación las actitudes éticas...

M8 “Reconstruir o, por lo menos, dar más elementos, quizá o hacer eso de valorar con mayor detenimiento ese aspecto, sin desmedro del otro aspecto, lo que es técnico, lo que es conocimiento, lo que es el rol del licenciado en enfermería”.

M8.. “le doy el 50% de importancia en el contexto del conocimiento, porque puede tener mucho contenido teórico, pero no se acerca al otro con valores éticos, que esos son muy de cada uno, esos valores éticos que tiene el estudiante van a ser de su experiencia de vida, de su familia, y no por lo que lea ni por lo tan contenido teórico excelente que tenga. Puede tener un excelente contenido teórico y desde lo humano y desde el acercamiento con el otro, no lo es, por lo tanto hay que enseñarlo”.

M6 “Eso no significa que no es importante el conocimiento que deba adquirir, simplemente, que hay, yo considero que el conocimiento se puede ir adquiriendo con el tiempo, pero hay otras cuestiones que comienzan desde la formación que si el estudiante no lo logra al finalizar su carrera, luego, después, entra en una vorágine que difícilmente pueda tener algunas actitudes que uno espera que al finalizar la carrera las tenga”

Los docentes expresan ciertos dilemas vinculados con situaciones en las cuáles los estudiantes y ellos mismos identifican como que “están mal”, y el dilema es, optar por el silencio o la reivindicación de la situación.

Esta realidad permea el ambiente de aprendizaje. Varios autores citados por Semberoiz en investigaciones sobre la formación de los alumnos han llegado a concluir que frente a

conductas de falta de respeto, hostilidad hacia los pacientes, se guarda silencio, o si se decide a hablar se hace indirectamente con técnicas que encubren a la persona que cometió la falta.

Desde esta perspectiva siempre el que está en riesgo es el más vulnerable es decir el propio paciente que ha depositado confianza en quién lo cuida, a quién le corresponde brindar seguridad en el cuidado, honestidad, respeto y conductas benéficas. No sólo es un deber ético de los profesionales sino que en muchas circunstancias es un deber deontológico y legal.

Uno de los entrevistados orienta a los estudiantes a ponerse en el lugar del otro es decir empatía, volver a lo que habíamos mencionado como cambio de rol, para poder comprender y asimilar las repercusiones que sufren los pacientes en estas circunstancias.

M8Y está el otro tema que es difícil, que a veces, no se asume, porque nosotros vamos a la práctica, vemos cosas que están mal, que el estudiante te la marca y nosotros, como sabemos que queremos el lugar de práctica, qué sé yo, hay que tener cuidado con no ser cómplice de ese tipo de cosas, porque tampoco es una enseñanza”.

M8 Y la otra cosa es que cuando ven cosas que no les gustan, bueno, que vayan formándose en su perfil que son cosas que no tienen bien que hacer, que las vemos todo el tiempo; no hagas al otro lo que no te gusta que te hagan a vos. Entonces, esas, si bien no hay algo para medir, tú lo estás en tu cabeza midiendo, trabajando.

M7Siempre los hago ponerse en el lugar del otro, si tú estuvieses en esa situación, ¿te gustaría que te dijeran: usted entra de tal hora a tal hora, usted tiene que entrar y mirar, nada más, a su bebé, no puede tocarlo ni puede

M2 “Cambiar esa cultura, es lo mismo, el tipo que trabaja en la salud, no se equivoca, equivocarse está mal y si te equivocás, te callás la boca. Eso nunca podemos aceptarlo”.

Los entrevistados también en el discurso le dan importancia a evaluar la actitud en el manejo de la información.

Desde el punto de vista deontológico y legal, el personal de la salud está obligado a mantener el secreto profesional, y solo podrá ser revelado públicamente en circunstancias que lesione a terceros. En el segmento que se presenta a continuación, los docentes mencionan el manejo de la información que surge de la de la historia clínica.

H1”Qué cuestiones tienen que ver con las actitudes de los estudiantes? Bueno, una de las primeras cuestiones tiene que ver, por ejemplo, con el hecho del manejo de la historia clínica. Siempre digo, al estudiante se lo forma y se lo trata de evaluar en cuestiones como lo que tiene que ver con la confidencialidad, el manejo de la información fuera del equipo y dentro del equipo”

Otros aspectos en los cuales coinciden algunos docentes son los vinculados a la información confidencial que muchas veces le confiere el paciente al personal de enfermería en una relación de mutua confianza, como frustraciones, sentimientos etc.

M2 “Y lo que más se evalúa es la forma de cómo comunicar la información y de qué forma poder también esa información no utilizarla en cualquier lugar, en cualquier ámbito sino mantenerla dentro de su ámbito de trabajo y su relación con el docente estudiante, el usuario y el resto del equipo....

M7"El cuidado en un paciente en un centro de cuidados intensivos, hay que tener cuidado también que sea cuidadoso con lo que se dice, con lo que no se dice, con lo que se expresa", ...

M8"Yo pienso que también todo lo que tiene que ver con eso de guardar, no el secreto, pero sino el no divulgar lo que el otro te dice en una situación de confianza y cuando se tratan de cosas que son íntimas, de lo que siente, de lo que quiere, de la frustración, todas esas cosas que son como más, no son fáciles de transmitir ni enseñar. Por eso, vos lo traés; el ejemplo es lo mejor. De hecho, yo actué, me formé, por mis ejemplos en mi profesión, por mis docentes, que fueron mis ejemplos"...

Destacan los docentes la importancia de la formación con otros, con el ejemplo de docentes con los cuáles se formaron.

Entre los instrumentos de evaluación de las prácticas clínicas se identifican divergencias en los discursos, mientras unos dicen que poseen un instrumento en el cual califican al estudiante determinadas actitudes, otros dicen no tenerlos.

H2 Esas cosas, si bien sería deseable tener una guía para ver cómo nosotros también evaluamos, porque calculo que cada uno de nosotros lo miramos diferente, en lo personal, nos fijamos.

M8Concretamente una escala, una cosa, no, porque no trabajamos con ese tipo de cosas, no tenemos un instrumento, que sería bueno tenerlo, sería muy bueno tener un instrumento; y no lo tenemos. Lo tenemos, como tenemos tantos años en esto y qué sé yo, como un instrumento muy empírico que uno va como viendo factores de esa persona.

M1 Y acá tenemos formularios que tenemos que, si llega en hora, si no llega, la actitud que tuvo, cómo se manejó, cómo se comunicó con el docente, con sus compañeros. Sí, hacemos una escala del 1 al 5, me parece..

H2 En cuanto a lo que son actitudes, hay varias, si bien no tenemos una guía, que es una de las fallas, quizás, hay varias cosas en que nos fijamos para evaluar o para acompañar la evaluación del estudiante en todo el curso. Una de ellas es cómo el estudiante actúa frente, primero, que es la primera impresión, al docente, es un aprendizaje, que el estudiante tiene que saber referenciarse con el docente.."

Algunos docentes manifiestan que si bien no tienen un instrumento estandarizado para evaluar las actitudes, sí aplican la observación como metodología para identificar las fortalezas, debilidades y retroalimentar los procesos de enseñanza y aprendizaje.

M7"Ahí, en eso, vos desentrañas todo lo que tiene que ver con la actitud del estudiante; el que se anima a ir a fondo con las preguntas, el que no, y el que quiere hacer el trabajo porque las docentes no escorchen más. Por eso te digo, ahí vos tenes una gran oportunidad, por lo general, lo mío es muy empírico, pero no me falla, cuando yo observo esas actitudes, como que a lo largo de la práctica ya me doy cuenta con quién tengo que trabajar más y menos por ese tipo de cosas".

M4"De hecho, cuando construyo el instrumento que es el parcial, siempre hay una pregunta que tiene ese aspecto en cuenta y cuando voy a corregir, no quiero ni leerlos, así, detenidamente, porque me doy cuenta que les falta muchísimo, les quedan algunas cosas importantes, pero no todas".

La enseñanza y evaluación de las actitudes y valores es planteado por los docentes como la necesidad de contenidos que debieran estar explícitos en el *currículum* desde el inicio de la carrera.

También Bolívar (2002) refiere que lo importante es la forma de cómo son enseñadas las actitudes y los valores y están relacionadas con el ambiente, en este caso tanto del aula como de los campos de práctica. No alcanza con una evaluación de los profesores de un área sino que deber ser realizada por el conjunto de profesores que forman parte de un ciclo.

M8Entonces, como que sea gradual al respecto del nivel que va logrando el estudiante, que vaya acompasado con el conocimiento, pero que vaya acompasado con una buena evaluación desde lo ético, si no, vamos a sacar, siempre va a salir, a egresar, estudiantes, futuros egresados, licenciados, que no tienen en cuenta eso, que tienen que pasar cinco o diez años para pasar... No están explicitadas en el *curriculum*.

En los segmentos que se citan a continuación los docentes mencionan el valor de la solidaridad entre los estudiantes cuando se encomienda un trabajo de grupo.

M8También con su actitud en forma solidaria con sus compañeros o no, tratar de trabajar con las competencias

M9 La clínica, la experiencia clínica. Ahí tú no te puedes descuidar de aperturas y actitudes, porque tú ya las ves las actitudes. Cuando tú decís diagnóstico de situación, es un excelente momento para ver actitud, porque ahí vos vas a ver la gente que espera que el otro haga, el que quiere descollar, que lo hace solo y después se queja, el que es re solidario y dice vamos a ayudar a fulano, que tiene determinado problema, vamos a cubrirlo con esto.

En este sentido y según Escámez,(2001) cuando identificamos que todos los seres humanos somos interdependientes y aún más en una interdependencia de toda la humanidad para asegurar la supervivencia. Nace de la conciencia de interdependencia entre ellos y nosotros.

Es un sentimiento estructural y que forja el carácter moral de las personas.

La actitud en esta situación está manifestada en la conducta de individualismo cuando decide hacer un trabajo solo cuando la propuesta es grupal, en contrapartida de otros estudiantes que sí colaboran para integrar a otros en la tarea.

El valor de la solidaridad es relevante en la formación del estudiante tanto como ciudadano como futuro profesional de enfermería al cuidado de personas vulnerables.

La integralidad en el cuidado de los pacientes implica el trabajo en equipo aportando hacia el bien del paciente y ofreciendo los recursos disponibles para su atención. De acuerdo a los principios esto implica ser beneficiante, no causar daño y darle a cada uno lo que necesita (justicia).

En este sentido se transcribe lo manifestado por los entrevistados en una situación de aprendizaje.

M7Lo ves en un seminario, estudiantes que se salen, levantan la mano y preguntan cosas para hacer patinar al compañero, no para aprender. Que nosotros decimos bueno, le quieren preguntar para que se luzca el grupo... vos ya te das cuenta. Eso es estudiar una actitud, una actitud que después se reproducen los modelos en los lugares de

4.2 Componente afectivo

En la relación interpersonal propia del cuidado (enfermera- paciente) adquiere relevancia el principio de fidelidad, mencionado por Fry Veatch (2006) citado por Fry-Johnston (2010) “como una obligación de permanecer fiel a los propios compromisos. Son obligaciones implícitas (requisito básico de la ética del cuidado) en una relación confiable entre el paciente y la enfermera, que se traduce en sostener las promesas y mantener la confidencialidad”.

Ligado con esta regla moral está la honestidad en el relacionamiento del paciente, familia con la enfermera y el equipo sanitario. Forma parte de un deber del profesional y de un derecho del paciente a conocer lo que se sabe o no de una determinada situación que lo involucra, siempre tratando de no causar daño.

MI”Para mí, en el cuidado del paciente es fundamental la actitud que uno tenga de cómo se va a vincular porque ahí vas a hacer un cuidado serio, profundo, objetivo y en la medida de lo que está precisando el paciente en un ambiente de confianza y de confidencialidad y de, y ahí se juega todo el partido”.

El acercamiento precoz del estudiante de enfermería con la práctica real en contextos situados, refuerza el nexo entre teoría y práctica.

La complejidad de los fenómenos sociales hace que en las propias prácticas se interpele a la teoría en función de las particularidades y contextos donde aquellos se producen. De acuerdo a lo mencionado por Celman (1993) la práctica es generadora de teoría y viceversa. En este sentido y desde un modelo constructivista, el docente cumple una función mediadora entre el alumno y el conocimiento.

Lo antes mencionado podrá hacerse posible si media el diálogo y las experiencias de relacionamiento con el paciente, docente y el equipo de salud para interpretar e interrogar la realidad y poder tomar decisiones en situaciones cambiantes y heterogéneas como las que se suceden en el campo de la salud y que nos desafían permanentemente.

Es aquí donde los docentes enseñan, transmiten y evalúan las conductas de los alumnos, sus actitudes y valores.

Por lo tanto el vínculo interpersonal y transpersonal entre la persona que cuida y el que es cuidado condiciona el nivel de satisfacción de los pacientes y es un componente ético moral en la atención de enfermería.

En este sentido el ponerse en el lugar del otro es reconocer sus sentimientos no solo con lo que la persona dice sino con los gestos y con lo que la persona es, por lo tanto identificar y respetar la situación emotiva del otro, es captar su subjetividad sin limitarla a nuestro ser.

El no reconocer al otro ser humano, imposibilita la “genuina comunicación humana” Escaméz (2001).

Cortina (1996) afirma también la importancia diálogo con los demás considerados como interlocutores válidos, como un fin en sí mismo permite según la autora, llegar a un acuerdo que satisfaga intereses universalizables.

El sentimiento de respeto a la dignidad de la persona humana que es la razón de la declaración de los derechos humanos en 1948, le sigue otro sentimiento que es el de la compasión.

Este sentimiento se expresa por la persona que cuida hacia el que es cuidado o el que sufre. Es identificar entonces por parte del cuidador que la persona que es cuidada no merece esa situación y además tiene un significado para el que cuida y es la compasión.

La empatía es el móvil a cultivar, la emoción o sentimiento que nos sitúa en el lugar del otro para saber lo que siente, ya sea alegría o tristezas. Cortina (2013)

Esta autora lo resume en el “reconocimiento cordial” basado en el respeto a la dignidad propia y ajena, desde la compasión donde los sentimientos y emociones tienen una connotación moral.

En el cuidado de los pacientes es una obligación moral, ética y legal el respeto al principio de Beneficencia es decir obrar en beneficio del paciente no generarle daño, (no maleficencia) tratarlo con equidad independiente de su condición social, política, religiosa o económica. Darle lo que necesita.(justicia) y permitirle ejercer su autonomía libre y responsablemente.

En definitiva implica según la autora el “obrar bien”.

Esta expresión (obrar bien) los docentes lo expresan en el actuar con “bondad”, respeto, compasión.

La compasión según Schopenhauer, citado por Bonete(2009) “..es el móvil de la justicia como de la caridad.. Ambas virtudes, emanan de la constatación de que el sufrimiento del otro es lo que me impulsa a obrar moralmente”.

M8”Y bueno, que lo trate como un ser humano, primero, que no invada sus espacios privados, somos la profesión que más cercana al cuerpo y la desnudez tenemos, sobre todo, en lo materno-infantil, creo que en todas, pero en lo materno-infantil, mucho más; y también con la reproducción, con esto de que la madre o que la mujer esté comportándose o viviendo ese momento con alegría, con tristezas, con fracasos, y eso también es ético, saber respetar y reconocer esos momentos. Estar, siempre tu vez actitud de comprender al otro y eso es muy difícil transmitirle al estudiante, cuáles son las etapas en las que está viviendo un ser humano. Es muy

difícil transmitirle que comprenda, desde su vivencia, que no es igual a la mía, qué es lo que le está pasando a la mujer”...

M6..”la actitud frente al que tiene enfrente, por un lado, del conocimiento; otro, en lo que tiene que ver con el vínculo, el relacionamiento con el que tiene enfrente”.

Los docentes también destacan la importancia de la vocación como una actitud a evaluar en el estudiante que se está formando para la carrera de enfermería.

En este sentido el profesional vive su profesión de distintas maneras según lo planteado por Hortal, citado por Conill y Cortina, (2000) unos como un medio de vida y que actúa en forma periférica a la persona que la ejerce y otros como estatus social y la vocación sería la cualidad del que vive la profesión como una parte importante y central de su vida.

Se adjuntan los segmentos de los discursos.

H1”En nuestro caso, como el usuario va desde 12 días hasta los 18, que se trabaja con el vínculo, madre o padre y niño; cuando se realizan procedimientos en lo que tiene que ver con la información a la madre o al padre sobre el procedimiento que se hace; hay algunos principios que rigen la ética o que tienen que ver con la ética con el hecho de, por ejemplo, el principio de no maleficencia...”

M8Claro, que la persona es respetuosa, bondadosa, que tiene eso que nosotros llamamos vocación de servicio, porque para eso, tenés que tener paciencia por el otro, mucha paciencia compasión El respeto, para mí, es fundamental. Importancia de las actitudes éticas de respeto, bondad, paciencia hacia el otro, compasión, vocación de servicio”

M8”Hay algo en las personas, hay una vocación por el otro y por ayudar y por aprender y por poder, que eso es lo que hay que, me parece, buscar. Rol docente. Responsabilidad docente por descubrir en las personas la vocación o preocupación por el otro”..

Los docentes también intercambian con los estudiantes en el proceso de enseñanza las distintas vivencias que lo han llevado a una conducta poco adaptada para una determinada situación.

En este sentido forma parte del proceso de formación el poder generar confianza, el estudiante con el docente para expresar sus sentimientos, sus experiencias como parte del proceso de enseñanza y aprendizaje.

Es necesario fortalecer los valores de respeto hacia el otro, preocupación por él, así como también la honestidad en la docencia, valores que a través de las conductas docentes, el estudiante percibe, y es deseable propiciar el él similares conductas para con los otros, pero fundamentalmente con el paciente. En este sentido escucharlo en los momentos que lo necesite, y no solo pensar en objetivos personales, individualistas.

M3“Me parece que también ahí es, además de estar evaluando en el momento, si vemos ciertas dificultades, pero también me parece que es importante ver cómo se sintió, qué es lo que percibió él para tener esa actitud, porque hay veces que son situaciones que no lo han vivido, o son situaciones de vida o de problemas, que como que ahí,

o que son hasta situaciones movilizadoras, me parece que es importante dar el espacio al estudiante para que exprese su visión, porque también hay, a veces, que esas cosas, si no las habla, no las exterioriza, no sé..”

M3“Sí, exactamente. Pero, por lo menos, más allá de si lo pudieron realizar o no, me parece que es importante darle el espacio uno como docente, para que puedan expresarse. En cuanto a actitudes y eso

Muchos de los entrevistados hacen énfasis en la forma como los estudiantes se expresan, como se presentan al paciente, la imagen que difunden entre los pacientes y el resto del equipo

Otro aspecto mencionado por los docentes tiene que ver con la asiduidad y la puntualidad a los campos de práctica.

M8Si yo voy a tener una reunión porque voy a empezar a trabajar con un ser humano y a cuidar su vida, yo tengo que ser responsable. Y eso, para mí, es una actitud; es una actitud la postura del estudiante cuando ya está en hora en su sala, pero puede estar mirando la luna cuando puede estar pensando bueno, ¿cómo voy a desempeñar esto?

Lo manifestado por los entrevistados tiene como dos miradas una vinculada directamente con los valores de responsabilidad, respeto al otro, tanto al paciente como a los compañeros.

Existe un saber institucionalizado o un modelo hegemónico que determina las distintas dinámicas de los servicios en cuanto a turnos horarios sistemas de trabajo que en su gran mayoría no están pensadas para satisfacer las necesidades de los pacientes, sino de terceros, por tanto no son beneficiante para éstos. Hay algo del nivel de lo no dicho ni considerado por los entrevistados que se relaciona a un proceso de reflexión del docente y el estudiante. No se piensa ni se dialoga entre docente y estudiante respecto a la puntualidad y asiduidad, se da por hecho que se tiene que entender que tienen que ser puntuales y asistir sin una conversación que permita comprenderlo, elaborarlo y apropiarlo. Son aspectos que están implícitos que nunca llegan a conversarse.

M7 Lo que yo más evalúo siempre es cómo se paran, cómo se sientan, cómo hablan. A veces, he corregido algunas palabras y les hablo sobre lo que es ser profesional, que entra desde el momento de la presentación de la persona, que es lo mismo que yo, el día de mañana, vaya a buscar un trabajo y no me arregle o no vaya a dar una buena impresión, y si voy a dar una buena impresión con mi ropa, , también eso influye mucho en la persona. Cómo se tienen que presentar, cómo tienen que hablar, para mí eso es muy importante enseñar también cómo es la presentación del licenciado con el paciente, las estrategias de..

La otra perspectiva o análisis de lo planteado por los entrevistados tiene que ver con los marcos normativos institucionales que nos prescriben ciertas conductas.

Sí, consideramos importante además de las condicionantes socioculturales que intervienen, el poder discriminar y trabajar con los estudiantes la reflexión antes y después de la acción

planteada por Schön para entender que es lo bueno para el paciente, que es lo que lo beneficia y que es lo que lo perjudica. Este proceso de construcción y de deconstrucción de situaciones la realidad situada en los contextos, tiende a consolidar aprendizajes significativos en los equipos de trabajo y a adoptar conductas internalizadas y no solo adoptarlas de manera prescriptiva.

De lo mencionado se desprende la importancia de una fluida comunicación entre alumno-docente- paciente y equipo para lograr una reflexión moral que habilite al desarrollo de virtudes humanas para el cuidado.

Las voces de los entrevistados así lo expresan:

M7Si evaluó en la parte de las notas? Bueno, ya no es una excelente presentación, porque, a veces, pasa que hay gente que dice: yo trabajo en otro lado, pero bueno, estás llegando tarde no un día, todos los días, no venís con la cara prolija, afeitado, peinado, yo qué sé, a veces, pedir que vos decís: por favor, te pido que mañana agarres la plancha y planches la camisa porque no podés venir así como que un trapo adentro del bolso, si vos lo doblás bien, no se te arruga tanto, le digo yo. Tenés que estar enseñando muchas cosas, a veces. Y eso, por supuesto, en la presentación de estudiante como estudiante, no es la excelente, eso es lo que... más allá que veo cómo responde, también, una cosa que vos ves que cambie su actitud y otra cosa es que... es lo mismo que se aparece de bermuda al campo de práctica, no le podés decir: seguí viniendo de bermuda

Los docentes plantean algunas estrategias como las escenificaciones para que los estudiantes se identifiquen desde otro rol.

M7”A mí, personalmente, me importa mucho que al estudiante se le enseñe, vamos a decir, en los primeros años, no solamente es el conocer sino el cómo presentarse, que es lo que yo utilizo, es decir, yo, incluso, les digo: fijense si yo salgo, yo soy una persona, vos sos el jefe de un servicio. Entonces, yo entro y me voy a presentar, y lo hago así displicente..

El entrevistado manifiesta la importancia de la enseñanza de las actitudes desde el inicio de la carrera ,y lo plantean desde el “cómo presentarse”. Ésta tiene una connotación trascendente en cuanto a la manifestación de expresión de voluntad hacia el desempeño de la función .

El docente lo nombra como una actitud “displicente”. Esto es muy importante en el encuentro con el paciente que sí va a percibir esa conducta poco favorecedora para generar la confianza que requiere el vínculo interpersonal para el cuidado.

4.3 Componente conductual

En lo expresado por los entrevistados se identifica un modelo hegemónico imperante que permea los espacios de prácticas, centrado en la figura de otros profesionales que tienen mayor presencia numérica en los campos, independencia profesional y estatus.

En este sentido el cuidado de enfermería legitimado socialmente como una necesidad a ser satisfecha por los profesionales de enfermería queda relegada a las dinámicas que imponen otros, generando inequidades tanto para el paciente como para los colectivos.

M6 ..”cuando uno enseña un modelo en la práctica, ¿qué es lo que sucede, por ejemplo, hoy en día, donde el modelo de existencia en enfermería no es lo mejor que hay? Pero, ¿qué fue lo que lo hizo transformarse?, porque, en general, cada estudiante de acá sale preocupado de que el usuario tenga información, de esto, de la mejor atención, capaz que no tanto como la mayoría quisiera, pero tiene, cuando llega a su último año, en su mayoría, una buena actitud profesional. ¿Qué es lo que pasa, que luego de que egresa, no puede continuar con ese modelo y tenemos el modelo que hoy en día hay, que no es el más, el mejor?”

En este sentido los docentes se preguntan que hizo que se transformaran las conductas luego del egreso?

M6 “Entonces, desde esa perspectiva, tendríamos que tener cursos que también permitieran a los docentes tener formación en lo que estamos hablando, en actitud profesional, porque de nada me sirve que yo pueda enseñarle a un estudiante cuál debe ser la actitud profesional si luego, cuando voy a la práctica que es lo que, mayoritariamente, absorbe, el modelo que está viendo no refleja lo que él aprende en la teoría”. el contexto como modelizador.

Los docentes expresan que los estudiantes en sus prácticas adoptan ciertos roles para ser aceptados por los otros integrantes del equipo de salud, ya sea desempeñando el rol del auxiliar de enfermería como se cita en este caso u otro.

Andreozzi(2011) plantea esta situación como parte del períodos de socialización profesional donde hay saberes instituidos, formas de interacción, lenguajes, posturas que los denomina “magma de saberes” sin los cuales no es posible habitar el mundo profesional cotidiano.

H2”; muchas veces, cuando el estudiante, para poder entrar al servicio, para poder meterse y trabajar, como ellos dicen, tranquilos, hacen el trabajo del auxiliar, para que el auxiliar no los moleste, entre comillas”.el ambiente hospitalario sumarse a lo arraigado en el servicio..

En este sentido y de acuerdo a lo mencionado por los docentes, hay que considerar que estos comportamientos se circunscriben también a la noción de representación social que según Moscovici (1986) citado por Flinkestein son las “elaboraciones grupales que realizan los sujetos de una determinada época y pertenecientes a un espacio social para ordenar el mundo y volverlo inteligible”. Es una forma de interpretar la realidad cotidiana, es una forma de conocimiento social. Según la autora es conocimiento “ingenuo”, de “sentido común”. Se forma con experiencias y modelos en la interrelación social.

Esas tramas hegemónicamente instituidas que se van gestando, se van sedimentando y naturalizando según Mélich (19989) citada por Andreozzi que inhibe el pensar reflexivo.

Se adjunta segmentos de los discursos docentes que describen ese rol del recién llegado y la necesidad de cumplir con ciertas conductas institucionalizadas.

H2 “Todavía existe en muchos estudiantes una confusión, capaz, en tener un buen vínculo y querer generar un acercamiento amistoso. Entonces, se hacen chistes con los usuarios que, a veces, no corresponde, se trabaja de una forma... con un relacionamiento superficial es decir no cumpliendo el desempeño no como estudiante sino plegándose a un ritual de funcionamiento... que desempeñan otros

M9 “reflexionar sobre determinadas situaciones, a veces, que hacen a la situación integralmente y no sólo a un procedimiento o a un cuidado específico de la disciplina sino a toda una situación”

Pero además en el proceso de socialización profesional, se generan en las prácticas clínicas de formación según la autora, procesos de “trasmisión de los heredado”, lo cultural, generando tensiones subjetivas que promueven en las prácticas los momentos de reflexión antes durante y después de la acción como menciona Schön. Es como una especie de respuesta a la situación que genera la reflexión y no solo tomar decisiones con los modelos imperantes, sino que el docente es quien tiene que promover ese “recobrar lo heredado” que contribuya a la reflexión crítica.

En los segmentos que se citan a continuación, los docentes expresan que frente a situaciones conflictivas en los espacios de práctica clínica analizan con los estudiantes las distintas circunstancias de la misma, la toma de decisiones.

M7..”reflexionar sobre determinadas situaciones, a... que hayan pasado, analizarlas ,ejemplos que ponés, con las vivencias que compartís. ejemplos que pones, con las referencia que quieres ser o la prioridad que le das a las situaciones”.

M8”.. Y ahí, la actitud del estudiante no es querer sabérsela toda sino preguntarte cómo puede encarar las cosas, es una actitud de preocupación, de formación, todo eso vos lo vas viendo, lo vas valorando, vez la toma de decisiones como se realiza, si se procedió bien o no?..

M8 “Y vas valorando ante los conflictos también, cuando hay un conflicto o algo que le sucede, bueno, a ver, cómo actúa la persona; si huye de la situación, si trata de encararla y defender lo que le corresponde, porque, a veces, el estudiante dice igual no importa, paso por esto y ya está. Y me importa, porque cada instancia de mi vida donde yo estoy tengo que dejar una marca de si estuvo bien, si estuvo mal, analizar la situación, que puedo sacar de ella, que enseñanza me da...

Según plantea Schön, la práctica clínica es una zona indeterminada, incierta y se hace necesario que se trabaje en la incertidumbre y en el conflicto de valores. Los problemas que se suscitan no son del todo diferenciados.

En estas situaciones de indeterminación aparece lo que el autor menciona como el “arte profesional”, que son reglas que no están explícitas. Este arte es la reflexión en la acción al cuál lo denomina *practicum* reflexivo.

La reflexión sobre la acción es posterior a la clínica y favorece la comprensión de los principios y las teorías que sustentan la acción.

La estrategia presentada por los docentes en los segmentos que anteceden es la interrogación didáctica al estudiante, para analizar las teorías que sustenta la toma de decisiones del alumno y facilitar el razonamiento clínico.

En este sentido y en la formación de los profesionales de enfermería es fundamental este razonamiento clínico, y el “*prácticum reflexivo*”, que favorece la toma de decisiones responsable.

Este modelo de enseñanza es el que deja huellas en el estudiante porque genera aprendizajes sustantivos y orienta a un aprendizaje más autónomo a una concepción constructivista de la formación.

Los entrevistados enfatizan en la importancia de la humanización en el cuidado, y que trabajan en pro de ella, plantean que se “ha perdido el trato humano”. En este sentido el humanizar es según Gómez, P (2000) priorizar las relaciones personales y que estas sean solidarias y afables con el semejante.

Como se ha destacado en este texto las relaciones humanas son fundamentales en la relación profesional-paciente. Desde esta relación, se trata de potenciar los valores humanos que permitan el bienestar del paciente y su familia así como del estudiante y el equipo de salud.

Lo que hemos venido exponiendo en cuanto a los valores en juego en las actitudes se complementan con este concepto de Humanización.

Algunos entrevistados plantean que evalúan el grado de involucramiento del estudiante con el paciente y lo mencionan como “mantener la distancia óptima” con los pacientes, es decir ni tan involucrados ni tan aislado, lo cierto es que la calidad de las relaciones interpersonales inciden en la adaptación de la personas a las situaciones de estrés.

En este sentido no parecería favorecedor para el paciente según Bill Copeland citado por Gómez (2000) quién indicó que “*la misma cerca que deja fuera a los demás, nos deja encerrados a nosotros*”, quiere decir al respecto de que si no damos oportunidad para entender al otro, escucharlo interpretar su sufrimiento probablemente no lleguemos a identificar el verdadero problema que lo aqueja.

El paciente como se ha dicho a lo largo del texto está en condiciones de vulnerabilidad y si acude a nosotros es porque tiene algún padecimiento, en este sentido es que tiene que haber una comprensión desde el profesional que cuida para poder ajustar las necesidades del paciente a sus costumbres, modo de vida y no a las realidades impuesta desde los establecimientos o los profesionales.

Las actitudes de respeto a su forma de vida, costumbres son una medida atenuante de su situación y por lo tanto el paciente se siente comprendido, se genera confianza con quién lo está cuidando, porque se identifica como parte de ese otro.

M4”Entonces, esa actitud, desde que nos enseñan en la carrera, desde el principio, esa distancia óptima que no te permite estar tan alejado, de que te da lo mismo qué es lo que pase con el usuario, pero tampoco tan involucrado que no te permita accionar, también son cosas que se evalúan”

M8”...Y parece que sí, que se ha perdido, porque se hace mucho énfasis en humanizar los servicios, en humanizar la atención, en trabajar con modelos que sean humanizados, me parece que sí, que se ha perdido, que hubo una generación en la cual no hubo esto, ahora, se ha vuelto otra vez a poner en primer lugar..”



CAPÍTULO 5

Conclusiones

El trabajo de investigación pretendió conocer si los docentes de la Facultad de Enfermería de la UdelaR evalúan las actitudes de los estudiantes en las prácticas clínicas y que valores éticos están implicados en ellas.

Se realizó un abordaje desde la práctica clínica curricular, atendiendo un problema de la enseñanza que ha sido poco investigado, pero que tiene repercusiones en la formación de la identidad profesional y que marca la trayectoria del futuro egresado.

Es necesario precisar que los resultados presentados no se pueden generalizar a toda la comunidad educativa, pero sí aportan información relevante, para orientar intervenciones concretas y continuar avanzando en la investigación en esta área.

Partimos desde el escenario clínico, cotidiano, plagado de incertidumbre y de imprevisibilidad donde los actores tienen distintas representaciones, pero el objetivo común a resguardar es el velar por el bien de las personas.

En esta realidad se instituye la enseñanza práctica, escenario de socialización profesional y generador de saberes, profesionales, de la vida cotidiana etc.

En tanto espacio socializador el estudiante no solo deberá adquirir destrezas técnicas estereotipadas inherentes a la profesión, sino la necesaria formación de profesionales comprometidos con el cuidado, responsables y humanos para realizar un cuidado integral a los pacientes.

Las conclusiones a las que ha arribado la investigación será organizada considerando los componentes de las actitudes presentadas en el análisis y los objetivos planteados en la investigación.

Luego de realizada la investigación es importante destacar que las actitudes son evaluadas a través de la conducta observable de los estudiantes, en la cual subyacen valores.

En este sentido los entrevistados convergieron en una categoría central que fue la actitud responsable del estudiante con el cuidado de los pacientes, significativa en los discursos.

Los docentes encierran en esta actitud los valores morales que implica el actuar responsable en el cuidado de enfermería a las personas vulnerables, en una situación de asimetría en el contexto clínico.

Esta responsabilidad es identificada por los docentes a través del compromiso con el aprendizaje evidenciado en los comportamientos de los estudiantes hacia los pacientes.

El proceso de enseñanza y aprendizaje integra el componente cognoscitivo de la categoría central: que es la actitud responsable del estudiante con el cuidado de los pacientes.

Esta actitud responsable, que es evaluada por los docentes implica primero un compromiso con el cuidado, pero también una actitud responsable por parte del docente con quién está aprendiendo.

En este sentido los resultados refuerzan esa búsqueda por parte del docente a través de distintas estrategias para enseñar con el ejemplo, las dramatizaciones, escenificaciones y fundamentalmente el modelado.

Estas técnicas permiten que los estudiantes identifiquen la importancia, del diálogo, el reconocimiento del paciente, de los otros, el respeto, la no objetivación etc.

El enseñar con el ejemplo permite vivenciar las situaciones reales del cuidado para entender, que cuidar a alguien no es solamente dar cumplimiento a prescripciones de otros profesionales, sino que hay un ser que nos interpela y que necesita de otros para satisfacer determinadas necesidades.

Éstas necesidades son individuales, porque el ser humanos es único y en esa unicidad es que nace el cuidado humano. Es el que cuida con la persona cuidada, por lo tanto el cuidado tiene que ser abordado desde esta concepción.

El enseñar a ponerse en el lugar del otro, en el sentir con.. los pacientes, refuerzan el vínculo interpersonal y condicionan los cuidados de calidad.

Se apela a una evaluación formativa del estudiante, mencionado por los entrevistados en distintos momentos de la experiencia práctica, ya sea en la devolución de cuidados, autoevaluación y coevaluación.

Los contenidos teóricos en las materias de bioética y epistemología son identificados como complementarios para el desarrollo de actitudes para el cuidado.

El componente afectivo que subyace en las actitudes es destacado por los docentes. En éste mencionan la vocación, el reconocimiento de los sentimientos del paciente, la importancia

del diálogo interpersonal, la intersubjetividad, el respeto a su dignidad y los principios bioéticos.

En el componente conductual o forma de expresión de la actitud, se otorga relevancia a los procesos de socialización profesional que inciden en comportamientos propios de saberes instituidos del mundo profesional. Estos saberes, comprenden tanto las expresiones, las posturas, las formas de interacción. Sin ellos no es posible habitar el mundo profesional cotidiano, y tienen una gran repercusión en la formación de los estudiantes debilitando el contexto para el fomento de actitudes y valores éticos requeridos para satisfacer las demandas de cuidados de los pacientes, así como el trabajo en equipo y la propia autoestima de los estudiantes.

Los docentes han apelado a las técnicas de análisis reflexivo de situaciones, expresando las vivencias de las personas en el contexto de los sucesos para buscar la mejor decisión y a su vez neutralizar el modelo hegemónico instituido.

En cuanto a los objetivos planteados en la investigación se destaca que las actitudes son identificadas como importantes para los docentes porque:

Expresan valores ético morales imprescindibles para el cuidado humano de las personas y son parte fundamental de los procesos de prevención promoción y recuperación de la salud. Entre estos valores identificados en la investigación se destacan: el respeto a la dignidad humana, solidaridad, empatía, honestidad, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Si bien esta investigación concluye que los docentes sí evalúan las actitudes y los valores en los estudiantes, estos manifiestan que no todos tienen un instrumento que les ayude a especificar los indicadores a evaluar.

Los entrevistados hacen hincapié en la enseñanza intencional de las actitudes y valores para el cuidado y el necesario seguimiento a lo largo de la carrera para evaluar más a largo plazo el proyecto educativo en este sentido. Advierten también que debe haber un contenido explícito en los currículum.

Otro aspecto importante es el modelo hegemónico imperante centrado en la figura de un profesional, en el cual se reafirma un perfil biologicista en la atención de los procesos de salud enfermedad, en contraposición a lo que plantea la ética del cuidado, centrado el mismo en el paciente y su familia., sus vivencias, creencias sentimiento, que es necesario enseñar, rescatar, fortalecer y evaluar.

Esta confrontación de modelos hace que se debilite el cuidado centrado en el paciente, predominando una atención despersonalizada, estandarizada, sin considerar los componentes biopsico sociales de las personas y de su entorno, que mantiene insatisfacción en los pacientes pero también en los equipos de salud.

Es necesario entonces seguir trabajando para recobrar y mantener ese “momento ético” a decir de Semberoiz (2010), y que la actitud responsable devenga en un cuidado integral, íntimo, continuo y humano e interdisciplinario.



Bibliografía

- Alvarez, C, Navas , R et.al (2011) *Evaluación de los aprendizajes en contextos clínicos odontológicos*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205222088003>
- Andreozzi, M. “*El impacto formativo de la práctica: avances de investigación sobre el papel de “las prácticas de formación en el proceso de socialización profesional”*”. Págs. 20-22.
En: Revista del IICE, Vol. 5, N° 9, oct. 1996.
- Bautista, J. *Actitudes y valores precisiones conceptuales para el trabajo didáctico*. XXI.Revista de educación ,3 (2001) 189-196. Universidad de Huelva
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/320/b11993066.pdf?sequence=1>
- Barcena, F., Melich, J. (2000) *La educación como acontecimiento ético*. Barcelona: Paidós
- Beauchamp y Childress(2009). *Principles of Biomedical Ethics* New York.Oxford University Press
- Belmont Informe (1978) disponible en:
<https://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf>
- Berger, P, Luckman, T (1995) *La Construcción social de la realidad*. Buenos Aires Ed. Amorrortu
- Bolívar , A. (2002) “*La evaluación de actitudes y valores: problemas y propuestas*”
en: Castillo Arredondo, Santiago (Coord.) Madrid: Pearson Educación. Pp. 91-114
Disponible en <http://infocuib.laborales.unam.mx/~ec10s02h/archivos/data/41/3.pdf> consultado el 3-2 2015.
- Bonete E.(2009) *Ética de la dependencia*. Madrid . Ed. Tecnos.
- Cabrera. A.(2000) *Enfermería Modelo vigente a principios del año 2000*. En A. Cabrera *Manual de estándares para la acreditación de Servicios de Enfermería* (cap 7 pp 34-38) Montevideo. Ediciones de Enfermería.
- Canales, M. y Peinado, A (1995) “Grupos de discusión” en Gutierrez, J. y Delgado, J. (coord.) en *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis
- Caamaño, C (2009) *Evaluar para mejorar la enseñanza en la Universidad*. Montevideo. UdelaR
- Camilloni, A., Celman, S., Litwin, E. et al. (1998) *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*. Buenos Aires: Paidós Educador.
- Camilloni,A. (2004) *Sobre la evaluación formativa de los aprendizajes*
Revista Quehacer Educativo
- Carvalho M, Garcez L et al. *Actitudes Éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas*. Rev. bras. educ. med. [online].2010, vol.34, n.1, pp. 43-56. ISSN 0100-5502. Disponible <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100006>.
Recuperado en 14 de marzo de 2015
- Carlino F. y col (1999) *CapI la génesis de las prácticas de evaluación: la prehistoria del campo en La Evaluación Educacional. Historia, problemas y propuestas*.(1 Ed) Buenos Aires Argentina. Ed. Aique

- Carlevaro, P. (2010) Reflexiones sobre la práctica educativa universitaria y la formación ética, en Nary M, Ibañez I *Formación ética en la Universidad* (2010) Fundación Ayacucho
- Castillo, S. (2002) Coord. *Compromisos de la Evaluación Educativa*.
- Celman, S. (1993) *La tensión teoría práctica en la educación superior*
 Disponible <http://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2013/CelmanParte02/CELMAN%201.pdf>
- Constitución de la República (1967)
- _____. Cortina, A. (1996) *El quehacer ético. Guía para la educación moral*. Madrid. Ed Aula XXI Santillana
- Cortina, A. (1997) *Ciudadanos del mundo. Hacia una ética de la ciudadanía*. Madrid Ed. Alianza
- Cortina, A. (2000) cap primero El universo de los valores en Cortina, A. (coord.) *La educación y los valores* Valencia, .Ed. Fundación Argenteria
- Cortina, A. (2007) *Ética de la razón cordial* Oviedo. Nobel
- Cortina A. (2013) *PARA QUÉ SIRVE realmente...? LA ÉTICA*. Buenos Aires (2 Ed) Ed Paidós.
- Cullen, C. Conferencia en IPES Entre desarrollo y educación; ética, ¿dónde habitas Feb. 2008
- Cullen, C. (2009) *Entrañas éticas de la labor docente* (1ª ed) Ed. Buenos Aires La Crujía
- Davis, A. (2006) *El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar*
 El Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona organizó el 29 de septiembre la conferencia a " a cargo de profesora emérita de la University of California de San Francisco y del Nagano College of Nursing en Japón consultado el 11-7
- Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro. Informe UNESCO. Paris
- Díaz Barriga, A. (2006). *La educación en valores: Avatares del currículum formal, oculto y los temas transversales*. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 8 (1). Consultado el 15-1-2015 en: <http://redie.uabc.mx/vol8no1/contenido-diazbarriga2.html>
- Escámez J *Valores actitudes y habilidades en educación para la salud*. Universidad de Valencia. Revista de educación XX1 Uned España.
 Disponible en <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/363/315>. Consultado 5-4-2015
- Fry, S Johnstone, M. (2010) *Ética Práctica de enfermería. Una guía para la toma de decisiones éticas*. México
- Gómez, P. (2000) *Profesiones sanitarias. "Más allá de la técnica"* (1ª ed.) Madrid
- Gordillo, N. (2005) Actitudes éticas de los profesionales de enfermería según la percepción de los Alumnos del segundo y tercer y cuarto año de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú
- Gutiérrez, J. y Fernández J, Delgado JM. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. España: Ed. Síntesis.

Hernández, R., Sampieri, C., Fernández, C. y Baptista, P. (2003) *Metodología de la Investigación*. (Ed.3ª) McGraw-Hill. Interamericana. México, D. F.

Hortal (2000) Docencia en Cortina.A-Conill J. (Direc.) *10 palabras clave en ETICA DE LAS PROFESIONES*. Navarra, España. Ed. Verbo Divino

Hirsch, A. (2005). *Construcción de una escala de actitudes sobre ética profesional*.

Revista Electrónica de Investigación Educativa, Consultado 12-1-15,
en: <http://redie.uabc.mx/vol7no1/contenido-hirsch.htm>

Jodelet D (1989). La representación social: fenómeno. Concepción teórica. *Psicología Social* Vol. II
Barcelona. Paidós

Ley Orgánica de la Universidad de la República. Ley 1249 del 29-10-1958

Kaplún, M. (1998) *Una Pedagogía de la comunicación*. Madrid. Ediciones de la Torre

Kliksberg, B. Porto A. et al. El Rol de la Universidad en un continente en cambio, en *Red Latinoamericana de cooperación Universitaria (1aed)* Buenos Aires

Kotow, Miguel (1993). Cambios de actitudes éticas a lo largo de los estudios de medicina. *Revista Médica de Chile*, Vol. 121, pp. 379-384.

Litwin, E. (2001) *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*. Buenos Aires (3ª Ed.) Paidós

_____ (2012) *El oficio de enseñar*. Buenos Aires: (6ª Ed.) Paidós

Lucarelli, E, Finkelstein C et al (2009) *La enseñanza de prácticas profesionales en la Universidad: Estilos docentes diversos para aprendizajes complejos en las Clínicas Odontológicas*. En *Profesorado. Revista de Currículum y formación de profesorado* vol 13 N° 1 2009

Mancovsky V. (2011) *La palabra del maestro. Evaluación informal en la interacción de la clase*. Buenos Aires. Ed. Paidós

Mc Millan J, Schumacher, S. (2005) *Investigación educativa. Ed. Pearson, educación, sa 5ta edición*.

Nari, M, Ibañez, A. (2010) *Formación ética en la Universidad*. Montevideo Fundación Ayacucho
Plan de Estudios 1993 Facultad de Enfermería. disponible www.fenf.edu.uy

Potter, V.R. (1971) *Bioethics. Bridge to the Future*. New Jersey. Prentice Hall

Reich, W. (1978) *Encyclopedia of Bioethics, Nueva York*. Schuster

Santos Guerra, M. (2003) *Una flecha en la diana*. Madrid. Ed Narcea

Schön, D. A. (1992) *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Temas de Educación. Ministerio de Educación y Ciencia. México:
Paidós

Simón P., Barrio M. (2000) *Medicina y Enfermería en Cortina.A-Conill J. (Direc.) 10 palabras clave en ETICA DE LAS PROFESIONES*. Navarra, España. Ed. Verbo Divino

- Savater, F. (1997) *El valor de Educar* Barcelona. Ed. Ariel.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1998) *Basis of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Segunda edición. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Universidad de las Naciones Unidas (UNU) Conferencia. (1998). *Preparar para un Futuro Sostenible: la Educación Superior y el Desarrollo Humano*. Sostenible .Paris
- Zabalza M. (2002) *La enseñanza universitaria el escenario y sus protagonistas* .Ed. Narcea.S.A
- León Correa, F.(2008) *Enseñar Bioética: Cómo Trasmitir Conocimientos, Actitudes y Valores*.Acta Bioethica; 14(1), pp: 11-18
- Finkelstein,C, Gardey,M, et al *Una experiencia de evaluación de desempeño en la Cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [] [[: 3 de abril de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114093021>>ISSN 1414-3283
- Savaris, P. et.al(2013) Juicio simulado como estrategia de enseñanza de la ética
Rev. Bioét. [online]. 2013, vol.2. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000100018>.
- Schonhaut L, Carvajal B(2007)-*Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (2): 196-201*Dimensiones y dilemas de la ética en educación en ciencias de la salud*
- Semberoiz, A. *El momento ético, sensibilidad moral y educación médica* (2012) Buenos Aires. Ed Biblos.
- Vallaey F.(2008) "*Responsabilidad Social Universitaria: una nueva filosofía de gestión ética e inteligente para las universidades*", enN
- Valles, M.(2007)*Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid.(Ed.4ª)Síntesis
- Vasilachis, I. (2006).*Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Ed.Gedisa
- VELEZ, O. (2006). "La relación profesor-alumno como espacio de formación en la Universidad" [artículo en línea]. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria (RIDU) Año 2-Nº1- Noviembre2006*. [Fechadeconsulta:12/2/15].
http://beta.upc.edu.pe/calidadeducativa/ridu/2006/ridu2_1OV.pdf
- Watson, J. *Filosofía del Cuidado*(cap7).En Marriner, A., Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*(2008) (pp91-115)España (6ªed). Elsevier

Bibliografía Consultada

- Carr, W. y Kemmis, S (1988) Teoría crítica de la enseñanza Barcelona: Ed. Martínez Roca
- Cortina, A ((2008) La Escuela de Francfort. Crítica y Utopía Madrid; Ed. Síntesis ;
- Umberto, E. (2001) Como Se Hace Una Tesis” Barcelona; Ed. Gedisa Elster, J. Elster, J.(2003) Tuercas y tornillos. Barcelona: Ed. Gedisa
- Finkelstein, C y Lucarelli, E. (2003). La articulación teoría-práctica en un espacio curricular de formación en la profesión. IICE, Programa Estudios sobre el aula universitaria UBA. Buenos Aires: Dpto. Ciencias de la Educación. Cátedra Didáctica de Nivel Superior. Facultad de Filosofía y Letras.
- Freire, P, (2008) La educación como práctica de la libertad. Buenos Aires: (2ª Ed.) Ed. Siglo Veintiuno
- House E. (2000)Evaluación Ética y poder. Madrid (3ª Ed) Ed. Morata
- Langón, M.(2010) Problemas bioéticos. Elementos para la discusión. Montevideo: (2ª Ed) Ed.Unlibro
- León Correa, F.(2008) Enseñar Bioética: Cómo Trasmitir Conocimientos, Actitudes Y Valores Acta Bioethica; 14(1), pp: 11-18
- Litwin, E. (1997) *Las configuraciones didácticas Una nueva agenda para la enseñanza superior.* Buenos Aires: Paidós Educador.
- Lolas F., “Ética E Innovación Tecnológica” CIEB. Universidad De Chile. 2006
- Luccarelli, E. (2005) Innovación en el aula: el eje de la articulación teoría-práctica en la universidad. Ficha de cátedra. Buenos Aires: OPFYL.
- Marrero, A. (2011)la formación docente en su laberinto. Montevideo: Ed. Cruz del Sur
- Morin, E. (2011) Introducción al pensamiento complejo. Barcelona. Ed. Gedisa
- Perkins, D. (1995) La escuela Inteligente. Barcelona: Editorial Gedisa
- Pineda B.,de Alvarado E.,(2008) Metodología de la Investigación OPS
- Rosales C.(1990) Evaluar es reflexionar sobre la Enseñanza. Madrid: Ed. Narcea
- Tünnermann C. (2003) Cambio y transformación universitaria. México: Ed.Benemérita Universidad Autónoma de Puebla-Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca

Anexo I



Universidad
de la República



Facultad de
Enfermería

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
BIOÉTICA Y ASPECTOS LEGALES I
CATEDRA DE SALUD MENTAL

PROGRAMA DE CURSO DE BIOÉTICA I - 2014

Aspectos éticos y legales relacionados a la atención de Enfermería a personas Adultas y ancianos

Conocimientos previos: El estudiante debe tener conocimientos sobre concepto de hombre, necesidades humanas, proceso de salud-enfermedad y las condicionantes de la salud, modelo de atención sanitaria, la relación terapéutica con el paciente y la familia, la comunicación en el equipo y la interdisciplina. Derechos y obligaciones de los pacientes.

Objetivos:

1. Conocer el marco legal y ético que rige nuestra práctica.
2. Manejar los conceptos de Ética, Deontología y Bioética.
3. Conocer los Códigos de Ética de Enfermería, su evolución y su vigencia actual.
4. Aplicar y articular aspectos básicos éticos y jurídicos-legales en la atención de las personas, teniendo en cuenta los derechos del usuario, las implicancias del desconocimiento del mismo y las actitudes de los profesionales de la salud en las distintas situaciones prácticas.

Duración: 20 horas.

Metodología: Encuentros presenciales con exposición de teóricos.
Búsqueda bibliográfica, taller de discusión de casos y presentación con análisis grupal.

Acreditación: Trabajo final escrito. Se le otorga una guía de trabajo y se sugiere bibliografía para la elaboración de un trabajo final utilizando un caso clínico.



Maestría en Enseñanza Universitaria
Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación

Contenidos temáticos:

Tema 1: Origen y desarrollo de la Ética y Bioética en el transcurso de la historia humana, pensamiento filosófico y normativo de Deontología, los Códigos de Ética. Los Principios de la Bioética. Modelos de atención de Enfermería y la importancia de la Bioética.

Tema 2: Historia Clínica y Registros, Indicaciones médicas verbales, telefónicas, escritas y dudosas, papel de enfermería. Consentimiento informado en el Adulto-Anciano. Secreto profesional así como la actitud de la enfermera ante dilemas éticos y situaciones que pueden tener implicancia legal con el usuario y/o relacionado con otros trabajadores de la salud en el marco institucional. Secreto profesional y denuncias obligatorias. Leyes nacionales y código penal.

Tema 3: Códigos de Ética de Enfermería: Su evolución. Códigos actuales. CIE, FEPPE, CREM. Aspectos jurídicos-legales. Responsabilidad profesional. Poder judicial, las esferas civil, administrativa, competencias de cada una. La ley como protección personal, profesional y de los usuarios. Concepto de diligencia, daño, perjuicio, culpabilidad. Tipificación de delitos. Responsabilidad administrativa (lo legal, ético y conflictual entre reglamentos y normas institucionales: abandono de guardia, desacato a la autoridad judicial, citaciones).

Tema 4: Derechos y deberes profesionales. Condiciones y medioambiente laboral. Enfermería como profesión y repercusión en su salud laboral. Custodia policial a pacientes. Relación entre lo legal, institucional y responsabilidad de enfermería. Omisión de asistencia: concepto, código Penal, código Civil, posición del CIE respecto a convenio con Cruz Roja (presos políticos y presos comunes). Accidentes intrahospitalarios: Responsabilidad institucional y/o de enfermería. Demandas en lo Civil. Denuncias penales. Fugas y altas contra voluntad médica. (Comunicaciones, responsabilidad de enfermería, institucional y/o de custodia policiales).

Bibliografía

- Comisión Especial de Género y Equidad (Carpeta N° 3044 de 1998. Proyecto de Ley. Repartido N° 636. Junio de 2001. (fotocopia en CEINDE).
- Davis, Anne. Las dimensiones éticas en el cuidar en enfermería. Rev. Enfermería Clínica, vol 9, N°1. Marzo/ Abril 1999.
- Escribar, A M. Perez R. Villarroel. Biótica: fundamento y dimensión práctica. Mediterráneo 2004 Santiago de Chile.
- Lupiani Gimenez y otros. Enfermos de SIDA. Análisis de los cuidados desde la Bioética. Rev. Rol. n°222, febrero 1997. Pág. 66 -72 (fotocopia. En CEINDE).
- Roser Valls Molins. Ética para Enfermería. Barcelona. Ediciones Rol, S.A, 1996.
- Antón Almera, P. Enfermería, Ética y Legislación. Ed. Científicas y Técnicas. Masson-Salvat. España, 1994.
- Barrios, I. Humanización de la enfermería y práctica. En: Humanizar la salud: humanización y relación de ayuda en enfermería. San Pablo; Madrid; 1997.

- Bepaldi, Y. Yo paciente tengo derechos. Montevideo 1994. Berhinguer, G. Ética, Salud y Medicina. Nordan-Comunidad. Montevideo; 1994.
- Colliere, MF. Promover la vida. Ed. Interamericana. España, 1993.
- II Jornadas de Responsabilidad Médica. “Factores de Prevención de la malpraxis”. Silvia Meliá. S.M.U. Montevideo, 1996.
- Decreto de Poder Ejecutivo de 9 de Junio 1992. Ministerio de Salud Pública. “Norma sobre conductas médicas y derechos del paciente”. Título II. Derechos del paciente. Art. N° 42.
- Diaz, Alvaro El Narcisismo de la Medicina Contemporánea. Ed. Trilce Montevideo 2010.
- Código de ética de los profesionales de enfermería. Consejo regional de enfermería del MERCOSUR. Bs. As. 2002.
- Escribar, A. M. Perez R. Villarroel. Biótica: fundamento y dimensión práctica. Mediterráneo 2004 Santiago de Chile.
- Módulo “Bioética y aspectos legales I”. Prof. Silvia Meliá. Departamento de Enfermería en Salud Mental, Facultad de Enfermería. Documento Interno. Montevideo 2000.
- Melia, S (compiladora) Enfermería en salud mental. Universidad de la República oficina del libro Fefmur. Montevideo 2005.
- Sánchez Puñales, Soledad. Historia de la Enfermería en Uruguay. Trilce. Montevideo, 2002.
- Pastor García, Luis Miguel. Manual de Etica y Legislación en Enfermería.
- Thompson J. Thompson H. Ética en Enfermería. El Manual Moderno S. México, 1984.
- Fundación Internacional Florence Nithingale. El dilema de las Enfermeras: Consideraciones éticas del ejercicio de la Enfermería, Ginevra 1977. CIE.
- Revellato, JL. Ética de la liberación. Textos inéditos in memoriam. Nordan-Comunidad. Montevideo 2000.
- Univ. de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Mental. Entre sufrimientos y gratificaciones. Montevideo: Nordan; 1997.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
BIOÉTICA Y ASPECTOS LEGALES II
CATEDRA DE SALUD MENTAL

PROGRAMA DE CURSO DE BIOÉTICA II - 2014

“Proceso de Atención de Enfermería a las Embarazadas, Recién Nacido, Puerperas y Grupo Familiar”

Conocimientos previos: El estudiante debe conocer los conceptos de ética, bioética y deontología. Los principios de la bioética y las determinantes históricas de la salud. Conceptos básicos, responsabilidad profesional con todos los aspectos legales relacionados a la historia clínica, registros, consentimiento informado, secreto profesional. Leyes que protegen a los grupos, mujeres, niños y adolescentes.

Objetivos:

- Realizar una revisión de los conocimientos relacionados con las temáticas del curso anterior por la importancia en la interrelación con las que se brindan en este módulo. Es decir:
- Origen y desarrollo de la Ética y Bioética en el transcurso de la historia humana, pensamiento filosófico y normativo de Deontología, los Códigos de Ética. Los Principios de la Bioética.
- Responsabilidad Profesional con todos los Aspectos Legales relacionados a la Historia Clínica, Registros, Consentimiento informado, Secreto profesional así como la actitud de la enfermera ante dilemas éticos y situaciones que pueden tener implicancia legal en la “**Atención de Enfermería a las Embarazadas, Recién Nacido, Puerperas y Grupo Familiar**”. Con el usuario y/o relacionado con otros trabajadores de la salud en el marco institucional.

Duración: 20 horas.

Metodología: Encuentros presenciales con exposición de teóricos, orientación a trabajo de discusión grupal y exposición de los mismos. Búsqueda bibliográfica.



Acreditación: Trabajo final escrito con discusión de caso clínico. Con guía de presentación al mismo y tutorías.

Contenidos Temáticos:

- Modelos de atención de Enfermería y la importancia de la Bioética. La asistencia sanitaria, derecho a la atención sanitaria, rol de los profesionales de la salud. Aspectos éticos del equipo de salud, vinculados a Salud Sexual y Reproductiva, embarazo, control prenatal y puerperio. Dilemas que intervienen en la Inseminación Asistida.

- Dilema ético del aborto en Uruguay. Nuevo marco legal y modelos de atención en el Sistema de Salud.

- Aspectos éticos de Enfermería relacionados a la atención de la embarazada con VIH SIDA.

Bibliografía

1. Comisión Especial de Género y Equidad (Carpeta N° 3044 de 1998. Proyecto de Ley. Repartido N° 636 . Junio de 2001. (fotocopia en CEINDE).
2. Davis, Anne. Las dimensiones éticas en el cuidar en enfermería. Rev. Enfermería Clínica, vol 9, N°1. Marzo/ Abril 1999.
3. Escribar, A M.Perez R.Villarroel. Biótica: fundamento y dimensión practica. Mediterráneo 2004 Santiago de Chile.
4. Lupiani Gimenez y otros. Enfermos de SIDA. Análisis de los cuidados desde la Bioética. Rev. Rol. n°222, febrero 1997. Pág. 66 -72 (fotocopia. En CEINDE). Roser Valls Molins. Ética para Enfermería. Barcelona. Ediciones Rol, S.A,1996.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
BIOÉTICA Y ASPECTOS LEGALES III
CATEDRA DE SALUD MENTAL

PROGRAMA DE CURSO DE BIOÉTICA III - 2014

Conocimientos previos: El estudiante debe conocer los dilemas éticos de la bioética, de la enfermería con los diferentes grupos etáreos, la implicancia legal en la relación terapéutica, los marcos legales vigentes.

Objetivos:

- Relacionar los aspectos éticos y legales, que están involucrados en los derechos del niño, derechos del enfermo mental y la investigación en seres humanos.

Duración: 20 horas.

Metodología: Clases de exposiciones teóricas. Revisión bibliográfica. Taller de discusión de casos, exposición de taller.

Acreditación: Parcial con análisis de caso.

Contenidos temáticos:

- Aspectos ético legales en la atención del enfermo mental. Ley actual del enfermo mental y Proyecto de la nueva ley. Derechos del enfermo mental. Análisis histórico, político y ético del programa Salud Mental. Derechos humanos del enfermo mental y derechos del trabajador de salud mental.
- Derechos del Niño y su relación con la Bioética. Ley actual del Código del Niño. Exclusión infantil, maltrato, los niños con VIH SIDA y la Familia.



- Condiciones y medio ambiente de trabajo. Derechos de los trabajadores de la salud, legislación de enfermería.
- La Ética en la investigación con Seres Humanos.

Bibliografía

1. Pastor García, Luis miguel y otros. Manual de ética y legislación en Enfermería. Mosby. España. 1997.
2. Campaña mundial contra el SIDA MSP programa nacional de SIDA.
3. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación medica sobre sujetos humanos.
4. LEY N ° 9581 DE ASISTENCIA DE PSICOPATAS- 1946.
5. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL –1996.
6. Convención sobre los derechos del niño. Nov.1999. UNICEF.
7. Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño Cumbre mundial a favor de la infancia. 1990.
8. Memorando de la Comisión de Bioética del SMU sobre el proyecto titulado: “VOLUNTADES ANTICIPADAS” PROYECTO DE LEY.
9. Montevideo, septiembre de 2008.
10. Declaración de la asociación medica mundial sobre la VOLUNTAD ANTICIPADA ("Testamentos Vitales"). Adoptada por la Asamblea General de la AMM, Helsinki 2003.
11. Revista Médica del Uruguay, N° 14:192-201: Ética en la investigación clínica. Una propuesta para prestarle la debida atención. Dres. Franca,O; Añon, F; García,C; Grauert,R; Núñez,J; Wodowooz,O; Queirolo,E. Montevideo,1998.
12. Revista de Enfermería del hospital Italiano.BsAs. Año 8. Número23.Diciembre 2004.” Bioética en la enfermería en limitación del soporte vital en pacientes pediátricos, pág.27. Pesa,M.C;y col. Revista de Enfermería ROL. Junio 2005.Vol. 28N° 6.Terribas,N”en torno a la eutanasia” pág 59. Humprosan.Madrid España.
13. -J.A- Gomez Rubi R Abizanda campos “medicina critica practica” bioética y medicina intensiva. Dilemas eticos en el paciente crítico. Ed. Edikamed 1998 Barcelona.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
BIOÉTICA Y ASPECTOS LEGALES III
CATEDRA DE SALUD MENTAL

PROGRAMA DE CURSO DE BIOETICA III - 2014

Conocimientos previos: El estudiante debe conocer los dilemas éticos de la bioética, de la enfermería con los diferentes grupos etáreos, la implicancia legal en la relación terapéutica, los marcos legales vigentes.

Objetivos:

- Relacionar los aspectos éticos y legales, que están involucrados en los derechos del niño, derechos del enfermo mental y la investigación en seres humanos.

Duración: 20 horas.

Metodología: Clases de exposiciones teóricas. Revisión bibliográfica. Taller de discusión de casos, exposición de taller.

Acreditación: Parcial con análisis de caso.

Contenidos temáticos:

- Aspectos ético legales en la atención del enfermo mental. Ley actual del enfermo mental y Proyecto de la nueva ley. Derechos del enfermo mental. Análisis histórico, político y ético del programa Salud Mental. Derechos humanos del enfermo mental y derechos del trabajador de salud mental.



- Derechos del Niño y su relación con la Bioética. Ley actual del Código del Niño. Exclusión infantil, maltrato, los niños con VIH SIDA y la Familia.
- Condiciones y medio ambiente de trabajo. Derechos de los trabajadores de la salud, legislación de enfermería.
- La Ética en la investigación con Seres Humanos.

Bibliografía

1. Pastor García, Luis miguel y otros. Manual de ética y legislación en Enfermería. Mosby. España. 1997.
2. Campaña mundial contra el SIDA MSP programa nacional de SIDA.
3. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación medica sobre sujetos humanos.
4. LEY N° 9581 DE ASISTENCIA DE PSICOPATAS- 1946.
5. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL –1996.
6. Convención sobre los derechos del niño. Nov.1999. UNICEF.
7. Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño Cumbre mundial a favor de la infancia. 1990.
8. Memorando de la Comisión de Bioética del SMU sobre el proyecto titulado: “VOLUNTADES ANTICIPADAS” PROYECTO DE LEY.
9. Montevideo, septiembre de 2008.
10. Declaración de la asociación medica mundial sobre la VOLUNTAD ANTICIPADA ("Testamentos Vitales"). Adoptada por la Asamblea General de la AMM, Helsinki 2003.
11. Revista Médica del Uruguay, N° 14:192-201: Ética en la investigación clínica. Una propuesta para prestarle la debida atención. Dres. Franca,O; Añon, F; García,C; Grauert,R; Núñez,J; Wodowooz,O; Queirolo,E. Montevideo,1998.
12. Revista de Enfermería del hospital Italiano.BsAs. Año 8. Número23.Diciembre 2004.” Bioética en la enfermería en limitación del soporte vital en pacientes pediátricos, pág.27. Pesa,M.C.y col. Revista de Enfermería ROL. Junio 2005.Vol. 28N° 6.Terribas,N”en torno a la eutanasia” pág 59. Humprosan.Madrid España.
13. -J.A- Gomez Rubi R Abizanda campos “medicina critica practica” bioética y medicina intensiva. Dilemas eticos en el paciente critico. Ed. Edikamed 1998 Barcelona.

Anexo II



**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION
DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
EPISTEMOLOGIA, TERCER CICLO, MODULO II**
Programa analítico- Plan 1993

Esta materia se desarrolla en el contexto del curso “Administración de los Servicios de Enfermería”, donde el estudiante integra los conocimientos adquiridos previamente de las diferentes disciplinas.

Entendemos que el objetivo de la Epistemología en este nivel es por tanto, generar un espacio de reflexión sobre el bagaje de información relativa a:

- los antecedentes históricos de nuestra disciplina (que condicionan los actuales modelos de asistencia, docencia e investigación).

- los mecanismos de generación del conocimiento enfermero y su validación en tanto disciplina científica

- la validez de las metodologías empleadas por la enfermería en el abordaje de su objeto de trabajo (usuario- familia- comunidad)

Estos objetivos de alguna manera vienen siendo desarrollados por los cursos previos de Epistemología, Metodologías y Enfermería, por lo que la experiencia de Administración es el entorno ideal para la aplicación práctica, aplicada al curso de Administración de los servicios de Enfermería.



Conocimientos previos.

Conocimiento y dominio de los marcos epistemológicos de la Profesión de Enfermería.

Desarrollo temático

En esta etapa, la asignatura Epistemología intenta contextualizar a este estudiante en el proceso de desarrollo de conocimiento enfermero tanto en los aspectos históricos como en los principales ejes conceptuales contribuyendo en el desarrollo de pensamiento crítico desde su rol de estudiante hacia la concreción de la identificación y logro del rol profesional.

Unidad 1: Concepto de desarrollo de la historia del conocimiento enfermero Desarrollo de algunos paradigmas de enfermería. Definición y marco de la epistemología y modelos más destacados en Enfermería, con profundización en los modelos de Henderson, Orem, Nigthingale.

Unidad 2 : Situación actual de desarrollo de la enfermería a nivel internacional y nacional . Concepto de Profesión y Organización profesional. Ley de Ejercicio. **Identidad Profesional**

Acreditación:

Durante la experiencia práctica de Administración de los estudiantes deberán aplicar el modelo de Enfermería de Virginia Henderson que deberá estar reflejado en el planteamiento del Proceso de atención de Enfermería.

Una vez finalizada la tercera semana de práctica y con los PAES realizados de todos los pacientes en ese período, harán un trabajo escrito, conteniendo:

Carátula con presentación del trabajo.(nombre del o los estudiantes y CI)

Introducción

Los supuestos teóricos de la teoría

Los resultados de la aplicación de la teoría en términos de:



- Número de pacientes atendidos.
- Caracterización de los pacientes
- Tomar los principales Diagnósticos de Enfermería identificados en esa población máximo cuatro (Taxonomía NANDA)
- Explicitar los objetivos o estandarización de resultados para esos dx.(NOC)
- Principales intervenciones de Enfermería (NIC) para esos Dx.
- La evaluación del cuidado de Enfermería para esos Dx.
- A la luz de lo ejercitado en la aplicación de la teoría y la estandarización NANDA. NIC Y NOC describir cuál fue el aporte de aplicar la teoría al cuidado de los pacientes de su unidad
- El trabajo debe tener una extensión máxima de 8 carillas más la bibliografía consultada. (Letra Arial o New Time Roman tamaño 12)

Para dar respuesta a los estudiantes que deseen cursar la materia independientemente del curso Administración, se mantiene la propuesta la que será instrumentada sobre 3 autores seleccionados en cada oportunidad y sorteados el día de la prueba para su desarrollo.

Bibliografía sobre Modelos y teorías de enfermería

1. Adam E. Hacia donde va la enfermería. 1980
2. Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 2011
3. Cárdenas Becerril L. Cuidado profesional de la enfermería.2009
4. Cavanagh S. Modelo de Orem : aplicación práctica. 1993
5. Griffith J. Proceso de atención de enfermería : aplicación de teorías, guías y modelos. 1986
6. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. 1971
7. Henderson V. La naturaleza de la enfermería : una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación, reflexiones 25 años después. 1994
8. Hernández Conesa J. Oposiciones de enfermería. 2000
9. Hernández Conesa J. Fundamentos de la enfermería. 1999
10. Jamieson E. Procedimientos de enfermería clínica. 2008
11. Kershaw B. Modelos de enfermería. 1989
12. Newton C. Modelo de Roper-Logan-Tierney : aplicación práctica. 1993
13. Nordmark M. Bases científicas de la enfermería. 1979
14. Peplau H. Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería : trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. 1996
15. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. 1990
16. Poletti R. Cuidados de enfermería : tendencias y conceptos actuales. 1980
17. Riehl-Sisca J. Modelos conceptuales de enfermería. 1992

18. Roper N. Proceso de atención de enfermería : modelos de aplicación. 1983
19. Roper N. Modelo de enfermería. 1987
20. Roper N. Modelo de enfermería : basado en el modelo de vida. 1993
21. Simpson H. Modelo de Peplau : aplicación práctica. 1992 3
22. Smith J. Virginia Henderson : los primeros 90 años. 1996
23. Teixidor M. Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los centros de atención primaria. 2002
24. CollièreM F “Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería” McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1993
25. Kerovac, S.; Pepin J. “El pensamiento Enfermero” MASSON. Barcelona.1996
26. Leddy,S; PepperJ ”Bases conceptuales de la enfermería Profesional” OPS 1989
27. Marriner Tomey A. “Modelos y teorías de Enfermería” 5a Edición. Elsevier España . Madrid 2003
29. Sánchez Puñales, S. “Historia de la Enfermería en el Uruguay” Trilce. Montevideo. 2002
30. Wesley, R.L. “Teorías y modelos de enfermería” McGraw-Hill Interamericana. Méjico 1997
31. Un Análisis del paradigma y la Enfermería. B. Sánchez. El Arte y la Ciencia del cuidado Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia
32. Lic Luiris Sanabria et. al. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería Zaidier Triviño , Sanhueza Paradigmas de la investigacion en E
33. profesión de enfermería Zaidier Triviño , Sanhueza Paradigmas de la investigacion en E

Anexo III

Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos

UNESCO

19 de octubre de 2005

La Conferencia General,

Consciente de la excepcional capacidad que posee el ser humano para reflexionar sobre su propia existencia y su entorno, así como para percibir la injusticia, evitar el peligro, asumir responsabilidades, buscar la cooperación y dar muestras de un sentido moral que dé expresión a principios éticos,

Teniendo en cuenta los rápidos adelantos de la ciencia y la tecnología, que afectan cada vez más a nuestra concepción de la vida y a la vida propiamente dicha, y que han traído consigo una fuerte demanda para que se dé una respuesta universal a los problemas éticos que plantean esos adelantos,

Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, *Resolviendo* que es necesario y conveniente que la comunidad internacional establezca principios universales que sirvan de fundamento

para una respuesta de la humanidad a los dilemas y controversias cada vez numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente, *Recordandola* Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997 y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 16 de octubre de 2003, *Tomando nota* del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptados el 16 de diciembre de 1966, la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 21 de diciembre de 1965, la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer del 18 de diciembre de 1979, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989, el Convenio de las Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica del 5 de junio de 1992, las Normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, la Recomendación de la UNESCO relativa a la situación de los investigadores científicos del 20 de noviembre de 1974, la Declaración de la UNESCO sobre la Raza y los Prejuicios Raciales del 27 de noviembre de 1978, la Declaración de la UNESCO sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras del 12 de noviembre de 1997, la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural del 2 de noviembre de 2001, el Convenio de la OIT (Nº 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes del 27 de junio de 1989, el Tratado Internacional sobre los Recursos Fitogenéticos para la Alimentación y la Agricultura aprobado por la Conferencia de la FAO el 3 de noviembre de 2001 y vigente desde el 29 de junio de 2004, el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) anexo al Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio y vigente desde el 1º de enero de 1995, la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública del 14 de noviembre de 2001 y los demás instrumentos internacionales aprobados por las Naciones Unidas y sus organismos especializados, en particular la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Tomando nota asimismo* de los instrumentos internacionales y regionales relativos a la bioética, comprendida la Convención



para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a la aplicación de la medicina y la biología – Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa, aprobada en 1997 y vigente desde 1999, junto con sus protocolos adicionales, así como las legislaciones y reglamentaciones nacionales en materia de bioética, los códigos de conducta, directrices y otros textos internacionales y regionales sobre bioética, como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial relativa a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos, aprobada en 1964 y enmendada sucesivamente en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, y las Guías éticas internacionales para investigación biomédica que involucra a seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, aprobadas en 1982 y enmendadas en 1993 y 2002, *Reconociendo* que esta Declaración se habrá de entender de modo compatible con el derecho internacional y las legislaciones nacionales de conformidad con el derecho relativo a los derechos humanos, *Recordando* la Constitución de la UNESCO aprobada el 16 de noviembre de 1945.

Considerando que la UNESCO ha de desempeñar un papel en la definición de principios universales basados en valores éticos comunes que orienten los adelantos científicos y el desarrollo tecnológico y la transformación social, a fin de determinar los desafíos que surgen en el ámbito de la ciencia y la tecnología teniendo en cuenta la responsabilidad de las generaciones actuales para con las generaciones venideras, y que las cuestiones de bioética, que forzosamente tienen una dimensión internacional, se deben tratar como un todo, basándose en los principios ya establecidos en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, y teniendo en cuenta no sólo el contexto científico actual, sino también su evolución futura, *Consciente* de que los seres humanos forman parte integrante de la biosfera y de que desempeñan un importante papel en la protección del prójimo y de otras formas de vida, en particular los animales, *Reconociendo* que, gracias a la libertad de la ciencia y la investigación, los adelantos científicos y tecnológicos han reportado, y pueden reportar, grandes beneficios a la especie humana, por ejemplo aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida, y destacando que esos adelantos deben procurar siempre promover el bienestar de cada individuo, familia, grupo o comunidad y de la especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales,



Reconociendo que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica sino también de factores psicosociales y culturales, *Reconociendo asimismo* que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos o comunidades y en la especie humana en su conjunto, *Teniendo presente* que la diversidad cultural, fuente de intercambios, innovación y creatividad, es necesaria para la especie humana y, en este sentido, constituye un patrimonio común de la humanidad, pero *destacando* a la vez que no se debe invocar a expensas de los derechos humanos y las libertades fundamentales, *Teniendo presente también* que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, *Reconociendo* que la conducta científica y tecnológica poco ética ha tenido repercusiones especiales en las comunidades indígenas y locales, *Convencida* de que la sensibilidad moral y la reflexión ética deberían ser parte integrante del proceso de desarrollo científico y tecnológico y de que la bioética debería desempeñar un papel predominante en las decisiones que han de tomarse ante los problemas que suscita ese desarrollo, *Considerando* que es conveniente elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuye a la justicia y la equidad y sirve el interés de la humanidad, *Reconociendo* que una manera importante de evaluar las realidades sociales y lograr la equidad es prestando atención a la situación de la mujer, *Destacando* la necesidad de reforzar la cooperación internacional en el ámbito de la bioética, teniendo en cuenta en particular las necesidades específicas de los países en desarrollo, las comunidades indígenas y las poblaciones vulnerables, *Considerando* que todos los seres humanos, sin distinción alguna, deberían disfrutar de las mismas normas éticas elevadas en la investigación relativa a la medicina y las ciencias de la vida, *Proclama* los siguientes principios y *aprueba* la presente Declaración.

Disposiciones generales

Artículo 1 – Alcance

1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.
2. La Declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.



Artículo 2 – Objetivos

Los objetivos de la presente Declaración son:

- a) proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética;
- b) orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas;
- c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;
- d) reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales;
- e) fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto;
- f) promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;
- g) salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras;
- h) destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

Principios

En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes.

Artículo 3 – Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4 – Beneficios y efectos nocivos

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Artículo 5 – Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 – Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

3. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Artículo 7 – Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación;

b) se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada, una vez obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas por la ley, y si no existe una alternativa de investigación de eficacia comparable con participantes en la investigación capaces de dar su consentimiento. Las actividades de investigación que no entrañen un posible beneficio directo para la salud se deberían llevar a cabo únicamente de modo excepcional, con las mayores restricciones, exponiendo a la persona únicamente a un riesgo y una coerción mínimos y, si se espera que la investigación redunde en provecho de la salud de otras personas de la misma categoría, a reserva de las condiciones prescritas por la ley y de forma compatible con la protección de los derechos humanos de la persona. Se debería respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.

Artículo 8 – Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.

Artículo 9 – Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

Artículo 10 – Igualdad, justicia y equidad

Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

Artículo 11 – No discriminación y no estigmatización



Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.

Artículo 12 – Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo

Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

Artículo 13 – Solidaridad y cooperación

Se habrá de fomentar la solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional a este efecto.

Artículo 14 – Responsabilidad social y salud

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:

- a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;
- b) el acceso a una alimentación y un agua adecuadas;
- c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
- d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y
- e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Artículo 15 – Aprovechamiento compartido de los beneficios

1. Los beneficios resultantes de toda investigación científica y sus aplicaciones deberían compartirse con la sociedad en su conjunto y en el seno de la comunidad internacional, en particular con los países en desarrollo. Los beneficios que se deriven de la aplicación de este principio podrán revestir las siguientes formas:

- a) asistencia especial y duradera a las personas y los grupos que hayan tomado parte en la actividad de investigación y reconocimiento de los mismos;
- b) acceso a una atención médica de calidad;

- c) suministro de nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia obtenidos gracias a la investigación;
- d) apoyo a los servicios de salud;
- e) acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos;
- f) instalaciones y servicios destinados a crear capacidades en materia de investigación;
- g) otras formas de beneficio compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.

2. Los beneficios no deberían constituir incentivos indebidos para participar en actividades de investigación.

Artículo 16 – Protección de las generaciones futuras

Se deberían tener debidamente en cuenta las repercusiones de las ciencias de la vida en las generaciones futuras, en particular en su constitución genética.

Artículo 17 – Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad

Se habrán de tener debidamente en cuenta la interconexión entre los seres humanos y las demás formas de vida, la importancia de un acceso apropiado a los recursos biológicos y genéticos y su utilización, el respeto del saber tradicional y el papel de los seres humanos en la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

Aplicación de los principios

Artículo 18 – Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas

1 Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos. Se debería procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.

2. Se debería entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto.

3. Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

Artículo 19 – Comités de ética



Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

- a) evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;
- b) prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;
- c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;
- d) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Artículo 20 – Evaluación y gestión de riesgos

Se deberían promover una evaluación y una gestión apropiadas de los riesgos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas.

Artículo 21 – Prácticas transnacionales

1. Los Estados, las instituciones públicas y privadas y los profesionales asociados a actividades transnacionales deberían procurar velar por que sea conforme a los principios enunciados en la presente Declaración toda actividad que entre en el ámbito de ésta y haya sido realizada, financiada o llevada a cabo de cualquier otra manera, en su totalidad o en parte, en distintos Estados.
2. Cuando una actividad de investigación se realice o se lleve a cabo de cualquier otra manera en un Estado o en varios (el Estado anfitrión o los Estados anfitriones) y sea financiada por una fuente ubicada en otro Estado, esa actividad debería someterse a un nivel apropiado de examen ético en el Estado anfitrión o los Estados anfitriones, así como en el Estado donde esté ubicada la fuente de financiación. Ese examen debería basarse en normas éticas y jurídicas que sean compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.
3. Las actividades de investigación transnacionales en materia de salud deberían responder a las necesidades de los países anfitriones y se debería reconocer que es importante que la investigación contribuya a la paliación de los problemas urgentes de salud a escala mundial.
4. Al negociar un acuerdo de investigación, se deberían establecer las condiciones de colaboración y el acuerdo sobre los beneficios de la investigación con la participación equitativa de las partes en la negociación.

5. Los Estados deberían tomar las medidas adecuadas en los planos nacional e internacional para luchar contra el bioterrorismo, así como contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética.

Promoción de la declaración

Artículo 22 – Función de los Estados

1. Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos. Esas medidas deberían ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública.

2. Los Estados deberían alentar la creación de comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas, tal como se dispone en el Artículo 19.

Artículo 23 – Educación, formación e información en materia de bioética

1. Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la bioética.

2. Los Estados deberían alentar a las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, así como a las organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, a que participen en esta tarea.

Artículo 24 – Cooperación internacional

1. Los Estados deberían fomentar la difusión de información científica a nivel internacional y estimular la libre circulación y el aprovechamiento compartido de los conocimientos científicos y tecnológicos.

2. En el contexto de la cooperación internacional, los Estados deberían promover la cooperación científica y cultural y llegar a acuerdos bilaterales y multilaterales que permitan a los países en desarrollo crear las capacidades necesarias para participar en la creación y el intercambio de conocimientos científicos y de las correspondientes competencias técnicas, así como en el aprovechamiento compartido de sus beneficios.

3. Los Estados deberían respetar y fomentar la solidaridad entre ellos y deberían también promoverla con y entre individuos, familias, grupos y comunidades, en particular con los que

son más vulnerables a causa de enfermedades, discapacidades u otros factores personales, sociales o ambientales, y con los que poseen recursos más limitados.

Artículo 25 – Actividades de seguimiento de la UNESCO

1. La UNESCO deberá promover y difundir los principios enunciados en la presente Declaración. Para ello, la UNESCO solicitará la ayuda y la asistencia del Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) y del Comité Internacional de Bioética (CIB).
2. La UNESCO deberá reiterar su voluntad de tratar la bioética y de promover la colaboración entre el CIGB y el CIB.

Disposiciones finales

Artículo 26 – Interrelación y complementariedad de los principios

La presente Declaración debe entenderse como un todo y los principios deben entenderse como complementarios y relacionados unos con otros. Cada principio debe considerarse en el contexto de los demás principios, según proceda y corresponda a las circunstancias.

Artículo 27 – Limitaciones a la aplicación de los principios

Si se han de imponer limitaciones a la aplicación de los principios enunciados en la presente Declaración, se debería hacer por ley, en particular las leyes relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública y salvaguardar los derechos y libertades de los demás. Dicha ley deberá ser compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

Artículo 28 – Salvedad en cuanto a la interpretación: actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

Ninguna disposición de la presente Declaración podrá interpretarse como si confiriera a un Estado, grupo o individuo derecho alguno a emprender actividades o realizar actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

Anexo IV

Proceso de Consentimiento Informado.

Información al sujeto de investigación.

Estoy realizando una investigación en el marco de la tesis para obtener el título de Magister en Enseñanza Universitaria.

La misma se denomina “Dimensión ética en la evaluación de actitudes en la práctica clínica de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

En este sentido le vamos a hacer una entrevista a través de preguntas guías, de la cual se realizará una grabación de audio y se tomará nota en un cuaderno de algunos aspectos importantes vinculados con la entrevista. Le vamos a solicitar su consentimiento para participar, podrá retirarse en cualquier momento si lo desea. No tendrá ninguna remuneración por participar, por lo tanto es voluntaria.

La información solo se utilizará a estos efectos y finalizada la misma las grabaciones serán destruidas.

Consentimiento informado

Por la presente.....autorizo mi participación en la investigación luego de haber sido informado de los alcances de la misma.

Nombre del participante.....

CI:

Firma de participante.....

Nombre y firma del investigador.....

Teléfono contacto del investigador.....



Anexo V

Guión de la Entrevista.

¿Qué piensa usted respecto a las actitudes y valores que debe poseer un estudiante de la Licenciatura de Enfermería?

¿Qué importancia le adjudica a la evaluación de las actitudes?

¿En las prácticas clínicas dialoga con los estudiantes sobre las actitudes?

En su práctica clínica ¿enseña las actitudes y valores que debe tener un profesional de Enfermería?

En la práctica docente que realiza, ¿evalúa las actitudes de los estudiantes?

-¿Desea realizar algún aporte más?

Anexo VI

Ley N° 18.335

PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

**El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,
reunidos en Asamblea General,**

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- La presente ley regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.

Artículo 2°.- Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

CAPÍTULO II

DE LAS DEFINICIONES

Artículo 3°.- Se considera servicio de salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud.

Artículo 4°.- Se entiende por trabajador de la salud, a los efectos de los derechos de los pacientes, a toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de

un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.

Artículo 5°.- Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla.

En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.

CAPÍTULO III

DE LOS DERECHOS

Artículo 6°.- Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 7°.- Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones.

Todo paciente tiene el derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.

Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad. Asimismo tiene el derecho de acceso a los resultados cuando lo solicite.

Artículo 8°.- El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, será responsable de controlar la propaganda destinada a estimular tratamientos o al consumo de medicamentos. La promoción engañosa se determinará de acuerdo con lo prescripto en la [Ley N° 17.250](#), de 11 de agosto de 2000, y, en particular, en el Capítulo IX de ese texto.

Artículo 9°.- El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, está obligado a informar públicamente y en forma regular sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional.

Artículo 10.- El Estado garantizará en todos los casos el acceso a los medicamentos incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos.

Todas las patologías, agudas o crónicas, transmisibles o no, deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, mediante modalidades asistenciales científicamente válidas que

comprendan el suministro de medicamentos y todas aquellas prestaciones que componen los programas integrales definidos por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con lo establecido por el artículo 45 de la [Ley N° 18.211](#), de 5 de diciembre de 2007.

Los servicios de salud serán responsables de las omisiones en el cumplimiento de estas exigencias.

Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

En la atención de enfermos siquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la [Ley N° 9.581](#), de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 12.- Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación, en forma libre, luego de recibir toda la información en forma clara sobre los objetivos y la metodología de la misma y una vez que la Comisión de Bioética de la institución de asistencia autorice el protocolo respectivo. En todos los casos se deberá comunicar preceptivamente a la Comisión de Bioética y Calidad de Atención del Ministerio de Salud Pública. La información debe incluir el derecho a la revocación voluntaria del consentimiento, en cualquier etapa de la investigación. La Comisión se integrará y funcionará según reglamentación del Ministerio de Salud Pública y se asesorará con los profesionales cuya capacitación en la materia los constituya en referentes del tema a investigar.

Artículo 13.- Toda persona tiene el derecho de elección del sistema asistencial más adecuado de acuerdo con lo establecido por el artículo 50 de la [Ley N° 18.211](#), de 5 de diciembre de 2007.

En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.

Artículo 14.- La docencia de las diferentes actividades profesionales en el ámbito de la salud podrá ser realizada en cualquier servicio de salud.

CAPÍTULO IV

DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

Artículo 15.- Los servicios de salud, dependiendo de la complejidad del proceso asistencial, integrarán una Comisión de Bioética que estará conformada por trabajadores o profesionales de la salud y por integrantes representativos de los usuarios.

Artículo 16.- Todo paciente tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos con excepción de las situaciones de emergencia imprevista, sin perjuicio de lo dispuesto en la [Ley N° 14.005](#), de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.

Artículo 17.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:

- A) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.
- B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.
- C) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.
- D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la [Ley N° 14.005](#), de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.
- E) Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.
- F) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

CAPÍTULO V

DEL DERECHO AL CONOCIMIENTO DE SU SITUACIÓN DE SALUD



Artículo 18.- Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:

- A) Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.
- B) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber).

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

- C) Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función.
- D) Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.

La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente.

El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita.

En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.

La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente.

El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediante orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.

- E) Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste.

En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.

- F) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: "No Reanimar" impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.
- G) Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.
- H) Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.
- I) Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente.

Artículo 19.- Toda historia clínica, debidamente autenticada, en medio electrónico constituye documentación auténtica y, como tal, será válida y admisible como medio probatorio.

Se considerará autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido esté validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras, de acuerdo al estado de la tecnología informática. Se aplicará a lo dispuesto en los artículos 129 y 130 de la [Ley N° 16.002](#), de 25 de noviembre de 1988, en el inciso tercero del artículo 695 y en el artículo 697 de la [Ley N° 16.736](#), de 5 de enero de 1996, y en el artículo 25 de la [Ley N° 17.243](#), de 29 de junio de 2000.

Artículo 20.- Es de responsabilidad de los servicios de salud dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas y determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen.

El Poder Ejecutivo deberá determinar criterios uniformes mínimos obligatorios de las historias clínicas para todos los servicios de salud.

CAPÍTULO VI

DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD



Artículo 21.- El servicio de salud, en su carácter de prestador de salud, y, en lo pertinente, el profesional actuante deberán cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO VII

DE LOS DEBERES DE LOS PACIENTES

Artículo 22.- Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad, tal como lo establece el [artículo 44 de la Constitución de la República](#). Asimismo tiene la obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público, tal como lo dispone el artículo 224 del Código Penal.

El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados.

Artículo 23.- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria.

Artículo 24.- El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

Si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la historia clínica, siendo considerada la situación como de "alta contra la voluntad médica", quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

CAPÍTULO VIII

DE LAS INFRACCIONES A LA LEY

Artículo 25.- Las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente en las instituciones o en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su violación.

Artículo 26.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, los agrupamientos de trabajadores de la salud con personería jurídica, podrán juzgar la conducta profesional de sus afiliados de acuerdo a sus estatutos.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 5 de agosto de 2008.

RODOLFO NIN NOVOA,
Presidente.
Hugo Rodríguez Filippini,
Secretario.



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación