



TEST PROPORCIONALIDAD
NUEVO CÓDIGO ÉTICO
DEONTOLÓGICO DE LA
ENFERMERA ESPAÑOLA

COMISIÓN DEONTOLÓGICA NACIONAL DE
ENFERMERÍA CGE

**TEST PROPORCIONALIDAD DEL NUEVO CÓDIGO ÉTICO Y DEONTOLÓGICO DE
LA ENFERMERA ESPAÑOLA**

ÍNDICE

1. TEST DE PROPORCIONALIDAD	4
1.1 ÁMBITO DE APLICACIÓN: ARTÍCULOS 1-4.....	6
1.2 LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS: ARTÍCULOS 5-31	14
1.2.1. VALORES Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES: ART. 5-13	14
1.2.2. LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS. RELACIÓN ASISTENCIAL: ART.14-19	17
1.2.3. COMUNICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO: ART 20-27	20
1.2.4. CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL: ART 28-29	29
1.2.5. HISTORIA CLÍNICA: ART 30-31	31
1.3. LA ENFERMERA Y LA PRÁCTICA: ARTÍCULOS 32- 67	34
1.3.1. CUIDADOS AL INICIO DE LA VIDA: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: ART 32-40	34
1.3.2. ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ART 41-46.....	50
1.3.3. ATENCIÓN A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: ART 47-49	54
1.3.4. ATENCIÓN A LA PERSONA CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: ART 50..	57
1.3.5. ATENCIÓN A LA PERSONA EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD: ART 51-52	58
1.3.6. ATENCIÓN A LA PERSONA EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: ART 53-56 .	60
1.3.7. CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: ART 57-60.....	65
1.3.8. DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS: ART 61-64.....	72
1.3.9. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: ART 65-67	76
1.4. LA ENFERMERA Y LA PROFESIÓN: ARTÍCULOS 68- 99	79
1.4.1. INVESTIGACIÓN Y CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA: ART 68-69	79
1.4.2. TOMA DE DECISIONES Y RESPONSABILIDAD: ART 70-75	82
1.4.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE: ART 76-77	87
1.4.4. FORMACIÓN Y DOCENCIA: ART 78-82.....	88
1.4.5. TRABAJO EN EQUIPO: ART 83-85	93
1.4.6. COOPERACIÓN Y CATÁSTROFES: ART 86-88	96
1.4.7. COMPETENCIAS DIGITALES E INTELIGENCIA ARTIFICIAL: ART 89-93	98
1.4.8. PERITAJE EN ENFERMERÍA: ART 94	106

1.4.9. CORPORACIÓN COLEGIAL: ART 95-97	107
1.4.10. HONORARIOS: ART 98-99	110
1.5 LA ENFERMERA Y LA SALUD GLOBAL: ARTÍCULOS 100-108	112
1.5.1. MEDIO AMBIENTE, DESARROLLO SOSTENIBLE Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS: ART 100	113
1.5.2. SALUD PÚBLICA Y RELACIÓN CON LA COMUNIDAD: ART 101-104.....	114
1.5.3. GESTIÓN Y POLÍTICA SANITARIA: ART 105-108	116

TEST DE PROPORCIONALIDAD

1. TEST DE PROPORCIONALIDAD

La propia normativa europea que reclama la exigencia del test de proporcionalidad ante disposiciones restrictivas menciona reiteradamente la necesidad – mucho más acuciante en las profesiones sanitarias – de que la actuación de los profesionales afectados se someta a principios deontológicos, como una garantía de protección de los derechos de los pacientes o usuarios de los servicios profesionales.

Así, la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, en su Considerando 11, señala que un Estado miembro puede imponer a toda persona que ejerza una profesión en su territorio requisitos específicos motivados por la aplicación de las normas profesionales justificadas por el interés general. Éstas se refieren, en particular, a las normas en materia de organización de la profesión, a las normas profesionales, incluidas las deontológicas, y a las normas de control y de responsabilidad.

Por su parte, la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de diciembre de 2006 relativa a los servicios en el mercado interior, advierte que los Estados miembros deben fomentar la elaboración de códigos de conducta, en particular por parte de los colegios, las asociaciones y los organismos profesionales a nivel comunitario. Dichos códigos deben garantizar la independencia, la imparcialidad y el secreto profesional. En palabras de la propia Directiva, los códigos de conducta comunitarios pretenden fijar normas mínimas de comportamiento y complementan los requisitos legales de los Estados miembros, reconociendo al mismo tiempo que la regulación del mercado interior en la Unión Europea no obsta para que los Estados miembros, de conformidad con el derecho comunitario, adopten medidas legislativas más estrictas, ni para que los colegios profesionales dispongan una mayor protección en sus códigos de conducta nacionales.

El fin por tanto de dichos códigos, es velar por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de la ciudadanía, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud bajo criterios de calidad y excelencia profesional.

La profesión enfermera¹, fundamento esencial del Sistema Nacional de Salud y garante de la atención integral a la persona, se sostiene sobre un conjunto de valores, principios y normas que orientan el ejercicio profesional hacia la excelencia, la responsabilidad y el compromiso ético y deontológico. En un contexto sanitario en constante evolución — marcado por los avances científicos y tecnológicos, los nuevos modelos asistenciales, el incremento de la complejidad clínica y la creciente participación de la ciudadanía en las decisiones sobre su salud— resulta imprescindible actualizar el marco ético y deontológico de la práctica enfermera en España.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un código internacional de ética y deontología en 1953, siendo revisado por última vez en 2021². En España, el Consejo General aprobó por medio de su Resolución nº 32/1989 el primer Código Deontológico de la profesión³, modificándolo posteriormente mediante su Resolución nº 2/1998 y una posterior corrección de errores.

En este marco, el Consejo General, en cumplimiento de la misión que le otorgan las leyes para velar por la calidad, dignidad y las buenas prácticas de la profesión, ha considerado necesario revisar y renovar el Código Ético y Deontológico vigente con el fin de dotarlo de mayor claridad, actualidad y aplicabilidad. Esta revisión, en la que ha jugado un papel primordial la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería, ha incorporado la experiencia acumulada por la profesión, los desarrollos científicos y técnicos más recientes, las exigencias éticas emanadas de los organismos internacionales y la perspectiva de los propios profesionales y de la ciudadanía.

El nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española se concibe de esta forma como un instrumento vivo que orienta la conducta profesional promueve el respeto a los derechos humanos, fortalece la autonomía de las personas cuidadas y refuerza la responsabilidad y transparencia en el ejercicio profesional. Su finalidad última es garantizar una atención de calidad, humanizada, segura y basada en los valores que históricamente han caracterizado a la enfermería, afianzando los patrones del ejercicio profesional desde una práctica autónoma, ética y científica.

¹ En este documento la palabra enfermera, siguiendo la misma propuesta del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), se va a utilizar para denominar a los profesionales de ambos sexos, por lo que el término alude tanto a hombres como a mujeres.

² Código de Ética del CIE para las enfermeras. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). 2021

³ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

1.1 ÁMBITO DE APLICACIÓN: ARTÍCULOS 1-4

La ordenación de la actividad profesional, junto con la obligatoriedad del cumplimiento del Código, así como el ámbito de aplicación y la responsabilidad disciplinaria, quedan contemplados desde el origen del Código Deontológico⁴. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, tanto a nivel de leyes estatales como los propios estatutos generales, incluyendo dichas medidas junto con el papel de las comisiones deontológicas de forma detallada, siendo adecuadas y proporcionales.

➤ **Constitución Española**

La Constitución Española (CE) de 1978⁵, en su artículo 36 dispone que *“la ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas”*.

En ese sentido, se ha contemplado el contenido pertinente de la vigente ley que recoge el régimen jurídico de los Colegios profesionales.

➤ **Ley sobre Colegios Profesionales**

La ley 2/1974⁶ sobre Colegios Profesionales reconoce que:

- **Artículo 1.1** *“Los Colegios Profesionales son Corporaciones de derecho público, amparadas por la Ley y reconocidas por el Estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines”*.
- **Artículo 1.3** entre los fines esenciales de estas corporaciones está *“la ordenación del ejercicio de las profesiones”*. El precepto continua disponiendo como fines de los colegios profesionales la representación institucional exclusiva de la profesión cuando estas estén sujetas a colegiación obligatoria; la defensa de los intereses profesionales de sus colegiados y la protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de aquellos (Redacción dada por **Ley 25/2009**⁷, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su

⁴ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

⁵ Constitución Española. BOE n.º 311 (29/12/1978).

⁶ Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. BOE n.º 40 (15/02/1974).

⁷ Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. BOE n.º 308 (23/12/2009).

adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio).

- **Artículo 3.2.** Con respecto a la colegiación establece que *“Será requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones hallarse incorporado al Colegio Profesional correspondiente cuando así lo establezca una ley estatal”*. En el ámbito de la profesión enfermera, la obligación de la colegiación para su ejercicio, al estar en juego valores como la seguridad de los pacientes y la protección de la salud y de la propia vida, ya venía establecida desde la **Ley de 25 de noviembre de 1944** de Bases de Sanidad Nacional (base 34ª).
- **Artículo 5.** Se detallan las funciones correspondientes de estas Corporaciones, destacando entre todas la de: i) *“Ordenar en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial”*.
- **Artículo 6.** Establece la forma de regulación de los Colegios Profesionales *“sin perjuicio de las Leyes que regulen la profesión de que se trate, se rigen por sus Estatutos y por los Reglamentos de Régimen Interior”*, señalando el papel de los Consejos Generales para la elaboración de unos Estatutos generales *“para todos los Colegios de una misma profesión, y oídos éstos...que serán sometidos a la aprobación del Gobierno, a través del Ministerio competente”*.

Por tanto, la función principal de los Colegios Profesionales se sustenta en la ordenación del ejercicio de las profesiones, en nuestro caso enfermería, para velar por la ética y dignidad profesional, a través de los códigos deontológicos, protegiendo los intereses de la ciudadanía, mediante el respeto de los derechos de las personas, junto con la defensa de los intereses de los profesionales, ejerciendo la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial.

A partir de dicha normativa estatal, se regulan los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España.

➤ Estatutos Generales

Los Estatutos Generales vigentes, de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería, aprobados por Real Decreto 1231/2001⁸, disponen:

- **Artículo 1.** Reconoce la naturaleza de los Colegios Profesionales de Enfermería: *“Los Colegios Profesionales de Enfermería son corporaciones de derecho público, amparadas por la Ley y reconocidas por el Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines”.*
- **Artículo 2.** Se describen sus fines destacando *“la ordenación del ejercicio de la profesión de enfermería en el ámbito de su competencia y en todas sus formas y especialidades”.*
- **Artículo 3.** Se detalla el ámbito funcional reflejando *“Los Colegios Oficiales de Enfermería ejercerán en su ámbito territorial las funciones atribuidas por la legislación estatal y autonómica sobre la materia, especialmente en lo relativo a la ordenación, en el ámbito de sus competencias, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional”.*
- **Artículo 5.** Con respecto a la habilitación profesional para poder ejercer como enfermera en España, recoge la necesidad de colegiación obligatoria señalando que *“Estarán habilitados para ejercer los actos propios de la profesión de enfermería, en cualquiera de las modalidades o formas jurídicas públicas o privadas de relación de servicios profesionales, únicamente quienes se hallen inscritos en el Colegio Oficial de Enfermería del ámbito territorial correspondiente, cumplan la legislación profesional vigente y no se encuentren suspendidos, separados o inhabilitados por resolución corporativa o judicial”.*
- **Artículo 7.** Refuerza la necesidad de colegiación para el ejercicio: *“Es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión de enfermería, en cualquiera de sus ámbitos o modalidades, hallarse incorporado al Colegio Oficial de Enfermería del ámbito territorial que corresponda con el*

⁸ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE n.º 269 (09/11/2001).

domicilio profesional, único o principal. Bastará la incorporación a este Colegio profesional para ejercer la profesión en todo el territorio del Estado”, detallándose en el artículo 6 la forma de adquirir la condición de colegiado, incluyendo los nacionales de la Unión Europea o Espacio Económico Europeo.

- **Artículo 10.** Se detallan los deberes de los colegiados, incluyendo: “a) *Ejercer la profesión de enfermería conforme a las normas de ordenación del ejercicio profesional y reglas que la gobiernan, ateniéndose a las normas deontológicas establecidas y a las que puedan acordarse con este mismo objeto por la Organización Colegial”, y “g) Cumplir las prescripciones del Código Deontológico de la Enfermería española”.*

En ese sentido, el capítulo V aborda las medidas disciplinarias que se pueden llevar a cabo, incluyendo la posibilidad de ser sancionados cuando “*Los colegiados que infrinjan sus deberes profesionales, el Código Deontológico de la Enfermería española, los presentes Estatutos, los del Consejo General, los de los Consejos Autonómicos, los particulares de cada Colegio o los acuerdos adoptados por cualquiera de las Corporaciones anteriores podrán ser sancionados disciplinariamente”.*

- **Artículo 19.** Describe la clasificación de las faltas que pueden llevar aparejada sanción disciplinaria se describe pudiendo ser clasificadas como “*muy graves, graves y leves*”
- **Artículo 20.** Detalla las sanciones derivadas comprendiendo desde la amonestación hasta la inhabilitación profesional.
- **Artículo 21.** Describe el procedimiento disciplinario a través del cual el Colegio Profesional ejerce su potestad sancionadora resolviendo, en caso de que un colegiado cometiera alguna de las infracciones deontológicas tipificadas en los estatutos, incluyendo el papel de las Comisiones Deontológicas⁹ en consonancia con el régimen general establecido en la legislación sobre **Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas**¹⁰ y

⁹ Recomendaciones para realizar el procedimiento por infracción de normas deontológicas CDNE. CGE. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria/documentos-de-interes/send/156-documentos-de-interes/2724-recomendaciones-para-realizar-el-procedimiento-por-infraccion-de-normas-deontologicas>

¹⁰ Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico de Sector Público. BOE n.º 236 (02/10/2015).

del Procedimiento Administrativo Común¹¹, donde se recogen los criterios para el inicio del procedimiento por denuncia (art.62), el acuerdo de iniciación de los procedimientos de naturaleza sancionadora (art.64), los derechos del interesado (colegiado) en el procedimiento administrativo (art.53) y la propuesta de resolución (art.89) atendiendo al principio de proporcionalidad de la Ley 40/2015 (art.29) incluyendo la concurrencia de sanciones (art.31).

En el Título II relativo al Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (CGE), recoge tanto la Naturaleza jurídica como las funciones destacando:

- **Artículo 23:** *“entidad que agrupa, coordina y representa con carácter exclusivo a la profesión de enfermería y a todos los Colegios Oficiales de Enfermería de España en los ámbitos nacional e internacional ; ordena, en el ámbito de su competencia y de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes, el ejercicio profesional, y defiende y protege los intereses de los profesionales y de la enfermería, ejerciendo la facultad disciplinaria y resolviendo los recursos que se interpongan, en los términos regulados en estos Estatutos”.*
- **Artículo 24:** *“Aprobar las normas deontológicas y las resoluciones que ordenen, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, las cuales tendrán carácter obligatorio, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional”.*

En el Título III se recogen los principios básicos del ejercicio de la profesión de Enfermería, destacando:

- **Artículo 52** Sobre el ejercicio profesional y la colegiación: *“Conforme a lo previsto en el artículo 36 de la Constitución, la ley regulará el ejercicio de la profesión de enfermería y las actividades para cuyo ejercicio es obligatoria la colegiación. Sin perjuicio de ello, se considera que el ejercicio de la profesión de enfermería abarca, a título enunciativo, el desarrollo de*

¹¹ Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. BOE n.º 236 (02/10/2015).

funciones asistenciales, investigadoras, de gestión y de docencia, para cuya práctica, conjunta o separada, en cualquier ámbito o forma jurídica pública o privada de prestación de servicios profesionales en que se lleven a cabo, es requisito indispensable hallarse incorporado al Colegio correspondiente”.

- **Artículo 53.** Sobre la misión de la enfermera destaca *“prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo... basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana”.*
- **Artículo 54.** Refleja el peso imprescindible del Código Deontológico para alcanzar la excelencia y brindar una atención de calidad: *“Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles”.*
- **Artículo 55.** Se hace especial énfasis en que la ordenación de la actividad profesional busca la excelencia de la práctica profesional, correspondiendo a *“la Organización Colegial de Enfermería, en sus respectivos niveles, la ordenación de la actividad profesional de Enfermería, orientada hacia la mejora de la calidad y la excelencia de la práctica profesional como instrumento imprescindible para la mejor atención de las exigencias y necesidades sanitarias de la población y del sistema sanitario español”.*

Para ello, *“el Consejo General elaborará cuantas normas y estándares de actuación profesional sean necesarios para ordenar la profesión de Enfermería”*, especialmente la renovación y aprobación del Código Deontológico.

➤ **Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)**

La Ley 44/2003¹², de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (en adelante LOPS), en su preámbulo explica cómo por Ley de 28 de noviembre de 1855 - Servicio General de Sanidad- e Instrucción General de 12 de enero de 1904, se reglamentó el ejercicio profesional de lo que denominaron «el arte de curar» con el establecimiento de un registro de profesionales. Concluye -Exposición de Motivos, Punto I- que la finalidad de la norma es dotar al sistema sanitario de un marco legal que salvaguarde el derecho de todos a la protección de la salud (Artículo 43 de la Constitución).

- **Artículo 2.** Dispone que *“De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.”*
- **Artículo 4.5.** Indica la forma en que debe desarrollarse el ejercicio profesional: *“Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión”*.

Y el apartado 7 del mismo precepto señala que *“el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico”*.

- **Artículo 5.1 a).** Obliga a los profesionales sanitarios a *“prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los*

¹² La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE n.º 280 (22/11/2003).

conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables”.

- **Artículo 4.8.** Establece: *“Para el ejercicio de una profesión sanitaria será necesario cumplir las obligaciones y requisitos previstos en el ordenamiento jurídico vigente”. “En todo caso, para ejercer una profesión sanitaria, será requisito imprescindible estar colegiado, cuando una ley estatal establezca esta obligación para el ejercicio de una profesión titulada (...).”* En ese sentido también determina que no podrán ejercer quienes se encuentren *“suspendido o inhabilitado para el ejercicio profesional por resolución sancionadora impuesta por un colegio profesional sanitario, cuando una ley estatal establezca para este ejercicio la obligación de estar colegiado, durante el periodo de tiempo que fije ésta”*. Reflejando la necesidad de notificación por parte de las corporaciones colegiales *“...deberán remitir al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad copia de las resoluciones sancionadoras que suspendan o inhabiliten para el ejercicio profesional impuestas por ellos, cuando una ley estatal establezca para este ejercicio la obligación de estar colegiado”*.
- **Artículo 46.** Recoge la necesidad de tener cobertura de responsabilidad profesional *“Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios”*, haciendo mención específica a las profesiones colegiadas *“ los colegios profesionales podrán adoptar las medidas necesarias para facilitar a sus colegiados el cumplimiento de esta obligación”*. Se debe reseñar en este sentido que los Colegios Profesionales de Enfermería, en la Póliza de Responsabilidad Civil que tienen suscritas para cubrir las responsabilidades que se acaban de referir, incluyen las actuaciones referidas a dicho apartado.

1.2 LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS: ARTÍCULOS 5-31

1.2.1. VALORES Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES: ART. 5-13

La redacción de los artículos 5-13 corresponden a los valores y principios fundamentales que deben guiar la actuación de las enfermeras en todo ámbito asistencial. Así se reconoce el deber de protección por parte de la enfermera de los derechos humanos, la dignidad, la vida e integridad, la intimidad, las medidas de contención, el respeto a la autonomía de las personas, la no discriminación, el abordaje de la vulnerabilidad y la atención culturalmente competente, considerando esenciales una tipificación específica de cada uno de ellos. La referencia a estos valores y principios tiene su base legal en los artículos anteriormente relacionados de la LOPS y encuentran por tanto plena proporcionalidad en relación con los derechos que ostentan las personas que requieren una atención sanitaria adecuada a sus circunstancias personales y clínicas por parte de las enfermeras.

Artículo 5. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Desde el origen del Código Deontológico de la Enfermera Española¹³ se recoge como una de las principales funciones que tiene la enfermera la salvaguarda de los Derechos Humanos (DDHH). Se refleja que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, enfatizando de manera prioritaria la adopción de un profundo respeto por los derechos humanos. Esta previsión se fundamenta en la propia Declaración de DDHH¹⁴, al igual que la CE¹⁵ y la Ley General de Sanidad¹⁶, complementándose actualmente con el Convenio de Oviedo¹⁷ y la Ley de Autonomía del Paciente¹⁸ (LAP).

¹³ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

¹⁴ Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948

¹⁵ Constitución Española. BOE n.º 311 (29/12/1978).

¹⁶ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102 (29/04/1986).

¹⁷ Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE n.º 251.

¹⁸ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

Artículo 6. DIGNIDAD HUMANA y Artículo 7. VIDA E INTEGRIDAD

El reconocimiento de la dignidad humana también queda contemplado desde el origen del Código Deontológico, al igual que el derecho a la vida, basados tanto en la CE como la declaración de DDHH y la LAP.

Artículo 8. INTIMIDAD

Se ha considerado necesario desarrollar en profundidad el derecho a la intimidad que hasta entonces solo se refería a aspectos relacionados con la investigación clínica, haciendo especial referencia a situaciones que puedan producir su vulneración, como la exposición corporal durante un proceso asistencial, reforzando el deber de las enfermeras de asegurarla durante todo el proceso, como queda recogido en la LAP.

Artículo 9. PROTECCIÓN Y MEDIDAS DE CONTENCIÓN

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica como la Protección y medidas de contención, ya que hasta ahora solo se hacía mención en torno a la defensa a los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, pero sin detallar lo relativo al uso de las contenciones tanto físicas como farmacológicas, siendo una de las situaciones que puede generar una vulneración directa de los derechos fundamentales de la persona, especialmente a su dignidad, libertad y bienestar. Por ello se considera un imperativo moral y un compromiso tanto ético, legal como deontológico de los profesionales, la búsqueda de alternativas que permita brindar un cuidado adecuado.

En ese sentido se ha enfatizado el papel que tiene la enfermera en velar por el respeto y salvaguarda a estos derechos, resaltando la importancia de evitar la aplicación indiscriminada de esta medida, siendo clave establecer criterios de buenas prácticas en torno a su uso, siendo utilizada únicamente como último recurso terapéutico, cuando hayan fracasado todas las alternativas, y solo si el beneficio para el paciente supera ampliamente el perjuicio que esta medida puede causar.

Para ello se contempla que la enfermera debe realizar una valoración exhaustiva del abordaje y cuidados del paciente, que minimicen la variabilidad asistencial y garanticen la seguridad y la protección de sus derechos durante todo el proceso, promoviendo su

reducción y eliminación, atendiendo en todo momento a los principios de mínima restricción y proporcionalidad, reflejado tanto en normativa internacional¹⁹ como nacional²⁰. También queda contemplado de forma amplia desde distintas sociedades científicas^{21,22,23,24} y organismos dedicados al ámbito de la Bioética²⁵.

Artículo 10 AUTONOMÍA; Artículo 11. NO DISCRIMINACIÓN; Artículo 12. VULNERABILIDAD y Artículo 13. ATENCIÓN CULTURALMENTE COMPETENTE

Por último, se han incluido de forma específica aspectos relacionados con el deber de la enfermera en el respeto de la autonomía de la persona, la no discriminación, el abordaje de la vulnerabilidad y la atención culturalmente competente, reconociendo el derecho de la persona para decidir sobre las actuaciones relativas a sus cuidados y la diversidad cultural, recogida tanto en la declaración de DDHH, CE, como normativa vigente²⁶ principalmente en la LAP y LOPS. Dichos deberes derivan de los derechos que ostentan los pacientes ante la atención sanitaria, por lo que la proporcionalidad queda garantizada por el correcto uso de los derechos de las personas atendidas.

¹⁹ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults. 2017. Disponible en: <https://rm.coe.int/16807001c3>

²⁰ Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. BOE n.º 36 (11/02/2022)

²¹ Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Consideraciones ético-legales y recomendaciones de actuación en el uso de contenciones mecánicas en pacientes críticos. Enferm Intensiva. 2024. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239924000592?via%3Dihub>

²² Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nicc.12945>

²³ Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Cuidados sin sujeciones. 2023. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Guia-Cuidado-sin-sujeciones.pdf>

²⁴ Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME) Tolerancia cero en contenciones mecánicas. 2019. Disponible en: <https://www.aeesme.org/observatorio-nacional-de-enfermeria-de-salud-mental/salud-mental-y-sociedad-observatorio-nacional-de-enfermeria-de-salud-mental/posicionamiento-aeesme-tolerancia-cero-en-contenciones-mecanicas/>

²⁵ Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 2016. Disponible en: <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/Informe-Contenciones-CBE.pdf>

²⁶ Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. BOE n.º 167 (13/07/2022)

1.2.2. LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS. RELACIÓN ASISTENCIAL: ART.14-19

Artículo 14. CONFIANZA EN LA RELACIÓN

La fundamentación de este artículo se centra en que el ejercicio profesional de la enfermera, especialmente la capacidad para determinar el tiempo de intervención según criterio propio y necesidades de la persona está protegida y regulada por la CE, así como sentencias del Tribunal Supremo^{27,28} donde se reconoce que como tiempo efectivo de trabajo el dedicado por las enfermeras a tareas esenciales para la continuidad asistencial, como el relevo y transmisión de información clínica entre turnos. Las ratios y procedimientos de intervención deben ajustarse a la complejidad y necesidades de las personas atendidas, vinculando la atención al criterio profesional²⁹.

En los artículos 10 y 43 de la CE³⁰, se reconoce el fin legítimo de proteger la salud y dignidad de las personas, así como dar cumplimiento a los deberes de la profesión regulada.

Delegar en la enfermera la fijación del tiempo es idóneo porque permite atender necesidades específicas y preservar la calidad científica y humana de los cuidados. Esta medida, basada en el criterio profesional, garantiza la seguridad y el bienestar de manera más eficaz que otras alternativas rígidas o uniformes.

La fundamentación ética y deontológica apoyándose en los cuatro principios de la bioética principialista, el CIE³¹ y la ética del cuidado, la enfermera reconoce la autonomía del paciente, permitiéndole participar en decisiones ajustadas a su situación, mientras delega en el juicio profesional la adaptación del tiempo de intervención para proteger su bienestar. La fidelidad y veracidad fundamentan una relación clínica basada en la confianza, respeto y autenticidad, pilares imprescindibles para un cuidado ético de calidad que respalda que la enfermera determine el tiempo óptimo para cada intervención con autonomía, responsabilidad y equidad.

Artículo 15. RELACIÓN DELIBERATIVA

La deliberación en el contexto sanitario promueve la toma de decisiones compartidas, en la que tanto la persona atendida como el profesional aportan sus valores, conocimientos y preferencias, construyendo conjuntamente la mejor opción para el cuidado, lo que contribuye a la autonomía y evita el modelo paternalista³².

²⁷ Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) de 21 de abril de 2016.

²⁸ Tribunal Supremo (Sala de lo Social), sentencia sobre la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir en Sevilla, 2020

²⁹ Proposición de Ley sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos. 2024

³⁰ Constitución Española. BOE n.º 311 (29/12/1978).

³¹ Código de Ética del CIE para las enfermeras. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). 2021

³² Fundació Grifols. Deliberación, ética y salud pública [Internet]. 2016 [citado 2025 Sep 13]. Disponible en: https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/7628147/Q72_ES_WEB_2.pdf

El modelo deliberativo³³ de relación clínica desarrollado desde la disciplina de la Bioética, reconoce la autonomía de las personas y fomenta la participación activa en la toma de decisiones, basándose en la confianza, la colaboración y la prudencia conjunta³⁴.

Artículo 16. ATENCIÓN HUMANIZADA

La práctica enfermera se basa en la humanización, promoviendo la ética del cuidado y atención personalizada que respete la dignidad, valores y preferencias de cada persona, con el fin de preservar y mejorar su calidad de vida mediante intervenciones ajustadas a sus necesidades individuales y principios éticos y legales³⁵.

Enfatizar en la necesidad de clarificar conceptos, integrar enfoques teóricos y prácticos, y avanzar en la reflexión colectiva para mejorar la calidad del cuidado y el liderazgo ético en enfermería son los ejes de fundamentar la humanización.

Artículo 17. PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN

La participación activa de la enfermera en la planificación compartida de la atención (PCA)³⁶, busca garantizar una atención integral, respetuosa de la autonomía relacional y de las decisiones anticipadas del paciente en consonancia con derechos fundamentales y normativas sanitarias vigentes que protegen la autonomía, dignidad y calidad asistencial, como las ya mencionadas CE, la ley General de Sanidad, la ley de Autonomía y la ley de cohesión y calidad del SNS³⁷.

No obstante, la PCA queda explícitamente detalladas en las leyes autonómicas del proceso de morir, como la última aprobada en 2025 en La Rioja³⁸ que lo recoge en su artículo 4.8 en las definiciones como “*proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona con capacidad para decidir y el personal sanitario, con implicación en su atención, acerca de los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente*”. La misma norma reconoce el derecho de las personas a realizar la PAC en su artículo 15.1, señalando: “*Toda persona tiene derecho a planificar la atención futura de manera conjunta con el personal que le atiende habitualmente, mediante un proceso voluntario y progresivo de comunicación y deliberación. Dicho proceso quedará recogido en su historia clínica en un apartado específico y visible*”. Por tanto, bajo dicha norma también se deriva el deber de

³³ Emmanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico paciente. Bioética para clínicos. Madrid. Triacastela. 1992;122.

³⁴ Gracia D. La relación médico-paciente: consideraciones bioéticas [Internet]. 2017 [citado 2025 Sep 13]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007

³⁵ Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. I Plan 2016-2019; II Plan 2022-2025.

³⁶ Lasmarías C, Carrero V, Fernández-Bueno J, García-Llana H, Granero-Moya N, Júdez J, et al. *Advance Care Planning in Spain*. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ). 2023 <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.011>

³⁷ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128 (29/05/2003).

³⁸ Ley 3/2025, de 23 de junio, de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas. BOE n.º 159 (03/07/2025).

los profesionales sanitarios, en este caso las enfermeras de llevar a cabo de forma adecuada este proceso de PCA.

Artículo 18. ÉTICA DEL CUIDADO

Investigaciones y marcos conceptuales resaltan que la compasión es un valor ético esencial para aliviar el sufrimiento de la persona cuidada y que la relación de ayuda que se establece entre ambos debe basarse en la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional^{39,40}.

El compromiso ético de avanzar en un cuidado responsable y humano que atienda especialmente a las situaciones de mayor vulnerabilidad, estableciendo una relación de ayuda que fomente la confianza y el respeto mutuo⁴¹.

Este enfoque se alinea plenamente con los principios bioéticos y deontológicos que rigen la profesión enfermera y es indispensable para proteger el bienestar integral de las personas atendidas.

Artículo 19. ACTUACIÓN ANTE UN CONFLICTO ÉTICO

Gestionar los conflictos éticos que surgen en la práctica, protegiendo derechos y valores fundamentales como la autonomía, dignidad y bienestar del paciente, conforme a principios bioéticos y las directrices de los códigos deontológicos son la vía más adecuada para equilibrar valores en conflicto y ofrecer cuidados respetuosos y responsables por parte de las enfermeras.

La normativa española⁴², de forma amplia y en diversas comunidades autónomas^{43,44,45,46,47} reconoce la función de los Comités de Ética Asistencial (CEA) como órganos consultivos

³⁹ Gabay MJ. La Proporcionalidad en los Cuidados. *Bioética y Sociedad*. 2024;XX(5):10-14. Disponible en: <https://www.fiamc.org/bioethics/la-proporcionalidad-en-los-cuidados/>

⁴⁰ Guzmán-Noriega J, Pérez-Morillas M, Sánchez-Sánchez C. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Rev Enfermería*. 2021;27(2):101-110. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7843031/>

⁴¹ Grupo Minerva. Cuidado y ética del cuidado. Necesidades y evidencias para avanzar. *Fundació Grifols*; 2023. Disponible en: https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/5645095/COLECTIU_MINERVA_2023_web.pdf

⁴² Comités Asistenciales de Ética. Circular del INSALUD 3/95 de la Dirección General del Instituto Nacional de Salud. 1995

⁴³ Decreto 143/1995, de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de Comités de Ética Asistencial. *Boletín Oficial del País Vasco*, 2 de marzo de 1995.

⁴⁴ Decreto 96/2013, de 28 de mayo, por el que se regula el Comité de Bioética y los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Aragón. 2013.

⁴⁵ Decreto 14/2016, de 9 de febrero, por el que se regula el Comité de Ética Asistencial en residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 16 de febrero de 2016.

⁴⁶ Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de investigación biomédica en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 4 de febrero de 2020.

⁴⁷ Decreto 14/2022, de 1 de marzo, por el que se crea y regulan las funciones, composición y funcionamiento del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha

para la resolución de conflictos éticos en la práctica clínica y para la promoción de la formación en bioética de los profesionales. Es importante señalar que las enfermeras están incluidas desde la primera regulación como parte obligatoria en la composición de los Comités de Ética. La enfermera aporta una perspectiva integral del cuidado, además de actuar como defensoras de los pacientes, identificando sus necesidades y abogando por sus derechos, lo que mejora la toma de decisiones éticas.

La participación de la enfermera en estos procesos, tanto en la identificación de conflictos como en la consulta al CEA, responde a un marco legal que busca garantizar la calidad asistencial, el respeto a la autonomía y la dignidad de las personas, así como la mejora continua de la atención⁴⁸.

1.2.3. COMUNICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO: ART 20-27

Las personas atendidas son cada vez más conscientes de los derechos y libertades que en general les asisten. Así, el principio general de libre autodeterminación de las personas se ha trasladado al ámbito de la atención sanitaria, por lo que cada persona debe ser libre para tomar las decisiones que estime pertinentes sobre su cuerpo y su destino vital. De ahí que esta idea de autodeterminación personal se halla íntimamente vinculada a la libertad de decisión de las personas, plasmándose desde una perspectiva (bio)ética, en el principio de autonomía. Todo lo cual exige de la enfermera que mantenga una adecuada comunicación y relación con las personas que atiende, que les informe de los cuidados que proporciona, que éstos estén conforme con la decisión libremente adoptada por el paciente.

El reconocimiento del Consentimiento Informado (CI) queda contemplado desde el origen del Código Deontológico⁴⁹. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente.

Artículo 20. COMUNICACIÓN

- El **Real Decreto 581/2017, de 9 de junio**⁵⁰, establece en su artículo 42.7 que los títulos de formación de enfermera responsable de cuidados generales acreditarán que el profesional en cuestión se encuentra, como mínimo, en condiciones de aplicar, entre otras, las siguientes competencias, independientemente de que la formación se haya adquirido en una universidad, un centro de enseñanza superior de nivel reconocido como equivalente, una escuela profesional o mediante programas de formación profesional en enfermería:

⁴⁸ Couceiro A, editora. Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo. En: Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999; 269-81.

⁴⁹ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

⁵⁰ Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI). BOE n.º 138 (10/06/2017).

- Competencia para responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.
 - Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.
 - Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.
- Por otro lado, la **Orden CIN/2134/2008 del BOE de 3 de julio de 2008**⁵¹ definió las competencias académicas que los graduados en Enfermería deben alcanzar al finalizar sus estudios. En el apartado 3, punto 11, se subraya la importancia de:
- ✓ Establecer comunicación eficaz con pacientes, familiares, grupos sociales y otros profesionales de la salud.
 - ✓ Fomentar la educación para la salud, explicando con claridad procedimientos, cuidados y tratamientos.
 - ✓ Desarrollar habilidades de comunicación verbal y no verbal, esenciales para construir relaciones terapéuticas centradas en el paciente y garantizar la comprensión de la información
- Por su parte, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, establece que la comunicación efectiva es fundamental para evitar errores durante el traspaso de pacientes y asegurar la continuidad del cuidado.

Artículo 21. INFORMACIÓN ASISTENCIAL

- **La Ley 41/2002**⁵², establece entre sus principios básicos los siguientes artículos:
- **Art. 2:** “3. *El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles; 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.*”
 - **Art.3:** “*la Información clínica como todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla*”.
 - **Art. 4.1.** Establece que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

⁵¹ Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE n.º 174 (19/07/2008).

⁵² Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

- **Art.4.2.** Dispone que la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad
- **Art. 4.3.** El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.
- **Art.5.1.** Establece que el titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
- **Art. 9.1.** Establece como límites del consentimiento informado la renuncia del paciente a recibir información, el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
- **Art. 5.4.** Reconoce que el derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

- **El Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera⁵³** contempla que la enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

Por todo ello, las previsiones de este artículo resultan plenamente ajustadas a la normativa expuesta.

Artículo 22. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Según define R. Buckman⁵⁴, comunicar una mala noticia es” *aquella que, previamente desconocida va a alterar de manera drástica y negativa las perspectivas de futuro de la persona*”. En ese contexto se hace imprescindible que los profesionales sanitarios, en este caso las enfermeras, adquieran las habilidades comunicativas (tanto verbales como no verbales) necesarias para acompañar en dicho proceso, recogidas también en la LAP.

Para ello clave integrar la comunicación terapéutica o *Counselling* definida por Carl Rogers⁵⁵ como “*un tipo de relación en el que una de las partes intenta hacer surgir en el otro*

⁵³ Código de Ética del CIE para las enfermeras. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). 2021

⁵⁴ Buckman R. How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Johns Hopkins University Press. 1992

⁵⁵ Rogers CR. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin. 1951.

los recursos y las capacidades que están latentes, con el fin de que pueda resolver los problemas de la forma más adecuada posible”.

Se trata por tanto de establecer un proceso deliberativo e interactivo-relacional entre paciente y enfermera que fomenta la aceptación de la enfermedad, reduce los estados emocionales adversos, promueve la autorregulación del profesional y favorece la motivación al cambio desde modelos de potenciación y resiliencia. Para su desarrollo requiere un contexto de relaciones interpersonales positivas y favorables basada en un profundo vínculo de confianza⁵⁶.

Los objetivos de este tipo de comunicación son: disminuir el sufrimiento de las personas atendidas y su entorno ayudándoles a adaptarse a su realidad; promover el cambio necesario para adoptar actitudes adaptativas y de crecimiento (resiliencia) en relación a los problemas concretos; disminuir el coste emocional para los profesionales regulando el grado de implicación emocional con el sufrimiento ajeno; y aumentar el grado de satisfacción de todos los implicados.

Este tipo de comunicación se enmarca en una relación de respeto hacia uno mismo y hacia los demás, adquiriendo un compromiso ético primordial de no maleficencia y ecuanimidad y promoviendo la beneficencia y la autonomía en la relación interpersonal. Todo ello también regulado en las leyes autonómicas de cuidados paliativos⁵⁷.

Artículo 23. CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **La Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO⁵⁸**, entre sus principios básicos recoge los siguientes artículos:
 - **Art. 5.** Señala que *“se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás”*,
 - **Art. 6.1.** Añade que *“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”*.

- El **Convenio de Oviedo⁵⁹ relativo a los derechos humanos y la biomedicina (CDHB)** del Consejo de Europa, en su art. 5 se afirma que; *“Una intervención en el*

⁵⁶ Denizon Arranz S, Arranz Carrillo de Albornoz P, Coca Pereira C, Pérez Viejo JM, Costa CabanillasM, et al. Comunicación consciente para acompañar de forma eficaz: protocolo de 5 pasos. *Psicooncología* 2020; 17(1): 165-77

⁵⁷ Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

⁵⁸ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 19 de octubre de 2005.

⁵⁹ Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE n.º 251.

ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”.

➤ **LAP⁶⁰:**

- **Art.2:** Reconoce en su apartado 2 que “*Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley; 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles; 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.*”
- **Art. 3.** Define el Consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- **Art. 8.1.** Dispone que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

- **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea⁶¹.** Todas estas previsiones son concordantes con lo relativo al derecho a la integridad de la persona, recogido en el art.3.2, que “*en el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: a) el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley (...)*”.

Artículo 24. INFORMACIÓN A MENORES

- El **Código Civil⁶²** en el **art. 162**, tras afirmar que los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados, establece una excepción cuando se trata de “*actos relativos a los derechos de la personalidad que el hijo, de acuerdo con su madurez, pueda ejercitar por sí mismo*”.

⁶⁰ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

⁶¹ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. BOE n.º 83 (30/03/2010).

⁶² Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil.

- El **CDHB**⁶³, en el **art. 5.2** dispone que *“cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, esta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley”*.

- En iguales términos se pronuncia **la LAP**⁶⁴ en varios de sus artículos:
 - **Art.9.3, c)** señala que *“Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor”*.
 - **Art. 9.4.** Establece que cuando se trate de menores emancipados o mayores de dieciséis años no cabe prestar el consentimiento por representación, salvo cuando el tratamiento médicamente indicado implique una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor. En estos casos, independientemente de la edad y capacidad del paciente menor, y aunque este acepte el tratamiento, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.
 - **Art. 9.7.** Señala que la prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

- En la **Ley Orgánica 1/1996**⁶⁵, de **Protección Jurídica del Menor** (LOPJM), también se configuran los mismos elementos en varios preceptos:
 - **Art. 2.1:** *“todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado.”* El mismo artículo detalla que, a los efectos de la interpretación y aplicación del interés superior del menor, se tendrán en cuenta la protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor.
 - **Art. 2.3.** Determina que en la toma de decisiones se deberá tener muy en cuenta la edad y madurez del menor
 - **Art. 2.4.** Debiendo primar el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

⁶³ Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE n.º 251.

⁶⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

⁶⁵ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE n.º 15 (17/01/1996).

- **Arts. 2.5.a) y 9.** Por lo que, el menor deberá recibir la información que le permita el ejercicio de este derecho en un lenguaje comprensible, en formatos accesibles y adaptados a sus circunstancias
- **Art. 9.2.** La madurez habrá de valorarse por personal especializado, teniendo en cuenta tanto el desarrollo evolutivo del menor como su capacidad para comprender y evaluar el asunto concreto a tratar en cada caso.

También queda contemplado el derecho de los pacientes menores de edad a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones sanitarias propuestas, de forma adaptada a su capacidad de comprensión, las leyes autonómicas de cuidados paliativos⁶⁶.

Artículo 25. PERSONA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO

El contenido del artículo es proporcionado y adaptada a las previsiones de la normativa vigente:

➤ LAP⁶⁷

- **Art. 5.2.** Reconoce como titular del derecho a la información asistencial al paciente incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
- **Art.5.3.** Señala que cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- **Art. 9.7.** Señala que *“Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento”*.
- **Art. 11.** Contempla el derecho de las personas a dejar contemplados sus deseos y voluntades sobre su proceso asistencial a través del documento de instrucciones previas (DIP), *“con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud”, como ante la situación de incapacidad de hecho. También recoge la posibilidad de asignar un representante “para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”,* siendo un deber de las enfermeras conocer si la persona tiene expresadas voluntades anticipadas o instrucciones previas y, en su caso, dar a conocer su existencia a todo el equipo asistencial, para que se respeten las indicaciones designadas en el documento.

⁶⁶ Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

⁶⁷ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

- El respeto a los deseos de los documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas también queda recogido de forma expresa en las **leyes autonómicas⁶⁸ de cuidados paliativos/proceso de morir**. En todas ellas se contemplan 2 aspectos:
 - ✓ El **derecho** de las personas a **formular un documento de instrucciones previas** o voluntades anticipadas.
 - ✓ El **deber** de los profesionales, en este caso, las enfermeras en garantizar el derecho a **formular instrucciones previas y promoverlas**, siendo obligación **consultar siempre que ingrese un paciente en situación de incapacidad si tiene redactado un DIP**, al igual que **respetar** su contenido.

- La Ley Orgánica 3/2021⁶⁹ de regulación de la eutanasia, en el artículo 3 se define la **Situación de incapacidad de hecho como: “situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica”**. En ese sentido, el Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho del Manual de buenas prácticas en eutanasia, recoge un conjunto de recomendaciones para valorar la situación de incapacidad de hecho⁷⁰.

- La **Convención de Naciones Unidas de los derechos de las personas con discapacidad⁷¹** (CDPD), hecha en Nueva York en 2006 y ratificada por España en 2008, fecha en la que entró a formar parte de nuestro ordenamiento jurídico y, por tanto, pasó a ser norma vinculante y directamente aplicable, por la que es necesario poner todos los medios posibles con el fin de conocer la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad.

- El **Código civil y la Ley de Enjuiciamiento civil**, ambas normas modificadas por la **Ley 8/2021⁷²**, sientan como principio rector en este ámbito la necesidad de respetar la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad.

- La **reforma del artículo 49 de la CE⁷³** redacta el artículo en los siguientes términos:

“1. Las personas con discapacidad ejercen los derechos previstos en este Título en

⁶⁸ Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

⁶⁹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE n.º 72 (25/03/2021).

⁷⁰ Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho. Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf

⁷¹ Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE n.º 96 (21/04/2008).

⁷² Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE n.º 132 (03/06/2021).

⁷³ Reforma del artículo 49 de la Constitución Española, de 15 de febrero de 2024. BOE n.º 43 (17/02/2024).

condiciones de libertad e igualdad reales y efectivas. Se regulará por ley la protección especial que sea necesaria para dicho ejercicio”.

Artículo 26. NEGATIVA DE LA PERSONA A SER INFORMADA

La previsión incluida en este artículo resulta plenamente ajustada y proporcional de acuerdo con la regulación contenida en el artículo 4.1. LAP, que reconoce que *“toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada”*.

Artículo 27. RECHAZO AL TRATAMIENTO

En relación con la posibilidad de rechazar un tratamiento la principal normativa es:

- **LAP⁷⁴** que dispone:
 - **Art. 2:** *“4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.”*
 - **Art. 8.5.** Establece que *“el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”*.
- **Leyes autonómicas⁷⁵ de cuidados paliativos/proceso de morir.** Contemplan la garantía de que el rechazo de un tratamiento, o la interrupción de este, por parte de una persona después de recibir la información adecuada, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral. También se contemplan dos aspectos:
 - ✓ El derecho de una persona al rechazo y retirada de una intervención.
 - ✓ El deber de los profesionales, en este caso la enfermera de respetar los valores, creencias y preferencias de los pacientes a someterse o no a las intervenciones propuestas, tras un proceso informativo adecuado dentro del proceso de tomas de decisiones clínicas.

Por ello, la previsión contenida en este artículo se considera absolutamente adecuada y proporcional conforme a la regulación indicada.

⁷⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

⁷⁵ Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

1.2.4. CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL: ART 28-29

De manera general la persona tiene derecho constitucional al honor, la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen. Ya dentro del ámbito asistencial sanitario la relación de ayuda protagonizada por la persona atendida y la enfermera se fundamenta en varios principios fundamentales, entre los que destaca la confidencialidad acerca de todo lo que tenga que ver con la información proporcionada, tanto explícita como implícitamente, por la persona que demanda dicha relación de ayuda. Todo ello se sustenta por el deber del profesional de mantener el secreto profesional hasta los límites marcados claramente por la legislación vigente.

De estos dos pilares básicos derivan aquellas concreciones necesarias para definir claramente el ámbito de la confidencialidad y del secreto profesional, como el manejo adecuado de los datos de carácter personal de las personas atendidas.

El reconocimiento de la Confidencialidad y el secreto profesional queda contemplado desde el origen del Código Deontológico⁷⁶. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, ya que en nuestro país se ha regulado de manera explícita diferentes situaciones que se dan en el entorno de cuidados y que deben ser recogidos y observados desde la perspectiva deontológica.

➤ **Constitución Española⁷⁷**

- **Artículo 18. 1.** *Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.*
- **Artículo 18. 4.** *La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.*

También los derechos fundamentales implican deberes legales de reserva según su interpretación jurisprudencial.

➤ **Ley Orgánica 1/1982⁷⁸**

- **Artículo primero. 1.** *“El derecho fundamental al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, garantizado en el artículo dieciocho de la Constitución, será protegido civilmente frente a todo género de intromisiones ilegítimas, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley Orgánica”.*
- **Artículo 1.2.** *“El carácter delictivo de la intromisión no impedirá el recurso al procedimiento de tutela judicial previsto en el artículo 9.º de esta Ley. En cualquier caso, serán aplicables los criterios de esta Ley para la determinación de la responsabilidad civil derivada de delito”.*
- **Artículo 1.3.** *“El derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen es irrenunciable, inalienable e imprescriptible. La renuncia a la protección prevista en esta ley será nula, sin perjuicio de los supuestos de autorización o consentimiento a que se refiere el artículo segundo de esta ley”.*

⁷⁶ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

⁷⁷ Constitución Española. BOE n.º 311 (29/12/1978).

⁷⁸ Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. BOE n.º 115 (14/05/1982).

➤ **Ley 14/1986 General de Sanidad**⁷⁹.

El artículo 10 establece los derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, incluyendo principios generales del sistema sanitario.

- **Artículo 10.1.** “Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad...”
- **Artículo 10.3** “A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”.

➤ **LAP**⁸⁰

Regula derechos del paciente, documentación clínica, el derecho a la información sanitaria, consentimiento informado, y dispone obligaciones sobre la historia clínica y confidencialidad de los datos sanitarios.

➤ **Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)**⁸¹

Ministerio de Sanidad. Aplica en España; regula el tratamiento de datos personales, incluidas categorías especiales como los datos de salud, establece las bases legales del tratamiento, obligaciones de secreto, de seguridad y responsabilidad.

➤ **Ley Orgánica 3/2018 de Protección (LOPDGDD)**⁸²

Desarrolla e incorpora el RGPD al Derecho español; incluye garantías específicas para el tratamiento de datos sensibles, obligaciones de secreto profesional, derechos de los afectados.

➤ **Ley Orgánica 7/2021**⁸³

Regula los tratamientos con fines penales; y contempla que las situaciones que interfieren con el secreto profesional deben ajustarse a las garantías legales previstas.

➤ **Código Penal**⁸⁴

En el Título X, “*Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio*”, en los artículos 197- 201, haciendo referencia expresa a los

⁷⁹ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102 (29/04/1986).

⁸⁰ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

⁸¹ Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

⁸² Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE n.º 294 (06/12/2018).

⁸³ Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales. BOE n.º 126 (27/05/2021).

⁸⁴ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE n.º 281 (24/11/1995).

profesionales sanitarios en el Art.199.2. Se trata de un delito especial propio, con el elemento de autoría derivado de la exigencia de que el autor sea profesión, esto es, que realice una actividad con carácter público y jurídicamente reglamentada. Y es que cuando el art. 199.2 alude a profesional se está refiriendo a una profesión que exige un título académico u oficial, que requiere una colegiación para su ejercicio y que tiene unas normas deontológicas reglamentadas. Por consiguiente, a la enfermera se le aplica el tipo agravado contemplado en el art. 199.2, *“El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de 2 a 6 años”* que contempla una penalidad mayor al tratarse de una actividad profesional que tiene su código deontológico, siendo esta una profesión reglamentada cuyo ejercicio requiere título oficial y colegiación.

1.2.5. HISTORIA CLÍNICA: ART 30-31

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en torno al acceso, registro y documentación de la historia clínica, ya que hasta ahora en el Código⁸⁵ no se contemplaba.

- **LAP⁸⁶:** Las previsiones de ambos artículos se ajustan a la ley, que advierte que las enfermeras están obligadas legalmente a registrar en la historia clínica del paciente todos los actos asistenciales relacionados con su intervención para asegurar la continuidad asistencial y preservar la seguridad y calidad en la atención sanitaria. También la norma enfatiza el derecho que tienen todas las personas atendidas a que se respete la confidencialidad, directamente relacionado con el respeto a la intimidad, incluyendo el uso, acceso y custodia a la historia clínica
 - **Artículo 7.** El derecho a la intimidad
 - 1. *“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.*
 - 2. *“Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos ...que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.*
 - **Artículo 16.** Usos de la historia clínica.
 - 1. *“La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.*
 - 2. *Cada centro establecerá los métodos...en el acceso...*

⁸⁵ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

⁸⁶ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

- **Artículo 18.** Derechos de acceso a la historia clínica.
 - 1. *El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.*
 - 2. *El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.*
 - 3. *El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.*
 - 4. *Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.*

- **Artículo 19.** Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica
 - *“El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley”.*

- **Leyes Autonómicas.** Además, hay normas autonómicas que concretan mucho más esta responsabilidad de la enfermera y el registro en la historia clínica, tales como el **Decreto 38/2012, de 13 de marzo, de Vizcaya**⁸⁷ (País Vasco), o **el 51/2019 del Principado de Asturias**⁸⁸, que obliga a una redacción con un mínimo de calidad en relación con el uso de terminología clara, evitando abreviaturas no explicadas previamente, profesionales perfectamente identificados y legibles. La omisión o negligencia en el registro en la historia ya está siendo objeto de jurisprudencia por la responsabilidad sanitario-legal y disciplinaria.

⁸⁷ Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.

⁸⁸ Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica.

- **Leyes de Protección de datos**^{89,90}. Para acceder a la información a través de sistemas informáticos, la enfermera es responsable del uso de sus claves personales, siendo necesario renovar contraseñas periódicamente y cerrar sesiones para evitar el acceso a terceras personas. Este aspecto es muy importante, ya que, en caso de incidentes de seguridad o vulneración de la confidencialidad, se deben adoptar las medidas necesarias para minimizar los riesgos y corregir la situación. El acceso a la historia clínica no se justifica si no existe relación clínica o investigadora previamente autorizada, o por cualquier otra causa prevista en la ley.
- **Real Decreto 572/2023**⁹¹, el cual modifica el Real Decreto 1093/2010 para actualizar el conjunto mínimo de datos (CMD) de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS). El objetivo es mejorar la equidad y cohesión en la atención sanitaria y permitir la continuidad asistencial.
- **El Reglamento del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS)**⁹², vigente desde marzo de 2025, establece un marco común para el uso y el intercambio seguro de datos de salud en la Unión Europea (Mi salud @ la UE). Su objetivo principal es garantizar el respeto pleno de los derechos fundamentales y, especialmente, del derecho a la intimidad de las personas atendidas. En este sentido, el EEDS reconoce el derecho a decidir sobre el uso de sus datos de salud, otorgándoles herramientas para ejercer un control real y efectivo sobre su información personal. Esto implica el reconocimiento de determinados derechos para los pacientes, que a su vez conllevan obligaciones específicas para la enfermera en el ámbito de la protección de la intimidad.

La enfermera tiene la responsabilidad de respetar y garantizar estos derechos, promoviendo la transparencia, la protección de la intimidad y la seguridad de los datos de las personas atendidas en el ejercicio de su labor asistencial y de gestión.

⁸⁹ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE n.º 294 (06/12/2018).

⁹⁰ Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales. BOE n.º 126 (27/05/2021).

⁹¹ Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 159 (05/07/2023).

⁹² Reglamento (UE) 2025/327 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud, y por el que se modifican la Directiva 2011/24/UE y el Reglamento (UE) 2024/2847

1.3. LA ENFERMERA Y LA PRÁCTICA: ARTÍCULOS 32- 67

1.3.1. CUIDADOS AL INICIO DE LA VIDA: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: ART 32-40

Artículo 32. ATENCIÓN INTEGRAL A LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO.

Este nuevo artículo reconoce la necesidad de que la enfermera incorpore una perspectiva de género en la atención sanitaria, comprendiendo cómo el sexo biológico y la identidad de género influyen en los procesos de salud y enfermedad. La enfermera debe respetar la diversidad sexual y de género, generando un entorno libre de discriminación, lo que implica una responsabilidad ética y profesional en la atención individualizada.

La evidencia científica muestra que la salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Es diferente porque los factores biológicos, que van más allá de la reproducción, como son las influencias genéticas, hormonales y metabólicas se manifiestan de forma diversa en la salud y los riesgos de enfermar en hombres y mujeres. Además, es desigual porque existen factores que se explican por los roles de género desempeñados por hombres y mujeres que afectan de manera injusta a su salud⁹³. Las enfermeras han de reconocer las diferencias y las desigualdades de género en salud para evitar generar sesgos de género en la atención sanitaria basados en estereotipos y prejuicios, que son innecesarios, evitables e injustos y menoscaban la salud de ambos sexos, pero, sobre todo, la de las mujeres.⁹⁴

Por otro lado, diversos estudios y organismos internacionales han confirmado que el colectivo LGBTIQ+ enfrenta mayores riesgos para su salud en comparación con la población general, debido tanto a factores sociales como estructurales, y que además presentan obstáculos para acceder y hacer uso del sistema sanitario.⁹⁵ Entre estos obstáculos se encuentran el estigma y discriminación ejercida por parte de los proveedores de atención.⁹⁶ Por tanto, entendemos que las medidas contempladas en este artículo son necesarias para la regulación ética y deontológica de la profesión enfermera, adecuadas para adaptarse a las recomendaciones de la OMS en cuanto a la incorporación de la perspectiva de género y diversidad sexual en la atención sanitaria; y proporcionadas para que las enfermeras estén en disposición de disminuir los sesgos de género existentes y no contribuyan a su mantenimiento.

⁹³ Consejería de Salud y Consumo, Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Informe Salud y Género en Andalucía 2025 [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía; 2025. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/informesaludygenero2025.html>

⁹⁴ Ruiz-Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009. Disponible en: <https://www.easp.es>

⁹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Informe de OPS sobre situación de salud de personas LGBT insta a eliminar barreras de acceso a la atención para que nadie quede atrás [Internet]. Washington, DC: OPS; 2018 Sep 26. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-9-2018-informe-ops-sobre-situacion-salud-personas-lgbt-insta-eliminar-barreras-acceso>

⁹⁶ Organización Panamericana de la Salud. CE162/INF/10 - Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 Jun 22. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/65409>

- **Ley Orgánica 3/2007⁹⁷, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.** Regula la rectificación registral del sexo, reconociendo legalmente la identidad de género, siendo clave que la enfermera debe respetar esa identidad en su práctica asistencial.
- **Ley 4/2023⁹⁸ para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.** Establece medidas para garantizar la igualdad real y efectiva de las personas LGTBI, siendo necesario que la enfermera establezca un entorno libre de discriminación.
- **Carta de Derechos Fundamentales de la UE⁹⁹, art. 21:** Prohíbe toda discriminación por orientación sexual o identidad de género, como principio fundamental en la atención enfermera.
- **Resolución CD52.R6¹⁰⁰.** Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans.

Artículo 33. ABORDAJE POSITIVO DE LA SEXUALIDAD.

Este artículo sitúa a la enfermera como agente clave en la promoción de una sexualidad saludable, entendida como parte integral del bienestar físico, emocional y social. Reconoce la diversidad sexual y de género, y establece la necesidad de abordar la sexualidad desde una perspectiva de derechos humanos, fomentando el respeto, el consentimiento y la prevención.

El abordaje reduccionista y patologicista empleado de forma tradicional para abordar la sexualidad, basado en los riesgos asociados a prácticas sexuales no seguras, como la aparición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o embarazos no deseados, está mostrando serias limitaciones para mejorar la salud sexual de la población, especialmente en jóvenes, adolescentes y mujeres. En este sentido, se observa una disminución de la edad a la primera relación sexual, descenso en el uso de métodos anticonceptivos de barrera, aumento del consumo de anticoncepción de urgencia en mujeres, de ITS, aumento de hombres que recurren al sexo de pago, y de casos de violencia sexual.¹⁰¹

Además, en la actualidad han emergido nuevas prácticas sexuales como es el consumo de pornografía, a edades cada vez más tempranas, el cibersexo, el uso de internet y redes sociales para intercambiar contenido sexual y establecer contactos sexuales, el consumo

⁹⁷ Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE n.º 71 (23/03/2007).

⁹⁸ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. BOE n.º 51 (01/03/2023).

⁹⁹ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2010

¹⁰⁰ Resolución CD52.R6. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud, 2013

¹⁰¹ López Rodríguez RM, Soriano Villarroel I, coords. Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2022/INFORME_SALUD_Y_GENERO_2022.15.09.2022.web.pdf

de drogas durante las relaciones sexuales, el aumento de relaciones fuera de la pareja, y ocasionales con personas conocidas o no, cuyo uso problemático tiene consecuencias para la salud. No solo se está traduciendo en un aumento de ITS y de embarazos no deseados, sino que se estima que un 30% de la población se declara insatisfecha con su vida sexual, sobre todo mujeres <24 años y >44 años, así como un 16% de hombres que mantienen sexo con hombres.^{102,103}

Por todo ello, la OMS recomienda un enfoque positivo de la sexualidad basado en la idea de que la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades, o disfunciones.¹⁰⁴ En este sentido, el Gobierno de España ha asumido dichas recomendaciones en su actual Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva,¹⁰⁵ que promueve una visión integral, inclusiva y basada en derechos. Por ello, entendemos que las medidas que incluye este artículo son necesarias para la regulación de la profesión, adecuadas para adaptarse a las recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Sanidad, y proporcionales en relación a los beneficios esperados.

- **Ley Orgánica 2/2010¹⁰⁶**: Regula la salud sexual y reproductiva, incluyendo la educación sexual, siendo clave definir el rol educativo y preventivo de la enfermera.
- **Ley 4/2023¹⁰⁷**: Reconoce el derecho a recibir educación sexual inclusiva, siendo responsabilidad de la enfermera promover esa educación desde una perspectiva de derechos humanos.
- **Carta de Derechos Fundamentales de la UE¹⁰⁸, arts. 3 y 21**: Protege la integridad física y prohíbe la discriminación, buscando garantizar una vivencia sexual libre, segura y respetuosa

Artículo 34. RESPETO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

El artículo establece el deber de la enfermera de garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, asegurando una atención de calidad, libre de prejuicios y basada

¹⁰² Consejería de Salud y Consumo; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Encuesta Andaluza de Salud 2022–2023 [Internet]. Junta de Andalucía; 2024. Disponible en: <https://easp.es/info/eas/>

¹⁰³ Ministerio de Sanidad. Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España [Internet].

Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EMIS_Report_07_052020.pdf

¹⁰⁴ Organización Mundial de la Salud. Salud sexual [Internet]. Ginebra: OMS; c2025. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

¹⁰⁵ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

¹⁰⁶ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE n.º 55 (04/03/2010).

¹⁰⁷ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. BOE n.º 51 (01/03/2023).

¹⁰⁸ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2010

en la evidencia. Reconoce la autonomía de la persona en el ejercicio de su salud sexual y reproductiva.

Se justifica este artículo en el principio básico de que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Estos derechos se relacionan con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma, al placer, a la educación sexual, y a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Estos derechos son reconocidos desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994¹⁰⁹ y ratificados por gran número de países en declaraciones internacionales posteriores, como en España, donde el acceso universal a la atención a la salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud viene reconocido por el Real Decreto Ley 7/2018¹¹⁰. Además, el acceso universal forma parte de la actual cartera común de servicios recogida en el Real Decreto 1030/2006¹¹¹, por el que se establece dicha cartera común y el procedimiento para su actualización, garantizando el acceso universal en todos los aspectos de la atención sexual, planificación familiar, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la atención al embarazo, el parto y el puerperio.

A pesar de la normativa vigente, de forma reiterativa se denuncian vulneraciones a estos derechos en nuestro país. Por ejemplo, aunque hay acceso a educación sexual desde el sistema sanitario en España, no está garantizado para toda la población, y su calidad y alcance varían ampliamente.¹¹² También, los informes muestran de manera consistente que por múltiples factores, el acceso a la IVE aún no está plenamente garantizado para todas las mujeres.¹¹³ Esta situación es especialmente preocupante en el contexto actual de aumento en la incidencia de ITS como la gonorrea, sífilis y clamidias en nuestro país desde el inicio de los años 2000;¹¹⁴ un incremento observado del 4,78% en la tasa de IVE en

¹⁰⁹ Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1995 [consultado 23 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/CONF.171/13/Rev.1>

¹¹⁰ Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 183 (30/07/2018).

¹¹¹ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE n.º 222 (16/09/2006).

¹¹² Médicos del Mundo; Alianza por la Solidaridad; AIETI; APFCIB; Creación Positiva; Federación de Planificación Familiar Estatal; FELGTB; Forum de Política Feminista; Fundación Aspacia; Haurralde Fundazioa; Plataforma CEDAW Sombra; Red de Mujeres de América Latina y del Caribe en España; Women's Link Worldwide. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España [Internet]. Octubre de 2016. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2016/11/Deficiencias-e-Inequidad-en-los-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-Espana.pdf>

¹¹³ Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva; Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Acceso al aborto en el Estado Español: un mapa de inequidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2008. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0190.pdf>

¹¹⁴ Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y Hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2023 [Internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; 2024. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/vigilancia_its_1995_2023-2

menores de 20 años, respecto al año 2022¹¹⁵ o una estimación de mujeres inmigrantes que participan en los servicios y recursos de atención especializada de salud sexual del 0,1%.¹¹⁶

Las enfermeras como miembros de las Unidades de ITS, de los equipos básicos de atención primaria y hospitalaria, y como enfermeras escolares en los centros educativos, pueden vulnerar estos derechos, especialmente con las mujeres, las poblaciones minoritarias, racializadas, inmigrantes o personas con discapacidad por acción directa, omisión, negligencia o prácticas institucionales. Negar o retrasar el acceso a los métodos anticonceptivos o a la IVE, alegando objeción de conciencia sin ofrecer alternativas; expresar explícitamente desacuerdo con la decisión de las mujeres, tanto para abortar, como para ser madres; no ofrecer información adecuada a las necesidades, o sesgada según creencias propias; no recabar el consentimiento informado para extracción de sangre o muestras biológicas para realizar detección de VIH o ITS; ofrecer un trato discriminatorio o despectivo basados en estereotipos y prejuicios en la atención a la salud sexual o reproductiva¹¹⁷, según país de nacimiento, etnia, edad o religión, son ejemplos de ello¹¹⁸. En ese sentido se ha considerado necesario incluir de forma detallada dichas medidas desde el ámbito deontológico, ya que hasta ahora en el Código¹¹⁹ no se contemplaba, siendo adecuadas y proporcionales.

- **Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW):** reconoce los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos de las mujeres.
- **Ley Orgánica 1/2023, por la que se ha modificado la Ley Orgánica 2/2010¹²⁰.** Regula la salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo, estableciendo el marco legal que garantiza estos derechos en España y los deberes de los profesionales sanitarios, en nuestro caso la enfermera.
- **Carta Social Europea revisada:** Reconoce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria sin discriminación, lo que debe incluir el acceso equitativo a cuidados reproductivos.

¹¹⁵ Ministerio de Sanidad. Interrupción voluntaria del embarazo: datos definitivos correspondientes al año 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/IVE2280924111941132.pdf>

¹¹⁶ Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). UNAF denuncia la vulneración de derechos sexuales y reproductivos que sufren las mujeres migrantes y reivindica su acceso con la campaña “Tú importas” [Internet]. Madrid: UNAF; [s.f.]

Disponible en: <https://unaf.org/sala-de-prensa/unaf-denuncia-la-vulneracion-de-derechos-sexuales-y-reproductivos-que-sufren-las-mujeres-migrantes-y-reivindica-su-acceso-con-la-campana-tu-importas/>

¹¹⁷ Pérez G. La salud reproductiva y sexual en España. Gac Sanit. 2009;23(3):171-173. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911109001629>

¹¹⁸ COCEMFE; García Sidera L; Regalía Hendi C; García Rubio I; Rodríguez M; Carrón Pereira A; Sandoval Gómez MC; Alejos Mohedano A; Arruti M, et al. Estudio sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad física y orgánica [Internet]. Madrid: COCEMFE; 2025

Disponible en: <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2025/08/estudio-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>

¹¹⁹ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

¹²⁰ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE n.º 51 (01/03/2023).

Artículo 35. LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

En este artículo se reconoce el papel de la enfermera en los procesos de reproducción asistida, asegurando una atención integral que respete la autonomía, la intimidad y el acompañamiento emocional. La enfermera participa en la aplicación de técnicas reproductivas, siempre dentro del marco legal y ético establecido.

En los últimos años, las terapias de reproducción asistida en España han experimentado un crecimiento vertiginoso por varios motivos. Por una parte, según la Sociedad Española de Fertilidad, los problemas de infertilidad afectan aproximadamente al 15-20% de las parejas en edad reproductiva, lo que equivale a una de cada seis parejas.¹²¹ Y por otro lado, nuestro país es de los que cuentan con una legislación más permisiva en esta materia, por lo que se ha convertido en un destino importante para el turismo reproductivo.¹²² Por todo ello, y según los registros aportados por 336 centros que desarrollan tratamientos de reproducción asistida, en 2022 se realizaron unos 200.000 que dieron lugar a unos 40.000 bebés, lo que representa aproximadamente el 10% de los nacimientos en ese año.¹²³

Las enfermeras forman parte de los equipos interprofesionales con funciones destinadas a dar soporte a profesionales de medicina especialistas en Obstetricia y Ginecología y mujeres/familias con múltiples dudas que resolver durante este proceso. Por ello, las medidas incluidas en este artículo se consideran necesarias para regular las prácticas de enfermería en el ámbito de la reproducción asistida, adecuadas para mejorar los resultados de salud de una población en aumento, y proporcionales en función de los beneficios esperables.

- **Ley 14/2006**¹²⁴, sobre técnicas de reproducción humana asistida: regula los procedimientos clínicos en los que la enfermera participa, garantizando legalidad y seguridad.
- **Reglamento (UE) 2016/679**¹²⁵, sobre protección de datos personales: exige confidencialidad en este caso, en el manejo de información reproductiva.
- **Carta de Derechos Fundamentales de la UE**¹²⁶, **art. 7**: Reconoce el derecho a la vida privada y familiar, siendo clave reconocer que la reproducción asistida afecta directamente a estos ámbitos.

¹²¹ Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Preguntas frecuentes para pacientes [Internet]. Madrid: SEF; [s.f.] Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/?seccion=pacientesSEF&subSeccion=faqs>

¹²² Reproducción Asistida ORG. Turismo reproductivo para conseguir el embarazo [Internet]. [s.l.]: ReproducciónAsistida.org; [s.f.]

Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/turismo-reproductivo-conseguir-embarazo/>

¹²³ Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Registro SEF 2022: actividad de inseminación artificial y fecundación in vitro en España [Internet]. Madrid: SEF; 2023. Disponible en: https://www.registrosef.com/public/docs/sef2022_IAFIV.pdf

¹²⁴ Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE n.º 126 (27/05/2006).

¹²⁵ Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

¹²⁶ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2010

Artículo 36. CONSEJO GENÉTICO

Mediante este artículo se establece la participación enfermera en el consejo genético, garantizando el respeto a la autonomía, la información veraz y la toma de decisiones informadas. La enfermera debe asegurarse de que al paciente y a la familia se le proporciona la información necesaria para conocer y entender el diagnóstico realizado; su pronóstico y tratamiento, si los hubiere; conocer y entender el tipo de herencia y el riesgo de recurrencia que supone; conocer las alternativas disponibles para disminuir o eliminar el riesgo de recurrencia de la enfermedad; elegir una estrategia apropiada según el riesgo existente, los deseos de la familia y sus convicciones éticas o religiosas; adaptarse lo mejor posible a la nueva situación personal, familiar y sociolaboral y evitar cualquier práctica que vulnere la dignidad humana, como la discriminación genética, o el eugenismo.¹²⁷

Otros países como Reino Unido han reconocido la figura de la enfermera genetista, y en España cada vez es más frecuente la oferta de formación específica de posgrado en esta materia. No obstante, aunque la práctica del consejo genético en nuestro país aún está en pleno desarrollo, ya existen evidencias de vulneraciones de derechos de pacientes en este ámbito. Por ejemplo, una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia en 2019 reconoció que a una usuaria no se le proporcionó información suficiente, ni adecuada, sobre las implicaciones de las pruebas genéticas realizadas, subrayando la importancia del consentimiento informado y del asesoramiento previo.¹²⁸ Por ello, las medidas incluidas en este artículo entendemos que son necesarias para dar seguridad a la práctica enfermera en un campo asistencial en desarrollo, adecuadas para cumplir con la legislación vigente, y proporcionales por los beneficios esperados para la población afectada.

- **Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica**¹²⁹: Esta norma no establece el derecho al consejo genético como tal, sino que centra su contenido en las investigaciones relacionadas con la salud humana (especialmente aquellas con procedimientos invasivos); la donación, almacenamiento y tratamiento de muestras biológicas; y los biobancos. No obstante, en lo referente al derecho al consejo genético, la Ley recoge algunas garantías al regular el uso de información genética y el consentimiento informado.
- **Convenio de Oviedo**¹³⁰, **art. 11**: Establece el consentimiento informado en genética, siendo un deber por parte de la enfermera respetar la voluntad de la persona atendida en decisiones genéticas.

¹²⁷ Martínez Navarro JA. Genética y Derecho: la medicina genómica en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Rev Aragonesa Adm Pública. 2019;(54):337-381. Disponible en: <https://repositori.uji.es/server/api/core/bitstreams/5f8a6d87-1b72-41bb-8fba-e8a9ad7d07f5/content>

¹²⁸ Vieito Villar M. La vulneración de la autodeterminación informativa de los pacientes en patología genética: a propósito de la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 10 de julio de 2019 [Internet]. Rev Derecho Genoma Hum. 2019;(51):119-133. [consultado 23 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7387870>

¹²⁹ Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE n.º 159 (04/07/2007)

¹³⁰ Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE n.º 251.

- **Declaración Universal sobre el Genoma Humano (UNESCO, 1997):** Prohíbe prácticas eugenésicas y discriminatorias, siendo un principio ético fundamental a respetar siempre por parte de la enfermera.
- **Ley 14/2006¹³¹:** Regula los procedimientos clínicos y el consejo genético, en los que la enfermera participa, garantizando la legalidad y la seguridad.

Artículo 37. CUIDADOS OBSTÉTRICOS

Este nuevo artículo reconoce el papel de la enfermera en los cuidados obstétricos, promoviendo el respeto a la autonomía de la mujer, la diversidad cultural y la atención centrada en sus necesidades, garantizando un parto respetado y el fomento de la lactancia materna como parte del cuidado integral.

Las directrices de la OMS promueven una atención respetuosa de la maternidad para todas las mujeres, esto es, una atención que mantenga *“la dignidad, privacidad y confidencialidad, garantice la ausencia de daños y malos tratos y permita una elección informada y un apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto”*, para alcanzar no solamente madres e hijos e hijas sanos, sino el mayor nivel de satisfacción posible durante este proceso.¹³²

No obstante, cada vez más mujeres están denunciando vulneraciones de sus derechos en estos momentos,¹³³ y numerosas investigaciones sobre sus experiencias durante el embarazo, y especialmente, durante el parto, están dando cuenta de la existencia de prácticas y comportamientos por parte del personal sanitario que pueden considerarse, según varias legislaciones internacionales, como violencia obstétrica.^{134,135,136} Estas prácticas hacen referencia al maltrato físico, humillación y abuso verbal, procedimientos clínicos coercitivos o no consentidos, no obtener un consentimiento informado, negativa a administrar medicamentos para el dolor, descuido de la atención, o violaciones graves de la intimidad. Aunque la OMS no utiliza el término de violencia obstétrica, si se ha posicionado en contra de lo que denomina *“trato irrespetuoso y ofensivo durante el*

¹³¹ Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE n.º 126 (27/05/2006).

¹³² Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: resumen de orientación [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/92809762-b22d-497a-9554-063ed7dd2d41/content>

¹³³ Requena Aguilar A. Una abogada lleva ante la ONU cuatro quejas por violencia obstétrica en hospitales públicos españoles [Internet]. 17 dic 2018. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/violencia-obstetrica_1_1793758.html

¹³⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Caracas: UNFPA Venezuela; [s.f.]. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf

¹³⁵ Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 25.929: Parto Humanizado y su decreto reglamentario [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2018 Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

¹³⁶ México. Secretaría de Salud. NOM 007 SSA2 2016: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2016.

parto”.¹³⁷ En España, la actual Ley de Salud Sexual y Reproductiva, hace referencia a la “*violencia sufrida por las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio o crianza en los centros de salud y hospitales*” con relación a este tipo de prácticas.

En este sentido, el último informe publicado por el Ministerio de Sanidad en 2021 sobre la atención perinatal en España informa de una tasa de cesáreas del 22% en los hospitales públicos, y del 37% en los privados; un 27,5% de episiotomías en partos vaginales, o un 34% de inducciones de parto.¹³⁸ Todos estos indicadores superan las cifras recomendadas por la OMS de no más de un 15% de cesáreas o un 10% inducciones o episiotomías respectivamente.¹³⁹ En todas estas prácticas y actitudes intervienen, con mayor o menor grado de responsabilidad, las enfermeras y enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas) que en general, reconocen que afectan negativamente la experiencia materna.¹⁴⁰ Además, un estudio sobre 350 matronas españolas en 2021, informa que el 26,5% manifestaron haberlas observado con regularidad.¹⁴¹ En relación con las mujeres afectadas, estudios recientes realizados sobre una muestra de más de 17.000 mujeres que han dado a luz en España entre 2018 y 2019 informan que el 38,3% percibió haber sufrido violencia obstétrica; el 44,4% percibió haberse sometido a procedimientos innecesarios y/o dolorosos, de los cuales al 83,4% no se les solicitó el consentimiento informado.¹⁴² Además, el 74% sintieron falta de información y el 87% recibieron críticas a su comportamiento y trato infantil por parte del personal sanitario, principalmente los profesionales de medicina y enfermería especialistas en obstetricia y ginecología.¹⁴³

¹³⁷ Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Número de referencia: WHO/RHR/14.23. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstreams/e2bb58c6-1deb-408d-b8b4-f8edee2026a7/download>

¹³⁸ Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010–2018 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf

¹³⁹ Tijoriwala S. Guía de atención al parto de la OMS: una nueva norma mundial para el seguimiento del parto. FIGO; 28 abr 2025. Disponible en: <https://www.figo.org/es/news/guia-de-atencion-al-parto-de-la-oms-una-nueva-norma-mundial-para-el-seguimiento-del-parto>

¹⁴⁰ Reyes-Amargant Z, Fuentes-Pumarola C, Roqueta-Vall-Llosera M, Garre-Olmo J, Ballester-Ferrando D, Rascón-Hernán C. Obstetric violence: perspectives from mothers, midwives, and obstetricians. *Front Glob Womens Health*. 2025 Jun 5;6:1609632. doi:10.3389/fgwh.2025.1609632. PMID: 40538912; PMCID: PMC12176849.

¹⁴¹ Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Rubio-Álvarez A, Ortiz-Esquinas I, Ballesta-Castillejos A, Hernández-Martínez A. Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar 10;20(6):4930. doi: 10.3390/ijerph20064930. PMID: 36981838; PMCID: PMC10049399.

¹⁴² Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 22;17(21):7726. doi: 10.3390/ijerph17217726. PMID: 33105788; PMCID: PMC7660046.

¹⁴³ Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 29;18(1):199. doi: 10.3390/ijerph18010199. PMID: 33383862; PMCID: PMC7794951.

Señalar que el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW) ha responsabilizado a España en tres ocasiones por casos de violencia obstétrica.¹⁴⁴ Y aunque el término “*violencia obstétrica*” no se recoge en nuestra legislación, sino en la forma referida anteriormente, señalar que el 12 de Junio de 2025, la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias condenó al Servicio Canario de Salud por negligencia médica al morir un bebé durante el parto, declarando expresamente que la paciente fue “*víctima de violencia obstétrica*” vulnerando derechos reproductivos fundamentales, por lo que deberá ser indemnizada con 200.000 euros.¹⁴⁵ Por ello, esta sentencia ha supuesto un hito en la protección de los derechos de las mujeres en el parto, y en el reconocimiento judicial de la violencia obstétrica como causa de responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, alineándose con la doctrina internacional y las recomendaciones de la OMS sobre el derecho de las mujeres a un parto digno, informado y respetado. Las enfermeras como parte del equipo asistencial a los embarazos y partos no solamente intervienen directamente en la provisión de información y de cuidados, sino que las matronas (enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología) toman decisiones relativas a intervenciones directas, como la realización de tactos vaginales, rotura de bolsa amniótica, administración de oxitocina intravenosa, o realización de episiotomía, por ejemplo. Por lo que las medidas indicadas en este artículo son necesarias al ofrecer un marco ético y deontológico en el ejercicio de la atención obstétrica, que hasta ahora no estaba definido, dando seguridad a las enfermeras. Además, se han considerado que son medidas adecuadas para alcanzar el objetivo de protección a la salud y satisfacción de las usuarias, y proporcionadas, con relación a los beneficios que genera tanto para las mujeres y familias, como para el propio sistema sanitario.

- **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:** Promueve el parto humanizado y la lactancia materna.
- **Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud.** Fomenta el respeto al proceso fisiológico del parto, al menor intervencionismo obstétrico, al protagonismo de las mujeres y familias y al fomento de la lactancia.
- **Ley 14/1986,** General de Sanidad: Reconoce el derecho a una atención integral y respetuosa, siendo en este caso exigido para brindar unos cuidados obstétricos centrados en la mujer.

¹⁴⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Dictamen CEDAW/C/84/D/154/2020 sobre la comunicación núm. 154/2020 (M.D.C.P. c. España). Naciones Unidas; 24 feb 2023. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/84/D/154/2020

¹⁴⁵ Noticias Jurídicas. El TSJ de Canarias impone una indemnización de 200.000 euros al Servicio Canario de Salud por la muerte de un bebé durante el parto. 18 dic 2025. Disponible en: <https://noticias.juridicas.com/la-sentencia-de-la-semana/sentencias/20459-el-tsj-de-canarias-impone-una-indemnizacion-de-200-000-euros-al-servicio-canario-de-salud-por-la-muerte-de-un-bebe-durante-el-parto/>

- **Ley Orgánica 1/2023¹⁴⁶**: Aborda la necesidad de brindar unos cuidados integrales a la mujer, evitando exponerla a cualquier tipo de violencia durante la atención del embarazo, parto y puerperio o crianza en los centros de salud y hospitales.
- **OMS – Recomendaciones sobre el parto respetado**: Incorpora estándares internacionales en la práctica enfermera.
- **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**. Incorpora el respeto al derecho a la autonomía de las mujeres, en este caso ante un parto digno, informado y respetado.

Artículo 38. LA MUERTE Y EL DUELO PERINATAL

Este es un nuevo artículo específico que reconoce la responsabilidad enfermera en el acompañamiento emocional y clínico ante la pérdida perinatal, garantizando una atención respetuosa, culturalmente sensible y centrada en las necesidades de la mujer y su entorno. La enfermera debe facilitar la expresión emocional, prevenir el duelo patológico, y coordinarse con salud mental cuando sea necesario.

Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España se viene observando un descenso general de las tasas de muerte perinatal en los últimos años, definida como los nacimientos sin vida después de la semana 22 a los que se añaden las muertes de bebés en su primera semana de vida. De manera que en 2010 la tasa de muerte perinatal por cada mil nacidos era 4,37, en 2012 alcanzó un pico de 4,58 y en 2024 fue 4,03.¹⁴⁷ En general, la muerte perinatal suele ser un evento traumático que puede cambiar drásticamente la vida de las madres, parejas y familias desconsoladas debido a los efectos negativos del dolor, la ansiedad, el miedo y el sufrimiento que experimentan, descritos como duelo perinatal^{148,149} con graves consecuencias emocionales, también en embarazos posteriores.¹⁵⁰ Además, se indica que esta experiencia de duelo perinatal ha evolucionado en las últimas décadas debido entre otros factores a la disminución de la natalidad, el

¹⁴⁶ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE n.º 51 (01/03/2023).

¹⁴⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE). Tasa de Mortalidad Perinatal según sexo (IDB, tabla 1698) [Internet]. Madrid: INE; actualizado 20 nov 2025. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1698>

¹⁴⁸ Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AE, Downe S, Cacciatore J, Siassakos D. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Jan 19;16:9. doi: 10.1186/s12884-016-0800-8. PMID: 26785915; PMCID: PMC4719709.

¹⁴⁹ Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, Conesa-Ferrer MB, Granero-Molina J. Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 14;17(10):3421. doi: 10.3390/ijerph17103421. PMID: 32422977; PMCID: PMC7277582.

¹⁵⁰ Ravaldi C, Mosconi L, Cancellieri G, Caglioni M, Vannacci A. Management of Subsequent Pregnancy After Perinatal Death: Results from the UNSURENESS Study. *J Clin Med*. 2025 Aug 14;14(16):5748. doi: 10.3390/jcm14165748. PMID: 40869573; PMCID: PMC12386835.

aumento de la edad materna a la maternidad y el consecuente incremento de problemas de infertilidad, tal y como ocurre en la actualidad en la sociedad española.¹⁵¹

Por otro lado, la literatura disponible es bastante consistente en mostrar que las enfermeras no solo son el mayor grupo de profesionales empleados en los sistemas sanitarios, y quienes pasan mayor tiempo con las mujeres/familias, sino que son un pilar esencial en la atención a la muerte y duelo perinatal en todo el mundo, por lo que de su capacidad para brindar una atención de duelo adecuada, depende, en gran medida, el impacto negativo en el trauma emocional de los padres en duelo.¹⁵² En este sentido, en los hospitales españoles se ha documentado frecuentes vulneraciones al derecho de las madres a estar acompañadas, a ver y despedirse de sus bebés, donde no se ofreció información clara ni consentimiento informado para las intervenciones que se les realizaron, o se impidió la disposición privada del cuerpo (entierro o cremación), lo cual son derechos fundamentales.¹⁵³

Contar con una enfermera referente en duelo perinatal es una medida recomendada por múltiples investigadores para garantizar una atención de calidad, continuidad asistencial entre niveles, y acompañamiento familiar, pero independientemente que existiera, o se consiguiera implantar esta figura en el sistema sanitario español, los padres necesitan apoyo inmediato para gestionar la etapa inicial de su duelo y vías de acceso al apoyo en su comunidad una vez que hayan salido del hospital.¹⁵⁴ Por ello, entendemos que todas las enfermeras han de ofrecer el máximo nivel de calidad en estos momentos, y en todos los ámbitos de atención tanto, de hospital o de atención primaria.

Las medidas contempladas en este artículo se han considerado necesarias para la regulación ética y deontológica de la profesión respecto a la atención a la muerte y duelo perinatal, adecuadas para alcanzar los objetivos de mayor nivel de protección a la salud de las mujeres y familias, y proporcionales en relación con los beneficios que se pueden generar.

- **Ley 41/2002¹⁵⁵ (LAP)** : Reconoce el derecho a recibir información veraz y a tomar decisiones informadas, siendo clave que la enfermera facilite esa información en el proceso de duelo.
- **Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.** Ministerio de Sanidad y Consumo 2007. Desarrolla el abordaje del duelo y la necesidad de acompañamiento en estas situaciones.

¹⁵¹ Cassidy PR, et al. Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. Girona: Umamanita; 2018.

¹⁵² Loughnan_S, Bakhbakhi_D, Ellwood_DA, Boyle_F, Middleton_P, Burden_C, Ludski_K, Saunders_R, Flenady_V. Support for parents and families after stillbirth and neonatal death (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 11. Art. No.: CD015798. DOI: 10.1002/14651858.CD015798.

¹⁵³ Cassidy PR. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Jan 10;18(1):22. doi: 10.1186/s12884-017-1630-z. PMID: 29321000; PMCID: PMC5763533.

¹⁵⁴ Boyle FM, Horey D, Middleton PF, Flenady V. Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care - An overview. Women Birth. 2020 Mar;33(2):107-110. doi: 10.1016/j.wombi.2019.01.008. Epub 2019 Mar 15. PMID: 30885566.

¹⁵⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

- **Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Reconoce el abordaje del duelo y la necesidad de acompañamiento en estas situaciones.

Artículo 39. ATENCIÓN EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Este es un nuevo artículo que establece el deber de la enfermera de proporcionar información clara y acompañamiento emocional en los procesos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), respetando la decisión de la mujer y garantizando una atención segura y empática. Reconoce el derecho a decidir sobre la maternidad como parte de la autonomía personal.

Se justifica su inclusión porque la regulación legal de la IVE en España ha experimentado sustanciales cambios en los últimos años con implicaciones directas para las enfermeras. Se ha pasado de una ley de indicaciones de 1985, a una de plazos en 2010, con modificaciones en el acceso para las mujeres menores de edad, así como en el procedimiento de provisión de información, y tipo de intervenciones, y ejercicio de la objeción de conciencia en 2023.

Además, una reciente revisión bibliográfica con 19 estudios a nivel internacional, sobre las experiencias de las mujeres ante una IVE a demanda, o por anomalías en el desarrollo fetal, muestran que la interacción con el personal sanitario condicionó en gran medida la experiencia emocional del aborto, por su labor informativa, de apoyo emocional, y en la toma de decisiones compartida. Se encontraron evidencias de que la falta de comunicación, falta de transparencia, confusión o irregularidades sentidas en el proceso de toma de decisiones, el trato impersonal, distante y frío, la percepción de actitudes negativas y desconsideradas del personal sanitario y situaciones de vulneración de la seguridad, la privacidad o la confidencialidad, provocaron en las mujeres mayor sensación de soledad, tristeza, estrés, enfado, preocupación y sensación de ser juzgadas o discriminadas. Así mismo, se informa de la persistencia de sesgos de género, entendidos como asunciones erróneas sobre la salud y decisiones de las mujeres, manifestados en la asistencia sanitaria a partir de una excesiva generalización y homogeneización de la atención, y una escasa sensibilidad a las necesidades y las expectativas individuales en torno a la IVE.¹⁵⁶

Por otro lado, aunque hasta el momento el ámbito privado viene siendo el más expuesto a la realización de IVE quirúrgicas, cada vez se están incorporando más hospitales públicos. Por ello, entendemos que este artículo ofrece un marco necesario para la regulación del ejercicio de las competencias de las enfermeras en todos los ámbitos asistenciales; adecuado para mejorar la vivencia emocional de las mujeres, y proporcionales en relación con los beneficios que generaría esta manera de proceder.

¹⁵⁶ Danet Danet A. Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo. Gac Sanit [Internet]. 2021 ago;35(4):361-373.

- **Ley Orgánica 1/2023**¹⁵⁷. Regula el derecho de la mujer a interrumpir voluntariamente el embarazo en condiciones seguras y los deberes de los profesionales, en este caso, la enfermera.
- **Ley 41/2002**¹⁵⁸: Reconoce el derecho de las personas a decidir sobre cuerpo, salud y vida ante los distintos tratamientos y procedimientos, junto con el respeto de las decisiones clínicas.
- **Carta de Derechos Fundamentales de la UE**¹⁵⁹, arts. 3 y 7: Protege la integridad física y la vida privada, lo que incluiría que la mujer pueda tomar decisiones sobre su cuerpo sin interferencias.

Artículo 40. ATENCIÓN A LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

Este artículo establece la responsabilidad de la enfermera en la detección, intervención y notificación de situaciones de violencia hacia las mujeres, incluyendo violencia de género, trata de mujeres con fines de explotación sexual, mutilación genital y otras formas de agresión. La enfermera debe actuar con diligencia, respetando los protocolos establecidos y colaborando con el equipo asistencial y las autoridades competentes.

El papel esencial de los profesionales sanitarios en la atención al maltrato hacia las mujeres por el hecho de serlo, y especialmente la ejercida en el ámbito de las relaciones de pareja, está ampliamente avalado por la OMS y la legislación nacional.^{160,161} En España también disponemos de guías y protocolos específicos a nivel estatal y autonómicos para orientar a los profesionales de la salud en la identificación, evaluación, registro, derivación, apoyo y seguimiento de los casos.^{162,163} Por otro lado, prácticamente todas las mujeres maltratadas acuden a los servicios de salud en algún momento de sus vidas y, en comparación con las mujeres no maltratadas, suelen hacerlo con mayor frecuencia.¹⁶⁴ No obstante, la evidencia es consistente al mostrar la baja detección alcanzada en entornos clínicos, incluso en los servicios de urgencias, oscilando entre el 2% y el 50% si se pregunta sobre el maltrato de forma rutinaria, y entre el 45% y el 85% si se pregunta en presencia de

¹⁵⁷ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE n.º 51 (01/03/2023).

¹⁵⁸ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

¹⁵⁹ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2010

¹⁶⁰ World Health Organization. Violence against Women. Intimate Partner and Sexual Violence against Women. 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/50bd38b8-9ae8-4d86-aeeb-e5ca6a006dcb/content>

¹⁶¹ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE n.º 313 (29/12/2004).

¹⁶² Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

¹⁶³ Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo. Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 4.ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2024. Disponible en: https://www.corazonessinmiedo.es/wpcontent/uploads/2024/05/2024_Protocolo_Andaluz_VG.pdf

¹⁶⁴ Alvarez C, Fedock G, Grace KT, Campbell J. Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors. Trauma Violence Abuse. 2017 Dec;18(5):479-495. doi: 10.1177/1524838016637080. Epub 2016 Mar 31. PMID: 27036407.

lesiones sugestivas de violencia, lo que limita la provisión de atención adecuada a quienes lo necesitan.^{118,165}

Una amplia literatura reconoce el papel esencial e integrador que desempeñan las enfermeras en el abordaje de la violencia hacia las mujeres, siendo los profesionales de la salud con más probabilidad de identificar casos, especialmente en atención primaria¹⁶⁶ y en las consultas de urgencias.¹⁶⁷ Así mismo, lo afirma el CIE, que señala que las enfermeras tienen más y mejores oportunidades para ello, ya que son la principal fuerza laboral en el sector de la salud, las principales proveedoras de atención primaria, y pasan más tiempo con las víctimas.¹⁶⁸ Pero desgraciadamente la evidencia muestra de forma robusta que se involucran muy poco en las tareas de detección porque al parecer, creen que tratar la violencia contra las mujeres no es parte de sus responsabilidades y se sienten menos competentes para hacerlo, también en España.^{169,170} Además, cuando una mujer víctima de violencia, por el hecho de serlo, acude a un servicio sanitario y el abuso no es identificado, o es minimizado, por parte de los profesionales que la atienden, no solo pierde la oportunidad de recibir una asistencia que le puede ayudar a su recuperación, o incluso a salir de su situación, sino que su percepción sobre la atención recibida es negativa.¹⁷¹

Aunque sería factible considerar la incorporación en los centros sanitarios, y especialmente en los servicios de urgencias de profesionales que puedan actuar como referentes para el resto del equipo, en la atención a la violencia contra las mujeres, con conocimientos especializados y actitudes favorables hacia su abordaje,¹⁷² e incluso en algunos servicios sanitarios se han creado equipos de atención a mujeres maltratadas por

¹⁶⁵ Ahmad I, Ali PA, Rehman S, Talpur A, Dhingra K. Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *J Clin Nurs*. 2017 Nov;26(21-22):3271-3285. doi: 10.1111/jocn.13706. Epub 2017 Mar 22. PMID: 28029719.

¹⁶⁶ Baides Noriega R. Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. *Enferm Glob [Internet]*. 2018 jul;17(51). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000300017

¹⁶⁷ Li Q, Zeng J, Zhao B, Perrin N, Wenzel J, Liu F, Pang D, Liu H, Hu X, Li X, Wang Y, Davidson PM, Shi L, Campbell JC. Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study. *J Nurs Scholarsh*. 2024 Jan;56(1):174-190. doi: 10.1111/jnu.12929. Epub 2023 Aug 10. PMID: 37565409.

¹⁶⁸ International Council of Nurses. Transformation and Innovation: Biennial Report 2016–2017 [Internet]. Geneva: ICN; 2018. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Biennial%20report%202016-2017_FINAL.pdf

¹⁶⁹ Withiel TD, Sheridan S, Rudd N, Fisher CA. Preparedness to Respond to Family Violence: A Cross-Sectional Study Across Clinical Areas. *SAGE Open Nurs*. 2022 Oct 11;8:23779608221126355. doi: 10.1177/23779608221126355. PMID: 36245850; PMCID: PMC9557861.

¹⁷⁰ Martínez-García E, Montiel-Mesa V, Esteban-Vilchez B, Bracero-Aleman B, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Pérez-Morente MÁ, Alvarez-Serrano MA. Sexist Myths Emergency Healthcare Professionals and Factors Associated with the Detection of Intimate Partner Violence in Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 23;18(11):5568. doi: 10.3390/ijerph18115568. PMID: 34071054; PMCID: PMC8197153.

¹⁷¹ Olive P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *J Clin Nurs*. 2007 Sep;16(9):1736-48. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01746.x. PMID: 17727592.

¹⁷² Duchesne E, Nathoo A, Walker M, Bartels SA. Patient and Provider Emergency Care Experiences Related to Intimate Partner Violence: A Systematic Review of the Existing Evidence. *Trauma Violence Abuse*. 2023 Dec;24(5):2901-2921. doi: 10.1177/15248380221118962. Epub 2022 Aug 23. PMID: 35997064; PMCID: PMC10594849.

sus parejas o exparejas, especializados y liderados por enfermeras,¹⁷⁷ todas las enfermeras han de asumir sus responsabilidades en materia de atención a la violencia hacia las mujeres. Por todo ello, las medidas incluidas en este artículo se han considerado necesarias para disminuir la incertidumbre de las enfermeras ante este complejo problema de salud pública, adecuadas para ajustarse a las recomendaciones internacionales y legislación nacional, y proporcionales por los claros beneficios para las mujeres supervivientes.

- **Ley Orgánica 1/2004**¹⁷³, de protección integral contra la violencia de género: Regula la intervención sanitaria en casos de violencia.
- La **Ley 27/2003**¹⁷⁴ reguladora de la Orden de Protección, permite medidas inmediatas penales y civiles, donde enfermeras documentan lesiones en historia clínica, facilitando partes acelerados si se especifica violencia de género
- **La Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016)**¹⁷⁵ vertebraba actuaciones coordinadas, promoviendo formación para enfermeras en la detección.
- **Convenio de Estambul**¹⁷⁶ (ratificado por España en 2014): Establece estándares internacionales para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres. Se incluye porque el artículo 41 se alinea con estos principios.
- **La Ley 4/2015, del Estatuto de la Víctima**¹⁷⁷, amplía derechos procesales y extraprocesales, valorando individualmente para evitar revictimización, tarea donde enfermeras contribuyen con informes.
- **La Ley Orgánica 10/2022**¹⁷⁸, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, se pretende impulsar los derechos de todas las víctimas, adoptando y poniendo en práctica políticas efectivas, globales y coordinadas entre las diferentes Administraciones, garantizando la prevención y la respuesta frente a todas las formas de violencia sexual.
- **Ley 4/2023, de igualdad LGTBI**¹⁷⁹: Reconoce la vulnerabilidad específica de mujeres LGTBI ante la violencia. Se cita porque el artículo 41 contempla la diversidad en la atención.

¹⁷³ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE n.º 313 (29/12/2004).

¹⁷⁴ Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. BOE nº183 (01/08/2003).

¹⁷⁵ La Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016). Ministerio de Sanidad. 2013. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planes-actuacion/estrategiasestatales/estrategianacional/>

¹⁷⁶ Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. BOE nº137 (6/06/2014).

¹⁷⁷ Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. BOE nº101 (28/04/2015).

¹⁷⁸ Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. BOE nº215 (07/09/2022).

¹⁷⁹ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. BOE nº51 (01/03/2023).

- **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género¹⁸⁰:** siendo clave para que la enfermera actúe conforme a los protocolos establecidos.

1.3.2. ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ART 41-46

Artículo 41. CUIDADOS AL NÚCLEO FAMILIAR

Este artículo reconoce el papel de la enfermera en la promoción del bienestar familiar como entorno protector para el desarrollo saludable de niños y adolescentes. La enfermera actúa como agente preventivo y educativo, favoreciendo condiciones que permitan crecer con dignidad.

La regulación es adecuada y pertinente con las funciones enfermeras, y su papel en los servicios sanitarios.

- **Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor¹⁸¹:** Reconoce el derecho del menor a crecer en un entorno seguro.
- **Convención sobre los Derechos del Niño¹⁸²:** Establece el derecho del niño a cuidados y protección.
- **Estrategia Nacional de Salud Infantil y Adolescente¹⁸³:** Promueve el enfoque familiar en la atención pediátrica.

Artículo 42. CUIDADOS A LA INFANCIA

Mediante este artículo se establece la responsabilidad enfermera en garantizar que todos los niños/as reciban cuidados adecuados, incluyendo educación sanitaria, prevención, tratamiento y seguimiento. La infancia es una etapa especialmente sensible, en la que la intervención temprana tiene un impacto determinante en la salud futura. La enfermera actúa como garante de la equidad en el acceso a la salud infantil.

- **Ley 14/1986¹⁸⁴,** General de Sanidad: Reconoce el derecho a la atención sanitaria integral, siendo clave para brindar cuidados preventivos y curativos.
- **Ley Orgánica 8/2021¹⁸⁵,** de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia: Refuerza la atención sanitaria como herramienta de protección y el

¹⁸⁰ Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad. 2012. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/PSanitarioVG2012.pdf>

¹⁸¹ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE n.º 15 (17/01/1996).

¹⁸² Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE n.º 313 (31/12/1990).

¹⁸³ Estrategia Nacional de Salud Infantil y Adolescente. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/Estrategia_Estatal_Derechos_InfanciayAdolescencia.pdf

¹⁸⁴ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102 (29/04/1986).

¹⁸⁵ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE n.º 134 (05/06/2021).

papel de los profesionales sanitarios como garantes de proteger al menor frente a cualquier forma de violencia o vulnerabilidad.

- **Carta de Derechos Fundamentales de la UE¹⁸⁶, art. 24:** reconoce el derecho del niño a recibir protección y cuidados necesarios para su bienestar.

Las medidas contempladas en este artículo son necesarias para la regulación ética y deontológica de la profesión, situando a la enfermera como agente clave en la equidad en salud infantil.

Artículo 43. ATENCIÓN A RECIÉN NACIDOS

Este artículo reconoce la importancia del vínculo afectivo temprano y la lactancia materna como pilares del bienestar materno y neonatal. La enfermera debe facilitar el acompañamiento familiar y proporcionar información clara sobre cuidados neonatales, respetando las preferencias de la madre y promoviendo un entorno asistencial humanizado.

Los beneficios de no separar a madres y recién nacidos en la salud mental y en el desarrollo neonatal están ampliamente contrastados¹⁸⁷, así como su influencia en el inicio de la lactancia materna (LM).¹⁸⁸ Por ello, la OMS recomienda el contacto precoz piel con piel durante la primera hora tras el parto, como un periodo especialmente sensible para establecer el vínculo materno-filial, facilitar la adaptación del recién nacido o nacida a la vida extrauterina, así como para mejorar la satisfacción materna, e iniciar la lactancia materna, si así lo desea la madre. Es por lo que el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto está reconocido como una buena práctica clínica en varias guías oficiales del Sistema Nacional de Salud, como la Guía de práctica clínica sobre Lactancia Materna¹⁸⁹ y la Estrategia de Atención al Parto Normal.¹⁹⁰ No obstante, aunque la lactancia materna se promueve como la forma ideal de alimentación de recién nacidos, resulta preocupante que las tasas de LM a los seis meses están por debajo de los objetivos establecidos por la OMS de alcanzar el 50% para 2025.¹⁹¹ Por otro lado, hay que tener en cuenta que a pesar de las recomendaciones, ninguna mujer está obligada a dar el pecho, ni por motivos esencialistas, ni por mandato de género y, muchos menos, por dictamen

¹⁸⁶ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2010

¹⁸⁷ Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016 Jan;28(1):7-14. doi: 10.1177/1010539515624964. PMID: 26792873.

¹⁸⁸ Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;11(11):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2025 Oct 22;10:CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub5. PMID: 27885658; PMCID: PMC6464366.

¹⁸⁹ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco–OSTEBA; 2017. Disponible en: https://redets.sanidad.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf

¹⁹⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf

¹⁹¹ World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. Geneva: WHO; c2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding>

médico-sanitario.¹⁹² Las madres necesitan estar informadas sobre las opciones de alimentación infantil para que puedan tomar una decisión informada basada en el conocimiento de las alternativas, y donde las enfermeras desempeñan un papel importante por estar en contacto constante con mujeres embarazadas, en parto y postparto, durante todo el proceso de lactancia.¹⁹³

Cuando una madre recibe apoyo para amamantar, los beneficios para su salud mental son significativos, pero si se presiona o no se apoya, ocurre lo contrario, surgiendo sentimientos de culpa, e incluso síndromes depresivos, por no cumplir las expectativas sociales esperadas.¹⁹⁴ Además, las mujeres pueden verse sometidas a informaciones contradictorias por parte de familiares o amistades, o incluso por los propios profesionales sanitarios.

Además de la alimentación, otra de las principales necesidades de los recién nacidos es estar acompañados continuamente por sus padres, o personas en quien deleguen, por lo que los centros sanitarios han de adaptarse para que el interés del menor prevalezca sobre cualquier otra cuestión organizacional, estructural, o incluso arquitectónica. Por ello, las medidas planteadas en este artículo se han considerado necesarias, pues pone el foco en la autonomía de las madres, adaptadas a la evidencia y a la legislación, y proporcionales por los beneficios esperados para el binomio, madre y recién nacido o nacida.

- **Estrategia Nacional de Salud Infantil:** Promueve el contacto precoz y la lactancia materna como prácticas recomendadas.
- **Iniciativa IHAN (UNICEF-OMS)¹⁹⁵:** Establece estándares para hospitales amigos del niño.
- **Ley 41/2002¹⁹⁶,** de autonomía del paciente: Reconoce el derecho de los progenitores a participar en las decisiones sobre el cuidado del recién nacido y el respeto a dichas preferencias.

Artículo 44. ATENCIÓN A MENORES

Este artículo establece, con criterio adecuado y proporcionado, la responsabilidad enfermera en la atención integral a menores, adaptando los cuidados a sus necesidades específicas y colaborando con otros profesionales para garantizar una atención

¹⁹² Martínez Casares JA, Massó Guijarro E, Cid Expósito MG. Promoción de la lactancia materna: perspectivas críticas, diálogos feministas y ampliación del modelo teórico. Rev Lact Mater [Internet]. 2025;3. Disponible en: <https://revistas.usal.es/cinco/index.php/lamater/article/view/32567>

¹⁹³ Couto C, Prata AP, Souto SP, Machado J, Viana CR. Nurse and midwife interventions to protect, promote and support breastfeeding: An umbrella review. Midwifery. 2025 May;144:104337. doi: 10.1016/j.midw.2025.104337. Epub 2025 Feb 16. PMID: 40010261.

¹⁹⁴ Wheeler A, Farrington S, Sweeting F, Brown A, Mayers A. Perceived Pressures and Mental Health of Breastfeeding Mothers: A Qualitative Descriptive Study. Healthcare (Basel). 2024 Sep 8;12(17):1794. doi: 10.3390/healthcare12171794. PMID: 39273818; PMCID: PMC11394926.

¹⁹⁵ UNICEF, World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initiative (IHAN). Geneva: UNICEF/World Health Organization; 2018.

¹⁹⁶ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

coordinada. Reconoce el papel de la enfermera como figura clave en el entorno familiar y comunitario.

- **Ley Orgánica 1/1996**¹⁹⁷, de Protección Jurídica del Menor: Reconoce el derecho del menor a recibir cuidados adecuados y a ser protegido frente a cualquier situación de riesgo.
- **Ley 16/2003**¹⁹⁸, de cohesión y calidad del SNS: Promueve la coordinación entre niveles asistenciales, siendo clave el trabajo colaborativo y la visión multidimensional del menor junto con el trabajo interprofesional.
- **Carta Social Europea revisada**¹⁹⁹: Reconoce el derecho de los menores a protección y asistencia.

Artículo 45. ATENCIÓN A LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de especial vulnerabilidad, marcada por cambios físicos, emocionales y sociales que requieren una atención específica. Este artículo reconoce el papel de la enfermera, conforme a su marco de competencias profesionales, en el acompañamiento de adolescentes, especialmente en el ámbito escolar, promoviendo hábitos saludables y detectando conductas de riesgo. La enfermera debe facilitar espacios seguros y respetuosos para la expresión emocional y el desarrollo integral.

- **Ley Orgánica 3/2020**²⁰⁰, de Educación: Reconoce el papel de los profesionales sanitarios en el entorno escolar, situándose la enfermera como agente educativo.
- **Estrategia Nacional de Salud Adolescente**²⁰¹: Promueve intervenciones preventivas y de apoyo emocional.
- **Carta de Derechos Fundamentales de la UE**²⁰², art. 24: Refuerza el derecho del menor a recibir protección y apoyo para su desarrollo integral.

Las medidas contempladas en este artículo son necesarias para la regulación ética y deontológica de la profesión, reconociendo la importancia de la enfermera como figura de referencia en la salud adolescente.

¹⁹⁷ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE n.º 15 (17/01/1996).

¹⁹⁸ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128 (29/05/2003).

¹⁹⁹ Instrumento de Ratificación de la Carta Social Europea (revisada), hecha en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996. BOE n.º 139 (11/06/1996).

²⁰⁰ Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de Educación. BOE n.º 340 (30/12/2020).

²⁰¹ Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional de Salud Adolescente. Madrid: Gobierno de España; 2021

²⁰² Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2010

Artículo 46. ATENCIÓN A LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Este artículo establece la responsabilidad enfermera en la detección precoz de la violencia infantil y adolescente, incluyendo el maltrato físico, emocional o sexual. La enfermera debe actuar conforme a los protocolos establecidos y colaborar con las autoridades competentes para proteger al menor.

Normativa legal aplicable:

- **Ley Orgánica 8/2021**²⁰³, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia: Regula la actuación sanitaria en casos de violencia infantil.
- **Ley Orgánica 1/1996**²⁰⁴, de Protección Jurídica del Menor: Reconoce el deber de protección ante situaciones de riesgo, y por tanto la responsabilidad de que la enfermera actúe como garante.
- **Convenio de Lanzarote (Consejo de Europa)**²⁰⁵: Establece estándares internacionales para la protección de menores frente a la violencia sexual.

1.3.3. ATENCIÓN A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: ART 47-49

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en materia de discapacidad, como son el cuidado a la persona con discapacidad, la accesibilidad y adaptación y la inclusión y sensibilización, ya que, aunque desde el origen del Código Deontológico²⁰⁶ se contemplaba su atención, ha sido necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, las normas sociales establecidas, además del uso de una terminología adecuada.

- **Real Decreto Legislativo 1/2013**²⁰⁷: Busca *“garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación.”*
- **Ley 41/2002**²⁰⁸: El art. 9.7 LAP señala que *“Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la*

²⁰³ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE n.º 134 (05/06/2021).

²⁰⁴ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE n.º 15 (17/01/1996).

²⁰⁵ Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007. BOE n.º 274 (12/11/2010).

²⁰⁶ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

²⁰⁷ Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE n.º 289 (03/12/2013).

²⁰⁸ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento”.

- La **reforma del artículo 49 de la Constitución Española**²⁰⁹ redacta el artículo en los siguientes términos: “1. *Las personas con discapacidad ejercen los derechos previstos en este Título en condiciones de libertad e igualdad reales y efectivas. Se regulará por ley la protección especial que sea necesaria para dicho ejercicio*”. Por lo que se incluye el deber de los profesionales de proteger los derechos de las personas con discapacidad.

Artículo 47. CUIDADO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

La obligación de la enfermera de favorecer la integración, el autocuidado, la toma de decisiones y la prevención de inequidades se encuentra respaldada por:

- **Real Decreto Legislativo 1/2013**²¹⁰:
 - Art. 7: Establece el derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y la participación activa en la comunidad.
 - Art. 8: Reconoce el derecho a la igualdad de oportunidades y la no discriminación.
 - Art. 10: Garantiza el derecho a una atención sanitaria integral, sin discriminación y con los ajustes necesarios.
- **Convención de la ONU**²¹¹ sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad:
 - Art. 25: Derecho a la salud en igualdad de condiciones.
 - Art. 26: Derecho a la habilitación y rehabilitación para favorecer la autonomía, la integración social y la calidad de vida.
- **Ley 41/2002**²¹², de autonomía del paciente:
 - Art. 2, 8 y 9: Reconocen el derecho del paciente a decidir sobre su salud y a otorgar un consentimiento informado, lo que incluye a las personas con discapacidad con apoyos adecuados.
- **Ley de Discapacidad de 2021**²¹³, **Ley 8/2021**:
 - Suprime la figura de la *incapacitación judicial* y el sistema de tutela para mayores de edad.
 - Establece un nuevo modelo de apoyos personalizados (curadores, guardadores de hecho, defensor judicial, etc.).

²⁰⁹ Reforma del artículo 49 de la Constitución Española, de 15 de febrero de 2024. BOE n.º 43 (17/02/2024).

²¹⁰ Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE n.º 289 (03/12/2013).

²¹¹ Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE n.º 96 (21/04/2008).

²¹² Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

²¹³ Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE n.º 132 (03/06/2021).

- Reconoce la capacidad jurídica plena de todas las personas con discapacidad, en línea con la Convención de la ONU de 2006.
- Refuerza principios como la autonomía, voluntad y preferencias de la persona frente a modelos previos de sustitución.

Las medidas contempladas en este artículo son necesarias para la regulación ética y deontológica de la profesión enfermera, para garantizar que el cuidado sea inclusivo y promotor de la autodeterminación de la persona.

Artículo 48. ACCESIBILIDAD Y ADAPTACIÓN

El deber de la enfermera de adaptar procedimientos, información y garantizar entornos accesibles se respalda en:

- **Real Decreto Legislativo 1/2013²¹⁴:**
 - Art. 23: Exige la accesibilidad universal en todos los entornos, incluidas las instalaciones sanitarias.
 - Art. 29: Reconoce el derecho a recibir información en formatos accesibles, como lectura fácil, braille, lengua de signos, sistemas aumentativos y alternativos de comunicación.
- **Ley 41/2002, LAP:**
 - Art. 10.5: Obliga a ofrecer información adecuada a las capacidades de comprensión del paciente.
- **Ley 51/2003**, de igualdad de oportunidades y no discriminación (LIONDAU) Introduce los “ajustes razonables” como obligación legal para eliminar barreras en la comunicación y la atención.
- **Estrategia Europea sobre los derechos de las personas con Discapacidad 2021-2030.** Prioriza la accesibilidad en la atención sanitaria como pilar para la igualdad.

En la práctica, estas normas legitiman que la enfermera adapte materiales (folletos, consentimiento informado, procedimientos clínicos) y vele por espacios accesibles (salas de espera, consultas, quirófanos).

Artículo 49. INCLUSIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

El compromiso de la enfermera con la eliminación de barreras y la sensibilización social se fundamenta en:

- **Real Decreto Legislativo 1/2013:**
 - Art. 4: Prohíbe expresamente la discriminación por razón de discapacidad.
 - Art. 15: Reconoce la igualdad en el acceso a los servicios, incluidos los sanitarios.
- **Ley 51/2003 (LIONDAU)** Refuerza el principio de inclusión social y obliga a prevenir tanto la discriminación directa como indirecta.

²¹⁴ Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE nº289 (03/12/2013).

- **Convención de la ONU (2006)** Art. 8: Obliga a los Estados a implementar programas de sensibilización para fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, tanto en profesionales como en la sociedad.
- **Carta de Derechos Fundamentales de la UE.** Reconoce el derecho de las personas con discapacidad a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, inclusión y participación en la vida comunitaria.

Esto significa que la enfermera no solo atiende clínicamente, sino que actúa como agente social, luchando contra prejuicios y discriminaciones dentro del sistema sanitario y fomentando un trato justo y equitativo.

1.3.4. ATENCIÓN A LA PERSONA CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: ART 50

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en torno a la atención de personas con problemas de salud mental, como son el cuidado integral y la participación en la toma de decisiones, desde el ámbito deontológico, ya que hasta ahora en el Código²¹⁵ no se contemplaba, siendo las medidas planteadas adecuadas y proporcionales, conforme a la normativa vigente.

Artículo 50. CUIDADO INTEGRAL Y TOMA DE DECISIONES

La enfermera no puede presumir incapacidad, por razón de salud mental, sino que debe proporcionar los apoyos necesarios para respetar la autonomía y la participación activa de la persona en la toma de decisiones compartida. Impulsa la atención integral, la desestigmatización y la participación comunitaria como principios básicos de la política de salud mental, garantizando un trato basado en la igualdad, el respeto y el ejercicio de derechos.

Este artículo actualiza el marco ético y deontológico de la práctica enfermera para situar a la persona con problemas de salud mental como sujeto de derechos, con capacidad para decidir sobre su vida y con derecho a recibir apoyos adecuados para ejercer esa capacidad, conforme al marco legal vigente:

- **Ley 41/2002²¹⁶ (LAP):** reconoce el derecho a participar en la toma de decisiones *“toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley; El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponible”*

²¹⁵ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

²¹⁶ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

- **Ley 8/2021**²¹⁷: Cambia en el enfoque en los procesos de incapacitación, incluyendo la atención de las personas con problemas de salud mental, buscando una mayor promoción de la autonomía, la participación en el proceso de toma de decisiones junto con el respeto de su voluntad y preferencias, a través de medidas de apoyo concretas (acompañamiento, ayuda técnica) en lugar de sustitución, adaptando el ordenamiento español a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- **Estrategia Nacional de Salud Mental 2022–2026**²¹⁸: Este marco estatal impulsa la atención integral, la desestigmatización y la participación comunitaria como principios básicos de la política de salud mental.
- **Convenio de la ONU**²¹⁹: Reconoce el derecho de todas las personas con discapacidad a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás.

1.3.5. ATENCIÓN A LA PERSONA EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD: ART 51-52

Artículo 51. TRANSICIONES DE CUIDADO

Las personas no son entes estáticos, sino que experimentan diferentes situaciones de salud/ enfermedad, tanto en su faceta preventiva como de intervención, condicionadas por diversas circunstancias. Estas situaciones tradicionalmente han sido contempladas como nichos asistenciales que no facilitan el abordaje permanente de la persona. Sin embargo, los cambios en la salud y la enfermedad de las personas crean un proceso de transición, lo que les hace tender a ser más vulnerables a los riesgos que, a su vez, pueden afectar su salud²²⁰. La transición, por tanto, es un proceso de paso desde una fase de la vida, condición, o estatus hacia otra, durante el cual los cambios en el estado de salud, la relación de roles, las expectativas y habilidades provocan un periodo de vulnerabilidad en las personas²²¹. Esta vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, a una recuperación larga o problemática, o a un afrontamiento nocivo. El descubrimiento de estos riesgos, como puede ser realizar las transiciones en el apoyo y acompañamiento de personas con patologías crónicas²²², o durante la transición de la unidad de cuidados intensivos a la unidad de hospitalización²²³, puede mejorarse mediante la comprensión del

²¹⁷ Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE n.º 132 (03/06/2021).

²¹⁸ Estrategia Nacional de Salud Mental 2022–2026.

²¹⁹ Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

²²⁰ Schumacher K, Meleis A. Transitions: a central concept in nursing. *IMAGE J Nurs Scholarsh*. 1994;26:119-27

²²¹ Meleis A, Sawyer L, Im E-O, Hilfinger Messias A, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 2000;23:12-28

²²² Sanhueza Muñoz MP, Paravic Klijin T, Lagos Garrido ME. La Teoría de las Transiciones como Paradigma de Apoyo al Automanejo en Personas con Condiciones Crónicas. *Enfermería Actual de Costa Rica* [online]. 2024; 46: 58603. ISSN 1409-4568

²²³ Cuzco C, Delgado-Hito P, Marin-Pérez R, Núñez-Delgado A, Romero-García M, Martínez-Momblan MA. Teoría de las transiciones y empoderamiento: un marco para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2023; 34: 138-147

proceso de transición. En ese sentido, los indicadores de transiciones exitosas son el bienestar subjetivo, el dominio de los roles y el bienestar relacional.

La enfermera debe identificar perfectamente tales transiciones de cuidado y abordar la situación de salud que experimentan las personas en cada una de ellas, permitiendo establecer estrategias de cuidados que permitan apoyar a la persona por las diversas etapas y circunstancias del proceso de salud y enfermedad. Para ello será clave también garantizar la continuidad asistencial a través de las transferencias, ya sea en el paso de atención hospitalaria a primaria, de una atención pública a una privada o en cualquier cambio que suponga una modificación del prestador de servicio.

La transferencia, por tanto, consiste en un proceso dinámico mediante el cual se traspasa tanto la información clínica relevante sobre la salud, diagnósticos vigentes, necesidades y objetivos terapéuticos, como la responsabilidad sobre la atención de la persona atendida, de un profesional sanitario a otro²²⁴. El objetivo de las transferencias es garantizar la continuidad asistencial con la máxima seguridad y calidad para la persona atendida, para evitar errores en los cuidados, siendo clave implementar sistemas estandarizados como los modelos de comunicación SBAR, ISOBAR, IDEAS, junto con la elaboración de un adecuado informe asistencial.

Por todo ello, la regulación de este artículo es adecuada y pertinente con las funciones enfermeras, y su papel en los servicios sanitarios.

Artículo 52. AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La enfermera tiene competencias propias²²⁵ en cuanto a la educación para la salud, en relación con la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables, de los que cabe señalar el autocuidado y el desempeño eficiente en cuidados, entre los que se encuentra una adherencia²²⁶ efectiva al tratamiento^{227,228}. Todo ello, sin duda, va a repercutir positivamente en la calidad de vida de la persona.

Para poder desarrollar una educación sanitaria efectiva es necesario coordinar planes, objetivos y estrategias entre las diversas administraciones y entre los diversos ámbitos asistenciales²²⁹.

²²⁴ Alcalá Minagorre PJ, Domingo Garau A, Salmerón Fernández MJ, Casado Reina C, Díaz Pernas P, Hernández Borges AA, Rodríguez Marrodán B, en representación del Comité de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Asociación Española de Pediatría. *Anales de Pediatría*. 2023; 99:185- 94

²²⁵ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)

²²⁶ Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

²²⁷ Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

²²⁸ Evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. 2021

²²⁹ Documento de Desarrollo 2025-2028 de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. Aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS: prevención, autocuidado, atención integrada social y sanitaria, atención domiciliaria, participación ciudadana, etc. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. 2024.

La educación sanitaria, queda contemplada en:

- **La Ley 44/2003²³⁰(LOPS)** como una función clave:
 - **Artículo 4.3:** los profesionales sanitarios realizan funciones en los ámbitos de prevención y de información y educación sanitarias.
 - **Artículo 4.4:** todas las profesiones sanitarias tienen el deber de “*participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y bienestar (...) especialmente en prevención de enfermedades, educación sanitaria (...)*”.
 - **Artículo 7:** define qué competencias, obligaciones y autonomía tiene la profesión de enfermería entre otras; esto es la base legal para que el rol de enfermería incluya educación para la salud.

Así, la educación sanitaria como herramienta fundamental de promoción de autocuidado y el manejo de la enfermedad, se entiende como un instrumento necesario en la cotidianidad enfermera, y un imperativo ético y deontológico, siendo la regulación de este artículo adecuada, proporcional y pertinente.

1.3.6. ATENCIÓN A LA PERSONA EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: ART 53-56

El papel de la enfermera ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad, queda contemplado desde el origen del Código Deontológico²³¹. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente y los cambios sociales, ya que en nuestro país se ha regulado de manera explícita diferentes situaciones que se dan en el entorno de cuidados, además del uso de una terminología adaptada al desarrollo de las normas sociales, que deben ser recogidos y observados desde la perspectiva deontológica.

Artículo 53. CUIDADOS GERIÁTRICOS

El envejecimiento tiene dos dimensiones claramente diferenciables desde el punto de vista de los cuidados enfermeros. Por un lado, la persona, como sujeto de provisión de cuidados, no debe quedar excluida de la provisión de los recursos sanitarios con el paso de los años, por el mero hecho de hacerse mayor. Por otro lado, la persona mayor es un sujeto de cuidados con una especificidad concreta en cuanto a necesidades y recursos. De todo ello debe hacerse eco la enfermera, más si cabe en momentos de nuestra historia social en los que organismos de ámbito global (Informe OMS)²³² nos advierten de fenómenos exclusivos

²³⁰ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Garantiza equidad, calidad, coordinación entre administraciones.

²³¹ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

²³² World Health Organization. Informe Mundial sobre edadismo. Organización Panamericana de la Salud. 2021. (ISBN 978-92-75-32445-5).

que han venido a denominarse “edadismo” , habiendo diferentes tipos y escenarios concretos para ellos, entre los que destaca el entorno sanitario²³³.

Por tanto, se ha considerado que las medidas contempladas en este artículo son necesarias para la regulación ética y deontológica de la profesión enfermera, adecuadas, proporcionales y pertinentes para adaptarse a las recomendaciones de la OMS, declaración de DDHH, CE, como normativa vigente^{234,235,236}.

Artículo 54. PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

El carácter holístico del ser humano hace imprescindible una aproximación multidimensional a sus necesidades de cuidados. Muchas de estas dimensiones deben focalizarse desde un punto de vista interdisciplinar, con una aproximación interdependiente²³⁷. Los programas de salud dirigidos a la prevención de la dependencia y la discapacidad de personas mayores exigen que la enfermera salga de su hábitat natural del centro sanitario para promover, colaborar y participar activamente junto con otros profesionales y en otros entornos sociales.

Dentro de los programas e iniciativas del Ministerio de Sanidad / Gobierno de España destaca:

- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (EPSP). Vigente hasta 2025. (Ministerio de Sanidad). Incluye el eje de “envejecimiento saludable y prevención de fragilidad”. Contiene intervenciones como detección temprana de fragilidad, prevención de caídas, consejos en estilos de vida, promoción de actividad física, etc.
- Políticas de promoción del envejecimiento activo / saludable en el portal “Envejecimiento activo y saludable” . Hoja de ruta para abordar la fragilidad.

Se ha considerado que las medidas contempladas en este artículo, enmarcadas en la regulación ética y deontológica de la profesión enfermera, resultan adecuadas, proporcionales y pertinentes para adaptarse a las recomendaciones correspondientes.

²³³ AAVV. La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud. Fundación Helpage International España. 2023

²³⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

²³⁵ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2010

²³⁶ Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. BOE n.º 167 (13/07/2022)

²³⁷ Gobierno de España-Ministerio de Sanidad: Envejecimiento saludable y prevención de fragilidad". Grupo de trabajo para prevención de fragilidad y caídas, con colaboración de comunidades autónomas y sociedades profesionales. Recursos, materiales de evidencia científica, guías para profesionales y población.

Artículo 55. ATENCIÓN ANTE EL MALTRATO A LA PERSONA MAYOR

La enfermera tiene un papel activo en la sociedad. Por ello, debe de adquirir el compromiso social que la sociedad le pide de manera tácita, y además sensibilizarse de manera especial en aquellos sectores poblacionales vulnerables.

Tal y como anteriormente se ha ido experimentando en otros sectores demográficos (por ejemplo, mujer y menores) en nuestro país el desarrollo normativo ha requerido la presencia de la enfermera como agente de detección y abordaje de los problemas emanados de la vulneración de derechos constitucionales y bioéticos fundamentales (dignidad, no discriminación). Pero en el contexto de las personas mayores no ha ocurrido un desarrollo ni tan rápido ni tan específico.

Numerosas manifestaciones públicas nos hacen intuir diferentes situaciones y escenarios de mayor susceptibilidad de perjuicio hacia las personas mayores²³⁸, al menos respecto a otros sectores, tales como el uso indiscriminado de sujeciones físicas, la falta de respeto por parte de los profesionales encargados de su cuidado, o los cuidados insuficientes en instituciones sociosanitarias²³⁹.

La enfermera debe ser más sensible si cabe ante estas posibles situaciones de vulneración de derechos, puesto que a pesar de haber regulación a nivel autonómico como La **Ley 6/1999 de Andalucía**²⁴⁰, que reconoce el derecho a la integridad, física y moral, y a un trato digno tanto por parte del personal del centro o servicio como de los otros usuarios (art. 20.2) y tipifica como infracción grave “*la vulneración del derecho a la integridad física y moral, siempre que no constituya infracción penal*” (art. 52 i), a día de hoy no existe en el ordenamiento jurídico nacional ninguna ley que proteja específicamente a las personas mayores, convirtiéndolas así en las más vulnerables dentro del grupo de sectores vulnerables²⁴¹.

En el año 2022 la Fiscalía General del Estado publicó un informe²⁴², con relación a la regulación del uso de las llamadas sujeciones físicas y farmacológicas, donde se instaba a las Fiscalías Provinciales a poner más hincapié en velar por los derechos de las personas mayores que viven en residencias y aquellas que están atendidas en centros de salud mental. Si bien hay que señalar que se vislumbra una preocupación y sensibilidad de la Fiscalía General hacía el tipo de situaciones referidas, el informe no es taxativo, ya que en la parte de intervención contempla solamente la solicitud de ayuda a las inspecciones sanitarias y de servicios sociales provinciales; además deja fuera de su revisión a otros

²³⁸ World Health Organization (2021). Informe Mundial sobre edadismo. Organización Panamericana de la Salud. (ISBN 978-92-75-32445-5).

²³⁹ AAVV (2023). La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud. Fundación Helpage International España.

²⁴⁰ Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. BOE N233 (29/09/1999)

²⁴¹ Alonso Vejo C, Bahillo Ruiz E, Ciudad CJ, de la Hera Gutiérrez C, Estévez Atienza M, Fernández-Villullas G, et al. Edadismo en la atención sanitaria: Estrategias y buenas prácticas para su prevención y erradicación; Coord Sarabia Cobo C Coord. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 2025. SEEGG;10. ISBN: 978-8409-77829-4

²⁴² Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. BOE N36 (11/02/2022)

sectores asistenciales tales como la atención primaria, los servicios de urgencias y la hospitalización sanitaria.

Otras normativas relevantes son:

- **La Constitución Española**²⁴³:
 - Artículo 9.2.- Obliga a los poderes públicos a promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos sean reales y efectivas. También deben remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.
 - Artículo 14.- Proclama el principio de igualdad ante la ley y establece que no puede prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- La **Ley de Dependencia** (39/2006)²⁴⁴ aborda la necesidad de brindar una atención integral.
- La **Ley de Igualdad de Trato**²⁴⁵ (15/2022), que reconoce el derecho de toda persona a la igualdad de trato y no discriminación con independencia de su nacionalidad, *origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, expresión de género, enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos, lengua, situación socioeconómica, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.*
- El **Código Penal**²⁴⁶, que contempla penas para delitos de lesiones o abusos.

Esto hace que las enfermeras deban adquirir el compromiso de promover conductas adecuadas, así como denunciar aquellas inadecuadas o incorrectas, siendo clave su regulación deontológica.

Artículo 56. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA (COORDINACIÓN ASISTENCIAL)

La reciente pandemia sacó a la luz diferentes escenarios asistenciales que hasta ahora no eran públicamente conocidos. Durante meses las personas mayores que vivían en residencias fueron sistemáticamente relegados a un segundo plano en cuanto a los derechos que como ciudadanos tienen en relación con la provisión de servicios sanitarios. En nuestro país se ha articulado durante los últimos 25 años la planificación, puesta en marcha y desarrollo de diferente tipología de instituciones sociales y sanitarias con regulación normativa escasa y definida a nivel autonómico, pero no a nivel nacional; esto a dado lugar a que una persona resida en un entorno asistencial social dado (residencia de mayores, residencia psicogeriatrica, por ejemplo) que por el mero uso y disfrute de la persona mayor ha provocado que quede excluida de la sanidad pública. Este tipo de

²⁴³ Constitución Española. BOE n.º 311 (29/12/1978).

²⁴⁴ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE N299 (15/12/2006)

²⁴⁵ Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. BOE N167 (13/07/2022)

²⁴⁶ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE n.º 281 (24/11/1995).

circunstancias dieron lugar a situaciones de desprotección de las personas mayores, muchas de las cuales todavía siguen vigentes.

La enfermera desempeña un papel crucial en todas estas instituciones, sociales y sanitarias, pues las normativas especiales de ámbito autonómico inciden en regular su presencia, y con ella en perfil sanitario de la atención.

Se considera que si bien la normativa es extremadamente sectorial por autonomías esta circunstancia no puede hacer que la enfermera deje de proteger a la persona cuidada independientemente de allí donde esté atendida. Con este artículo lo que se pretende es incidir en la protección de la persona mayor cuidada mediante la colaboración continuada entre enfermeras de diferentes instituciones para asegurar los derechos fundamentales y los principios éticos y deontológicos que sustentan nuestra profesión.

- La **Constitución Española**²⁴⁷ contempla sobre el derecho a la no discriminación:
 - **Artículo 1.1.**- Proclama como valores superiores del ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
 - **Artículo 9.2.**- Obliga a los poderes públicos a promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos sean reales y efectivas. También deben remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.
 - **Artículo 14.**- Proclama el principio de igualdad ante la ley y establece que no puede prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Artículos de la CE sobre el derecho a la atención sanitaria / protección de la salud

- **Artículo 15.**- Reconoce el derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso pueda ser sometido a tortura ni a tratos inhumanos o degradantes. Aunque no menciona la sanidad directamente, es la base del derecho a cuidados y protección en contextos de salud.
- **Artículo 43.**- Reconoce expresamente el derecho a la protección de la salud. Obliga a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. También fomenta la educación sanitaria y la utilización racional de los recursos.
- **Artículo 49.**- Relativo a las personas con discapacidad: obliga a los poderes públicos a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración, y a amparar especialmente a este colectivo para que puedan disfrutar de los derechos reconocidos (modificado por la reforma de 2024–2025 para actualizar lenguaje y reforzar derechos).

²⁴⁷ Constitución Española. BOE n.º 311 (29/12/1978).

1.3.7. CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: ART 57-60

En la actualidad, tanto los Estatutos del CGE²⁴⁸ como la legislación aprobada desde 1989, hacen necesaria una nueva redacción del Código que incluya estas aportaciones. Entre otras, se pueden citar las siguientes normas: Ley 41/2002²⁴⁹, Ley 16/2003²⁵⁰ y Ley 3/2021²⁵¹, aparte de las diferentes normativas aprobadas por los Parlamentos Autonómicos en relación con el consentimiento informado, el registro de voluntades anticipadas, los cuidados paliativos, el derecho a una muerte digna...

La presencia de la enfermera está garantizada durante todo el recorrido vital de la persona, desde la concepción hasta el final de la vida, asegurando la preservación de la dignidad en la parte final del camino. De hecho, cuando ya no es posible recuperar la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de un ser humano, la enfermera se compromete a cuidar mediante un apoyo, a veces complementario, a veces sustitutivo, estimulando así las mejores respuestas adaptativas a las condiciones que surgen de enfermedades incurables.

El valor de la enfermera no deriva simplemente del conjunto de gestos técnicos que realiza, sino de la relación que transmite en cada gesto de cuidado y el significado que de él se deriva. Por este motivo, estos actos de asistencia ofertados a diario pueden marcar la diferencia entre dejarse llevar o redescubrir el sentido y el significado del tiempo que queda, dando valor a cada momento.

Todos estos principios legales y éticos están presentes en el nuevo articulado propuesto, existiendo una relación clara entre los artículos redactados y la legislación vigente, tal y como se explica a continuación, reforzando las competencias profesionales y responsabilidades éticas y deontológicas de las enfermeras en el proceso de cuidados al final de la vida, siendo adecuados, proporcionales y necesarios.

ARTÍCULO 57: RESPETO A LAS DECISIONES Y VOLUNTADES ANTICIPADAS

Dicho artículo está relacionado con la obligación que tiene la enfermera de respetar los valores/preferencias y derechos del paciente, así como los documentos de instrucciones previas (DIP) o voluntades anticipadas (DVA), desde una perspectiva tanto ética, legal como ahora deontológica.

- **Ley 41/2002**²⁵²,
 - **Art. 11.** Regula el documento de instrucciones previas, también llamado “voluntades anticipadas”, y donde se reconoce el derecho del paciente a manifestar por escrito sus deseos sobre tratamientos y cuidados sanitarios

²⁴⁸ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.

²⁴⁹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

²⁵⁰ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

²⁵¹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de 2021, de regulación de la eutanasia.

²⁵² Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

en caso de que llegue a situaciones en las que no pueda expresarse por sí mismo. Contempla el derecho de las personas a dejar contemplados sus deseos y voluntades sobre su proceso asistencial a través del documento de instrucciones previas, “con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud”, como ante la situación de incapacidad de hecho. También recoge la posibilidad de asignar un representante “para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”, siendo un deber de las enfermeras conocer si la persona tiene expresadas voluntades anticipadas o instrucciones previas y, en su caso, dar a conocer su existencia a todo el equipo asistencial, para que se respeten las indicaciones designadas en el documento.

- **Leyes Autonómicas**²⁵³ de cuidados paliativos/proceso de morir (2010-2025). Contempla de forma expresa el respeto a los deseos de los DIP/DVA incluyendo:
 - ✓ El derecho de las personas a formular un documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas.
 - ✓ El deber de los profesionales, en este caso, las enfermeras en garantizar el derecho a formular instrucciones previas y promoverlas, siendo obligación consultar siempre que ingrese un paciente en situación de incapacidad si tiene redactado un DIP, al igual que respetar su contenido.

- **Ley Orgánica 3/2021**²⁵⁴, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, donde se recoge de forma explícita el deber de respetar los deseos expresados en un DVA/DIP ante la solicitud de prestación de ayuda para morir (PAM) y de consultarlos en casos de pacientes en situación de incapacidad.

- Por último, existe una gran **regulación autonómica** al respecto de este tema. Por ejemplo: Madrid²⁵⁵, Canarias²⁵⁶ y Cataluña²⁵⁷, donde se recoge el deber de los profesionales, en este caso la enfermera de garantizar y respetar los DIP.

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en torno al respeto a las decisiones y los DIP, ya que hasta ahora en el Código²⁵⁸ no se contemplaban.

²⁵³ Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

²⁵⁴ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE N72 (25/03/2021).

²⁵⁵ Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.

²⁵⁶ DECRETO 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro.

²⁵⁷ Ley 2/2024, de 6 de febrero, de modificación de la Ley 21/2000, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

²⁵⁸ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

ARTÍCULO 58: CUIDADOS PALIATIVOS.

Aunque en España los cuidados paliativos están reconocidos a nivel nacional como parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud dentro de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos²⁵⁹ (2007), actualmente no existe una Ley a nivel nacional que los regule, aunque son varias las Comunidades Autónomas como se ha señalado anteriormente²⁶⁰ que han desarrollado normativa específica para garantizar los derechos al final de vida, incluyendo su acceso por parte de toda la población.

- **Ley 16/2003**, que establece la equidad y la calidad en el acceso a los cuidados sanitarios, incluyendo cuidados paliativos.
- **Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud**. No es una ley formal, sino un documento técnico que funciona como guía de actuación profesional²⁶¹, aunque hoy en día no cuenta con una versión final aprobada, por lo que la que actualmente está en vigor es la actualización de la Estrategia Nacional 2015-2020.
- **Leyes proceso de morir/cuidados paliativos autonómicas²⁶²:**
 - **Andalucía: Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte.**
 - **Aragón: Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Derechos y garantías de la persona en el proceso de morir y de la muerte.**
 - **Navarra: Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de Derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte.**
 - **Canarias: Ley 1/2015, de 9 de febrero, de Derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.**
 - **Islas Baleares: Ley 4/2015, de 23 de marzo, de Derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.**
 - **Galicia: Ley 4/2015, de Derechos y garantías de las personas enfermas y terminales.**

²⁵⁹ Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>

²⁶⁰ 11 Comunidades son las que regulan los cuidados paliativos y/o el proceso de morir de las personas. En la actualidad, aunque no dispongan de ninguna ley que lo regule, todas las comunidades cuentan con programas de cuidados paliativos.

²⁶¹ En junio de 2025, el Ministerio de Sanidad presentó un plan operativo para actualizar cada estrategia, así como para reforzar la coordinación entre Comunidades Autónomas. La idea es elevarlo al Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud para logra un compromiso conjunto y unificar criterios.

²⁶² Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

- País Vasco: Ley 11/2016, de 8 de julio, de Garantía de los derechos y la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.
- Comunidad de Madrid: Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.
- Asturias: Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre Derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de vida.
- Comunidad Valenciana: Ley 16/2018, de 28 de junio, de Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.
- La Rioja: Ley 3/2025, de 23 de junio, de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas.

El objetivo de todas ellas es:

- Regular y proteger el ejercicio de los derechos de las personas a una adecuada atención sanitaria en el proceso de morir.
- Establecer los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes que se encuentren en esta situación.
- Definir las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a ofrecer con respecto a ese proceso.

En ese sentido, dentro de los fines que se recogen se contemplan:

- Proteger y garantizar el respeto a la dignidad de la persona en el proceso de morir.
- Defender y asegurar autonomía de los pacientes en el proceso de morir con pleno respeto a la expresión de sus deseos y valores, incluyendo la manifestación anticipada de su voluntad mediante el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas.
- Contribuir a la seguridad jurídica de los profesionales sanitarios que acompañan al paciente en el proceso de morir, en donde están incluidas las enfermeras.
- Garantizar unos cuidados paliativos integrales y de calidad a todos los pacientes que lo precisen.

- **Ley Orgánica 3/2021**²⁶³, donde se reconoce el derecho a recibir cuidados paliativos integrales, especialmente a su valoración adecuada, ante una solicitud de eutanasia.

El reconocimiento de los cuidados paliativos queda contemplado desde el origen del Código Deontológico²⁶⁴. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, ya que en nuestro país se ha regulado de manera explícita diferentes situaciones que se dan en el entorno de cuidados y que deben ser recogidos y observados desde la perspectiva deontológica.

²⁶³ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE N72 (25/03/2021).

²⁶⁴ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

ARTÍCULO. 59: ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE MORIR

En este artículo se reconoce el acompañamiento que debe realizar la enfermera, como un pilar imprescindible para brindar una atención de calidad que garantice el confort y bienestar tanto del paciente como de la familia y su entorno durante todo el proceso de su vida hasta la muerte, asegurando en todo momento el control adecuado de síntomas y preservando la calidad de vida.

- **Ley 41/2002²⁶⁵ (LAP)**. En su articulado incluye el derecho a la intimidad y dignidad en la atención sanitaria, especialmente al final de la vida.
- Todas las **normas autonómicas de cuidados paliativos²⁶⁶** reconocen como derechos fundamentales, recibir cuidados paliativos integrales (incluyendo tratamiento del dolor y sedación paliativa) y disponer del acompañamiento familiar, como por ejemplo queda contemplada en la Ley 2/2010 de Andalucía:
 - *Artículo 16. Derecho al acompañamiento. En los términos expresados en el artículo 23 y siempre que la asistencia se preste en régimen de internamiento en un centro sanitario, los pacientes, ante el proceso de muerte, tienen derecho: a) A disponer, si así lo desean, de acompañamiento familiar. b) A recibir, cuando así lo soliciten, auxilio espiritual de acuerdo con sus convicciones y creencias.*

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada dichas medidas desde el ámbito deontológico, ya que hasta ahora en el Código²⁶⁷ no se contemplaba, siendo adecuadas y proporcionales.

ARTÍCULO 60. PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS AL FINAL DE LA VIDA

Se reconoce que la participación de la enfermera en decisiones clínicas complejas, como limitación de medidas de soporte vital, sedación o eutanasia, forma parte de su autonomía profesional y responsabilidad ética, siendo necesario incluir de forma detallada dichas medidas desde el ámbito deontológico, ya que hasta ahora en el Código²⁶⁸ no se contemplaba, siendo adecuadas y proporcionales.

- **Ley 41/2002²⁶⁹ (LAP)**: En su articulado reconoce el derecho de la persona atendida a decidir sobre tratamientos, incluso rechazarlos.

²⁶⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

²⁶⁶ Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

²⁶⁷ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

²⁶⁸ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

²⁶⁹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

- Artículo 2.4: “*Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito*”.
- Todas las **leyes autonómicas de cuidados paliativos**²⁷⁰ reconocen el derecho de las personas atendidas al rechazo al tratamiento y la aplicación de sedación paliativa, como por ejemplo queda contemplada en la Ley 2/2010 de Andalucía:
 - **Derecho al rechazo al tratamiento:** *Artículo 8. Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención. 1. Toda persona tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiere firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica. 2. Igualmente, los pacientes tienen derecho a revocar el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de dicha intervención, aunque ello pueda poner en peligro sus vidas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 6.1.ñ) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. 3. La revocación del consentimiento informado deberá constar por escrito. Si la persona no pudiere firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de quien revoca su consentimiento informado. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica.*
 - **Derecho a la aplicación de Sedación Paliativa:** *Artículo 13. Derecho de los pacientes al tratamiento del dolor. Los pacientes tienen derecho a recibir la atención idónea que prevenga y alivie el dolor, incluida la sedación si el dolor es refractario al tratamiento específico. Artículo 14. Derecho de los pacientes a la administración de sedación paliativa. Los pacientes en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir sedación paliativa, cuando lo precisen*
- Todas las **normas autonómicas de cuidados paliativos**²⁷¹ reconocen como deberes de los profesionales, incluidas las enfermeras, la participación en la toma de decisiones ante medidas de limitación/adequación de soporte vital (evitando la

²⁷⁰ Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

²⁷¹ Andalucía (Ley 2/2010); Aragón (Ley 10/2011); Navarra (Ley Foral 8/2011); Canarias (Ley 1/2015); Islas Baleares (Ley 4/2015); Galicia (Ley 4/2015); País Vasco (Ley 11/2016); Comunidad de Madrid (Ley 4/2017); Asturias (Ley 5/2018); Comunidad Valenciana (Ley 16/2018); La Rioja (Ley 3/2025).

obstinación terapéutica), sedación paliativa, rechazo al tratamiento, como por ejemplo queda contemplada en la Ley 2/2010 de Andalucía:

- *Artículo 18. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas. 2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias de los mismos en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas.*
 - *Artículo 21. Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico. 1. El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica. 2. Dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica responsable de, al menos, otro médico o médica de los que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica. 3. En cualquier caso, el médico o médica responsable, así como los demás profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort.*
- **Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia**²⁷², contempla la participación del equipo sanitario en el proceso deliberativo sobre la solicitud de la prestación de ayuda para morir, donde la enfermera, como parte del equipo interprofesional debe participar en todo el proceso.
- *Artículo 4.2: La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.*
- **Código Civil español.** En diferentes artículos, especialmente en el 249, regula la figura del representante legal en caso de incapacidad.

²⁷² Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE N72 (25/03/2021).

1.3.8. DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS: ART 61-64

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en torno a la donación conforme a la normativa vigente y desarrollar obligaciones deontológicas concretas relacionadas con el papel esencial de las enfermeras en este proceso, ya que hasta ahora en el Código²⁷³ no se contemplaba.

La normativa que comenzó a regular en España la donación y trasplante de órganos y tejidos fue:

- **Ley 30/1979, de 27 de octubre, de extracción y trasplante de órganos.**
- **Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero**, que desarrolla y complementa la ley anterior, incluyendo las condiciones relacionadas con la muerte encefálica y autorización de trasplantes – como la creación de la incipiente Organización Nacional de Trasplantes (ONT).
- **Orden de 24 de junio de 1987**, que regula las pruebas de detección del VIH en obtención, extracción e implante de órganos humanos.

De forma más específica en torno a los aspectos clave que se deben preservar durante el proceso, se regula en base a la siguiente normativa:

- Consentimiento informado y autonomía de la persona atendida (**Ley 41/2002**²⁷⁴, **Ley 30/1979**²⁷⁵, **RD 1723/2012**²⁷⁶).
- Confidencialidad, anonimato y no remuneración del acto (**RD 270/1999**²⁷⁷ y **Ley 30/1979**).
- Coordinación en la obtención, transporte y asignación de órganos (**RD 1723/2012**, **RD-ley 9/2024**²⁷⁸).
- Protección del donante vivo en el entorno laboral (**Ley 6/2024**²⁷⁹).
- Formación y especialización profesional requerida para garantizar calidad en el proceso (**RD 1723/2012**, **Ley 44/2003**²⁸⁰).

²⁷³ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

²⁷⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

²⁷⁵ Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.

²⁷⁶ Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

²⁷⁷ Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de donación y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.

²⁷⁸ Real Decreto-Ley 9/2024, de 23 de diciembre, por el que se adoptan medidas urgentes en materia económica, tributaria, de transporte y de Seguridad Social, y se prorrogan determinadas medidas para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad personal. En este RD-ley también se incluyen disposiciones sobre la protección de los donantes vivos de órganos y tejidos, estableciendo un permiso laboral específico y una prestación por incapacidad temporal.

²⁷⁹ Ley 6/2024, de 20 de diciembre, para la mejora y protección de las personas donantes en vivo de órganos y tejidos para su posterior trasplante.

²⁸⁰ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

- Ética y derechos humanos biomédicos (**Convenio de Oviedo** y su protocolo correspondiente²⁸¹).

En este contexto, en mayo de 2019, representantes de la ONT se reunieron con el CGE, solicitando la modificación del Código Deontológico de la Enfermera Española en dos aspectos fundamentales:

1. Eliminar el secreto profesional en aquellos casos en lo que exista sospecha o confirmación de tráfico de órganos o trata de personas con fines a extracción de sus órganos y tejidos, permitiendo así la denuncia de estos hechos a las autoridades competentes. Esta petición, basada en estándares internacionales²⁸², queda reflejada en el art. 29 del nuevo código, donde se señala que: *“La enfermera... no adquiere compromisos que puedan dañar a terceros o a un bien público”*. De hecho, la propia Ley 41/2002 ya presenta excepciones al secreto profesional, siendo estas excepciones limitadas, justificadas legalmente, proporcionales y, en la mayoría de los casos, ligadas a la protección de un bien mayor (salud pública, interés judicial, riesgo vital...).
2. Incluir un artículo que reconozca el derecho del paciente a ser donante – estableciendo que la enfermera encargada en el final de vida debe considerar ofrecer la posibilidad de donación de órganos y/o tejidos – como parte integral de los cuidados paliativos. Si bien esta petición no se refleja en un artículo aparte, sí queda establecida en el art. 61, donde se establece que: *“La enfermera debe participar y deliberar, junto al resto del equipo asistencial, en la toma de decisiones clínicas sobre el final de la vida, aportando su valoración profesional relacionada con la adecuación y/o limitación del tratamiento de soporte vital, el rechazo al tratamiento, la donación de órganos y/o tejidos, la sedación paliativa y la eutanasia, siempre respetando los valores y deseos de la persona establecida”*.

Igualmente, en esta reunión, ambas entidades se comprometieron a crear un grupo de trabajo conjunto con el fin de definir y regular las competencias profesionales específicas que deben tener las enfermeras que ejerzan la coordinación de trasplantes en la ONT y en la red hospitalaria.

De esta colaboración surgió la **Resolución de 11 de diciembre de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo**²⁸³ que fundamenta también el desarrollo del articulado.

Hay que tener en cuenta que la donación es un gesto de pura generosidad y altruismo que presenta un valor cívico y ético considerable, pues la realidad del don abre una situación

²⁸¹ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, de 2 de abril de 1997, publicado en el BOE de 20 de octubre de 1999.

²⁸² Resolución 73/189, aprobada el 17 de diciembre de 2018 de la ONU: “Fortalecimiento y promoción de medidas eficaces y de cooperación internacional en materia de donación y trasplante de órganos para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos”.

²⁸³ Resolución de 11 de diciembre de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica Convenio entre la Organización Nacional de Trasplantes y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias para la colaboración técnica, científica y docente en el ámbito de la donación y el trasplante. Publicada en la disposición 80 del BOE de 3 de enero de 2020.

nueva que propone cambiarla la lógica pura de la supervivencia por la cultura de la convivencia. Reflexionar sobre el valor simbólico del regalo, el por qué se da y, sobre todo, el por qué no se da, significa reflexionar sobre la calidad de nuestras relaciones con los demás y cuál es el papel que deben jugar las enfermeras en él. Donar es un gesto de pura generosidad y altruismo, que tiene un valor civil y ético considerable. De hecho, en nuestro país, los principios de gratuidad, libertad, sensibilización, voluntariedad y anonimato son transversales a todo tipo de donación de órganos y tejidos, presentando como principal objetivo proteger tanto al donante como al receptor.

Todos estos principios legales y éticos están presentes en el nuevo articulado propuesto, conforme a las recomendaciones profesionales y normativa vigente.

ARTÍCULO 61: IMPULSO A LA DONACIÓN

Dicho artículo está muy relacionado con la misión educativa y social de la enfermera.

- La Resolución antes citada incluye entre las funciones esenciales de la enfermera la promoción activa de la donación, en el ámbito de campañas de sensibilización, formación de profesionales y ciudadanía.
- También refuerza la necesidad de respetar los principios éticos recogidos en el artículo: gratuidad, voluntariedad, altruismo y no comercialización.
- Por último, el marco regulador promueve la participación enfermera en actividades de educación sanitaria y difusión de valores asociados a la donación.

ARTÍCULO 63: RESPONSABILIDADES EN LA DONACIÓN

Conecta con la dimensión asistencial y emocional del papel de la enfermera que reconoce la Resolución antes citada y la normativa vigente, incluyendo el duelo y el acompañamiento.

- Se reconoce a la enfermera como parte esencial del equipo interprofesional responsable de asegurar el cumplimiento de los procedimientos éticos, legales y clínicos en la donación.
- En particular, el documento subraya el papel de la enfermera en:
 - La información y el acompañamiento a las familias.
 - La garantía de respeto a la voluntad del donante, sobre todo en relación con las instrucciones previas y el consentimiento familiar.
 - La colaboración en procedimientos de verificación del fallecimiento, dentro de los límites legales y éticos.

ARTÍCULO 64: DONANTE VIVO

La enfermera debe asegurar un equilibrio entre el riesgo del donante y el beneficio del receptor. Este artículo se alinea con el rol ético y garante deontológico de la integridad profesional que la resolución impone en situaciones especialmente sensibles como la donación inter vivos.

- Hace hincapié en que la enfermera debe conocer y aplicar los protocolos específicos de donación de vivo, incluyendo la prevención de coacción, la evaluación ética y el consentimiento informado.
- Más aún, en el marco de competencias se contempla su participación en los comités de ética asistencial (CEA), que evalúan estas situaciones²⁸⁴.

ARTÍCULO 65: PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE LA ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Este artículo refuerza el papel de la enfermera como agente de justicia distributiva y garante del proceso asistencial en trasplantes, tal y como la enmarca la Resolución anteriormente citada y la normativa vigente.

- Uno de sus puntos clave es el papel de la enfermera en garantizar la trazabilidad, legalidad y justicia en la asignación y distribución de órganos, conforme a los modelos clínicos y normativos.
- También se reconoce su función en la gestión de listas de espera y en la transparencia del proceso, evitando toda discriminación, promoviendo un sistema centrado en la equidad y la calidad

Para finalizar este apartado, es importante señalar que existe un instrumento de colaboración que es relevante en el tema que nos ocupa. Se trata del Convenio entre la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Este convenio establece compromisos concretos relacionados con la formación, investigación, divulgación y apoyo técnico sobre donación y trasplantes, dirigidos específicamente a enfermeras en cuidados críticos ²⁸⁵.

²⁸⁴ En España, los CEA se rigen por normativa autonómica específica, aunque todas las normas coinciden en que su única disposición vinculante es la que hace referencia al donante vivo.

²⁸⁵ Resolución de 11 de diciembre de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica Convenio entre la Organización Nacional de Trasplantes y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias para la colaboración técnica, científica y docente en el ámbito de la donación y el trasplante. Publicada en la disposición 80 del BOE de 3 de enero de 2020.

1.3.9. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: ART 65-67

El reconocimiento de la Objeción de Conciencia (OC) queda contemplado desde el origen del Código Deontológico²⁸⁶ sobre la base del artículo 16 de la Constitución Española. Sin embargo, los cambios sociales y legislativos hacen necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente en torno al derecho, ejercicio y límites de la objeción de conciencia.

La normativa donde se reconoce la posibilidad de que la enfermera se acoja a la objeción de conciencia por motivos ético-morales está amparada en:

- **Constitución Española²⁸⁷**: Desde el punto de vista Constitucional, no existe un derecho como tal recogido en el ámbito sanitario (en la CE sólo queda recogida la Objeción de Conciencia en el Art.30 al Servicio Militar). No obstante, se deriva del derecho fundamental a la libertad ideológica recogido en:
 - Art. 16.1: Reconoce la libertad ideológica, religiosa y de conciencia, como derecho fundamental.
 - Art. 10.1: Declara la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad como fundamento del orden político y de la paz social.

- **Ley Orgánica 2/2010²⁸⁸**, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Reconoce el derecho a la OC en:
 - Art. 19.2: Reconoce expresamente el derecho de objeción de conciencia a los profesionales sanitarios directamente implicados en la práctica de la interrupción del embarazo, siempre que se exprese anticipadamente y por escrito.
 - Dicha normativa se derogó con la entrada en vigor de la Ley 1/2023.

- **Ley Orgánica 1/2023²⁸⁹, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**. Se deroga la ley 2/2010 y se modifica el articulado sobre la objeción de conciencia incluyendo tanto el derecho como los requisitos específicos para su ejercicio por parte de los profesionales, incluido un registro:
 - *Artículo 19 bis. 1. Las personas profesionales sanitarias directamente implicadas en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo podrán ejercer la objeción de conciencia, sin que el ejercicio de este derecho individual pueda menoscabar el derecho humano a la vida, la salud y la libertad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse con antelación y por escrito. La persona objetora podrá revocar la declaración de objeción en*

²⁸⁶ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

²⁸⁷ Constitución Española. BOE n.º 311 (29/12/1978).

²⁸⁸ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

²⁸⁹ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

todo momento por los mismos medios por los que la otorgó. 2. El acceso o la calidad asistencial de la prestación no se verán afectados por el ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia. A estos efectos, los servicios públicos se organizarán siempre de forma que se garantice el personal sanitario necesario para el acceso efectivo y oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo. Asimismo, todo el personal sanitario dispensará siempre tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una interrupción del embarazo.»

- «Artículo 19 ter. Registros de personas objetoras de conciencia. 1. A efectos organizativos y para una adecuada gestión de la prestación se creará en cada comunidad autónoma y en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) un registro de personas profesionales sanitarias que decidan objetar por motivos de conciencia respecto de la intervención directa en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo. 2. Quienes se declaren personas objetoras de conciencia lo serán a los efectos de la práctica directa de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo tanto en el ámbito de la sanidad pública como de la privada. 3. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se acordará un protocolo específico que incluya las condiciones mínimas para garantizar el cumplimiento de los objetivos perseguidos con la creación de este Registro, junto a la salvaguarda de la protección de datos de carácter personal, conforme a lo previsto en la disposición adicional cuarta.

➤ **Protocolo específico para la creación del registro de personas objetoras de conciencia** establecido en la ley orgánica 1/2023²⁹⁰. Incluye el marco normativo sobre el que se regula junto con los criterios específicos para su desarrollo. En ese sentido se remarca:

- Artículo 3. Indica los profesionales que pueden ejercer el derecho a la OC donde se incluye de forma expresa Enfermería (matronas y enfermeras que intervienen directamente en el proceso de la IVE, que realicen actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuera posible llevarla a cabo).
- Artículo 5. Describe el procedimiento para solicitar la inclusión en el registro, incluyendo la posibilidad de ejercer la objeción sobrevenida.
- Artículo 6. Detalla la modalidad a la que se objeta según los supuestos previstos por la Ley, contemplando la Objeción total o parcial.

➤ **Ley Orgánica 3/2021**²⁹¹, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. La ley recoge 2 aspectos: por un lado, el derecho a ejercer la objeción de conciencia por parte, en este caso, de las enfermeras que estén directamente implicadas en la

²⁹⁰ Protocolo Específico para la creación del registro de personas objetoras de conciencia establecido en la ley orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/docs/Protocolo_Registro_Objetores_IVE_Diciembre_2024.pdf

²⁹¹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

solicitud de la ayuda para morir; y la creación de un registro de profesionales objetores Autonómico por parte de la administración que permita garantizar tanto la seguridad jurídica y el pleno respeto del derecho de las personas que solicitan la PAM, como el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario.

- Artículo 16. Reconoce el derecho de los profesionales sanitarios directamente implicados a la objeción de conciencia, y crea un registro específico de objetores para garantizar una adecuada gestión de la prestación (preservar derechos del paciente que lo solicita y del profesional) 1. *Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. 2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.*

- **Manual de Buenas Prácticas**²⁹² por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: con el fin de asegurar la equidad y calidad asistencial de la PAM la ley estipula la creación de un Manual que permita orientar a los profesionales, incluyendo de forma expresa el derecho de la Objeción de Conciencia de las enfermeras directamente implicadas, al igual que una serie de recomendaciones con respecto al ejercicio de la OC.
- **Informe Anual de la PAM**²⁹³ del Ministerio de Sanidad: el informe publicado en 2023 señalaba en sus conclusiones que “*el acceso a la eutanasia podría estar limitado por factores como el desconocimiento de la prestación o la falta de información entre la ciudadanía. Además, la disponibilidad de profesionales suficientemente formados, con tiempo y la objeción de conciencia de algunos sanitarios pueden dificultar el acceso a la prestación*”. Por ello será clave garantizar tanto el derecho de las personas que solicitan la PAM como un ejercicio adecuado de la OC por parte de los profesionales, en nuestro caso de las enfermeras.
- **Jurisprudencia del Tribunal Constitucional.** Sentencias como la STC 53/1985 reconocen la objeción de conciencia en relación con prácticas sanitarias que afectan a convicciones morales profundas. Esta jurisprudencia legitima que la enfermera manifieste su decisión de objetar sin sufrir discriminación laboral o profesional.

²⁹² Manual de buenas prácticas en eutanasia, Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

²⁹³ Informe anual 2023 de la prestación de ayuda para morir. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2023.pdf

No obstante, el desarrollo de la normativa ha generado controversias²⁹⁴ y dificultades en su implementación²⁹⁵ en especial en torno al ejercicio de la objeción de conciencia²⁹⁶, generando conflictos éticos²⁹⁷ entre las distintas partes implicadas, y la necesidad de elaborar guías/protocolos de actuación²⁹⁸.

Por tanto, se considera que las medidas contempladas en estos artículos son necesarias para la regulación ética y deontológica de la profesión enfermera, adecuadas para adaptarse a la normativa vigente y proporcionales para ponderar los derechos tanto de la ciudadanía como los deberes y derechos profesionales.

1.4. LA ENFERMERA Y LA PROFESIÓN: ARTÍCULOS 68- 99

1.4.1. INVESTIGACIÓN Y CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA: ART 68-69

La redacción del artículo 68 se basa en el marco normativo vigente en materia de ejercicio profesional sanitario, investigación con seres humanos, protección de datos y principios bioéticos, tanto en el ámbito nacional como internacional.

➤ **Ley 44/2003, (LOPS)**²⁹⁹ establece:

- En su artículo 10.1 que “*los profesionales sanitarios están obligados a desarrollar sus funciones conforme a los principios éticos y deontológicos de su profesión*”, señalando específicamente que la actividad investigadora forma parte de sus funciones cuando se ejerce conforme a los principios legales y éticos establecidos.
- El artículo 4.7 de la misma norma establece que la investigación clínica y epidemiológica es una actividad profesional reconocida dentro de las funciones del personal sanitario, debiendo realizarse conforme a los estándares científicos, éticos y legales. La LOPS también contempla en su artículo 2 que las profesiones sanitarias tituladas tienen la responsabilidad de actuar sobre la salud de las personas dentro de un marco regulado y autorizado legalmente.

²⁹⁴ Comité de Bioética de España. Posición del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia. <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/La-objecion-deconciencia-en-sanidad.pdf>

²⁹⁵ Triviño Caballero, R. Objeción de conciencia . EUNOMÍA. Revista En Cultura De La Legalidad. 2018;15:198-208. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2018.4348>

²⁹⁶ Toro Flores R, Bravo Agüi P, Catalán Gómez MV, González Hernando M, Guijarro Cenisergue MJ, Moreno Vázquez M, Roch Hamelin I, Velasco Sanz TR. Opinions of nurses regarding conscientious objection. Nursing Ethics. 2019;26(4):1027-1038

²⁹⁷ Vilas-Iglesias MS, Caamaño-Alegre J. Conflictos éticos en un contexto de gestión pública: objeción de conciencia y aborto en la red sanitaria pública española. Acta Bioethica 2024; 30(1):19-30

²⁹⁸ Herreros B, Ramnath VR, Santiago-Saez A, Velasco Sanz T, Pinto Pastor P. Guidelines for conscientious objection in Spain: a proposal involving prerequisites and protocolized procedure. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2024;19:4

²⁹⁹ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE N280 (22/11/2003)

- En cuanto a la protección de las personas participantes en la investigación, el artículo se ajusta a lo dispuesto en el **Reglamento (UE) 2016/679, (RGPD)**³⁰⁰ y en la **Ley Orgánica 3/2018**³⁰¹, que establecen como condiciones esenciales para el tratamiento de datos personales en contextos de investigación:
 - El consentimiento libre, informado y explícito del participante.
 - La adopción de medidas de seudonimización y anonimización.
 - La garantía del cumplimiento del principio de minimización y de confidencialidad.

- Desde el punto de vista ético y profesional, el artículo recoge los principios reconocidos en la **Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial)**³⁰² y el **Informe Belmont (Comisión Nacional de EE.UU.)**³⁰³, que son estándares internacionales aceptados en investigación biomédica y social con sujetos humanos, los cuales subrayan los principios de respeto a las personas, beneficencia, justicia, consentimiento informado y protección frente a riesgos.

- En el ámbito profesional específico de la enfermería, el artículo encuentra respaldo en lo dispuesto en el **Real Decreto 1231/2001**³⁰⁴. Concretamente:
 - Artículo 2: establece como fin esencial de la Organización Colegial la ordenación del ejercicio profesional en todas sus formas, incluida la investigación.
 - Artículo 56: dispone que la ordenación de la actividad profesional debe orientarse hacia la mejora de la calidad y excelencia de la práctica, en todas sus funciones, incluidas la asistencial, docente, gestora e investigadora.
 - Artículo 24.1: reconoce al Consejo General la función de aprobar normas deontológicas y estándares de actuación profesional para ordenar la profesión y garantizar la calidad de los cuidados.

La incorporación de la investigación y los cuidados basados en la evidencia en la práctica profesional enfermera quedan contemplados desde el origen del Código Deontológico³⁰⁵. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, ya que en nuestro país se ha regulado de manera explícita diferentes

³⁰⁰ Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation), OJ L 119, 4.5.2016, p. 1–88.

³⁰¹ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, BOE N 294 (6/12/2018).

³⁰² World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

³⁰³ National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

³⁰⁴ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE N269 (9/11/2001).

³⁰⁵ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

situaciones que se dan en el entorno de cuidados y que deben ser recogidos y observados desde la perspectiva deontológica.

De este modo, el artículo responde a la necesidad de asegurar que las investigaciones realizadas por profesionales de enfermería se desarrollen en el marco de la legalidad, seguridad y protección de derechos que exige la normativa vigente, reafirmando los principios de transparencia, rigor científico y respeto a la persona. Estos elementos reflejan cómo la ética profesional y la ciencia se entrelazan para ofrecer cuidados seguros, eficaces y humanizados.

Artículo 69. APLICACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

La formulación del artículo 69 se fundamenta en la normativa vigente que regula el ejercicio profesional de la enfermería y, en particular, la obligación de mantener actualizados los conocimientos científicos y técnicos conforme a la *lex artis*.

- **Ley 44/2003 (LOPS)**³⁰⁶:
 - Artículo 4.5 establece que “*los profesionales sanitarios deberán ejercer su actividad conforme a los principios científicos y técnicos propios de su profesión, manteniendo permanentemente actualizados sus conocimientos y competencias profesionales*”.
 - Artículo 35, contempla la formación continuada como un deber profesional y una necesidad del sistema sanitario, al objeto de garantizar la calidad de la atención prestada a los pacientes y usuarios. Así, el ejercicio profesional basado en la evidencia científica se reconoce legalmente como una exigencia para asegurar la calidad asistencial, la seguridad clínica y la eficacia de las intervenciones sanitarias.

- Por su parte, la **Ley 14/1986, General de Sanidad**³⁰⁷, en su artículo 10, reconoce el derecho de los ciudadanos a recibir una atención sanitaria técnicamente adecuada y basada en criterios de calidad, lo cual presupone que los profesionales actúen conforme a la mejor evidencia científica disponible.

- El **Real Decreto 1231/2001**³⁰⁸, ya citado, refuerza esta idea al indicar en sus artículos 2, 3 y 56 que corresponde a la Organización Colegial la ordenación de la actividad profesional con orientación a la excelencia, entendida como la capacidad para prestar cuidados eficaces, seguros y actuales en todos los contextos clínicos.

³⁰⁶ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 41442–41458. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

³⁰⁷ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207–15248. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

³⁰⁸ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 269, de 9 de noviembre de 2001, pp. 40986–40999. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-20934>

El deber ético de mantener una formación continua y de integrar la investigación en la práctica asistencial, quedan contemplados desde el origen del Código Deontológico³⁰⁹. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la evidencia y normativa vigente, desde la perspectiva deontológica. Esta obligación se ve respaldada por guías internacionales como:

- **RNAO**³¹⁰, que dispone de más de 50 *Best Practice Guidelines* (BPG) en áreas clínicas, que especifican recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para mejorar resultados y reducir variaciones en la atención.
- **Joanna Briggs Institute**³¹¹, que promueven cuidados basados en la mejor evidencia disponible, garantizando así la calidad, seguridad y eficacia de las intervenciones enfermeras.

Por tanto, el artículo se fundamenta en el mandato legal de actuar conforme a *lex artis* ad hoc, que exige a los profesionales sanitarios aplicar en su práctica diaria los conocimientos actualizados y sustentados en la mejor evidencia científica disponible. La redacción del precepto se ajusta a esta obligación general y contribuye a garantizar el cumplimiento de los estándares exigidos para el ejercicio responsable de la profesión, por lo que las medidas incluidas, se consideran necesarias, adecuadas y proporcionales.

1.4.2. TOMA DE DECISIONES Y RESPONSABILIDAD: ART 70-75

Artículo 70. RESPONSABILIDAD

La responsabilidad profesional de la enfermera por sus decisiones, acciones u omisiones encuentra su respaldo legal en diversos preceptos del ordenamiento jurídico español, que regulan tanto la responsabilidad profesional como la exigencia de diligencia en el ejercicio de las profesiones sanitarias.

- La **Ley 44/2003 (LOPS)**³¹² establece en su artículo 4.4 que los profesionales sanitarios son responsables del ejercicio de su profesión, conforme a la deontología, a la buena práctica clínica y a *la lex artis*. Además, el artículo 4.9 señala que deben actuar “conforme a los principios éticos y legales” y que son responsables ante los usuarios, los centros donde presten servicios y la sociedad.
- El **Código Civil**³¹³, en sus artículos 1902 y 1903, recoge el principio general de responsabilidad civil extracontractual, estableciendo que “el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”.

³⁰⁹ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

³¹⁰ Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Intra-professional collaborative practice among nurses* (2nd ed.) [Best Practice Guideline]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines>

³¹¹ Joana Briggs Institute. Disponible en: <https://jbi.global/>

³¹² Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), *BOE* núm. 280, 22/11/2003.

³¹³ Código Civil español, arts. 1902 y 1903 (Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil).

- La **Ley General de Sanidad (14/1986)** también remite a la responsabilidad individual de los profesionales, en relación con el derecho a una atención sanitaria segura y con garantías de calidad (art. 10.1 y 10.6).³¹⁴
- El **Real Decreto 1231/2001**, en su artículo 10, señala entre los deberes del colegiado: “Ejercer la profesión de enfermería conforme a las normas de ordenación del ejercicio profesional y reglas que la gobiernan, ateniéndose a las normas deontológicas establecidas”. El artículo 54 añade que los cuidados deben ajustarse a criterios de calidad, excelencia profesional y ética.
- **Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS**³¹⁵, refleja el principio de diligencia profesional y ética ante situaciones irregulares, recogido en los protocolos de gestión de riesgos y seguridad del paciente lo que refuerza la obligación de actuar proactivamente para prevenir o minimizar perjuicios.

En definitiva, el texto que se incluye en el nuevo Código Deontológico se apoya en la normativa aplicable y se encuentra plenamente justificado por su adecuación al régimen legal sobre los procesos de toma de decisiones.

Artículo 71. COACCIÓN EN LAS DECISIONES

El rechazo a la coacción en el ejercicio profesional encuentra base en el principio de autonomía profesional, ampliamente reconocido en el ordenamiento jurídico español y en los principios deontológicos de la enfermería.

- **LOPS**, en su artículo 4.3, reconoce que los profesionales sanitarios “actuarán con libertad e independencia técnica y científica”³¹⁶. Asimismo, el artículo 4.5 recoge que deben ejercer sus funciones conforme a la *lex artis* y a sus propios principios éticos.
- **Ley 44/2003**, en su artículo 4.6, también reconoce el derecho a ejercer conforme a los principios y valores profesionales, exentos de interferencias indebidas. Esta disposición respalda el contenido del artículo 72, al legitimar la negativa de la enfermera a ejecutar prácticas que comprometan su ética profesional o la calidad asistencial.
- **Real Decreto 1231/2001**³¹⁷, al artículo 10 establece el deber de los colegiados de “*cumplir y velar por las normas deontológicas*”, así como a los artículos 19 a 21 del que regulan el régimen disciplinario, por lo que se incluye lo relativo a la obligación de **denunciar ante el Colegio Profesional y, en su caso, a la autoridad competente.**

³¹⁴ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, *BOE* núm. 102, 29/04/1986.

³¹⁵ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, *BOE* núm. 128, 29/05/2003.

³¹⁶ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), *BOE* núm. 280, 22/11/2003.

³¹⁷ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, *BOE* núm. 269, 09/11/2001

- **Ley 2/1974 sobre Colegios Profesionales**³¹⁸, artículo 5 señala como obligación de los colegios profesionales “velar por la ética y dignidad profesional”, por lo que es coherente con lo planteado en Este precepto garantiza la libertad profesional y establece un procedimiento legítimo ante presiones externas, lo cual es coherente

En definitiva, el texto que se incluye en el nuevo Código Deontológico se apoya en la normativa aplicable y se encuentra plenamente justificado por su adecuación al régimen legal sobre los procesos de toma de decisiones.

Artículo 72. CONFLICTO DE INTERESES

El contenido del artículo se alinea con lo establecido en materia de ética profesional, integridad y transparencia en el ejercicio de profesiones sanitarias, especialmente en lo relativo a la toma de decisiones clínicas y a la relación con los usuarios.

- **LOPS**³¹⁹: Artículo 4.9, establece la obligación de actuar conforme a los principios éticos, subrayando la necesidad de proteger la imparcialidad, la objetividad y la dignidad profesional.
- **Real Decreto 1231/2001**: Artículo 10 recoge la obligación del colegiado de ejercer su actividad de forma ética y de acuerdo con los valores de la profesión.
- **Ley 19/2013**³²⁰ **de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno**, que en su artículo 28 aplica el principio de imparcialidad y exige la declaración de cualquier interés que pueda afectar la objetividad en la toma de decisiones, aunque no está dirigida específicamente al personal sanitario.
- **Ley 53/1984**³²¹, **de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas**, De acuerdo con lo establecido en el artículo 11 el personal sanitario no puede desempeñar actividades privadas que menoscaben el estricto cumplimiento de sus deberes o comprometan su independencia y objetividad en el ejercicio de la función pública. Por ello, se ha considerado necesario prever fórmulas proporcionadas que garanticen este principio, evitando que compensaciones económicas individuales puedan interpretarse como incompatibles con dicho marco legal.

En el ámbito sanitario, la gestión de conflictos de interés también forma parte de las recomendaciones éticas de organismos como la **OMS**, el **Consejo de Europa** y las **Comisiones de Ética Asistencial**, cuyas guías han sido incorporadas a protocolos clínicos y guías de buenas prácticas, por lo que este artículo incorpora en clave deontológica el

³¹⁸ Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, *BOE* núm. 40, 15/02/1974.

³¹⁹ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, *BOE* núm. 269, 09/11/2001.

³²⁰ Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, *BOE* núm. 295, 10/12/2013.

³²¹ Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. *BOE* N4 (04/01/1985)

mandato legal de garantizar la objetividad en la toma de decisiones clínicas, priorizando el interés del paciente y la calidad del servicio.

Artículo 73. DELEGACIÓN DE TAREAS

La delegación profesional y la distribución de funciones en equipos interprofesionales están reguladas por el marco legal vigente y por los principios de responsabilidad, competencia y seguridad del paciente.

- **La Ley 44/2003 (LOPS):**
 - Artículo 4.6, establece que los profesionales sanitarios deben asumir sus funciones “de acuerdo con su titulación y competencias legalmente reconocidas”, lo que implica la prohibición de delegar tareas que exijan cualificación específica en personas no capacitadas.
 - Artículo 4.8 impone como requisito para el ejercicio profesional el cumplimiento de los requisitos legales y de formación, reforzando la necesidad de adecuar cualquier delegación a la capacitación objetiva del receptor.

El artículo también recopila los principios de actuación en situaciones excepcionales como pueda ser en causa de fuerza mayor, donde se admite la flexibilidad funcional, siempre que se actúe conforme al principio de proporcionalidad y se garantice la seguridad del paciente (Art. 10.1 LGS; Art. 53 RD 1231/2001).³²²

Artículo 74. INTRUSISMO LABORAL.

Este artículo se fundamenta en la legislación penal y colegial vigente sobre el ejercicio ilegal de profesiones reguladas.

- **Código Penal español**, en su artículo 403 tipifica el delito de intrusismo profesional, sancionando a quien ejerza actos propios de una profesión sin estar debidamente habilitado.
- **Real Decreto 1231/2001**, en su artículo 5, establece que únicamente pueden ejercer la profesión de enfermería quienes estén inscritos en el Colegio correspondiente y cumplan la legislación profesional vigente. El artículo 7 refuerza la colegiación obligatoria, como condición indispensable para el ejercicio legal de la profesión.
- **Ley 2/1974 sobre Colegios Profesionales**. artículo 5.1 describe el papel de vigilancia que corresponde a las corporaciones colegiales en defensa de la profesión y de los intereses de la ciudadanía.

El derecho de los pacientes a recibir una asistencia sanitaria con los niveles de calidad adecuados se torna en este punto como el eje que permite actuar frente a las intervenciones de profesionales que no cumplen los requisitos para ejercer la profesión

³²² Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, *BOE* núm. 269, 09/11/2001.

enfermera. La garantía de la salud y seguridad de las personas atendidas impone, de manera proporcionada, la adopción de estas medidas, plenamente justificadas y adecuadas al fin que persiguen.

Artículo 75. ORDEN DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS

Este artículo tiene fundamento en la normativa reguladora de la indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios por parte de las enfermeras, así como en las obligaciones deontológicas en cuanto a independencia clínica y prohibición de incentivos.

- **Real Decreto 954/2015**³²³. Texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, en su vigente redacción tras el ~~Real Decreto~~ Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, que establece el marco para que las/os profesionales de enfermería, debidamente acreditados, puedan indicar y autorizar ciertos productos y fármacos en el marco de su competencia. Esta competencia se formaliza mediante protocolos y guías clínicas comunes.
- **Código Penal**, en su artículo 441, tipifica como delito el hecho de aceptar dádivas o regalos por parte de profesionales que tienen una función pública o autoridad sobre la prescripción de productos. Aunque la figura de la enfermera no se asimila automáticamente a una autoridad pública, las disposiciones deontológicas refuerzan los estándares éticos en este ámbito.
- **Ley 44/2003**, art. 4.9, establece que los profesionales deben actuar conforme a principios éticos y sin interferencias que comprometan la calidad del servicio.

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en torno indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios conforme a la legislación vigente, ya que hasta ahora en el Código³²⁴ no se contemplaba, siendo adecuados y proporcionados. En ese sentido, también se ha incluido como contrario a la deontología, aceptar beneficios a cambio de favorecer la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios, debiendo proceder conforme a estándares de calidad y seguridad.

³²³Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros (BOE nº 306, 23/12/2015), art. 1.c), modificado por *Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre* (BOE nº 256, 23/10/2018).

³²⁴ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

1.4.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE: ART 76-77

Artículo 76. INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Este artículo encuentra su fundamento normativo en las disposiciones legales y reglamentarias que reconocen el derecho de las personas a una atención sanitaria segura y la obligación de los profesionales sanitarios de actuar para prevenir daños evitables.

- **Ley 16/2003**, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
 - Artículo 2.1 como uno de los principios rectores del sistema la “calidad de la atención sanitaria”, entendida como el conjunto de acciones que aseguran que cada paciente reciba la asistencia más adecuada a sus necesidades.
 - Artículo 12.3 de dicha ley señala que los servicios sanitarios deben promover la seguridad del paciente y fomentar la notificación de incidentes.
- La **Ley 44/2003 (LOPS)**, artículo 4.9, establece que los profesionales deben actuar conforme a la *lex artis* y a los principios éticos, incluyendo el deber de colaborar en la mejora del sistema sanitario.
- La notificación de errores, incidentes o eventos adversos forma parte de las prácticas recomendadas por las Estrategias de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, inspiradas en las directrices de la OMS.
- La **Ley 19/2013**, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, refuerza la necesidad de mecanismos de mejora continua y rendición de cuentas en las instituciones públicas.
- En el marco colegial, el artículo se vincula con lo dispuesto en el **art. 56 del RD 1231/2001**, que establece la **mejora continua de la calidad** como objetivo de la ordenación profesional.

Artículo 77. GESTIÓN DEL RIESGO

La implicación activa de la enfermera en la gestión del riesgo se fundamenta legalmente en la obligación de garantizar la seguridad del paciente, la mejora de la calidad asistencial y la protección del entorno clínico.

- **Ley 16/2003**: el artículo 59 establece que los centros sanitarios y su personal deben desarrollar sistemas de gestión de calidad y planes de mejora continua.
- **LOPS**: en su artículo 4.4, impone el deber de actuar conforme a principios científicos, técnicos y éticos, lo que incluye la **prevención de riesgos previsibles**.
- La **Ley General de Sanidad**, en su artículo 10.1, reconoce el derecho de las personas usuarias del sistema sanitario a recibir atención segura y libre de riesgos innecesarios.
- El artículo también se alinea con la **Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS**, que incorpora criterios del **Consejo de Europa** y la **OMS** sobre cultura de seguridad y participación del personal de enfermería.

- Desde el punto de vista deontológico, el **RD 1231/2001**, artículos 2 y 56, vinculan la excelencia profesional con la prevención de errores y la seguridad en la práctica asistencial.

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en torno a la seguridad del paciente, como son lo relativo a la actuación ante incidentes/eventos adversos y la gestión del riesgo, ya que hasta ahora en el Código³²⁵ no se contemplaba, siendo adecuados y proporcionados a las circunstancias del ejercicio profesional.

1.4.4. FORMACIÓN Y DOCENCIA: ART 78-82

Artículo 78. FORMACIÓN Y DOCENCIA

La formación continua constituye un derecho y deber profesional para las enfermeras, regulado legalmente como un mecanismo para garantizar que el ejercicio profesional se mantenga adecuado a los avances científicos y técnicos. Desde el punto de vista jurídico, este derecho y deber es irrenunciable y exigible, tanto por la administración como por la sociedad, lo que obliga a las instituciones y a las enfermeras a facilitar y participar en la formación continua, considerada fundamental para la seguridad clínica y la mejora de la atención sanitaria.

- **Ley 44/2003 (LOPS)**³²⁶:
 - Artículo 35 establece que la formación continuada es obligatoria para los profesionales sanitarios, con el objetivo de asegurar la calidad de las prestaciones sanitarias.
 - Artículo 4.5 de la misma ley indica que los profesionales deben mantener actualizados sus conocimientos, habilidades y actitudes.
- **Real Decreto 1231/2001**³²⁷
 - Artículo 53 atribuye al CGE la función de promover actividades formativas.
 - Artículo 56 vincula la formación con la calidad y excelencia profesional.

La ley considera la formación continua como un proceso activo y permanente, destinado a mejorar las competencias desde el inicio de la vida profesional y a lo largo de toda la carrera laboral, con el fin de garantizar una atención sanitaria de calidad frente al progreso científico y tecnológico.

³²⁵ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

³²⁶ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 280, 22 de noviembre de 2003

³²⁷ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 269, 9 de noviembre de 2001

Estas obligaciones están alineadas con las recomendaciones de la **OMS**³²⁸ y el Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal (**CSU-OMS**)³²⁹.

La participación en actividades científicas y docentes resulta esencial para la transmisión de conocimientos y el avance colectivo de la profesión. El cumplimiento de este deber-derecho refuerza el compromiso ético de la enfermera, quien está obligada a mantenerse actualizada para ofrecer cuidados eficaces, seguros y acordes a los últimos avances, contribuyendo a su desarrollo profesional y asegurando el derecho a la salud de los ciudadanos, quedando también contemplado en el Código Deontológico Internacional (CIE)³³⁰

El reconocimiento al deber de la enfermera en mantener actualizados sus conocimientos y competencias profesionales, garantizando así una práctica basada en la evidencia, queda contemplado desde el origen del Código Deontológico³³¹. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, resaltando tanto la obligación como el derecho de la enfermera a actualizar sus competencias mediante la formación, junto con su labor docente y científica, garantizando una atención sanitaria de calidad, por lo que su inclusión resulta adecuada y plenamente proporcionada con el fin que persigue.

Artículo 79. FUNCIÓN COMO DOCENTE

La función docente de la enfermera está reconocida como una modalidad legítima y esencial del ejercicio profesional, respaldada por la legislación, la ética profesional y el ámbito académico. El Real Decreto 1231/2001³³² y la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario³³³ legitiman jurídicamente esta labor, reconociendo a las enfermeras como agentes activos en la formación reglada y continuada.

- La **Ley Orgánica 2/2023**, regula la actividad docente e investigadora, exigiendo calidad, ética académica y prevención del fraude, principios que deben guiar el trabajo de la enfermera docente. Además, el Libro Blanco del título de grado en Enfermería destaca la necesidad de formar profesionales competentes, capaces de ofrecer cuidados integrales y adaptados a los cambios sociales y legislativos.

Desde una perspectiva jurídica y ética, la enfermera docente debe basar su enseñanza en la mejor evidencia científica disponible, fomentar la integridad académica y prevenir el fraude, contribuyendo así a la excelencia profesional y al desarrollo del estudiantado.

³²⁸ Organización Mundial de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es>

³²⁹ Marco Mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal: Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240034686>

³³⁰ International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*.

³³¹ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

³³² Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 269, de 9 de noviembre de 2001, pp. 40986–40999.

³³³ Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 70, de 23 de marzo de 2023. Entrada en vigor: 12 de abril de 2023.

La docencia enfermera debe promover un entorno inclusivo, seguro y respetuoso con la diversidad garantizando la igualdad efectiva, dando respuesta a la **Ley Orgánica 3/2007**, de igualdad efectiva entre mujeres y hombres, y con la **Ley 4/2023**, de igualdad real para personas LGTBI³³⁴.

Asimismo, la gestión ética de datos está regulada por la **LOPDGDD (LO3/2018)**³³⁵ y el RGPD³³⁶ europeo, estableciendo responsabilidades claras en el uso de la información.

A nivel internacional, organismos como la **RNAO**³³⁷ refuerzan esta visión mediante guías de buenas prácticas que promueven entornos educativos basados en evidencia, colaboración y respeto. Asimismo, el **CIE**³³⁸ y la **OMS**³³⁹ establecen estándares globales para la formación enfermera, destacando la calidad, la ética y la actualización continua como pilares fundamentales.

La función docente de la enfermera queda contemplada desde el origen del Código³⁴⁰. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, por lo que el artículo recoge de forma detallada la necesidad de la enfermera en brindar una formación de calidad, comprometida con la equidad, la evidencia científica y la integridad profesional, lo que garantiza su adecuación y proporcionalidad con los fines perseguidos.

Artículo 80. MENTORÍA

La mentoría en enfermería es reconocida como una responsabilidad profesional formativa dentro de los estándares nacionales e internacionales de educación en salud.

- En el **Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)** y las guías de competencias para titulaciones sanitarias, se reconoce el valor de la tutoría clínica y la mentoría como parte integral del desarrollo de competencias requeridas.
- Documentos internacionales, como los elaborados por el Royal College of Nursing³⁴¹ y la American Nurses Association³⁴², destacan la mentoría como una responsabilidad ética y pedagógica del profesional senior.

³³⁴ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

³³⁵ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018.

³³⁶ Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation) (Text with EEA relevance). *Official Journal of the European Union*, L 119, 1–88 (4 May 2016).

³³⁷ Registered Nurses' Association of Ontario. Disponible en: <https://rnao.ca>

³³⁸ International Council of Nurses (ICN) Disponible en: <https://www.icn.ch/es>

³³⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <https://www.who.int/es>

³⁴⁰ Consejo General de Enfermería. (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*.

³⁴¹ Royal College of Nursing. (2017, mayo). *RCN Guidance for Mentors of Nursing and Midwifery Students* [Practice guidance]. Royal College of Nursing. <https://placementhub.our.dmu.ac.uk/wp-content/uploads/sites/5/2016/08/RCN-mentor2017.pdf>

³⁴² American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses* (Interpretive Statement ed.). American Nurses Publishing

- Guías europeas como la de QUALMENT subrayan la mentoría como clave para formar profesionales competentes, fortalecer la identidad profesional y prevenir el agotamiento laboral, contribuyendo así a la calidad asistencial y al bienestar del personal. El programa de mentoría asegura que los profesionales más noveles sean acompañados y guiados por expertos con la acreditación docente necesaria, proporcionando un entorno de aprendizaje seguro y basado en evidencia para alcanzar las competencias profesionales requeridas.
- **La Orden SSI/81/2017**³⁴³ establece un protocolo obligatorio para garantizar que la actividad docente y práctica en Ciencias de la Salud se realice respetando los derechos fundamentales del paciente. Basada en un marco legal sólido, que incluye la Constitución Española, la normativa sobre Protección de Datos Personales, la LAP, así como hace referencia al Código Penal, esta normativa exige la identificación clara del personal en formación, el consentimiento informado del paciente y un trato digno. Además, impone la supervisión directa de estudiantes y residentes, así como el control estricto de la información clínica. En conjunto, estas medidas aseguran que la formación sanitaria se desarrolle en un entorno ético, legal y respetuoso con la intimidad del paciente.

Desde una perspectiva jurídica y ética, la enfermera debe asumir roles de mentoría, compartiendo conocimientos y experiencias con otros profesionales y ofreciendo orientación al estudiantado durante su desarrollo profesional. La mentoría implica, por tanto, no solo la transmisión de conocimiento técnico, sino también la creación de un entorno de confianza, respeto y crecimiento profesional, aspectos fundamentales para una buena praxis según la ética enfermera. El mentor debe disponer de competencias clínicas y pedagógicas, además de habilidades para integrar al aprendiz en los equipos sanitarios, garantizando una formación basada en evidencia, calidad y seguridad.

En definitiva, este artículo está plenamente respaldado por el marco jurídico, ético y ahora deontológico, representando un compromiso esencial para asegurar la formación, el desarrollo y la excelencia profesional de las futuras generaciones en la profesión, siendo necesario, adecuado y proporcional.

Artículo 81. DISEÑO PLANES ESTUDIO

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante el diseño de los planes de estudio, ya que hasta ahora en el Código³⁴⁴ no se contemplaba.

³⁴³ Orden SSI/81/2017, por la que se aprueba el protocolo destinado a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por alumnos y residentes en Ciencias de la Salud (BOE núm. 31, pp. 8277–8289). *Boletín Oficial del Estado*.

³⁴⁴ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

- **Orden CIN/2134/2008**³⁴⁵, regula los planes de estudio universitarios oficiales, establece que estos deben contener contenidos vinculados a la ética y legislación sanitaria para formar profesionales competentes y responsables.
- **Real Decreto 822/2021**³⁴⁶ especifica que las comisiones de diseño de título deben contar con representación de profesionales y estudiantes para integrar su experiencia práctica y ética.
- **Real Decreto 581/2017 sobre cualificaciones profesionales en la UE**³⁴⁷. Los planes de estudio del Grado en Enfermería, aprobados por ANECA, incluyen competencias en toma de decisiones éticas, bioética y legislación profesional conforme al Decreto.

La bioética, entendida como un compromiso ético que regula la relación con el ser humano, permite analizar y resolver problemas morales inherentes a la práctica enfermera, y su inclusión temprana y transversal en el currículo contribuye al desarrollo de una conciencia moral robusta en los futuros profesionales.

La incorporación de las áreas de ética, bioética, deontología y legislación sanitaria en el currículo académico asegura que la práctica de la enfermería esté firmemente fundamentada en principios éticos, legales y profesionales y alineadas con los estándares internacionales aplicables. Por tanto, las medidas incluidas en el artículo se consideran necesarias, adecuadas y proporcionales para la toma de decisiones clínicas y el respeto a los derechos humanos.

Artículo 82. ESTUDIANTES

La enfermera debe promover y sensibilizar al estudiantado de enfermería en el conocimiento de los valores profesionales y la práctica ética, facilitando que adquieran habilidades para la toma de decisiones guiada por principios éticos claros. Mantener un trato cordial y respetuoso con el estudiantado durante todo el proceso formativo es fundamental, por ello se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la interacción con el estudiantado, ya que hasta ahora en el Código³⁴⁸ no se contemplaba.

³⁴⁵ Orden CIN/2134/2008, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero (BOE núm. 174, pp. 31680–31683). *Boletín Oficial del Estado*.

³⁴⁶ Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 233, 29 de septiembre de 2021, pp. 119537–119578.

³⁴⁷ Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE, de 20 de noviembre, que modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n° 1024/2012 sobre cooperación administrativa (Reglamento IMI). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 138, de 10 de junio de 2017, pp. 48159–48319.

³⁴⁸ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

La formación práctica tutorizada en enfermería está regulada por el **Real Decreto 1837/2008**³⁴⁹, que establece que dicha formación es esencial para la titulación.

La responsabilidad sobre los cuidados realizados por el estudiantado recae en la enfermera tutora, que debe garantizar que se minimicen las molestias y se preserve la intimidad y privacidad del paciente conforme a la **Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales**³⁵⁰ y el **Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) europeo**³⁵¹, normas que aseguran la confidencialidad y el correcto uso de la información personal en contextos formativos.

La **Orden SSI/81/2017**³⁵² refuerza el marco jurídico existente, y establece pautas claras para asegurar que la formación académica y práctica en el entorno hospitalario se realice siempre con pleno respeto a la autonomía, intimidad y dignidad del paciente, así como una supervisión rigurosa del estudiantado.

En resumen, la tutora tiene la responsabilidad de supervisar con rigor y compromiso, garantizando que la formación clínica sea segura, respetuosa y conforme a la normativa vigente.

1.4.5. TRABAJO EN EQUIPO: ART 83-85

ART. 83. ENTORNO LABORAL Y COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

Este artículo se fundamenta en la normativa vigente sobre derechos laborales, calidad asistencial y prevención de riesgos psicosociales.

- **Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales:** el artículo 14 reconoce el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud, lo que incluye la creación de un entorno organizativo que fomente el respeto y la colaboración entre profesionales
- **Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres:** el artículo 48 establece la obligación de implementar protocolos contra el acoso laboral, incluyendo medidas preventivas, procedimientos de denuncia y acciones para proteger la dignidad y seguridad de las personas afectadas

³⁴⁹ Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 280, 20 de noviembre de 2008, pp. 46185–46320.

³⁵⁰ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 294, 6 de diciembre de 2018.

³⁵¹ Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (*Reglamento General de Protección de Datos*). *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 119, 1–88

³⁵² Orden SSI/81/2017, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud (BOE nº 31, 6 de febrero de 2017, pp. 8277–8289). *Boletín Oficial del Estado*.

- **Ley 44/2003 (LOPS):** el artículo 4.7, promueve la coordinación multidisciplinar y la planificación compartida como elementos clave para garantizar la calidad en la atención sanitaria
- **Real Decreto 1231/2001:** el artículo 56 orienta la actividad profesional enfermera hacia la calidad y excelencia, destacando la importancia del trabajo ético y cooperativo entre los miembros del equipo sanitario

En conjunto, este artículo reconoce como deber profesional de la enfermera, fomentar un entorno colaborativo y respetuoso, y a actuar ante cualquier situación de acoso en el ámbito laboral, asegurando tanto la seguridad asistencial como el bienestar e integridad de los profesionales. Por tanto, las medidas incluidas se consideran necesarias, adecuadas y proporcionales.

Artículo 84. COMUNICACIÓN EFECTIVA

La comunicación efectiva dentro del equipo sanitario no sólo constituye una competencia profesional, sino que representa una obligación legal, ética y deontológica que garantiza el respeto a los derechos fundamentales de las personas cuidadas. Su inclusión en el Código refuerza el cumplimiento del marco normativo vigente y promueve una atención centrada en la persona, siendo una medida necesaria, adecuada y proporcionada.

- **Convenio de Oviedo³⁵³:** La enfermera debe establecer una relación horizontal y deliberativa con la persona cuidada, asegurando un entorno de respeto, privacidad y confidencialidad. Este principio encuentra respaldo en el que reconoce el derecho de toda persona a recibir información sobre su estado de salud y a participar activamente en las decisiones clínicas que le afectan, siendo clave establecer procesos de comunicación adecuados entre los distintos profesionales.
- **Ley 41/2002 (LAP³⁵⁴):** establece en su artículo 2 que toda actuación sanitaria requiere el consentimiento informado, el cual debe basarse en una información clara, comprensible y adecuada. El artículo 7 de la misma norma garantiza el derecho a la intimidad y confidencialidad de la información clínica.
- **Ley 44/2003³⁵⁵,** refuerza este derecho en su artículo 5 al reconocer la obligación de los profesionales de proporcionar información suficiente y comprensible. Además, el artículo 9 promueve las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo mediante una cooperación multidisciplinar que asegure la continuidad asistencial y evite el fraccionamiento o la superposición de procesos clínicos.

³⁵³ Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE N251 (20/10/1999).

³⁵⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n274 (15/11/2002)

³⁵⁵ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 280 (22/11/2003).

En ese sentido, cuando para realizar una intervención exija la participación de varios profesionales, el equipo asistencial deberá establecer acuerdos acerca de los ámbitos de información de los que se responsabilizará cada profesional, aunque el responsable último de completar la información y obtener el consentimiento informado es quien realiza la intervención³⁵⁶. Por tanto, es clave integrar la comunicación conjunta como elemento de buena práctica profesional.

Artículo 85. EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

La evaluación continua y la notificación de riesgos son mandatos legales que buscan proteger la seguridad del paciente y mejorar la calidad del sistema sanitario. Su inclusión en el Código permite a la enfermera cumplir con sus deberes legales, éticos y deontológicos, lo que fortalece la cultura de seguridad en los equipos de salud, siendo una medida necesaria, adecuada y proporcionada.

- **Ley 44/2003:**
 - Art. 4 y 5 establece la formación continua y la evaluación del desempeño como deberes de los profesionales sanitarios.
 - Art. 9 fortalece el trabajo en equipo y la capacitación profesional para el correcto desempeño de las tareas y funciones encomendadas en la distribución del trabajo.
 - Art. 10 de dicha norma reconoce la necesidad de evaluar la calidad asistencial y aplicar medidas correctoras.

- **Ley 16/2003³⁵⁷:** promueve la implementación de planes de calidad, auditorías clínicas y sistemas de información para mejorar la atención sanitaria (capítulos VI y VII)

- La **Estrategia de Seguridad del Paciente SNS** para el Periodo 2025-2035³⁵⁸ fomenta la notificación de riesgos, la formación en prácticas seguras y la mejora continua como pilares de la calidad asistencial “*Tras la evaluación realizada en el año 2021, se comienza a trabajar en esta nueva edición con un horizonte temporal más amplio 2025-2035, que permita desplegar y desarrollar todos los objetivos que se plantean, destacando: reducir al máximo los posibles daños asociados a la atención sanitaria; priorizar la seguridad del paciente en todos los planes de salud como una dimensión transversal de la calidad asistencial e impulsar la seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistenciales del Sistema Nacional de Salud.*”

El reconocimiento del trabajo en equipo queda contemplado desde el origen del Código. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, siendo las medidas incluidas adecuadas y proporcionales.

³⁵⁶ Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. Bioética para clínicos. Med Clin (Barc). 2001; 117: 99-106.

³⁵⁷ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n128 (29/05/2003).

³⁵⁸ Estrategia de Seguridad del Paciente 2025-2035. del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/presentacion/home.htm>

1.4.6. COOPERACIÓN Y CATÁSTROFES: ART 86-88

El reconocimiento de la intervención de la enfermera ante situaciones de catástrofes queda contemplado desde el origen del Código Deontológico³⁵⁹. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, considerando estos nuevos artículos imprescindibles, porque vinculan la práctica enfermera con el marco legal vigente, garantizan la coherencia entre la ética profesional y las obligaciones jurídicas, y previenen posibles conflictos de responsabilidad. Asimismo, otorgan seguridad jurídica tanto a los profesionales como a las personas atendidas, asegurando que la actuación de la enfermera en contextos críticos —catástrofes, emergencias y cooperación internacional— se encuentre alineada con la declaración de DDHH, CE, la legislación sanitaria y el derecho penal.

Por consiguiente, la incorporación de estas medidas no responde únicamente a principios éticos y profesionales, sino que también refuerza el cumplimiento de obligaciones legales derivadas de normas específicas, entre las que destacan:

- **Ley 17/2015**³⁶⁰, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil, que regula la intervención en catástrofes.
- **Ley Orgánica 10/1995**³⁶¹, de 23 de noviembre, del Código Penal, en lo relativo a la omisión del deber de socorro.
- **Ley 45/2015**, de 14 de octubre, de Voluntariado, junto con la Ley 1/2023, de 20 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global.
- **Real Decreto 708/2024**, de 23 de julio, por el que se aprueba el Estatuto de las personas cooperantes, que regulan y respaldan la cooperación internacional en el ámbito sanitario.
- **Ley 44/2003**, (LOPS) establece que los profesionales sanitarios deben regirse por principios éticos y deontológicos, lo que legitima que el Código incluya artículos específicos que concreten deberes en situaciones excepcionales como las contempladas: catástrofes, emergencias y cooperación.

El CIE en su art. 3.7 señala que *“Las enfermeras se preparan y responden ante emergencias, desastres, conflictos, epidemias, pandemias, crisis sociales y situaciones de escasez de recursos. La seguridad de quienes reciben cuidados y servicios es una responsabilidad compartida entre cada enfermera, los líderes de los sistemas de salud y las organizaciones, lo cual implica evaluar los riesgos y diseñar e implementar planes dotados de recursos para mitigarlos.”*

Por tanto, el contenido del nuevo Código es en este punto adecuado y pertinente a la finalidad que persigue, utilizando unas previsiones proporcionadas con los fines de la atención sanitaria prestada en estos casos, consolidando el compromiso de la profesión con la seguridad, la justicia y la solidaridad global.

³⁵⁹ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

³⁶⁰ Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil. BOE n 164 (10/07/2015).

³⁶¹ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE n281 (24/11/1995).

ART. 87. INTERVENCIÓN EN CATÁSTROFES

El reconocimiento a la actuación de la enfermera ante situaciones de catástrofe queda contemplado desde el origen del Código³⁶². Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, siendo las medidas contempladas adecuadas y proporcionales.

La obligación de la enfermera de colaborar en la planificación y respuesta ante catástrofes tiene respaldo jurídico en:

- **Ley 17/2015, del Sistema Nacional de Protección Civil:** establece la necesaria coordinación de profesionales en situaciones de catástrofe y emergencia colectiva.
- **CE:** arts. 15 y 43, reconocen el derecho a la vida y a la protección de la salud. Ello supone el deber de aplicar criterios de triaje claros conforme al principio de igualdad y no discriminación (art. 14 CE), evitando arbitrariedades en decisiones que afectan a derechos fundamentales.

Por tanto, la regulación de este deber en el Código asegura coherencia con el marco legal y garantiza la seguridad jurídica en la toma de decisiones clínicas en contextos extremos.

ART. 88. SITUACIONES DE EMERGENCIAS

El reconocimiento a la actuación de la enfermera ante situaciones de emergencia queda contemplado desde el origen del Código. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, siendo las medidas contempladas adecuadas y proporcionales.

La exigencia de prestar auxilio profesional en emergencias se apoya principalmente:

- **Código Penal:** artículo 196 que tipifica el delito de omisión del deber de socorro, con especial gravedad en el caso de profesionales sanitarios que, por su capacitación técnica, tienen mayor deber de intervención. Este deber de asistencia en situaciones de urgencia vital no conlleva un deber de sacrificio, y por lo tanto debe realizarse dentro de los límites de la seguridad propia y de terceros.

Por tanto, el contenido contemplado refuerza la conexión entre la ética profesional y la obligación legal, recordando que la inacción en emergencias no solo es inadmisibles desde un punto de vista ético, sino también punible jurídica y deontológicamente.

ART. 89. COOPERACIÓN AL DESARROLLO.

España, en su proyección al marco internacional suscribe tratados y convenios (OMS, ONU, UE) que promueven la cooperación sanitaria internacional y la protección de los derechos humanos donde las enfermeras tienen un papel relevante.

- **CE:** El principio de solidaridad internacional se deriva del art. 10 CE (dignidad humana y tratados internacionales) y del art. 9.2 CE, y esto obliga a los poderes

³⁶² Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

públicos —y por extensión inspira a los profesionales— a promover condiciones para la igualdad real y efectiva.

- **La Ley 1/2023³⁶³, de 20 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global, que derogó a la antigua Ley 23/1998:** establece el marco jurídico vigente en materia de cooperación, Reconoce la cooperación internacional como política pública esencial y articula la acción de profesionales sanitarios en contextos vulnerables desde un enfoque de derechos humanos, donde se deriva el compromiso de la enfermera en proyectos de cooperación o voluntariado.
- **Real Decreto 708/2024³⁶⁴, de 23 de julio,** aprueba el nuevo Estatuto de las Personas Cooperantes, que regula derechos, deberes, protección social, formación y certificación de las personas que participan en proyectos de cooperación, otorgando seguridad jurídica y respaldo institucional a la labor de las enfermeras en misiones de cooperación.

Por tanto, el contenido del nuevo Código es en este punto adecuado y pertinente a la finalidad que persigue, utilizando unas previsiones proporcionadas con los fines de la atención sanitaria prestada en estos casos, consolidando el compromiso de la profesión con la seguridad, la justicia y la solidaridad global.

1.4.7. COMPETENCIAS DIGITALES E INTELIGENCIA ARTIFICIAL: ART 89-93

Artículo 89. USO DE DISPOSITIVOS DIGITALES

El desarrollo tecnológico en el ámbito de la salud ha experimentado un crecimiento exponencial en las últimas décadas, transformando profundamente la gestión de la información clínica. Las antiguas historias y registros en formato papel han sido sustituidos, en su mayoría, por sistemas informatizados y plataformas digitales de gestión de datos sanitarios.

Esta transición hacia entornos digitales ofrece ventajas indudables —como la inmediatez en el acceso a la información, la coordinación entre profesionales y la continuidad asistencial—, pero también plantea nuevos desafíos éticos y legales. En ocasiones, la rapidez y facilidad de acceso a los datos puede llevar a descuidar los procedimientos necesarios para garantizar la confidencialidad, la privacidad y el derecho a la intimidad de las personas atendidas, derechos fundamentales protegidos por la normativa vigente.

En este contexto, la enfermera tiene la responsabilidad de formarse en el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) e incorporarlas a su práctica profesional con el fin de mejorar la calidad, seguridad y eficiencia del proceso asistencial.

³⁶³ Ley 1/2023, de 20 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global. BOE n44 (21/02/2023)

³⁶⁴ Real Decreto 708/2024, de 23 de julio, por el que se aprueba el Estatuto de las personas cooperantes. BOE n178 (24 de julio de 2024)

Obviamente, dicha incorporación debe realizarse con las mismas garantías éticas y jurídicas que se aplican a cualquier otro soporte o procedimiento asistencial.

La utilización de dispositivos electrónicos, sistemas de registro digital o herramientas de comunicación en línea exige una aplicación rigurosa de los principios de confidencialidad, seguridad y consentimiento informado, conforme a lo establecido en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD).

Cabe señalar que el Código Deontológico de la Profesión de Enfermería vigente en España no aborda de manera específica los aspectos éticos relacionados con la práctica enfermera en entornos digitales, probablemente debido a la época de su redacción. Por ello, la inclusión de artículos o disposiciones que contemplen la ética digital, la protección de datos y el uso responsable de la tecnología en el ejercicio profesional resulta plenamente justificada y necesaria, a fin de actualizar los principios deontológicos a la realidad actual del cuidado y de la comunicación enfermera.

Marco normativo:

- **Constitución Española³⁶⁵**: Artículo 18.4 fundamenta la protección constitucional de los datos personales y la intimidad, incluyendo los datos sanitarios gestionados digitalmente.
- **RGPD 2016/679³⁶⁶** establece el marco jurídico europeo sobre el tratamiento de datos personales, especialmente sensibles, como los datos de salud. (art. 4.15; 9.1; 9.2.).
 - Art. 32 obliga a aplicar medidas técnicas y organizativas apropiadas, incluyendo el cifrado y la autenticación, para garantizar la seguridad del tratamiento.
 - Art. 25 Introduce el principio de protección de datos desde el diseño y por defecto, que obliga a configurar los sistemas tecnológicos sanitarios de manera que minimicen los riesgos de acceso no autorizado.
 - Art 5.1 Se debe eliminar todo contenido sanitario de los dispositivos una vez finalizada la atención, conforme al principio de minimización de datos
- **Ley Orgánica 3/2018³⁶⁷**, de 5 de diciembre (LOPDGDD) completa el RGPD y refuerza el principio de confidencialidad, seguridad y tratamiento de los datos personales

³⁶⁵ Constitución Española. BOE n.º 311 (29/12/1978).

³⁶⁶ Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). DOUE» núm. 119, (4/05/ 2016)

³⁶⁷ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE n294 (06/12/2018)

- **Ley 41/2002 (LAP)**³⁶⁸ garantiza el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con el paciente (art. 7) y la exigencia del consentimiento informado para toda actuación sanitaria (art. 8) y acceso (16.3)
- **CIE**³⁶⁹: Por último, también encontramos varios artículos del CIE que hacen referencia a esta cuestión como son:
 - **Art. 1.4:** Las enfermeras mantienen confidencial toda información personal de los pacientes y respetan la privacidad, confidencialidad e intereses de los pacientes en la recopilación de datos e información, su uso, acceso, transmisión, almacenamiento y revelación legítimos, según la legislación vigente
 - **Art. 1.5:** Las enfermeras respetan la privacidad y confidencialidad de los colegas y personas que requieren cuidados y defienden la integridad de la profesión enfermera en todos los medios de comunicación, en particular en las redes sociales
 - **Art. 1.9:** Las enfermeras facilitan una cultura de la seguridad en los entornos sanitarios reconociendo y abordando las amenazas para las personas y para una prestación de cuidados segura, en las consultas, servicios y centros sanitarios
 - **Art. 1.11:** Las enfermeras se cercioran de que el uso de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas. En el caso de la inteligencia artificial o dispositivos robóticos de cuidados o drones, las enfermeras garantizan que los cuidados permanezcan centrados en la persona y que dichos dispositivos apoyen, y no sustituyan, las relaciones humanas.
 - **Art. 2.9:** Las enfermeras mantienen el derecho de las personas a dar y retirar su consentimiento a acceder a su información personal, de salud y genética. Protegen el uso, la privacidad y la confidencialidad de los datos, y la información genética y las tecnologías relativas al genoma humano.

Se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en torno al uso de dispositivos digitales, ya que hasta ahora en el Código³⁷⁰ no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

Artículo 90. MODELO DE ATENCIÓN TELEMÁTICA

Si bien la telemedicina se ha incorporado progresivamente como un canal más de comunicación entre la enfermera y la persona atendida, es innegable que el entorno telemático ha ganado un protagonismo decisivo desde la pandemia de 2020, cuando las restricciones a la atención presencial aceleraron su adopción.

³⁶⁸ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 (15/11/2002).

³⁶⁹ Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Ética del CIE para las enfermeras. Revisado en 2021

³⁷⁰ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

Aunque en España todavía no existe una normativa única, específica y completa que regule la telemedicina en todos sus aspectos, esto no implica que esté exenta de obligaciones legales, éticas ni garantías. En ausencia de una regulación sectorial, la práctica telemática debe sujetarse —de manera subsidiaria— a los marcos normativos ya vigentes en materia sanitaria, de protección de datos y de ejercicio profesional.

- **La Directiva 2011/24/UE**³⁷¹ sobre asistencia sanitaria transfronteriza y la **Resolución del Parlamento Europeo**, de 12 de febrero de 2019, sobre la aplicación de la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza (2018/2108(INI))³⁷², ya reconocen la telemedicina como prestación de servicios y establece que dicha asistencia debe equipararse —en calidad y derechos— a la presencial.
- El **Reglamento (UE) 2025/327**, relativo al Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS)³⁷³, que aborda los datos de salud electrónicos, incorpora garantías adicionales en cuanto a acceso, portabilidad, derechos del paciente y transparencia del sistema de información clínica digital.
- la **Ley 14/1986, General de Sanidad**, y la **Ley 16/2003** de cohesión y calidad del SNS imponen principios de calidad, eficacia, seguridad y eficiencia que también deben aplicarse en la modalidad telemática.
- La **Ley 41/2002**, que regula la autonomía del paciente y la información clínica, sigue vigente y exige asegurar la confidencialidad, el consentimiento informado y la custodia adecuada de la historia clínica, también en episodios asistenciales digitales.

En el ámbito deontológico y ético, los profesionales deben guiarse por los mismos estándares que en la atención presencial. En particular, la práctica telemática debe contar con el consentimiento informado, garantizar la identificación adecuada del paciente y profesional, el uso de canales seguros y la trazabilidad, así como mantener la calidad asistencial de forma explícita. La telemedicina no puede utilizarse como excusa para relajar los estándares de seguridad, confidencialidad o calidad: las exigencias de buena praxis no se flexibilizan por el medio.

Por todo ello, la enfermera que participe en atención telemática debe observar y cumplir rigurosamente todos los requisitos: ética profesional, calidad clínica, seguridad de la información, consentimiento informado, competencias digitales y adherencia a las normas legales aplicables. Sólo así puede garantizarse que la telemedicina sea una modalidad

³⁷¹Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. *DOUE- L 88 de 4.4.2011*

³⁷² Resolución del Parlamento Europeo, de 12 de febrero de 2019, sobre la aplicación de la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza (2018/2108(INI)). Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52019IP0083>

³⁷³ Reglamento (UE) 2025/327 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud, y por el que se modifican la Directiva 2011/24/UE y el Reglamento (UE) 2024/2847. *DOUE* núm. 327 (5/03/2025).

válida y segura, con niveles de cuidado equivalentes a los de la atención presencial. Todo ello considerando además la regulación legal contenida en las siguientes normas:

- **Ley 41/2002**³⁷⁴. Regula, entre otras cosas, los derechos del paciente a la información, consentimiento informado y documentación clínica, lo cual aplica también cuando la atención es telemática.
- **RGPD 2016/679**³⁷⁵, que regula el tratamiento de datos personales, incluidas categorías especiales como los datos de salud, regula el tratamiento de datos personales, incluyendo datos de salud, lo que es clave para servicios telemáticos por las implicaciones de privacidad, consentimiento, seguridad.
- **Ley Orgánica 3/2018**³⁷⁶, (LOPDGDD), Desarrolla e incorpora el RGPD al Derecho español. Regula el tratamiento de datos personales, incluyendo datos de salud, lo que es clave para servicios telemáticos por las implicaciones de privacidad, consentimiento y seguridad.
- **Carta de Derechos Digitales**³⁷⁷ en su capítulo XXIII hace referencia al “*Derecho a la protección de la salud en el entorno digital*” y reconoce el derecho de todas las personas a acceder a los servicios digitales de salud en condiciones de igualdad, accesibilidad y universalidad, garantizando además la libre elección de la asistencia presencial. Promueve una medicina preventiva, predictiva, personalizada y participativa, sustentada en sistemas de información interoperables que aseguren la portabilidad y seguridad de los datos clínicos. Asimismo, establece que el uso de herramientas digitales o de inteligencia artificial no debe limitar el criterio clínico profesional, y que los entornos digitales deben respetar la autonomía del paciente, la confidencialidad de la información y la transparencia en el uso de algoritmos. Finalmente, los poderes públicos están obligados a garantizar el acceso universal a la telemedicina y la teleasistencia, evitando cualquier práctica que condicione su uso a la cesión de datos personales.

Por todo ello, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante la práctica clínica en torno al modelo de atención telemática, ya que hasta ahora en el Código³⁷⁸ no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

³⁷⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n 274 (15/11/2002).

³⁷⁵ Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). DOUE» n119 (4/05/2016).

³⁷⁶ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE n294 (06/12/2018)

³⁷⁷ Carta de Derechos Digitales. Gobierno de España. 2021. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/140721-Carta_Derechos_Digitales_RedEs.pdf

³⁷⁸ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

Artículo 91. COMPETENCIAS DIGITALES Y TIC

La exigencia de que la enfermera adquiera desarrolle y mantenga competencias digitales actualizadas responde a la necesidad de adaptarse a la realidad social y adecuarse al desarrollo del sistema sanitario.

- La **Ley 44/2003** (LOPS) establece la obligación de los profesionales de mantener actualizados sus conocimientos y habilidades para garantizar una atención de calidad. En la actualidad, la dimensión digital es parte esencial de esa capacitación, dado que el uso de tecnologías de la información y la comunicación forma parte estructural de la práctica clínica.
- La **Ley 41/2002** (LAP) exige preservar la seguridad y confidencialidad de la historia clínica en soporte digital, lo que obliga a los profesionales a disponer de competencias técnicas que eviten accesos indebidos o vulneraciones del derecho fundamental a la intimidad.
- El **Reglamento (UE) 2016/679**, (RGPD) y la **Ley Orgánica 3/2018** (LOPDGDD) imponen un estándar reforzado en el tratamiento de datos de salud por su especial sensibilidad.
- **Estrategia de Digitalización del Sistema Nacional de Salud**³⁷⁹ (2021–2026) constituye un referente imprescindible. Este plan, aprobado por el Ministerio de Sanidad, fija como objetivo la capacitación digital de los profesionales sanitarios para asegurar una atención más segura, personalizada y eficiente, mediante el uso de la historia clínica electrónica, la telemedicina, la interoperabilidad y el análisis de datos. Desde un punto de vista jurídico, esta estrategia vincula la competencia digital con el principio de calidad asistencial reconocido en la Ley General de Sanidad (1986) y en la propia LOPS.
- **Reglamento del Espacio Europeo de Datos Sanitarios** (EEDS) refuerza aún más la necesidad de competencias digitales en enfermería. Este marco normativo garantizará que los ciudadanos de la UE puedan acceder a sus datos de salud electrónicos en cualquier Estado miembro, imponiendo a los profesionales sanitarios el deber de garantizar su correcto manejo, la interoperabilidad transfronteriza y la protección de la privacidad. Esto convierte la capacitación digital no solo en un requisito ético, sino en una obligación jurídica derivada del principio de libre circulación de datos en la Unión Europea y de la protección de derechos fundamentales.

Por todo ello, la inclusión de este artículo en el nuevo Código Deontológico es necesaria y viene planteada con criterios de proporcionalidad y adecuación a los fines perseguidos, pues permite alinear la práctica enfermera con la normativa en materia de actualización de competencias, protección de datos y seguridad de la información, al tiempo que asegura la coherencia con las políticas públicas de digitalización sanitaria en España y con la estrategia europea de gestión de datos en salud. De este modo, se dota a la enfermera de

³⁷⁹ Ministerio de Sanidad. Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

un marco que garantiza la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la confianza en el uso de tecnologías digitales en la atención sanitaria.

Artículo 92. IMAGEN PROFESIONAL Y REDES SOCIALES

Este artículo se fundamenta en la necesidad de garantizar que la actuación de la enfermera en entornos digitales respete los derechos fundamentales de intimidad, honor e imagen, preservando la confianza de la ciudadanía en la profesión.

- **Ley 41/2002 (LAP)** reconoce el derecho a la confidencialidad de la información clínica.
- **Ley 44/2003 (LOPS)** impone a los profesionales sanitarios la obligación de mantener la dignidad e integridad de la profesión, lo que alcanza también a su conducta en redes sociales.
- **El Código Penal³⁸⁰**: El art. 197 refuerza esta protección al tipificar como delito la revelación de secretos sin consentimiento, con especial protección para los datos de salud.
- **Reglamento General de Protección de Datos (RGPD, 2016/679)** y la **Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD)** exigen consentimiento expreso, informado y documentado para el uso y difusión de datos personales o imágenes de pacientes, lo que convierte en imprescindible el uso responsable de las redes sociales en el ejercicio profesional.

Este artículo también refleja lo establecido en el CIE³⁸¹, que en su artículo 1.5 refiere que” *las enfermeras respetan la privacidad y confidencialidad de los colegas y personas que requieren cuidados y defienden la integridad de la profesión enfermera en todos los medios de comunicación, en particular en las redes sociales*”.

Por todo ello, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar durante el uso de las redes sociales, ya que hasta ahora en el Código³⁸² no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

Artículo 93. INTEGRACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La progresiva incorporación de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito sanitario plantea la necesidad de dotar a la enfermera de un marco ético, jurídico y deontológico que oriente su uso. Por ello, la inclusión de este artículo en el Código Deontológico adquiere una relevancia especial porque garantiza que la aplicación de la IA en la práctica clínica se lleve a cabo bajo parámetros de seguridad, responsabilidad y respeto a los derechos fundamentales de los pacientes. Permite integrar en la práctica profesional los principios

³⁸⁰ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281, de 24/11/1995

³⁸¹ Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Ética del CIE para las enfermeras. Revisado en 202

³⁸² Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

recogidos en el Libro Blanco de la UE sobre IA, en el reglamento de IA y en los códigos de buenas prácticas europeos, así como en la normativa nacional sobre autonomía del paciente y protección de datos. Este respaldo normativo asegura que la enfermera incorpore la IA de manera ética, segura y transparente, fortaleciendo la confianza de los pacientes en la profesión y garantizando que la tecnología sea siempre un medio al servicio del cuidado humano, nunca un sustituto de la responsabilidad profesional.

La regulación europea constituye la base fundamental para justificar la necesidad de este artículo.

- **Comisión Europea**³⁸³: el Libro Blanco sobre Inteligencia Artificial marcó la hoja de ruta en esta materia, identificando la sanidad como un sector prioritario y de alto impacto social, consolidándose con normativas posteriores.
- **Reglamento Europeo de Inteligencia Artificial (AI Act, 2024)**, que clasifica la IA aplicada a la salud como sistema de alto riesgo. De este modo, impone obligaciones estrictas en materia de transparencia, supervisión humana, gestión de sesgos y evaluaciones de impacto en derechos fundamentales, asegurando que la decisión clínica final siempre dependa del juicio profesional del personal sanitario.
- La **Comisión Europea**, de forma complementaria, en 2025 aprobó el código de buenas prácticas para modelos de IA de propósito general³⁸⁴, cuyo objetivo es guiar a los proveedores y usuarios hacia un desarrollo seguro y responsable de la IA. Este código, de carácter voluntario pero supervisado por la Oficina Europea de Inteligencia Artificial, junto a otras recomendaciones de distintas organizaciones³⁸⁵, establecen pautas sobre aspectos vinculados al trabajo en contextos digitales con IA.
- La **Ley 41/2002, (LAP)** obliga a garantizar información clara, veraz y comprensible a la persona atendida, lo que se traduce en la necesidad de explicar de forma inteligible el uso de sistemas de IA en la práctica asistencial.
- El **Reglamento General de Protección de Datos**³⁸⁶ (UE) 2016/679 y la LOPDGDD 3/2018 imponen obligaciones adicionales en el tratamiento automatizado de datos de salud, considerados de especial sensibilidad. Estas normas aseguran que el

³⁸³ Comisión Europea. Libro blanco sobre la inteligencia artificial - un enfoque europeo orientado a la excelencia y la confianza. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0065>

³⁸⁴ El Código de buenas prácticas de IA de uso general. Disponible en: [The General-Purpose AI Code of Practice | Shaping Europe's digital future](https://www.european-council.europa.eu/media/assets/4/4F/2024/06/24_The_General-Purpose_AI_Code_of_Practice_-_Shaping_Europe's_digital_future.pdf)

³⁸⁵ OMS. Ética y gobernanza de la inteligencia artificial para la salud: Orientación sobre grandes modelos multimodales. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759>

³⁸⁶ Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial y por el que se modifican los Reglamentos (CE) n° 300/2008, (UE) n° 167/2013, (UE) n° 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 y (UE) 2019/2144 y las Directivas 2014/90/UE, (UE) 2016/797 y (UE) 2020/1828 (Reglamento de Inteligencia Artificial). DOUE núm. 1689, de 12 de julio de 2024,

empleo de algoritmos no comprometa la privacidad ni los derechos fundamentales de las personas.

Por todo ello, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar en la integración de la IA en la práctica clínica, ya que hasta ahora en el Código³⁸⁷ no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

1.4.8. PERITAJE EN ENFERMERÍA: ART 94

El peritaje en enfermería debe ejercerse bajo los principios de competencia, independencia, imparcialidad y responsabilidad, que constituyen pilares fundamentales tanto en el proceso judicial como en el ámbito deontológico.

- **La Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC)**
 - Artículo 335 regula la figura del perito como experto que aporta conocimiento técnico a los órganos jurisdiccionales.
 - Artículo 343 exige que actúe con objetividad e imparcialidad, garantizando la transparencia del proceso y la fiabilidad de la prueba pericial.

- **Ley 44/2003, (LOPS)**, en su artículo 4, establece que los profesionales sanitarios deben actuar conforme a su competencia y formación acreditada. En consecuencia, la enfermera perito solo debe aceptar aquellos encargos para los que disponga de la capacitación científica y la experiencia adecuada, siempre respetando la *lex artis*.

- **El Código Penal** (art. 461) tipifica como delito la emisión de informes periciales falsos o realizados con dolo, reforzando el deber de veracidad en este tipo de actuaciones. Asimismo, la incompatibilidad de intervenir como perito cuando previamente se ha prestado asistencia directa en el caso responde al principio de imparcialidad y a la prevención de conflictos de interés, en línea con la doctrina del Tribunal Supremo y los principios deontológicos básicos.

- **CIE:** establece que la enfermera debe actuar con integridad, objetividad y transparencia en los procesos legales, reforzando la responsabilidad profesional en el ejercicio del peritaje.

La figura del perito judicial se encuentra regulada en las leyes procesales civil penal. Según se indica en el artículo 340.1 de la **Ley de Enjuiciamiento Civil**, modificado por el art 22.5 de la **Ley Orgánica 1/2025**, de 2 de enero, que entró en vigor el 3 de abril de 2025, los peritos son profesionales que *“deberán poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen y a la naturaleza de este y ser acreditados expertos en la materia”* y, *“en el caso de que se trate de materias que no estén comprendidas en títulos profesionales oficiales, habrán de ser nombrados entre personas entendidas en dichas materias”*.

³⁸⁷ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

Por todo ello, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar en torno al ejercicio del peritaje de la valoración del cuidado en enfermería, ya que hasta ahora en el Código³⁸⁸ no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

1.4.9. CORPORACIÓN COLEGIAL: ART 95-97

Artículo 95. COLEGIACIÓN Y COMPARECENCIA

La colegiación constituye un requisito legal indispensable para el ejercicio de la enfermería en España. La obligación de la colegiación para el ejercicio de las profesiones sanitarias, al estar en juego valores como la seguridad de los pacientes y la protección de la salud y de la propia vida, ya venía establecida desde la Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional (base 34^a). Esta norma no ha sido nunca derogada en este concreto aspecto.

- **Ley 2/1974, de Colegios Profesionales:** el artículo 3.2 establece la obligatoriedad de estar colegiado conforme a Ley estatal, como garantía de calidad, control y seguridad en la prestación de servicios profesionales.
- **Real Decreto 1231/2001:** en sus artículos 7 y 52 confirma la obligatoriedad de la pertenencia colegial, independientemente de que la actividad se desarrolle en el sector público o privado.
- **Directiva 2005/36/CE,** relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, subraya la importancia de los colegios profesionales como garantes de un ejercicio adecuado y supervisado de las profesiones sanitarias. De este modo, la colegiación no solo cumple una función de control, sino que también contribuye a reforzar la confianza de la ciudadanía en la profesión enfermera.

La colegiación obligatoria de las enfermeras persigue un fin válido y constitucionalmente protegido en defensa de la salud de la población y de la calidad de la atención sanitaria, por medio de estándares, protocolos y guías como elementos de la práctica profesional. La colegiación obligatoria se configura de este modo como una medida idónea para alcanzar ese fin, dado que por medio de ella se supervisa y controla que la práctica sea adecuada al fin perseguido, formando a los profesionales y sancionando las conductas que se apartan de dichos estándares.

El beneficio que este requisito aporta en el caso de las profesiones sanitarias, como garantía de la seguridad y la salud de las personas, ante actuaciones que pueden comprometer incluso la propia vida, supera con creces las alternativas que ofrece su supresión, pues en este último caso, desaparecerían los controles y los medios que permiten garantizar esa atención sanitaria de calidad.

En todo caso, la medida resulta más que proporcionada por el alto grado de protección que reclaman derechos fundamentales como la vida y la seguridad personal y la salud

³⁸⁸ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

Por otro lado, la comparecencia ante los órganos colegiales responde a un deber de colaboración institucional, enmarcado en el principio de transparencia recogido en el artículo 9 de la Ley 19/2013, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, y complementado con la obligación de cumplir los estatutos y acuerdos de las corporaciones profesionales, conforme al artículo 10 del RD 1231/2001.

Artículo 96. ACREDITACIÓN PROFESIONAL

El deber de acreditar la formación y las titulaciones profesionales se fundamenta en varias normativas como:

- **Ley 44/2003 (LOPS³⁸⁹)**: el artículo 4.5 que establece que los profesionales deben ejercer conforme a las competencias que acrediten su formación y cualificación.
- **Real Decreto 1837/2008³⁹⁰**, que incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales, regula los requisitos para el ejercicio de las profesiones sanitarias y refuerza la necesidad de acreditar tanto titulaciones como especializaciones.
- **Real Decreto 450/2005³⁹¹** donde se regulan las especialidades de enfermería.
 - Artículo 1 los requisitos para poder ejercer como enfermero especialista: *“El título de Enfermero Especialista, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado y será necesario para utilizar de modo expreso la denominación de Enfermero Especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados”*.
 - En el artículo 2 se contemplan las 7 especialidades reconocidas:
 - a) Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
 - b) Enfermería de Salud Mental.
 - c) Enfermería Geriátrica.
 - d) Enfermería del Trabajo.
 - e) Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
 - f) Enfermería Familiar y Comunitaria.
 - g) Enfermería Pediátrica.
 - Y se refiere que *corresponde al Gobierno, a propuesta de los Ministros de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previos los informes de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, la creación, cambio de denominación o*

³⁸⁹ Ley Ordenación de las Profesiones Sanitarias

³⁹⁰ Real Decreto 1837/2008, sobre reconocimiento de cualificaciones profesionales

³⁹¹ Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE 108.

supresión de las especialidades que el progreso científico y tecnológico aconseje, de acuerdo con las necesidades sociales y de salud.

No obstante, desde la aprobación del Decreto se han desarrollado casi todas las especialidades salvo enfermería de cuidados médico-quirúrgicos, siendo clave que la enfermera que tiene la especialidad y vaya a ocupar cargos específicos, acredite las titulaciones y certificaciones exigidas que avalen su ejercicio profesional para el ámbito correspondiente.

- La **Ley 44/2003 (LOPS)**, en sus artículos 4.6. y 8.3. reconoce este deber directamente vinculado al principio de seguridad del paciente, garantizando que los cuidados e intervenciones sean realizados únicamente por profesionales debidamente capacitados y que cuenten con los conocimientos adecuadamente actualizados. Ambos elementos se garantizan por medio de la acreditación regular de la competencia.
- La **Ley 41/2002 (LAP)**³⁹² subraya la obligación de asegurar una atención segura y de calidad.
- La **Ley 16/2003**, en su artículo 34, prevé que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales sanitarios deberán orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.
- **OMS** en su *Global Strategy on Human Resources for Health*³⁹³ (2016), ha destacado que la acreditación y la certificación profesional son elementos clave para fortalecer la calidad asistencial y la confianza de los ciudadanos en los sistemas sanitarios.

Por todo ello, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben asegurar en torno a la acreditación profesional para el ejercicio asistencial correspondiente, ya que hasta ahora en el Código³⁹⁴ no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

Artículo 97. PARTICIPACIÓN EN ÓRGANOS COLEGIALES

La participación en órganos colegiales debe regirse por los principios de confidencialidad, imparcialidad y responsabilidad, valores esenciales para garantizar la confianza institucional y la correcta representación del colectivo enfermero.

- **Ley Orgánica 3/2018**, (LOPDGDD), en su artículo 5, establece el deber de confidencialidad para quienes acceden a información sensible, lo que resulta plenamente aplicable a quienes desempeñan cargos directivos o de representación en las corporaciones colegiales.

³⁹² Ley 41/2002 de Autonomía del paciente.

³⁹³ Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization 2016 <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>

³⁹⁴ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

- **Real Decreto 1231/2001**, establece el régimen general de los Colegios de Enfermería y de sus cargos colegiales, lo que se regula de forma específica en los Estatutos particulares de cada Colegio y Consejo Autonómico de Enfermería.

La participación de la enfermera en órganos colegiales queda contemplada desde el origen del Código Deontológico³⁹⁵ en las normas adicionales. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar, para poder incluir un articulado que lo recoja de forma específica, siendo las medidas incorporadas, necesarias, adecuadas y proporcionales.

- **Tercera:** Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.
- **Cuarta:** Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial, que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.
- **Quinta:** Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.
- **Sexta:** Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno u otros órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejo Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial. En consecuencia, y a tenor del artículo 57.a) y c) y 58.a) del R.D. 1856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

1.4.10. HONORARIOS: ART 98-99

Artículo 98. FIJACIÓN DE HONORARIOS

La fijación de honorarios en el ejercicio de la enfermería tiene su fundamento en los principios de dignidad profesional, proporcionalidad e integridad, evitando cualquier práctica abusiva o contraria a la deontología.

- **Ley 2/1974, de Colegios Profesionales:**
 - Artículo 14: prohíbe expresamente que los Colegios Profesionales puedan recomendar baremos orientativos de honorarios, garantizando así la plena

³⁹⁵ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

libertad de los profesionales para establecer sus retribuciones sin condicionamientos colectivos.

- Artículo 3: fija los fines esenciales de las corporaciones colegiales, entre los que se incluyen la defensa de los intereses de los colegiados y la protección de los consumidores y usuarios de los servicios profesionales. Este mandato implica que los honorarios, aun siendo libres, no pueden imponerse de manera abusiva, debiendo ajustarse a criterios de proporcionalidad y justicia.

De este modo, la normativa vigente asegura un equilibrio:

- Por un lado, se respeta la libertad individual del profesional en la fijación de sus honorarios.
- Por otro, se garantiza la protección de los usuarios y de la profesión frente a abusos, reforzando la confianza en el ejercicio profesional.

En consecuencia, cualquier referencia a honorarios “dignos, justos y proporcionados” no debe interpretarse como una limitación a la libre competencia, sino como una concreción del mandato legal de evitar abusos y proteger tanto a los profesionales como a los pacientes y usuarios, en coherencia con el artículo 17 de la Ley 2/1974.

La percepción de comisiones, pagos por actos no realizados o derivaciones con fines lucrativos puede constituir un acto ilícito penal, en particular los delitos de administración desleal o apropiación indebida tipificados en los artículos 252 y 253 del Código Penal. Del mismo modo, la aceptación de regalos, fondos o pagos en especie que puedan condicionar la praxis está regulada por la Ley 19/2013, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, que fija límites claros en materia de ética pública y prevención de la corrupción. Obliga a actuar con integridad, lo que implica rechazar contraprestaciones indebidas o beneficios que puedan comprometer la objetividad del profesional.

- **Ley 53/1984, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas:** regula la prevención de conflictos de interés y la exigencia de objetividad e independencia que puedan comprometer la imparcialidad en el ejercicio profesional.”

En el plano internacional, la OCDE, a través de sus Principios de Integridad Pública (2017), establece que los profesionales deben rechazar toda forma de soborno o beneficio indebido, reforzando la obligación ética de independencia y transparencia en la fijación de honorarios.

Por todo ello, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben integrar para el ejercicio de su praxis profesional, ya que hasta ahora en el Código³⁹⁶ no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

³⁹⁶ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

Artículo 99. COMPETENCIA DESLEAL

La prohibición de la competencia desleal en el ejercicio profesional de la enfermería se encuentra regulada en la Ley 3/1991, de Competencia Desleal³⁹⁷, que tipifica como ilícitas conductas tales como la publicidad engañosa, el descrédito profesional o la captación desleal de clientela.

Desde una perspectiva ética, el CIE subraya que las relaciones entre profesionales deben basarse en la confianza, el respeto mutuo y la transparencia, evitando cualquier conducta que desprestigie la profesión, vulnere la autonomía del paciente o genere un perjuicio injustificado a colegas y otros profesionales de la salud.

La competencia desleal queda contemplada desde el origen del Código Deontológico. Sin embargo, se ha considerado necesario revisar, actualizar y ampliar conforme a la normativa vigente, siendo las medidas contempladas, necesarias, adecuadas y proporcionales.

1.5 LA ENFERMERA Y LA SALUD GLOBAL: ARTÍCULOS 100-108

La incorporación de los artículos 100 al 108 en el nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española se fundamenta no solo en principios éticos, sino también en la normativa nacional e internacional que regula la práctica profesional, la sostenibilidad y la protección de la salud pública. Estos artículos garantizan que la actuación enfermera se mantenga alineada con los compromisos sociales, ambientales y regulatorios establecidos por organismos nacionales e internacionales, fortaleciendo la transparencia y la confianza en el sistema sanitario.

Asimismo, aseguran que el ejercicio profesional se desarrolle en coherencia con la legislación española en materia de salud pública, medio ambiente y ordenación profesional; con los compromisos internacionales adquiridos a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Unión Europea (UE); y con los principios de sostenibilidad, equidad y ética profesional recogidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Organización Mundial para la Sanidad Animal (OMSA) el concepto de “Una sola salud” por el que la salud humana y la salud animal son interdependientes y están ligadas a la salud de los ecosistemas en los que existen. Se concibe e implementa como un enfoque global colaborativo para comprender los riesgos para la salud humana y animal y la salud del ecosistema en su conjunto.³⁹⁸

Por consiguiente, su inclusión en el Código se considera adecuada y proporcionada a los fines que persiguen, pues no solo refuerza una práctica ética, responsable y socialmente comprometida, sino que también responde a las exigencias normativas actuales, aportando legitimidad y fortaleciendo la confianza en la profesión enfermera ante la sociedad, las instituciones sanitarias y los organismos reguladores.

³⁹⁷ Ley 3/1991, de Competencia Desleal. BOE nº10 (11/01/1991).

³⁹⁸ Organización Mundial de Sanidad Animal. Una sola salud. Disponible en: <https://www.woah.org/es/que-hacemos/iniciativas-mundiales/una-sola-salud/>

1.5.1. MEDIO AMBIENTE, DESARROLLO SOSTENIBLE Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS: ART 100

Artículo 100. Salud Global, Medio Ambiente y Sostenibilidad

Fortalece la conciencia profesional de la enfermera respecto a su responsabilidad de impulsar prácticas sostenibles y ambientalmente responsables.

- **El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea³⁹⁹:**
 - Art. 11: señala que las exigencias de la protección del medio ambiente deberán integrarse en la definición y en la realización de las políticas y acciones de la Unión, en particular con objeto de fomentar un desarrollo sostenible
 - Art. 191. Resuelve que la política de la Unión en el ámbito del medio ambiente contribuirá a alcanzar, entre otros objetivos, la protección de la salud de las personas
- **Constitución Española:**
 - Art. 45 Reconoce el derecho a disfrutar de un medio ambiente saludable y admiten la influencia que el medio externo juega en el estado de salud de la población y, en alguna medida, reflejan la interacción del ser humano con su entorno:
 - ✓ “1. Todos tienen el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo.
 - ✓ Los poderes públicos velarán por la utilización racional de todos los recursos naturales, con el fin de proteger y mejorar la calidad de la vida y defender y restaurar el medio ambiente, apoyándose en la indispensable solidaridad colectiva.
 - ✓ Para quienes violen lo dispuesto en el apartado anterior, en los términos que la ley fije se establecerán sanciones penales o, en su caso, administrativas, así como la obligación de reparar el daño causado”.
 - El artículo 43.1: Reconoce el derecho a la protección de la salud.
- La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** (LGS) a las funciones preventivas tradicionales, suma entre otras, actuaciones sanitarias relativas al medio ambiente.
- **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública:** incluye el principio de “salud en todas las políticas” y la sostenibilidad como eje transversal.
- **Ley 26/2007, de Responsabilidad Medioambiental:** obliga a prevenir y reparar daños medioambientales.
- **Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados** para una economía circular.

³⁹⁹ El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00047-00199.pdf>

- **Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, especialmente el ODS 3 relativo a la Salud y el Bienestar.
- **Plan Estratégico Salud y Medio Ambiente 2022-2026** (Ministerio Sanidad, 2022)⁴⁰⁰, fija como objetivo principal el promover entornos ambientales que mejoren la salud de la población y reduzcan los riesgos asociados a la exposición a factores ambientales, así como afrontar los desafíos del cambio climático. Este Plan adopta estrategias para un SNS resiliente al cambio climático.
- **El Código Deontológico del CIE** (2021), en su punto 4 habla de la salud global y enfermería y reconoce la responsabilidad de la enfermería con la sostenibilidad ambiental y el impacto social

Por todo ello, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben integrar para el ejercicio de su praxis profesional en torno al medio ambiente y desarrollo sostenible, ya que hasta ahora en el Código⁴⁰¹ no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

1.5.2. SALUD PÚBLICA Y RELACIÓN CON LA COMUNIDAD: ART 101-104

Estos artículos sensibilizan y promueven la conciencia profesional sobre la educación, la vigilancia epidemiológica, la inmunización y el trabajo comunitario como pilares de la enfermería en salud pública.

- **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea**⁴⁰² El artículo 35 de la en cuanto a la protección de la salud, reconoce que “Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana”.
- El **Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea**, en el art. 168 dispone que al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana. La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

⁴⁰⁰ Plan Estratégico Salud y Medio Ambiente 2022-2026 (Ministerio Sanidad, 2022). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/pesma/docs/241121_PESMA.pdf

⁴⁰¹ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

⁴⁰² Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>

- La **CE** dispuso en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, encomendando para ello a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS)**
 - Art. 3.1 *Dispone que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”*
 - Art. 6.1. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias se orientan, entre otras, a la promoción de la salud.
 - Art 18. Las Administraciones Públicas, mediante sus Servicios de Salud y Órganos competentes en cada caso, desarrollarán actuaciones específicas.
 - Art 18.1: La adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria
 - Art 18.2: La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad
 - Art 18.14: La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género
- **Ley 33/2011, General de Salud Pública:** artículos 2 y 3, sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica.
- **Real Decreto 2210/1995**, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).
- **Ley 41/2002**, (LAP), en relación con la información y el consentimiento en programas de salud.
- **Reglamento (UE) 2021/522** por el que se establece un programa de acción de la Unión Europea en el ámbito de la salud (programa UEproSalud) para el período 2021-2027⁴⁰³, entre los diez objetivos específicos se manifiesta que, para mejorar y fomentar la salud en la UE, el programa apoyará: la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
- **La Ley 44/2003**, (LOPS) en el art. 7.2a) regula que corresponde a los Diplomados universitarios (hoy graduados) en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y

⁴⁰³ Reglamento (UE) 2021/522 por el que se establece un programa de acción de la Unión Europea en el ámbito de la salud (programa UEproSalud) para el período 2021-2027 y por el que se deroga el Reglamento (UE) nº 282/2014. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2021-80392>

recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

- **Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (LCCSNS),
 - Art 11.1: determina *las prestaciones de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales*
 - Art 11.2. *Las prestaciones de salud pública comprenden las siguientes actuaciones: a) La información y la vigilancia en salud pública y los sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante emergencias en salud pública.*
- **Plan Estratégico de Vacunación** del Ministerio de Sanidad y Calendario Vacunal Común de España (2025).
- **Plan Estratégico Salud y Medio Ambiente 2022-2026** (Ministerio Sanidad, 2022)⁴⁰⁴ señala que una de las principales funciones de los sistemas de salud debe ser aportar información a toda la población sobre los posibles efectos adversos para la salud, así como capacitarla y dotarla de competencias y herramientas para actuar frente a ellos. A tenor de lo cual, todos los recursos empleados para la concientización y sensibilización de la población, especialmente en sectores desfavorecidos social y económicamente, perseguirán el objetivo de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a factores ambientales. Esta inversión en educación también se debería extender a profesionales sanitarios, y no solo a la población.
- **Código Deontológico del CIE:** la enfermería debe liderar actividades de promoción y prevención en la comunidad. (Artículo 1.9; Artículo 1.6; Artículo 4.5; Artículo 4.7)

El reconocimiento a la importancia de la salud pública y la relación con la comunidad de la enfermera queda contemplado desde el origen del Código⁴⁰⁵. No obstante, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben integrar para el ejercicio de su praxis profesional, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

1.5.3. GESTIÓN Y POLÍTICA SANITARIA: ART 105-108

Estos artículos consolidan la responsabilidad de las enfermeras en participar activamente en la toma de decisiones, en la gestión eficiente de los recursos y en la formulación de políticas de salud, garantizando que dichos procesos se orienten por criterios de eficiencia, equidad y rigor ético.

⁴⁰⁴ Plan Estratégico Salud y Medio Ambiente 2022-2026 (Ministerio Sanidad, 2022). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/pesma/docs/241121_PESMA.pdf

⁴⁰⁵ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989

- **Ley 44/2003, (LOPS):** establece la obligación de que los profesionales participen en la planificación, gestión y evaluación de los servicios sanitarios.
- **Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad** del SNS: promueve la equidad y la participación profesional en la gestión.
- La **OMS** en el documento “Situación de la Enfermería en el mundo 2020”⁴⁰⁶, insta a los gobiernos y a todas las partes interesadas pertinentes propone:
 - *invertir en la aceleración intensiva de la educación en enfermería — profesorado, infraestructuras y estudiantes— con el fin de atender las necesidades mundiales, cubrir la demanda nacional y responder a tecnologías que evolucionan constantemente y a modelos avanzados de atención sociosanitaria integrada;*
 - Así reconoce que el personal de enfermería es crucial para cumplir la promesa de «no dejar a nadie rezagado» y el afán conjunto por lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Su contribución es decisiva para lograr, entre otras, las metas nacionales y mundiales relacionadas con una serie de prioridades sanitarias, por ejemplo, la cobertura sanitaria universal, la salud mental y las enfermedades no transmisibles, la preparación y respuesta ante emergencias, la seguridad del paciente y la prestación de atención integrada centrada en la persona.
- **Código Deontológico del CIE**⁴⁰⁷: reconoce la responsabilidad de las enfermeras en la gestión eficiente de recursos y en la participación en políticas de salud (artículos 3.1; 3.7; 4.3; 4.5)
- La **RNAO**⁴⁰⁸ en un esfuerzo por acercar la evidencia a la práctica clínica, y reconocer a centros comprometidos con la excelencia en cuidados, publica Guías de Buenas Prácticas en Enfermería. En su propuesta en la consecución de entornos laborales saludables se halla la “Guía para un Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería”⁴⁰⁹.
- El Marco de Competencias de Enfermeras y Enfermeros Gestores y Líderes en Cuidados de Salud. Documento de trabajo Noviembre, 2023 reconoce en el Prólogo a las enfermeras, como actores fundamentales del Sistema Sanitario, debemos contribuir también desde la gestión a la construcción de una nueva realidad, dando respuestas profesionales basadas en las buenas prácticas contrastadas y en la evidencia científica, a la transformación del modelo de sociedad y a las nuevas

⁴⁰⁶ La OMS en el documento “Situación de la Enfermería en el mundo 2020”. OMS. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>

⁴⁰⁷ Código de Ética del CIE para las Enfermeras. Consejo Internacional de Enfermeras. 2021.

⁴⁰⁸ La *Registered Nurses’ Association of Ontario* (RNAO). Disponible en: <https://www.bpsos.es/>

⁴⁰⁹ “Guía para un Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería”. RNAO. Disponible en: https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/01/D0033_Desarrollo_y_mantenimiento_del_liderazgo_en_enfermeria_2006.pdf

realidades sociales, donde las necesidades de los ciudadanos y sus derechos sociales junto con el imprescindible desarrollo del Sistema Sanitario sean los objetivos fundamentales.

- La definición más amplia de enfermera, la proporciona el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁴¹⁰, el cual establece que es la ciencia que engloba todos los cuidados que se dan a las personas de cualquier edad, familias, grupos y comunidades, ya estén enfermos o sanos, dentro de cualquier contexto. Es la disciplina de la promoción sanitaria, la prevención de enfermedades y los cuidados a personas con problemas de salud o con discapacidad. Las funciones principales de la profesión son cuidar, formar y formarse, investigar y participar en la gestión y en la política de la salud.
- **DEFINICIÓN RAE.** Se modificó marzo-abril 2025 actualización 23.8 diccionario de la lengua española. Persona legamente autorizada para ejercer la enfermería.

Artículo 108. Defensa de la Profesión

Este artículo refuerza el compromiso de las enfermeras con la visibilidad de la profesión y el desarrollo profesional, al tiempo que defiende su bienestar y el acceso a condiciones laborales dignas y seguras.

- **Real Decreto 1231/2001**, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería (BOE, núm. 269, de 09/11/2001).
- **Ley 44/2003 (LOPS)**: reconoce el derecho al desarrollo profesional y la formación continua.
- **Ley 55/2003, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud**: regula condiciones laborales y derechos profesionales.
- **Convenio 149 de la OIT** sobre el personal de enfermería (ratificado por España en 1982): garantiza condiciones de trabajo dignas y desarrollo profesional.
- **Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.**
- **Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales en la Unión Europea** (sección 3)
- La **OMS**⁴¹¹ en el documento “Situación de la Enfermería en el mundo 2020”. insta a los gobiernos y a todas las partes interesadas pertinentes a, entre otras acciones a:

⁴¹⁰ Consejo Internacional de Enfermería. Definición de enfermera. Recuperado 31 de mayo 2021 de <https://www.icn.ch/es/politicadeenfermeria/definiciones>

⁴¹¹ OMS. (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>)

- Fortalecer el liderazgo de los profesionales de la enfermería —tanto los líderes actuales como los futuros— a fin de garantizar que los enfermeros y enfermeras tengan una función influyente en la formulación de normas del ámbito de la salud y en la adopción de decisiones, y contribuyan a la eficacia de los sistemas de atención sociosanitaria.
- **Código Deontológico del CIE:** refuerza el deber de la enfermera de promover la visibilidad y el liderazgo de la profesión. (art. 2.4; 2.6; 3.1; 3.4).
- La **RNAO**, sugiere la “Guía de Prevención y gestión de la violencia en el lugar de trabajo”.⁴¹²

Por todo ello, se ha considerado necesario incluir de forma detallada aspectos claves que las enfermeras deben integrar para el ejercicio de su praxis profesional en torno a la gestión y política sanitaria, ya que hasta ahora en el Código⁴¹³ no se contemplaba, siendo las medidas incorporadas adecuadas y proporcionales.

⁴¹²“Guía de Prevención y gestión de la violencia en el lugar de trabajo”. RNAO. https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/01/D0035_Prevencion_y_gestion_de_la_violencia_en_el_lugar_de_trabajo_2009.pdf

⁴¹³ Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989