

De la ética a la bioética

en las ciencias de la salud



Cita este libro

Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). (2020). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Palabras Clave / Keywords

Ética, bioética, ética médica, autonomía profesional, autonomía personal.

Ethics, bioethics, medical ethics, professional autonomy, personal autonomy.

Contenido relacionado:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

De la ética a la bioética

en las ciencias de la salud

Myriam Bermeo de Rubio
Ivanoba Pardo Herrera

Editoras científicas



EDITORIAL

De la ética a la bioética en las ciencias de la salud / Myriam Bermeo de Rubio, Ivanoba Pardo Herrera [y otros] -- Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali, 2020.

342 páginas; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-958-5147-73-7

ISBN DIGITAL: 978-958-5147-74-4

1. Ética y moral 2. Bioética 3. Ética de mínimos 4. Comunicación del conocimiento. 5. Sociedad del conocimiento I. Myriam Bermeo de Rubio. Universidad Santiago de Cali. Facultad de Salud.

LCC W50

CO-CaUSC

JRGB/2021



EDITORIAL

De la ética a la bioética en las ciencias de la salud.

© Universidad Santiago de Cali.

© **Editoras científicas:** Myriam Bermeo de Rubio e Ivanoba Pardo Herrera.

© **Autores:** Myriam Bermeo de Rubio. Mariela Sánchez Rodríguez. José Eliécer Echeverri López. Luis Armando Muñoz Joven. Alba Lineth Mena Romaña. Claudia Patricia Quiroga Vásquez. Yeny Mabel Lara Parra. Oscar David Rubio Bermeo. Sandra González González. Ivanoba Pardo Herrera. Rosa Nury Zambrano Bermeo. Sonia Muñoz Fernández. Diana Yasmín Perafán González. Gloria Lizarralde. María del Carmen Martínez. Luzora Mondragón Joaqui. Catalina Estrada González. Stephanye Carrillo González. Beatriz Alejandra Maldonado Rincón. Freiser Cruz Mosquera. Anisbed Naranjo Rojas. Sandra Patricia Moreno Reyes.

1a. Edición 100 ejemplares.

Cali, Colombia-2020.

Fondo Editorial / University Press Team

Carlos Andrés Pérez Galindo

Rector

Claudia Liliana Zúñiga Cañón

Directora General de Investigaciones

Edward Javier Ordóñez

Editor en Jefe

Comité Editorial / Editorial Board

Claudia Liliana Zúñiga Cañón

Doris Lilia Andrade Agudelo

Edward Javier Ordóñez

Alba Rocío Corrales Ducuara

Santiago Vega Guerrero

Milton Orlando Sarria Paja

Mónica Carrillo Salazar

Sandro Javier Buitrago Parias

Claudia Fernanda Giraldo Jiménez

Proceso de arbitraje doble ciego:

“Double blind” peer-review.

Recepción/Submission:

Octubre (October) 2019.

Evaluación de contenidos

/Peer-review outcome:

Febrero (February) 2020.

Aprobación/Acceptance:

Abril (April) 2020.



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Agradecimientos

Acknowledgments

Las editoras científicas hacen un reconocimiento y expresan su gratitud a cada uno de los autores/as que con responsabilidad y compromiso aportaron su saber respecto a esta temática de la ética y bioética y hacen posible esta publicación. En los escritos se evidencia que sus aportes se derivan de sus estudios, de sus lecturas, de su experiencia, de sus relaciones dialógicas en la práctica académica de sus saberes y en su trayectoria como docentes en Educación Superior.

De igual manera gratitud a la Universidad Santiago de Cali, por el interés para que los docentes investigadores generen nuevo conocimiento, sin el cual no hubiese sido posible el reto de compilar escritos de compañeros, colegas que desde investigaciones llevan a hacer posible la publicación. La realización del presente libro, resultado de investigación, parte del interés de docentes investigadores de las diversas disciplinas en salud que desean plantear desde la hermenéutica el ser de la ética y su aplicación en la bioética. Con la compilación de estos escritos se demuestra que el trabajo interdisciplinario permite la construcción de nuevos conocimientos por medio de la investigación, y en el caso particular del presente libro, se reflexiona sobre el cumplimiento de la ética, la moral de los profesionales de la salud en busca del respeto por la integralidad del ser humano.

No se puede dejar de lado, agradecer a colegas que se tomaron el tiempo para la revisión del manuscrito y realizaron valiosos aportes.

Con reconocimiento y gratitud.

Dedicatoria

Dedicatory

Cada uno de estos capítulos va dedicado por los autores/as a profesionales hombres y mujeres que quieren profundizar en la temática del libro: ética y bioética en las diversas disciplinas para conocer, cumplir y respetar a cabalidad los códigos y la normatividad en espacios en los que a cada uno le corresponde su accionar, y a quienes en una u otra orilla cumplen con sus deberes y defienden sus derechos en pro de la dignidad humana.

Contenido

15 | Prefacio

19 | Introducción

25 | Capítulo 1
Generalidades de la ética a la bioética

Myriam Bermeo de Rubio, *Universidad Santiago de Cali*
Mariela Sánchez Rodríguez, *Universidad Santiago de Cali*
José Eliécer Echeverri López, *Profesional independiente*

55 | Capítulo 2
La ética y su relación con la comunicación científica

Luis Armando Muñoz Joven, *Universidad Santiago de Cali*

75 | Capítulo 3
Elementos de responsabilidad ética en la historia de la medicina

Alba Lineth Mena Romaña, *Universidad Santiago de Cali*
Myriam Bermeo de Rubio, *Universidad Santiago de Cali*

105 | Capítulo 4
Ética y bioética en la seguridad del paciente

Claudia Patricia Quiroga Vásquez, *Universidad Santiago de Cali*
Yeny Mabel Lara Parra, *Universidad Santiago de Cali*

129 | Capítulo 5
Ética y bioética en Medicina

Oscar David Rubio Bermeo, *Fundación Cardiovascular de Colombia*
Sandra González González, *Complejo Médico Hospital Internacional*

157 | Capítulo 6
Ética y bioética en Odontología

Myriam Bermeo de Rubio, *Universidad Santiago de Cali*
Ivanoba Pardo Herrera, *Fundación Ana Herrera de Pardo-Fahepa*

175 | Capítulo 7
Ética y bioética en Enfermería

Rosa Nury Zambrano Bermeo, *Universidad Santiago de Cali*

- 195** | *Capítulo 8*
Ética y bioética en Fisioterapia
Sonia Muñoz Fernández, *Universidad del Valle*
Diana Yasmín Perafán González, *Universidad Santiago de Cali*
- 227** | *Capítulo 9*
Ética y bioética en Fonoaudiología
Gloria Stella Lizarralde Gómez, *Universidad Santiago de Cali*
- 259** | *Capítulo 10*
Ética y bioética en Psicología
María del Carmen Martínez Cardona, *Universidad Santiago de Cali*
Luzora Mondragón Joaqui, *Universidad Santiago de Cali*
- 277** | *Capítulo 11*
Ética y bioética en Instrumentación Quirúrgica
Catalina Estrada González, *Universidad Santiago de Cali*
Stephanye Carrillo González, *Corporación Universitaria Rafael Núñez–Cartagena*
Beatriz Alejandra Maldonado Rincón, *Universidad Santiago de Cali*
- 303** | *Capítulo 12*
Ética y bioética en Terapia Respiratoria
Freiser Cruz Mosquera, *Universidad Santiago de Cali*
Anisbed Naranjo Rojas, *Universidad Santiago de Cali*
Sandra Patricia Moreno Reyes, *Universidad Santiago de Cali*
- 325** | **Conclusiones**
- 327** | **Glosario de términos**
- 331** | **Acerca de los autores**
- 339** | **Pares Evaluadores**

Content

15 | **Foreword**

19 | **Introduction**

25 | *Chapter 1*
Generalities from ethics to bioethics

Myriam Bermeo de Rubio, *Universidad Santiago de Cali*
Mariela Sánchez Rodríguez, *Universidad Santiago de Cali*
José Eliécer Echeverri López, *Profesional independiente*

55 | *Chapter 2*
Ethics and its relationship with Scientific Communication

Luis Armando Muñoz Joven, *Universidad Santiago de Cali*

75 | *Chapter 3*
Elements of ethical responsibility in the history of medicine

Alba Lineth Mena Romaña, *Universidad Santiago de Cali*
Myriam Bermeo de Rubio, *Universidad Santiago de Cali*

105 | *Chapter 4*
Ethics and Bioethics in patient safety

Claudia Patricia Quiroga Vásquez, *Universidad Santiago de Cali*
Yeny Mabel Lara Parra, *Universidad Santiago de Cali*

129 | *Chapter 5*
Ethics and Bioethics in Medicine

Oscar David Rubio Bermeo, *Fundación Cardiovascular de Colombia*
Sandra González González, *Complejo Médico Hospital Internacional*

157 | *Chapter 6*
Ethics and bioethics in dentistry

Myriam Bermeo de Rubio, *Universidad Santiago de Cali*
Ivanoba Pardo Herrera, *Fundación Ana Herrera de Pardo-Fahepa*

175 | *Chapter 7*
Ethics and Bioethics in Nursing

Rosa Nury Zambrano Bermeo, *Universidad Santiago de Cali*

- 195** | *Chapter 8*
Ethics and Bioethics in Physiotherapy
Sonia Muñoz Fernández, *Universidad del Valle*
Diana Yasmín Perafán González, *Universidad Santiago de Cali*
- 227** | *Chapter 9*
Ethics and Bioethics in Speech Therapy
Gloria Stella Lizarralde Gómez, *Universidad Santiago de Cali*
- 259** | *Chapter 10*
Ethics and Bioethics in Psychology
María del Carmen Martínez Cardona, *Universidad Santiago de Cali*
Luzora Mondragón Joaqui, *Universidad Santiago de Cali*
- 277** | *Chapter 11*
Ethics and bioethics in Surgical Instrumentation
Catalina Estrada González, *Universidad Santiago de Cali*
Stephanye Carrillo González, *Corporación Universitaria Rafael Núñez–Cartagena*
Beatriz Alejandra Maldonado Rincón, *Universidad Santiago de Cali*
- 303** | *Chapter 12*
Ethics and bioethics in Respiratory Therapy
Freiser Cruz Mosquera, *Universidad Santiago de Cali*
Anisbed Naranjo Rojas, *Universidad Santiago de Cali*
Sandra Patricia Moreno Reyes, *Universidad Santiago de Cali*
- 325** | **Conclusions**
- 327** | **Glossary of terms**
- 331** | **About the authors**
- 339** | **Peer reviewers**

*La conciencia es el mejor libro de moral que tenemos
y el que se debe consultar con frecuencia*

Blaise Pascal

Filósofo, matemático y físico
Considerado como una de las mentes privilegiadas
de la historia intelectual de Occidente.

Francia (1623-1662).

Prefacio

Foreword

*Salvaguardar la racionalidad de la ética es
tan importante como evitar el dogma*

E. Guisán

Las compiladoras de este texto presentan a los lectores una aproximación a la importancia de las temáticas relacionadas con la ética y la bioética, abordadas por cada uno de los participantes en este texto, quienes lo hacen desde sus saberes específicos para articularlos a un tema transversal, inherente y esencial a todas las disciplinas del conocimiento humano especialmente, tema que a criterio de las compiladoras y de autores/as, es de gran interés para profesionales, usuarios y la comunidad en general.

De la Ética a la Bioética en las Ciencias de la Salud, es producto de un trabajo investigativo a partir de la revisión de literatura en las diferentes disciplinas en salud, que permite una mirada macro de la ética en los profesionales de un área donde el humanismo, el respeto por la vida y la dignidad humana, son fundamentales en la prestación de los servicios. La consolidación en este libro permite determinar alcances y debilidades en el tema, así como amenazas no solo del profesional de la salud hacia el paciente, sino del paciente hacia el profesional. El texto es obra de investigadores de la salud que fomentan el servicio desde la humanización, en donde prima la dignidad de la persona; en él se busca analizar la situación en las diversas disciplinas de salud que deben contar con un código deontológico y en donde los hallazgos conllevan a determinar la falta de profesionalismo desde la ética y desde el compromiso moral. En cada uno de los capítulos se hace claridad a la problemática de la ética en la profesión, al igual que en la justificación se describe el por qué es necesario contar con un código de ética que permita navegar con responsabilidad, disciplina y humanización durante la prestación del servicio que se realice.

Los autores identifican barreras que conllevan a no contar con un código de ética o a no cumplirlo; es así como el libro deja ver la problemática

desde un trabajo investigativo de revisión documental que va llevando al lector a la praxis de la ética definida como bioética.

El libro presenta situaciones irregulares, que los autores detectan en cuanto al tema en el ejercicio profesional; es así como en la introducción se describe la problemática, la justificación y metodología para abordar los hallazgos y resultados del código de ética de las diversas disciplinas en salud. Para conseguirlo, los investigadores realizaron una revisión bibliográfica de autores que han escrito sobre la ética de la disciplina correspondiente. Su análisis detallado los llevó a determinar si se cumplen o no, si tienen o no, si requieren fortalecerse o gestionar el código de ética para las disciplinas que no lo tienen.

Es así que, como el proceso investigativo se describe en la introducción desde una conceptualización y una problemática, justificando el porqué es necesario contar con estos códigos y que sean legislados e implementados en las diferentes disciplinas. El primer capítulo se ha denominado, Generalidades de la ética a la bioética, donde se amplían los fundamentos de los dos conceptos y se concluye acerca de cómo la actual situación de crisis de valores, genera desconfianza en un futuro mejor para la humanidad, futuro que se espera mejore con la llegada de la bioética; sin embargo, se mantiene la esperanza de alcanzar la “felicidad” con el adecuado desarrollo de esta nueva ciencia y la reflexión acerca de sus principios. En el capítulo dos, La ética y su relación con la comunicación científica, el autor expresa la necesidad de una cultura científica en cuanto a divulgación, popularización, comunicación y apropiación de la ciencia y la tecnología como una actividad estratégica. En el tercer capítulo Elementos de responsabilidad ética en la historia de la medicina, la autora identifica los elementos que configuran la responsabilidad ética del personal médico a través del tiempo. En el cuarto capítulo, Ética y bioética en la seguridad del paciente, las autoras contemplan este factor, como elemento regulador, que incide en la atención y los servicios de salud, por los daños causados al paciente, al omitirse protocolos exigidos. El siguiente capítulo, Ética y bioética en medicina, aproxima a la conceptualización y al cumplimiento o no del código deontológico médico, desde la revisión y análisis de profesionales de la disciplina con experiencia. Este capítulo es, o ha sido la carta de navegación, que traza los lineamientos para que otras disciplinas construyan su propio código de ética; es así que da paso a los siguientes siete capítulos que describen

cada una de las disciplinas de salud, los cuales se focalizan en determinar si cuentan o no con código de ética y brindan recomendaciones para fortalecerlo o elaborarlo. Del capítulo seis al doce se describen los avances en cuanto a ética y bioética de Odontología, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología, Instrumentación Quirúrgica, y Terapia Respiratoria. No obstante, el acercamiento teórico desde el contexto de las disciplinas, permite concluir en el décimo tercer capítulo los hallazgos y recomendaciones de los autores.

En este sentido, la información recolectada en cada uno de los capítulos permite determinar el estado de la ética en las diversas disciplinas en salud, planteando soluciones desde las concepciones de cada una y señalando su complejidad en lo ético y humanístico del contexto, más allá del motivo de consulta.

Al concluir, el lector hallará que la problemática de la ética en el sector de la salud es importante porque afecta la dignidad del ser humano. La revisión documental soporta ser explorada cuidadosamente, sin que se pueda perder información valiosa de la ética en las diversas disciplinas de salud. Se trata de un trabajo íntegro, resultado del trabajo de varios autores docentes universitarios de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, e investigadores docentes de otras instituciones educativas y clínicas; en donde se da real importancia a la responsabilidad en la formación el humanismo, la ética y la moral del futuro profesional de la salud. El trabajo fue compilado y editado por las investigadoras Myriam Bermeo de Rubio e Ivanoba Pardo Herrera y los diferentes autores de cada uno de los capítulos que se presentan, quienes, desde sus competencias, experiencia y análisis deductivo de la información, realizan una reflexión y concluyen la situación actual de estas ciencias en cada campo disciplinar. Los autores entienden la necesidad de fortalecer la ética y la bioética en las diversas disciplinas y estructurar el código deontológico para las disciplinas emergentes que no lo tienen. Para ello recomiendan valerse del código de ética médica, cuyos antecedentes datan del Juramento Hipocrático que permite trazar unos lineamientos generales para cada una de las disciplinas afines.

Myriam Bermeo de Rubio
Ivanoba Pardo Herrera

Editoras científicas

Introducción

Introduction

De la Ética a la Bioética en las Ciencias de la Salud, surge desde la conceptualización de los términos ética y moral, definidos en el componente filosófico. Esta última es la “ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta del hombre y de los medios para lograrlo, de acuerdo con la naturaleza humana; es también la ciencia del impulso de la conducta humana”. Mientras que la bioética es descendiente de la ética propia de la praxis, encargada de estudiar “las implicaciones de valor de prácticas y desarrollos en las ciencias de la vida, medicina y atención en salud” (Instituto Mexicano del Seguro Social, s.f.; Sánchez y Cortina, 2015).

Los términos ética y bioética han comenzado a utilizarse conjuntamente tanto en el lenguaje hablado como escrito, proponiendo la teoría de que son términos afines gramaticalmente, más no en su contenido; puesto que la importancia, desarrollo y evolución que ha tenido la bioética, la hacen presentarse como la de mayor uso en las últimas cinco décadas, fortaleciéndose esta concepción por los avances en las ciencias médicas. A pesar de que el ejercicio de la medicina y de los profesionales de otras disciplinas en salud, siempre ha exigido de sus profesionales una alta calidad moral, que se ha revertido en todos los códigos deontológicos existentes y que han surgido por la necesidad de afianzar los principios éticos, estos se han vuelto complejos llegando a generar conflictos que conllevan a situaciones que debe resolver el personal de la salud (Borges, 1999).

Lo anterior conlleva a que el ser humano reciba una formación ética desde la infancia, donde se fundamentan los valores morales y que sea fortalecida en su educación y durante todo el transcurso de la vida; más aún en el personal de salud, que desde el componente integral de formación se ve transversalizada la ética y la bioética en los planes de estudio, cuando, en la praxis, requieren de mayor autonomía para la toma de decisiones acertadas en pro de contribuir a la calidad de vida del enfermo y en donde debe aplicar los avances tecnológicos que intervienen en los procesos fundamentales de la vida y de la muerte;

esto conlleva a nuevos interrogantes en torno a asuntos éticos, filosóficos, jurídicos, religiosos y culturales, todos concentrados hacia un solo fin que es velar por el cumplimiento de los derechos y deberes del enfermo en pro de la dignidad humana (Michelin, 2003).

Adicional a la autonomía, se encuentran la libertad y la voluntad, condiciones imprescindibles que deben acompañar al acto humano para ser juzgado desde lo ético; por esto, solo el ser racional libre y competente asume esta responsabilidad. Hoy continúa siendo un dilema y un reto resolver los problemas éticos y morales que resultan de la práctica de los profesionales quienes, en muchas circunstancias, expresan su incapacidad para mantener el respeto por los Derechos Humanos (DD.HH.).

Los Sistemas de Salud en el mundo han evolucionado y hoy la salud es un derecho fundamental, en donde priman la seguridad y la calidad en la prestación de los servicios de esta; es así como las diferentes reformas a los sistemas de salud en el mundo, desde una política de salud, enmarcan la autonomía y la toma de decisión en el consenso paciente-médico; especificando las responsabilidades de cada uno durante la atención y los procedimientos, para mitigar el error (Michelin 2003; Congreso de Colombia., 2015).

Partiendo del cambio que han tenido los sistemas de salud en América Latina en las últimas tres décadas, que han evolucionado en lo referente a los deberes y derechos de los pacientes de los servicios de salud, se encuentra que el paciente tiene el derecho a estar informado acerca de los procedimientos a realizarle durante la atención, para lo cual el médico está en el deber de informar las consecuencias, riesgos y beneficios que pueden generarse de la misma; es por esto que el consentimiento informado deja de ser solo un documento más, es un proceso generado entre el paciente y el agente de salud, al que hoy se le da importancia como parte de la historia clínica del paciente atendido y por lo tanto constituye un documento legal, garantizando la calidad en la prestación de los servicios de salud; los procesos y procedimientos implementados se realizan a partir de protocolos de atención, describiendo el paso a paso de la atención clínica que asegura la mitigación del riesgo, evidenciando procesos confiables, seguros y eficaces en el diagnóstico y tratamiento. Así se disminuye el error en la prestación del servicio de salud y no solo el del médico; impactando

positivamente en la salud del paciente, disminuyendo los costos de los servicios, así como las posibles demandas a la institución y a los profesionales, además del daño social. (Hulley., Newman, Cumming, 2011; Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

El error humano es multifactorial pero en él se ve inmersa la ética y bioética, ya que el profesional de la salud labora dentro de un sistema de salud fragmentado, complejo, con múltiples variables que vigilar, monitorear y controlar, lo que aumenta la probabilidad del error humano; hay un cambio constante de las condiciones clínicas del paciente, de los trabajadores de la salud a su alrededor, de la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, de factores humanos relacionados con la atención, de los equipos y tecnología a utilizar y de procesos de atención, apareciendo así los llamados eventos adversos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010; Aranaz-Andrés, Aibar Remón., Limón Ramírez, Amarilla, Restrepo, Urroz et al. ,2011).

Por lo anterior el propósito del presente escrito fue sistematizar el avance en la investigación, desde algunas disciplinas, en el tema del conocimiento y aplicación de *códigos éticos y bioéticos* que conlleven en la práctica diaria al cumplimiento estricto en las disciplinas en las que cada uno está inmerso. La metodología implementada estuvo orientada a un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo hermenéutico, donde los investigadores aplicaron el método deductivo e inductivo durante la revisión de la literatura que siguió directrices que detallan los requisitos, para cada sección de la revisión en el caso de artículos científicos (título, resumen, introducción, métodos, resultados, discusión, conclusión); esto con el fin de garantizar que los artículos tuvieran la estructura y estuvieran completos para ser revisados y escritos de forma clara.(OMS- OPS- BIREME 2019;. Ministerio de Salud, 1993). La búsqueda electrónica se realizó en distintas bases de datos como: Science Direct, Scielo, Scopus, PubMed, Elsevier, Dialnet, Redalyc, libros, documentos oficiales del sistema de salud colombiano, en idioma español e inglés. Se incluyeron libros, normatividades y elementos de jurisprudencia; documentos e informes técnicos de la seguridad del paciente de entes gubernamentales; la búsqueda se realizó a partir de palabras clave, –se codificaron en un total de cinco– donde se tuvieron en cuenta palabras como ética, bioética, ética médica, autonomía profesional, autonomía personal, y se amplió con la

combinación de palabras como: autonomía- bioética; ética-autonomía. Los investigadores revisaron los documentos, seleccionados de acuerdo con las palabras clave y fueron realizando el escrito con enfoque deductivo e inductivo desde la experiencia propia como profesionales de la salud. La mayoría de los artículos evidencian generalidades de la ética y la bioética, haciendo énfasis en los principios éticos en el actuar médico y de las diversas disciplinas; una muestra reducida fue para el código deontológico de ciertas disciplinas emergentes.

Para la escritura de cada capítulo, donde se consolida la información recolectada, se realiza el análisis de la responsabilidad ética de cada disciplina revisada, con un nivel de profundidad descriptivo, ya que especifica las propiedades importantes y relevantes del paso de la ética a la bioética en las disciplinas en salud. Es por ello que cada capítulo resalta todos y cada uno de los principios de la ética, para fortalecer la importancia de lo positivo que se le puede aportar a una persona con una precisa y buena atención que genere beneficios, evite daños y disminuya riesgos; igualmente para estar atento a informar con veracidad, aceptando con respeto el derecho y libertad que cada persona tiene de conocer, decidir sus acciones, entender intereses, valores, costumbres y creencias de cada ser humano; es decir el libro enfatiza en el cumplimiento de los *principios éticos* y la posibilidad de conectarse con colegas interesados en relaciones académicas para el beneficio de la ciencia, de la investigación y de la calidad de vida de la humanidad.

Referencias Bibliográficas

- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar Remón, C., Limón Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo F. R., Urroz, O. et al. (2011). Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Rev Calidad Asisten.* 2011;26 (3):194-200
- Borges, J. L. (1999). *Documentos de trabajo*. Edición Grijalbo. Disponible en: <https://webs.ucm.es/BUCM/descargas//documento4436.pdf>
- Congreso de Colombia. Ley 1751 del 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Colombia. 2015. Disponible en Internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf. Consultada 09-28-2020

- Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaria de Salud, 2010. 60, págs.
- Hulley, S. B., Newman, T. B., Cumming, S. R. (2011). Cómo empezar: anatomía y fisiología de las investigaciones clínicas. *Diseño Investig clínicas*;(-March):6-17.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f.) Código de Conducta para el personal de salud. México. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/codigo-conducta.pdf>
- Michelin, J. (2003). La ética del discurso como ética de la responsabilidad. *Lit. lingüíst.*, Santiago, n. 14, pp 213-224. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-58112003001400015&lng=es&nrm=iso .
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4343 de 2012 por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones". Colombia. 2012. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4343-de-2012.PDF>. Consultada 09-28-2020
- Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>. Consultada 02-28-2020
- Ministerio de Salud y Protección Social (2010). Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Consejo Técnico Unidad Sectorial de Normalización en Salud Bogotá, 4 de marzo de 2.010 Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf> Consultado: 4 de septiembre del 2020
- Organización Mundial de la Salud-OMS- OPS- BIREME (2019) Descriptores en ciencias de la salud. Biblioteca Virtual de Salud. Disponible en internet: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>. 2019

Introducción

Sánchez, J., Cortina, A. (2015) El reto de la ética cordial, I.E.S. Ciudad de Haro, La Rioja: *Brocar*, 39 397-422. Disponible en: Adela Cortina: el reto de la ética cordial - Dialnet - Universidad ...dialnet.unirioja.es

Generalidades de la ética a la bioética

Generalities from ethics to bioethics

Myriam Bermeo de Rubio*

© <http://orcid.org/0000-0003-0204-9978>

Mariela Sánchez Rodríguez**

© <https://orcid.org/0000-0001-6780-8803>

José Eliécer Echeverri López***

© <https://orcid.org/0000-0002-1885-5336>

Resumen

Introducción: La bioética como ciencia con varios años de evolución, no logra aún dar respuesta por sí sola a variados dilemas éticos que los vertiginosos avances científicos y tecnológicos, plantean en el mundo de las humanidades y las ciencias de la salud. Requiere el concurso interdisciplinar de cada rama de la medicina, la jurisprudencia, la religión, la secularidad, la sociedad civil, la deontología y las normatividades ecológicas que toman cada vez mayor auge, con el fin de acordar éticas de mínimos que hagan del planeta tierra un mundo placentero y cordial para sus habitantes. Objetivo: Presentar conceptos que relacionan y diferencian lo fundamental de la ética y la moral, direccionando su transición al campo de la bioética. Desarrollo:

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.
✉ bermeo76@usc.edu.co

** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.
✉ mariela.sanchez00@usc.edu.co

*** Universidad de San Buenaventura. Cali, Colombia.
Pontificia universidad javeriana. Cali, Colombia.
✉ joeleche70@hotmail.com

Cita este capítulo

Bermeo de Rubio, M.; Sánchez Rodríguez, M. y Echeverri López, J. E. (2020). Generalidades de la ética a la bioética. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 25-54). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Se definen términos como ética, y moral, así como diversos tipos de ética, bioética, su relación y fundamentación, incluyendo el alcance de la felicidad en el devenir del hombre, con base en la caracterización de los significados aportados por expertos en el tema. Lo que genera reflexiones de los autores, presentadas desde la filosofía cotidiana. Conclusiones: La actual situación de crisis de valores, genera desconfianza en un futuro mejor para la humanidad, esperado aún con la llegada de la bioética; sin embargo, se mantiene la esperanza de alcanzar la “felicidad” con el adecuado desarrollo de esta nueva ciencia y la reflexión acerca de sus principios.

Palabras clave: ética y moral, bioética, ética de mínimos.

Abstract

Introduction: Bioethics as a science of a several years of evolution, still cannot answer by itself to various ethical dilemmas that the dizzying scientific and technological advances pose in the world of humanities and health sciences. It requires the interdisciplinary competition of each branch of medicine, jurisprudence, religion, secularism, civil society, deontology and ecological regulations that take on an increasing boom, in order to agree on minimum ethics that make the planet earth a pleasant and cordial world for its inhabitants. Objective: To present concepts that relate and differentiate the fundamentals of Ethics and Morals, directing their transition to the field of Bioethics.

Development: Terms such as ethics, morals, various types of ethics, bioethics, their relationship and foundation are defined, including the scope of happiness in the future of man, based on the characterization of the meanings provided by experts on the subject. What generates reflections of the authors presented from everyday philosophy.

Conclusions: The current situation of crisis of values, generate distrust in a better future for humanity expected with the arrival of Bioethics; however, the hope of achieving “happiness” remains with the proper development of this new science and reflection on its principles.

Keywords: ethics and morals, bioethics, ethics of minimums.

Introducción

Para establecer una ruta lógica en el paso de la ética a la bioética, es necesario definir, de manera global, el significado conceptual de términos que le preceden como ética y moral y que han sido referenciados por expertos en el tema. Existen diferencias gramaticales en dichos significados, que no alteran formalmente su esencia. De tal manera, se determina un recorrido literario, presentando las definiciones más representativas, hasta llegar a la bioética, como ciencia integradora que confirma su actual importancia.

“Definir términos que tienen una larga historia no es tarea fácil, porque a lo largo de los siglos sus usuarios los han ido enriqueciendo con matices diferentes, y querer encerrarlos todos tras las rejas de una definición resulta imposible. Las palabras, como sabemos, son creaciones humanas que van ganando con el tiempo tal variedad de connotaciones, que cualquier intento de fijar su significado resulta inevitablemente empobrecedor” (Cortina, 1994). Sin embargo, con el propósito de evitar malos entendidos en temas fundamentales e inherentes al ser humano, se considera valioso el intento de dar claridad a interesados en el tema, sean experimentados o novatos en su manejo.

Los diferentes autores, coinciden en definir la ética como una ciencia, por tener un objeto de estudio que es la moral; entendiendo como moral los actos o comportamientos humanos y conceptuando entonces que la ética es la ciencia que estudia estos actos humanos en relación con el bien y el mal, para reflexionar sobre ellos, juzgando si son buenos o malos, correctos o incorrectos. Hay que aclarar que, para ser estudiados y juzgados estos actos, deben ser conscientes, voluntarios y libres, pues de lo contrario, estarían por fuera del campo de competencia: el ético.

La tratadista española Esperanza Guisán (1995) define la ética así: “Es la disciplina que indaga la finalidad de la conducta humana, de las instituciones sociales, de la convivencia en general” (Gómez Gómez, 2012). Menciona que se la puede suprimir de los planteles de estudio, pero no se la puede eliminar ni a nivel académico ni a nivel cotidiano... A pesar de la humildad de su tarea le cabe, no obstante, el nada desdeñable honor de ser o *deber ser la conciencia del mundo*.

”Es la búsqueda de los valores mínimos que serían deseables que fuesen compartidos a fin de lograr una sociedad más justa y más feliz (...). Sin embargo, como afirma el filósofo Rodolfo Mondolfo, ‘la ética por si misma poco puede hacer. Pero es la conciencia del mundo, del deber ser, la inquisidora del poder y la opresión, del desajuste y la soledad’. A modo de brújula, dice este autor, señala la dirección, para que el gran barco del mundo no se pierda en la bruma de la incompreensión, la intolerancia, o el sufrimiento inútil” (España, 2018).

Puede compararse con un faro, que guía en las noches tempestuosas de los dilemas éticos que a diario se presentan en la vida de los seres humanos, proveyendo herramientas útiles para resolverlos y poder salir airosos de las situaciones ambiguas, ambivalentes, en el transitado camino de los principios universales. El reto es superar las encrucijadas éticas de manera correcta, ejercitándose en ello, puesto que, los conflictos hacen parte de la esencia humana.

Por lo que, E. Guisán “plantea la presencia del conflicto como justificación de la existencia de la ética: sin conflicto no hay ética” (España, 2018).

Según las distingue Aranguren, la *ética* que corresponde a lo correcto, a lo que debe ser, a los principios universales, se tendrá presente como lo teórico, lo pensado, lo reflexionado y la *moral* que da lugar a los actos o comportamientos humanos, será recordada como lo práctico, lo aplicado por cada persona a su vida, después de tomar libremente una decisión. Estas dos concepciones, teniendo en cuenta que la una depende de la otra, ponen de manifiesto la estrecha relación existente entre ellas en la cotidianidad y permiten liberar los conflictos o tensiones que presentan las confusiones a que se prestan ambos términos, por tener raíces griegas idénticas, y por hacer referencia a una realidad parecida.

“Atribuyéndose a ello el que en la vida cotidiana se hable indistintamente de valores morales –valores éticos o normas morales –normas éticas sin una suficiente y adecuada claridad del asunto” (Cortina, 1994). Lo que en ocasiones dificulta entender el importante papel de cada concepto y da lugar a la utilización indiscriminada y contradictoria en discursos políticos, religiosos o familiares.

Como ya ha sido aclarado, en la práctica son dos situaciones humanas diferentes estrechamente relacionadas.

Por otra parte, “La ética es la reflexión del propio modelo de vida –acciones, comportamientos, actos– en donde la razón tiene un papel importante en la toma de decisiones para comprender, justificar y argumentar” (Betancur, G. E. (2016). La razón direcciona a pensar racionalmente, lo que significa aprender a revisar todas las posibles opciones de elección ante cada situación presentada, eligiendo la más adecuada, la más prudente y justa, con un pensamiento objetivo, libre y crítico, en el cual marquemos la diferencia con la especie animal no racional, la que actúa solo por instinto sin poder apelar al libre albedrío, propio del ser humano.

Se requiere del conocimiento previo de las situaciones, de la asociación inteligente que se realice de ellas, de las representaciones sociales y circunstancias que estén implicadas, para lograr una coherente valoración de tales acciones humanas.

Desde este planteamiento se muestra la importancia de aprender a deliberar, a reflexionar, para, consecuentemente, tomar decisiones apropiadas en el ejercicio cotidiano de la vida.

Para alcanzar éste propósito trascendental, se enfatiza en la importancia de formar y educar el carácter. No un carácter cualquiera, sino aquel carácter apropiado para el logro de las metas propuestas: autónomo, honesto, solidario y participativo que manifieste *el buen vivir, el vivir de manera correcta*.

Tal forma correcta de vivir hace referencia a la aplicación de la *pregunta constante* antes de actuar, a la valoración de dichas acciones, con el propósito de inclinarse por aquellas que colaboren en la realización personal y el perfeccionamiento de quienes las llevan a cabo. Puesto que, finalmente la actitud que asume cada persona frente a la vida depende en gran medida de lo aprendido y aprehendido en los primeros años; etapa en donde se aportan los cimientos para establecer una guía de valores que, sumada a las circunstancias, condicionan el tipo de carácter.

Al cual se refiere Adela Cortina cuando hace una reseña etimológica de la palabra ética, al destacar que proviene del término griego *éthos*, que

significa fundamentalmente “*carácter*” o “*modo de ser*”; destacando lo que decía Heráclito de Éfeso: *el carácter es para el hombre su destino: “según el carácter que un hombre tenga, enfrentará la vida con ánimo o con desánimo, con ilusión y esperanza o con pesimismo y amargura”* (Cortina, 1994). Siendo función ineludible de cuidadores, educadores y formadores en todos los ciclos vitales, colaborar en la adherencia *al gusto por los valores y virtudes morales*, que fortalezcan un carácter ejemplar dentro del contexto del *bien*.

Al referirse a *la moral*, considerada el objeto de estudio de *la ética*, se ingresa en un ámbito de mayor subjetividad, en que se hace referencia al acto mismo, a la acción que se alimenta de valores, hábitos, costumbres de un sujeto o grupo social, cada uno situado en contextos geográficos, sociales y culturales diferentes; lo que dificulta la toma de decisiones acertadas a la hora de actuar.

Frente a la incertidumbre y la duda de no saber qué hacer en un momento dado, se debe decidir por aquella acción que prometa generar en consecuencia, los mejores beneficios para el mayor número de seres vivos que resulten involucrados.

“La moral no es ciencia, sino objeto de ésta y por lo tanto es estudiada e investigada. La moral es un conjunto de normas y reglas de acción destinadas a regular las relaciones de los individuos en una comunidad social. El significado, función y validez de ellas no pueden dejar de variar históricamente en las diferentes sociedades” (España, 2018), puesto que al cambiar los elementos que les aportan fundamento, se dinamizan y varían periódicamente.

Considerando la responsabilidad social que tiene la moral de cumplir con unos mínimos éticos de convivencia comunitarios, surge otra connotación: “La moral es definida como las acciones de los sujetos, en la relación con los otros. Esto es, la responsabilidad con relación a sus acciones y las implicaciones en la relación con los otros, la corresponsabilidad en la construcción social” (Betancur, 2016).

Una vez cumplido el objetivo de presentar conceptos que relacionan y diferencian lo fundamental de la ética y la moral, con una aproximación en la definición de los términos, puede decirse que,

La distinción suele hacer referencia a dos esferas de la conducta humana bien delimitadas. Al distinguir estos dos términos se abre la posibilidad de que las dos esferas a las que se refieren se opongan o entren en conflicto, de modo que pueda haber acciones que sean éticas, pero no morales, o viceversa, morales, pero no éticas; a muchos les parece que es importante la distinción, porque en casos de conflicto entre la moral y la ética tendríamos que saber cuál debería prevalecer sobre la otra, o en última instancia si sería mejor deshacernos de una en nombre de la otra (Ortiz, 2016).

Pero, el *deber ser*, es tratar de encontrar un punto de equilibrio en el que sea la razón y no la emoción, la que alcance un acuerdo en el debate discursivo generado entre los seres humanos, sin faltar a los principios universales inherentes a la ética, los que serán mencionados en el desarrollo del tema. Esto puede lograrse a través de una teoría ética.

Ética en el discurso de todos los hombres (ética del dialogo)

Siguiendo la tradición kantiana se propone, desde el siglo pasado, reconocer la necesidad de hablar, dialogar, procurar el diálogo entre los seres humanos, para llegar a acuerdos sobre cuáles deben ser las normas de conducta aprobadas por el grupo social al que se pertenece, para cumplir con ellas y convivir armónicamente. Esta posición recibe indistintamente los nombres de “ética dialógica, ética comunicativa o ética discursiva”. Son sus creadores K. O. Apel, y J. Habermas.

“Habermas tiene un pensamiento fruto del siglo XX, el nazismo, la Guerra Mundial (...) Busca encontrar otras racionalidades posibles, como la razón comunicativa. Busca en la comunicación otras formas de razonamiento, que no sean ni instrumentales ni científicas. Lo que plantea en la ética discursiva es que cualquier conocimiento es mediado por el lenguaje y es una construcción de la realidad (...) Debemos poder intervenir en la construcción del lenguaje y de los discursos” (Escuela de Ciencias Jurídicas, 2007).

“Solamente mediante un ejercicio intersubjetivo, en el que los participantes expresan sus pretensiones de validez mediante argumentos, se construyen los acuerdos o normas que serán validados

para todos, al mismo tiempo que se hace uso del Principio de universalidad” (Torres, Galván, Hernández, 2016).

A este principio Habermans lo llama de *universalidad* “porque solamente a través de este principio se pretende mostrar que todos los sujetos comunicativamente competentes, tienen la capacidad de resolver sus conflictos a través del diálogo; pudiendo alcanzar la validez racional del juicio moral; y es justamente en este procedimiento donde se concibe el principio de la ética del discurso” (Torres, Galván, Hernández, 2016). En este *deber ser o principio*, radica la importancia de manejar lenguajes claros, veraces y oportunos en los diálogos a los que se tenga acceso. Lo cual implica, que no siempre se esté de acuerdo con planteamientos de otros interlocutores.

Por lo cual “El discurso tiene que cumplir una serie de características. Debe ser comprensible para que todos los que participan en el diálogo lo comprendan. También tiene que cumplir un requisito de rectitud que sería la adecuación de las normas sociales. Y tiene que haber una intención subjetiva de veracidad” (Escuela de Ciencias Jurídicas, 2007).

“Toda ética discursiva se basa en el convencimiento de que un concepto de razón que es compartido por todas las personas con capacidad de argumentación contempla una moral mínima universalista” (Kettner, 2003). Por lo tanto, “Es posible posicionar los problemas de la comunicación bajo una lente humanista, ética e intersubjetiva, que soporta su quehacer más en la relación entre sujetos que en la tradicional relación sujeto-objeto o, más claramente, sujeto-medios” (Romeu, 2018).

La comunicación asertiva y generosa a la cual se refieren los anteriores autores, cumple un papel fundamental, puesto que disminuye el riesgo de distorsión en el mensaje, garantizando un mayor grado de objetividad en su recepción.

Se hace necesaria la convergencia en un diálogo entre las partes, que conduzca a acuerdos mínimos para la interacción desde cada una de ellas, con tendencia a la productividad y el desarrollo transdisciplinario, en beneficio de la sociedad en general. La sociedad civil requiere igualmente establecer diálogos que le permitan encontrar normas, espacios, derechos y deberes comunes, en la búsqueda de una

estabilidad emocional con base en unos acuerdos mínimos, respetando las opiniones contrarias.

“El acuerdo o consenso intersubjetivo al que aspiran los actos de habla y la acción comunicativa obedece a tres pretensiones de validez: veracidad, verdad y corrección. Si bien en sus primeros escritos Habermas considera la inteligibilidad como una pretensión de validez más, con posterioridad ésta pasa a ser condición previa de las tres pretensiones de validez mencionadas” (Colomer, 2014).

Autores de diferentes géneros, han escrito y opinado sobre las bondades de la ética discursiva, diálogo ético en el que las personas se encuentran en cuanto a principios universales. Entre ellos puede citarse al escritor Jorge Luis Borges en el siguiente aparte:

“La vida, como estos diálogos, y como todas las cosas, ha sido prefijada. También los temas a los que los hemos acercado. Con el correr de la conversación he advertido que el diálogo es un género literario, una forma indirecta de escribir (...) El deber de todas las cosas es ser una felicidad; si no son una felicidad son inútiles o perjudiciales. A esta altura de mi vida siento estos diálogos como una felicidad (...) Las polémicas son inútiles, estar de antemano de un lado o del otro es un error, sobre todo si se oye la conversación como una polémica, si se la ve como un juego en el cual alguien gana y alguien pierde. El diálogo tiene que ser una investigación y poco importa que la verdad salga de boca de uno o de boca de otro. Yo he tratado de pensar, al conversar, que es indiferente que yo tenga razón o que tenga razón usted; lo importante es llegar a una conclusión, y de qué lado de la mesa llega eso, o de qué boca, o de qué rostro, o desde qué nombre, es lo de menos” (Homenaje a Jorge Luis Borges, 1999).

Cuando el ser humano se ejercita en el diálogo ético, puede realizar una extensión a la reflexión personal como respuesta al avance vertiginoso, audaz y a veces temerario de la ciencia y la tecnología, sobre una nueva ciencia que toma auge: la *bioética*, que establece límites a aquellas instituciones o personas que, por obtener beneficios personales económicos, sociales o de cualquier índole, no dudan en atropellar o vulnerar a otras personas en la búsqueda de tales beneficios.

Sin la bioética mediando entre la ciencia, la economía, la tecnología, la jurisprudencia y la medicina con todas sus ramas afines, se corre el riesgo de perder el norte del respeto a la dignidad del ser humano, en un mundo donde los nuevos valores que se han impuesto son el dinero, la fama y el reconocimiento, que, aunque por sí solos no representan algo inmoral, si pueden llegar a serlo si los medios que se usan para obtenerlos, no son los más adecuados.

El mundo actual, tiene la necesidad de poder contar con personas en los contextos de la vida cotidiana y profesionales en los diversos ámbitos laborales, que no pongan el bien particular por encima del general y para quienes el “otro”, el paciente, cliente o “usuario” sea lo más importante, aún a costa de su esfuerzo y dedicación personal. Por lo cual, es relevante la transición:

De la ética a la bioética

Ante la gravedad y el volumen de los problemas éticos actuales, los códigos deontológicos, en cualquiera de las profesiones, resultan ya insuficientes para resolverlos y ante esta situación, aparece una multidisciplina: la bioética.

“La bioética debe liderar la reflexión de nuevos principios y valores de acuerdo con las problemáticas que amenazan la vida de los seres vivos en el planeta. *Gracia* propone que las características básicas que debe tener una bioética, para que pueda responder a solucionar los problemas éticos” (Garcés Giraldo, 2014) sin las cuales se dificultaría la transición de la una a la otra, y son las que se describen a continuación:

A. Ética civil o cívica

“Debe ser secular y no religiosa, debe tener acuerdos sobre los mínimos aceptables por y exigibles a todos, el acuerdo será racional y no creencial” (Garcés Giraldo, 2013). Para Diego Gracia, “La bioética es un proceso de deliberación individual y colectiva, en orden a buscar el perfeccionamiento de la vida humana, tanto individual como sobretodo colectivo” (Gracia Guillén, 1991).

Por lo tanto, siguiendo en la misma línea del diálogo efectivo y cordial del que ya se ha tratado, continúa la ética civil, construyendo relaciones interpersonales que permitan una adecuada convivencia social, llegando entre seres racionales a decisiones o acuerdos mínimos que procuren el “bien común” y el respeto por las opiniones ajenas, a pesar de las diferencias encontradas en el debate.

Estos acuerdos mínimos, es lo que Adela Cortina ha llamado “ética mínima o ética de mínimos” (Cortina, 2009).

“La herramienta propia de la ética mínima es el consenso, que exige de sus interlocutores un *a priori* ético irrenunciable: la aquiescencia con la validez intersubjetiva de la norma que obliga a mantener los acuerdos alcanzados. Aunque el discurso nunca está totalmente libre de dominio, pues el debate siempre privilegia a los intelectuales que se expresan con mayor claridad (...) La ética mínima corre el riesgo, en definitiva, de convertirse en una ‘teoría de la convivencia (o de la conveniencia)’ que no estaría al servicio de la excelencia sino al de la mera supervivencia” (Observatorio de Bioética Ciencias de la Vida, 2018) Sin embargo, cuando existe la imposibilidad de cumplir unos máximos, solo puede aspirarse a que se cumplan los mínimos.

Todas las premisas anteriores cobran aún más importancia en las actuales sociedades, donde existen diversas creencias, costumbres, ideologías políticas y religiosas, convirtiendo las comunidades y grupos sociales en ámbitos inter y multidisciplinares en cuanto al sujeto mismo, la medicina, la literatura, la política, la familia y el ecosistema entre otros. Lo cual lleva a la necesidad de una ética pluralista.

B. Ética pluralista

En el actual mundo globalizado, en el que cada persona procura desarrollar su proyecto de vida, se visibilizan grandes cambios sociales, religiosos, culturales, económicos y políticos, en los cuales surgen subjetividades personales poniendo en riesgo la armonía individual y colectiva. Por este motivo, las propuestas éticas que incluyen el respeto a los Derechos Humanos (DD.HH.) y el deber de conciliar diferencias de toda índole con el propósito de alcanzar acuerdos comunes que protejan la dignidad humana y su autonomía, son los que corresponden a una ética pluralista.

Desde tiempos remotos “Podemos, pues, decir con Gadamer que Sócrates vela de entrada por ‘crear las condiciones de un diálogo positivo, asegurándose de que su interlocutor se halle expresamente dispuesto a una confrontación honesta y objetiva de las tesis en presencia’. Es, a todas luces, la primera condición para avanzar hacia un pluralismo ético genuino” (Bravo, 2009).

Cabe decir que “una acción es inmoral cuando no resulta universalizable al conjunto de todos los hombres, es decir, cuando el beneficio de algunos se consigue mediante el perjuicio de otros” (Garcés Giraldo, 2014). Por lo cual, “Solo el pluralismo universal puede dar lugar a una ética verdaderamente humana, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en unidad superior.” (Yanés Calderón, De la Vega & Chio Naranjo, 2010), aunque seguramente van a presentarse circunstancias en las que se requiera plantear algunas excepciones, dado que lo absoluto también puede tenerlas.

“Se ha hablado de pluralismo metodológico, pluralismo cultural y religioso, pluralismo histórico, pluralismo moral o de valores, pluralismo legal y económico, y pluralismo político. (...) El pluralismo moral, por su parte, indaga en la constitución misma de la moralidad humana, sosteniendo la necesidad de convivencia de diversos valores en una misma persona o sistema, en respuesta al ‘monismo’ que defiende la posibilidad de subsumir la multiplicidad de valores a uno solo (...) Se trata, a fin de cuentas, de buscar el mejor modo de balancear la diversidad de los grupos que conviven en toda gran sociedad contemporánea” (Pérez, 2017) en la que el sujeto requiere su poder de decisión a través de una “Ética Autónoma”.

C. Ética Autónoma

La tercera característica que ha de cumplir la bioética actual es la de ser *autónoma*, no *heterónoma*. “Se hace necesaria una reflexión sobre la relevancia de la sinergia entre autonomía personal y heteronomía, entendida esta última como ‘la ley del otro’ o norma legal” (Muñoz, Córdoba, Altisent y Delgado, 2019) “La ética heterónoma es aquella que el individuo acepta en virtud de la influencia externa, generalmente vinculada con el sistema moral culturalmente impuesto en su sociedad o medio”. (Perales, 2010) La heteronomía da cuenta de una ética de

obediencia, en la cual se siguen normas o leyes impuestas sin hacer la reflexión necesaria acerca del bien o mal de su ejecución y en algunas circunstancias, aunque pueda reflexionarse, deben ser normas aceptadas desde lo legal, social o laboral, que vulneran la libertad individual.

Contraria a la ética heterónoma, es la ética autónoma. La cual, “es considerar que el criterio moral no puede ser otro que el propio ser humano; es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad y por ello mismo en tribunal inapelable: eso es lo que se denomina ‘conciencia’ y ‘voz de la conciencia’” (Garcés Giraldo, 2014) “La ética autónoma, surge como resultado del proceso de reflexión personal sobre lo bueno y lo malo en la propia conducta. No se trata de hacer algo porque nos enseñaron que es bueno sino de hacerlo porque sentimos y estamos convencidos que lo es” (Perales, 2010).

La ética autónoma induce a las personas a auto-evaluar sus actos antes de llevarlos a cabo y las conduce a asumir con responsabilidad las consecuencias que de ellos se deriven, aún en caso de equivocarse. En la esfera moral, la autonomía implica una voluntad libre que, mediante la razón, muestra que ciertos principios morales son correctos, especialmente aquellos que se convierten en principios universales. La condición autónoma direcciona al sujeto ético a cumplir con el *deber ser*, el deber superpuesto al placer o deseo; guiándolo de las buenas acciones a las correctas, apoyándose en la:

D. Ética Racional

“La racionalidad humana tiene un carácter abierto y progresivo, con un momento *a priori* o principalista y otro *a posteriori* o consecuencialista” (Garcés Giraldo, 2014). Podemos decir entonces que, la racionalidad es una característica del ser humano, que lo hace diferente del resto de seres vivos que habitan el planeta y le permite mirar hacia un futuro lejano o próximo, visualizando las consecuencias de sus actos, para poder tomar decisiones prudentes que vayan en beneficio propio y de la humanidad.

El agente racional sabe, así, que está, en cuanto que es racional, destinado al cumplimiento de su función racional y social de la mejor manera posible. De modo que la vida en el camino del cumplimiento de su fun-

ción racional y social es el hecho básico que no se pone en consideración o sobre el que no se delibera. El fin en sí mismo queda, pues, de una vez y para siempre establecido después que se ha hecho conciencia de lo que constituye la mejor función del hombre. No se accede a esta conciencia de buenas a primeras, por supuesto. Es sabido cuán importante es para Aristóteles el proceso educativo para llegar a ella (Perales, 2010).

Reflexionando sobre lo mencionado anteriormente, se confirma que, “Las acciones en lo humano se caracterizan por ser intencionales, esto es, ya no podemos hablar de simples formas de darse el hombre desde su condición corporal al mundo de lo material, sino de la situación que cobra forma cuando lo humano se da a una realidad; en este sentido ya no hablamos sólo de acciones sino de actos, puesto que este término lleva la connotación de la intencionalidad de la acción” (Vásquez, 2018).

Según Kant, pero expresado de otra forma: cuando un agente no actúa moralmente, no podemos afirmar que se trate de un agente que actúa de manera completamente racional (Yanés Calderón, De la Vega & Chio Naranjo, 2010). El actuar moralmente de un sujeto, corresponde a hacerlo de manera correcta, adecuada, según las normas y costumbres de la cultura o grupo social en el que se desenvuelve, aclarando que para hacerlo prioriza sus principios éticos.

Más allá del convencionalismo.

“Finalmente, la moderna bioética aspira a ser *universal*, y por tanto a ir más allá de los puros *convencionalismos morales*. Una cosa es que la razón humana no sea absoluta, y otra que no pueda establecer criterios universales, quedándose en el puro convencionalismo. La razón ética, como la razón científica, aspira al establecimiento de leyes universales, aunque siempre abiertas a un proceso de continua revisión.” (Garcés Giraldo, 2014; Andino, 2017).

“El nivel postconvencional nos retrotrae a una especie de punto moral superior en el que la persona construye y prioriza sus propios valores sobre los de la sociedad, pero no de forma egoísta sino todo lo contrario. En otras palabras, el individuo ha adquirido el nivel de desarrollo moral más alto, aquel que le permite diferenciar sus propios valores y principios

morales de aquellos que le son exigidos desde la sociedad” (Medina, 2016). El individuo deberá enfrentarse a situaciones en las que deba actuar en contra de normas establecidas, pero teniendo claro que hace lo correcto y para lograrlo es recomendable que se relacione frecuentemente con personas que hayan alcanzado un mayor nivel de moralidad.

“En la actualidad es el pluralismo político y religioso el que debe orientar la conducta bajo la forma de la tolerancia, el diálogo y el consenso, pues las sociedades actuales, al menos teóricamente, se rigen por los principios democráticos y una de las principales características de una sociedad fundada en la democracia es, precisamente, el pluralismo ideológico y moral” (Andino, 2017). Estas nuevas formas de pensamiento son las que invaden la vida cotidiana, teniendo en cuenta la diversidad cada vez mayor de entornos por los que transita el ser humano con toda su vitalidad, aprehendiendo, des-aprehendiendo estilos de vida asincrónicos y adoptando otros pluralmente aceptables.

Una vez examinadas desde las generalidades, las características que deben aportar fundamento a la *bioética*, podemos decir que corresponden a un área de la filosofía que tiene como propósito la reflexión acerca de los avances en el campo de la biología, la medicina y el medio ambiente. Estos avances han transformado el mundo debido a que la innovación tecnológica tiene el potencial de poder alterar la vida y la naturaleza humana. Pero, además, la bioética se preocupa por conocer cómo estos nuevos avances científicos afectan la existencia de los seres humanos y el sentido de la vida.

Todavía hoy es difícil definir este nuevo campo que está evolucionando y cuyos límites no están aún bien definidos. Podríamos definir la bioética como la intersección de la ética y las ciencias biológicas; de la ética y la vida humana. Sin embargo, quizás la visión más global corresponde a entender la bioética como el encuentro entre la ciencia y los valores morales.

“La bioética que según Hottois se desarrolló en los Estados Unidos muy cercana a la ética médica, centrada en el individuo y la investigación en seres humanos, tiene un antecedente como idea y vocablo en 1927. La paternidad de la palabra bioética, que siempre se le ha atribuido a Van Rensselaer Potter, en realidad la utilizó por primera vez Fritz Jhar, años antes de ser usada por Potter, en 1970” (Molina Ramírez, 2013).

Sin embargo, es Potter en 1971 con su libro *Bioethics: Bridge to the Future*, quien genera su real surgimiento como un intento de establecer un puente entre ciencia experimental y humanidades. De ella se espera una formulación de principios que permitan afrontar con responsabilidad –también a nivel global– las posibilidades enormes, impensables hace solo unos años, que hoy nos ofrece la tecnología. Sin embargo, por los mismos logros alcanzados, está en juego el futuro de la humanidad, y por lo tanto nadie puede ser ajeno a la bioética; se constituye en una responsabilidad de todos.

“La bioética se caracteriza por ser un campo de conocimiento multi, inter y transdisciplinario relacionado con los problemas éticos que se desarrollan paralelamente. El concepto más difundido de multidisciplinaria concierne al estudio de un objeto por parte de diversas disciplinas simultáneamente”, es decir, un dilema ético o situación que lo provoque, se analiza desde cada disciplina (por ejemplo, el aborto desde la perspectiva de la medicina, del derecho, de la filosofía, la teología, entre otras) (Schwartzman, Prieto Martins, Ferreira y Garrafa, 2017).

“El carácter interdisciplinario de la Bioética permite la interrelación de la biología, la filosofía, la educación, la ecología, el derecho y demás ciencias humanas. Es decir que su enfoque es pluralista, permitiendo el dialogo entre ella y la sociedad civil. La interdisciplinaria, por su parte, se refiere a la transferencia de métodos de una disciplina a otra, por ejemplo: las diferentes disciplinas citadas analizando integralmente el problema, dialogando entre sí. En cambio, la transdisciplinaria hace referencia a lo que se sitúa entre las disciplinas, es decir, entre los límites de sus fronteras, teniendo como uno de sus imperativos la unicidad del conocimiento” (Schwartzman, Prieto Martins, Ferreira y Garrafa, 2017).

Los problemas contemporáneos desbordan el alcance epistemológico de las disciplinas particulares, reclamando un nuevo tipo de reflexión. El movimiento bioético surge en el campo de las ciencias de la salud, pues el desarrollo tecnológico interviene de manera directa en los procesos fundamentales de la vida y de la muerte, lo que conlleva a nuevos interrogantes en torno a asuntos éticos, filosóficos, jurídicos, religiosos y culturales.

En esta transición, los términos ética y bioética han comenzado a utilizarse conjuntamente tanto en el lenguaje hablado como escrito, proponiendo la teoría de que son términos muy afines gramaticalmente, más no en su contenido; puesto que la importancia, desarrollo y evolución que ha tenido la última, la hacen presentarse como la de mayor vigencia desde las últimas décadas del siglo XX y lo que va del siglo XXI.

Hoy en día la ciencia por sí sola, no puede dar respuesta a los “nuevos dilemas éticos” que implican una reflexión filosófica. Pero tampoco la filosofía, por sí sola, sin la ciencia, podrá aportar soluciones. La bioética ayuda, en la actualidad, al desarrollo de un diálogo científico-filosófico en un ambiente pluralista, interdisciplinario y humanista, necesidad vital para abordar, desde cada profesión particular, los conflictos éticos que surgen inquebrantablemente en el área de la vida y la salud.

“Un dilema ético es una situación en la que los preceptos morales o las obligaciones de similar obligatoriedad ética se encuentran en conflicto, de forma que cualquier solución posible al dilema es moralmente intolerable. Visto desde otra perspectiva, un dilema ético es una situación donde los principios morales que guían la conducta no permiten determinar de manera evidente lo correcto o incorrecto ante dos posibles cursos de acción” (Ruiz-Cano, Cantú-Quintanilla, Ávila Montiel, Gamboa Marrufo, Juárez Villegas, De Hoyos Bermea, 2015).

“Se entiende también por dilema ético aquella situación que compete a la naturaleza moral, es decir, aquella que plantea cómo obrar bien, evitando hacer daño, valorando las consecuencias del acto y logrando obtener el mayor beneficio para la mayoría de personas involucradas, con base en unas reglas ‘para el bien’ establecidas” (Sarmiento, 2000).

Por lo cual, la bioética, tiene un gran compromiso que implica la apertura de espacios de discusión en temas trascendentales como el origen de la vida y la muerte, la eutanasia, trasplante de órganos, la justicia y la salud, la interrupción del embarazo, la terapia génica, las técnicas de reproducción asistida, los derechos del menor responsable y las implicaciones religiosas en todos éstos y muchos otros dilemas.

Refiriéndose al código genético, merece especial atención el tema de la ingeniería genética por la evolución biológica en la que el hombre

ha pasado de ser espectador a ser dueño y señor de ella; aparece en el ambiente la posibilidad de la *manipulación genética* con sus diferentes técnicas como la del ADN recombinante y algunas otras en las que se pueden corregir defectos congénitos o simplemente con las que se pretende perfeccionar la naturaleza humana. ¿Esto pone a las ciencias humanas y biológicas ante interrogantes válidos acerca de si todo lo posible tecnológica y científicamente es ético, es correcto, cuando pensamos en el respeto a la dignidad humana? ¿Es el deber ser? Interrogantes fundamentales que son razones históricas del surgimiento de la bioética (Ortiz-Millán, 2018).

Ante la genética, con todos los nuevos descubrimientos y empoderamientos del científico posmoderno, entre ellos el proyecto Genoma Humano, la ingeniería genética y todos los espacios grises intermedios encontrados en sus desarrollos, la bioética tiene el difícil papel de ser la mediadora y conciliadora que impida el atropello de la dignidad humana, aportando límites al avance científico y tecnológico que se lleve a cabo, para el beneficio de las poblaciones y sus individuos.

Por lo tanto, es necesario comentar como antecedentes que “la genética pertenece casi en su totalidad al siglo XX”. Los trabajos de Mendel fueron redescubiertos por Hugo Vries, botánico holandés, basándose en los trabajos de Darwin y Morgan, pero fue Thomas Hunt Morgan –un biólogo norteamericano– quien fundó, en la Universidad de Columbia, el laboratorio de genética más importante a principios del siglo [XX] (...) En sus avances con el descubrimiento del código genético, se constituye en el punto clave del llamado dogma central de la biología molecular, consistente en que el ADN→ARN→proteínas, hizo posible tener la llave de la unidad de las formas de vida sobre la Tierra. Junto con esto y el descubrimiento y aplicación de la técnica del ADN recombinante, fue posible alcanzar la puerta de entrada a lo que se denomina la ingeniería genética (Amorocho Pedraza, 2010).

Tantos avances tecno-científicos sin el control requerido, han generado conflictos personales y colectivos, en cada área de la vida donde el hombre es partícipe, referidos a la reserva y confidencialidad de los datos en las investigaciones, en la terapéutica clínica y la práctica médica en general. Igualmente sucede con el “Consentimiento Informado” que debe ser considerado y aplicado como proceso y no

solamente como documento, puesto que debe proteger el derecho fundamental de la *autonomía* y en variadas circunstancias no es utilizado correctamente, lo que da lugar a demandas en los Tribunales de Ética para los profesionales y a entidades sanitarias; se reitera la necesidad de conocer más a fondo los fundamentos y principios bioéticos, con el adecuado cumplimiento de los mismos.

“Todos estos desarrollos tecnológicos han generado muchas preguntas acerca de si lo que se está haciendo es moralmente correcto y hasta dónde deberíamos llegar. ¿Hay límites morales para la manipulación genética? ¿Podemos hacer investigación en cualquier área de la genética sin tomar en cuenta la dimensión moral de sus consecuencias?” (Sánchez Torres, 2010).

¿Tiene el hombre la potestad de decidir en determinada circunstancia quién debe vivir o morir? ¿O decidir sobre su propio curso de vida en condiciones de salud terminales o de extremo sufrimiento? ¿Es más importante la vida del ser humano en formación embrionaria o la de la madre que no puede o no quiere conservarlo? ¿Siempre deben ser los padres del menor, quienes decidan por él en situaciones que afecten su integridad física o emocional? ¿Es ético insistir en la clonación de seres humanos? ¿O alquilar vientres? La lista de interrogantes es cada vez más larga y de mayor complejidad, al tratar de dar respuestas acertadas, satisfactorias y coherentes con la ideología religiosa y cultural de todas las personas.

Por lo cual, el “peligro ecológico ha comenzado a cobrar importancia social a partir de los años 70. Para comprobar esto último no hay más que recordar tres prestigiosos informes. Uno, el que en 1972 publicó el club de Roma, y que lleva por título *The limits of growth*. El segundo es el Informe 2000, elaborado durante la presidencia de Jimmy Carter. El tercero, finalmente, es el que, con el título de *Our Common Future*, que hizo público en 1987 la Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo, dependiente de las Naciones Unidas. Todos llegan a la misma conclusión: que el crecimiento tiene límites, traspasados los cuales se pone en grave peligro el futuro de la vida sobre el planeta, y que, por tanto, el desarrollo económico no solo no va necesariamente acompañado de aumento de la calidad de vida, sino que, muy al contrario, el agotamiento de las materias

primas, la contaminación de los mares, la destrucción de los bosques, la alteración de la atmósfera, etc, pueden disminuir drásticamente la calidad de la vida de los hombres en las próximas generaciones y comprometen seriamente la viabilidad de la especie humana en un futuro no muy lejano” (Gracia Guillén, 1991).

Otra de las importantes razones para el surgimiento de la bioética aparte de la *revolución biológica y ecológica es la revolución médico-sanitaria*.

En el desarrollo de la humanidad, los profesionales de la salud han ocupado un sitio respetable, con reconocimiento de su benéfico quehacer en la vida de sus congéneres y han sido ejemplo de solidaridad y autonomía, al mostrar compromiso y dedicación por su profesión. Y aunque siempre se han visto enfrentados a resolver situaciones difíciles sobre la salud y curso de acción de sus pacientes, nunca antes como ahora se ven implicados en la resolución de dilemas ético-legales de gran trascendencia, que presentan los incontables avances científicos y tecnológicos, lo cual requiere nuevos conocimientos basados en una formación ética, solidez integral y una educación continuada que supere los códigos deontológicos, “De manera histórica, la brecha a la que se hace referencia, ha llevado a que haya grandes vacíos en la motivación y formación de los profesionales médicos” (Sarmiento,2000).

“Las razones de éste cambio son de tres tipos: en primer lugar, la mayor autonomía y capacidad de decisión del enfermo; en segundo, las profundas transformaciones tecnológicas de la práctica médica; y en tercero, el modo como los poderes públicos, en particular el Estado, han diseñado y gestionado la política sanitaria” (Gracia Guillén, 1991).

Históricamente es conocido, desde el pensamiento de Hipócrates, el desarrollo de las actividades médicas en las cuales aquellos expertos encargados de mantener sanas física y mentalmente a las comunidades, debían resolver problemas morales de diferente complejidad, y quizá se desconocen muchas otras prácticas sanitarias rudimentarias o avanzadas, que antecedieron a las que alcanzaron a ser documentadas. Lo que permite suponer que la práctica médica, mediada por una reflexión ética, siempre ha existido al existir el hombre y su pensamiento racional. Pero la actualidad autónoma, racional, de pluralismo vivencial

y pos convencional, presenta mayores retos para la humanidad, que intenten aclarar la cadena de interrogantes que surge cada día.

Por otro lado, “(...) la bioética incluye la implementación de políticas públicas y el control de la actividad científica; sin embargo, dentro de sus objetivos no solo pretende el desarrollo y la aplicación de un código deontológico o de un conjunto de normas de cumplimiento obligatorio para los profesionales, sino que además procura comprender mejor lo que está en juego. Examina aparte de los problemas existentes, lo normativo, pues ofrece recomendaciones sobre el *deber haber o hacerse*” (Aranda, González, Caballero, 2015).

Elaborando un análisis sobre los conceptos acerca de la bioética y lo que ella contiene, podría irse cerrando el círculo de la discusión con los siguientes apartes enunciados en el Congreso de Bioética de la Unesco en noviembre del 2010.

¿Qué es la Bioética? ¿una disciplina?, ¿una doctrina?, ¿una ciencia?, ¿una filosofía?, ¿un saber?, ¿un movimiento?, ¿un discurso? No hay un consenso para definirla, pero la bioética es al mismo tiempo todas ellas. La bioética es de extracción norteamericana, pragmática, y para Potter como ciencia está centrada en la conservación de la vida humana y su entorno. Es reflexiva y práctica, va a la dialéctica del conflicto, no es dogmática, es pluralista, liberal, autónoma y como saber se sustenta en fundamentación empírica. Es antropocéntrica, ecocéntrica, biocéntrica y beneficentista. La bioética ha prendido las alarmas para la conservación de la naturaleza y su papel es crear puentes para asegurar la especie humana, en condiciones de bienestar, felicidad y convivencia humana pacífica (Ortiz Millán, 2018).

Fundamentación de la bioética

Si aceptamos que la bioética es un saber, surge la pregunta: ¿Cuál es éste? Se afirma que la especificidad de la bioética, al igual que la ética, tiene que ver con la bondad, con el bien (hacer el bien). Pero, ¿qué se entiende por bondad, por bien? Pregunta difícil de contestar, puesto que es el meollo, la esencia de la ética. Platón decía que se había carecido de inteligencia frente a la idea del bien. Aún hoy, la definición de bien continúa inmersa en el fondo de la filosofía y de la ética (Sarmiento, 2000).

La idea de *bien* que acompaña al ser humano, resulta muy subjetiva y acomodada a las circunstancias que lo rodean, encontrando justificaciones a cualquier tipo de comportamiento.

“No cabe duda que juzgarnos a nosotros mismos no es cosa fácil, la mayoría de las veces excusamos nuestro actuar, sin aceptar los errores o fallas cometidos. Es necesario comprender que ser un agente humano implica tomar posición respecto al bien porque ‘la individualidad y la moral, son temas que van inextricablemente entretnejidos’ De manera que una de las características fundamentales del ser persona ‘es existir en un espacio definido por distinciones de valor’” (Gómez de Pedro, 2001).

En este espacio se aprende a distinguir y *degustar* valores morales como lo expresa Adela Cortina, hasta apreciarlos y adoptarlos como forma de vida, forjando un carácter que tienda al *bien*. La moral que hace parte de la existencia de una persona, desde los primeros años de vida, al ingresar a un núcleo familiar y que permite dar forma a una tabla de valores construida por cada individuo, puede modificarse en el transcurso de la vida, de manera progresiva y coherente según las vivencias, experiencias y representaciones sociales que se convierten en parte de su Ser y que tienen gran peso a la hora de tomar *decisiones buenas*.

Lo *bueno*, *el bien*, términos decisivos en el desarrollo de la ética, no mantienen una clara y universal definición. No obstante, cada ser racional, tiene una idea de lo que es el bien, pero le resulta muy difícil definirlo, tanto como definir el amor. Y siente la misma incapacidad de San Agustín cuando quería explicar algunos asuntos metafísicos y expresaba: “Si nadie me lo pregunta, lo sé; si quiero explicárselo al que me lo pregunta, no lo sé. Porque el fin del hombre, que es su bien, no es algo ideal sino real y concreto, Aristóteles se ocupa de cuáles son los mejores medios para alcanzarlo. Porque en vista de lo que les parece bueno, todos obran en todos sus actos”: éste es el tema central de la ética (Romero, 2015).

Además, se menciona la *felicidad* como algo involucrado con el bien, por cuanto para algunos eticistas, desde la antigüedad, la felicidad es el sumo bien. “Esta doctrina es la que se denomina ‘eudemonismo’. Se trata, pues de una ética de bienes y fines. Desde Kant se la llama ‘ética material’. En *El Banquete*, Platón la nombra: Es, en efecto, por la

posesión de las cosas buenas como son felices los hombres felices”. A su vez, Aristóteles afirma que “(...)la felicidad es un bien que la naturaleza humana, como naturaleza individual persigue. Por eso recomendó que la investigación ética debía fundamentarse en un principio: la felicidad”. “De hecho, la felicidad parece ser ese estado al que se desea llegar y en el cual se quiere permanecer, pero en el fondo, este anhelo quizás produzca más desesperanza que cualquier otra cosa, puesto que parece que tal estabilidad, es un imposible” (Margot, 2007).

Pareciera exagerado pretender que la felicidad ocupe un espacio importante al revisar la fundamentación de la bioética. No es así. “La felicidad; más que un deseo, alegría o elección, es un deber” según Kant (1724-1804). No es de extrañar, pues, que existan muchos que esperan que la bioética sea la encargada, en el siglo XXI, de llevar la humanidad a los dominios de la felicidad. Sin embargo, no será muy fácil si se tiene presente “¿Cuáles son las condiciones de la felicidad moderna? Una de ellas es la de que hay que eliminar de nuestra vida el dolor y la enfermedad. Eliminar la muerte es más difícil, pero la ciencia progresa y la duración de la vida aumenta. El mundo moderno está hecho para los jóvenes porque, para ser feliz, hay que poder gustar. El derecho al amor y al placer físico, tanto para el hombre como para la mujer, exige la belleza corpórea. La felicidad moderna exige también la seguridad material, la casa, el carro (...) Todo esto es el signo del éxito social” (Sánchez Torres, 2008) Por lo tanto, con la ilusión de lograr un futuro mejor que heredar a las generaciones siguientes, una gran responsabilidad se ha depositado en los esperanzadores caminos de:

Una ciencia llamada bioética

“Para Potter la bioética es una ciencia, vale decir, un conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, lo cual está de acuerdo con la filosofía moral analítica, o crítica del británico Moore. Pero ¿qué clase de ciencia es ella? Sin duda, se trata de una ciencia en proceso de construcción, que tiene como objetivo fundamental la supervivencia de la especie humana y de su entorno. Los conocimientos que ella maneja pertenecen, en primer término, al terreno de las ciencias biológicas, obtenidos a través de la observación y el razonamiento. Dado que las ciencias biológicas abarcan muchos

campos y disciplinas –como que hacen relación con todas las formas de vida–, es menester la contribución de científicos representantes de todas ellas. Entendible que Potter calificara a la bioética como multidisciplinaria”.

Aceptando que la ética es un saber, al entrar la cultura en la edad posmoderna, ese saber cambió de estatus, cambió de rostro –como lo expresó Potter– y se trocó en la bioética, que es un saber nuevo, una nueva ética.

Se ha considerado al filósofo francés Jean François Lyotard como el padre del concepto ‘postmodernidad’. Para Lyotard el saber en la postmodernidad ya no es narrativo. La regla del consenso, que es un recurso para darle validez a la fundamentación científica, no puede ser establecida más que en el seno de su debate asimismo científico. La ciencia para legitimarse recurre –dice Lyotard– a la dialéctica del espíritu, a la hermenéutica del sentido, a la emancipación del sujeto razonante; en otras palabras, a la autonomía de la persona. He aquí la fundamentación de la bioética.

Recapitulando, “la bioética es una ciencia, una disciplina, una doctrina, una filosofía, un instrumento, un movimiento, un saber cuya razón de ser es la supervivencia de la especie humana sobre el planeta Tierra. Siendo así, el epicentro de la bioética es el hombre; por lo tanto, es antropocéntrica” (Amarocho Pedraza, 2010).

“Dado que la supervivencia del hombre depende en mucho del ambiente que lo rodea –del oikos–, es decir el ecosistema, por extensión la bioética viene a ser antropocéntrica”. “Pugnando por la protección del ecosistema, y de todo lo que esta encierra –diversas formas de vida–, la bioética es además vitacéntrica y beneficentista” (Amarocho Pedraza, 2010).

Pero, “Si el hombre y la mujer son –como han sido considerados en forma unánime– el ‘Bien Mayor de la Naturaleza’, la bioética lo que ha hecho es prender las alarmas frente a la posibilidad de que ese mismo bien sea el verdugo de su especie al comportarse como un depredador de la naturaleza, de la cual él forma parte” (Alarcón, 2015).

“A la luz de los postulados potterianos no queda duda de que el papel de la bioética es crear puentes, vínculos que unan y comprometan a todas las actividades relacionadas con la vida humana, animal y vegetal, con el fin de asegurar la supervivencia de la especie humana en el planeta Tierra, en condiciones de bienestar y felicidad. No tendría sentido que el hombre y la mujer pervivieran en condiciones lastimosas. En su autobiografía decía Charles Darwin que “todos los seres vivos han sido creados para, como norma general, disfrutar y ser felices. Según él, solo siendo feliz es posible que la especie humana pueda salir airosa y sobrevivir sobre la Tierra”.

“La felicidad es un estado de satisfacción, más o menos duradero, que experimenta subjetivamente el individuo en posesión del bien deseado. En un análisis factorial de la felicidad encontramos que está integrada por cuatro factores: 1) ausencia de sufrimiento profundo; 2) satisfacción con la vida; 3) realización personal; y 4) alegría de vivir. En suma, esto es la felicidad” (Sánchez Torres, 2019). Cada individuo la busca a su manera según sea el significado que le aporte a su vivir y el papel que le corresponda dentro de la bioética.

Pero además de propiciar la creación de puentes que hermanen las ciencias con las humanidades, la Bioética debe aprovechar su calidad de movimiento para penetrar a profundidad en la conciencia de todos los componentes de la sociedad, con miras a que, sirviéndose –a manera de instrumento– de los principios éticos en que se sustenta, modele los cerebros. Lográndose un cambio ecuménico de actitud, será posible entonces que la humanidad alcance su bienestar y su felicidad. Algo de esto quedó consignado en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada en el 2005 por la UNESCO.

La Bioética debe ser el puente que une dos orillas: las orillas del río de la vida (Amorocho Pedraza, 2010) y enseñe en su caminar que la felicidad que se espera obtener de ella, debe ser un proyecto global, común a todos; en el que cada participante proponga mejoras.

Aceptando las diferentes definiciones de bioética como ciencia, saber, bien, felicidad, entre muchos otros proyectos, para terminar, se decide acoger la definición que el médico y humanista español Pedro Laín Entralgo diera al término *felicidad*: “Felicidad no es otra cosa distinta a la vivencia de una plena posesión de todo lo que uno es, puede ser y

quiere ser”. No sin antes dejar en el ambiente algunas inquietudes sobre el futuro bioético ¿Podrá esta multidisciplina o multiciencia darnos felicidad? ¿Nos llevará por el camino esperado? ¿Será la felicidad del ser humano, un proyecto individual o global? Solo queda la reflexión de Albert Camus: *No camines delante de mí, puede que no te siga. No camines detrás de mí, puede que no te guíe. Camina junto a mí y sé tu amigo.*

Conclusiones

- La libertad, autonomía y voluntad, son condiciones imprescindibles que deben acompañar al acto humano para ser juzgado desde lo ético; por lo cual, solo el ser racional libre y competente asume esta responsabilidad.
- Los valores morales que se fundamentan en los primeros años de vida, se definen a través de los ciclos vitales, mediante representaciones sociales, vivencias, que le permiten al ser humano incluirlos o desecharlos en su estilo de vida.
- La bioética cada día enfrenta mayores retos y dilemas éticos que en muchas circunstancias, expresan su incapacidad para mantener el respeto por los Derechos Humanos (DD.HH.)
- La dignidad inherente a cada persona, parece estar amenazada actualmente con incontenibles avances científicos y tecnológicos que no consideran a la bioética, buena compañía.
- Sin embargo, la esperanza, la ilusión y el anhelo de ser “felices”, permanece intacto durante toda la línea de vida, apoyando su incansable búsqueda.

Referencias bibliográficas

Alarcón, R. (2015), La idea de la felicidad (artículo de revisión), *Apunt. cienc. soc.* 2015; 05(01), DOI: <http://dx.doi.org/10.18259/acs.2015002>

Amoroch Pedraza N. H. (2010) Una mirada a la bioética. *Revista Tribuna Ética Médica*, Vol. 5 Nos. 1-2, Enero – diciembre de 2010, pp. 37-38

- Andino, C. (2017) Ética de mínimos y pluralidad democrática. Aportes actuales de la ética civil de Adela Cortina. *Rev. cient. UCSA*. 2017, vol.4, n.1, pp.67-79
- Aranda, R., González, I. y Caballero M. A. (2015) Los principios éticos y las obligaciones civiles, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, Volume 48, Issue 142, January–April 2015, Pages 313–337 Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2015.142.4922>
- Betancur, G. E. (2016). La ética y la moral: paradojas del ser humano. *Revista CES Psicología*, 9(1), pp. 109-121.
- Bravo, F. (2009). Pluralismo y éticas de la vida buena: del Filebo de Platón a la Ética a Nicómaco de Aristóteles. *Areté*, 21(2), 239-258. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1016-913X2009000200001&lng=es&tlng=es.
- Colomer J. (2014) Los fundamentos de la ética discursiva en Habermas y Apel. Universitat de Barcelona (UB). 2014, *Eikasia: revista de filosofia*, ISSN-e 1885-5679, N°. 56, 2014, pp. 75-90. Disponible en: <https://www.revistadefilosofia.org/56-05.pdf>
- Cortina, A. (1994) *Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial*, Madrid: Trotta, capítulo 1 ¿Qué es la Ética?, pp. 17-33
- Cortina A. (2009) El mundo de los valores en *Ética mínima y educación*, Bogotá: Editorial El Búho., Bogotá, D.C. 7ª reimpresión: 2009, pp. 120-124.
- Escuela de Ciencias Jurídicas, junio 5-2020 - Grupo Inenka, tu plataforma de formación online - Habermas y la ética discursiva- Escuela de Ciencias Jurídicas.<http://www.escuelacienciasjuridicas.com> > *etica-discursiva*
- España, O. (2018). *Ética y Formación ciudadana*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, junio 2018, pp. 13-14.
- Garcés Giraldo, L. F. (2014). Searching for a boiethical model for experiments with animals: elements for its foundation. *Producción + Limpia*, 9(1), 124-140. Retrieved January 31, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielol.php?script=sci_arttext&pid=S1909-04552014000100010&lng=en&tlng=en.
- Gómez de Pedro M. E. (2001) *El Estado del Bienestar. Presupuestos éticos y políticos*, Barcelona: Universitat de Barcelona facultat de filosofia departament de filosofia teòrica i pràctica, Tesi doctoral, 26 de juny.

- Gómez Gómez, A. (2012). Decadencia de la ética. *Reflexión Política*, 14(27) ,4-5. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [fecha de Consulta 18 de enero de 2021]. ISSN: 0124-0781. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=110/11023066001>
- Gracia Guillén, D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética, estudios de bioética* vol. 1, Bogotá: Editorial El Búho, pp. 18-20
- Homenaje a Jorge Luis Borges. (1999) *Documentos de trabajo*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://webs.ucm.es/BUCEM/descargas//documento4436.pdf>
- Kettner, M. (2003) La ética discursiva: la responsabilidad moral por el poder discursivo. *Ideas Valores*, Volumen 52, Número 122, p. 51-77, 2003. ISSN electrónico 2011-3668. ISSN impreso 0120-0062. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/14461>
- Margot, J. P. (2007). La Felicidad. *Praxis Filosófica*, (25), 55-80. Retrieved February 07, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-46882007000200004&lng=en&tlang=es.
- Medina, M., (2016) La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, n° 67, 83-98ISSN: 1130-0507 (papel) y 1989-4651 (electrónico) <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/199701>
- Molina Ramírez, N (2013). La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Revista Colombiana de Bioética*, 8(2) ,18-37. [fecha de Consulta 3 de febrero de 2021]. ISSN: 1900-6896. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1892/189230852003>
- Muñoz, Córdoba, R., Altisent, R, Delgado, M. T., Autonomía y heteronomía, una alianza necesaria para el abordaje del tabaquismo. *Visión de profesionales y pacientes*. 2019 [citado 2020 Oct 07] ; 33(5): 401-407. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000500401&lng=es.
- Observatorio de Bioética Ciencias de la Vida, (enero 2018), España: Universidad Católica de Valencia, San Vicente Mártir. Ética de mínimos | Observatorio de Bioética, UCV - www.observatoriobioetica.org > ética-de-mínimos

- Ortiz, G. (2016), Sobre la distinción entre ética y moral. En: *Isonomía*, México, n. 45, pp. 113-139, oct. 2016.
- Ortiz-Millán, G. (2018). Bioética y nuevas fronteras de la genética, Manuel Ruiz de Chávez y Raúl Jiménez Piña (coordinadores), México: Fontamara-Conbioética, 2018. *Revista Colombiana de Bioética*, 13(2). <https://doi.org/10.18270/rcb.v13i2.2433>
- Perales, A. (2010) Reflexiones sobre ética de investigación en seres humanos, *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 27(3): pp. 438-42.
- Pérez, M. (2017) "Tres enfoques del pluralismo para la política del siglo xxi." *Ideas y Valores* 66.163 –(2017)Universidad de Buenos Aires / CONICET - Buenos Aires - Argentina www.scielo.org.co > 0120-0062-idval-66-163-00177
- Romero, A. (2015) La concepción aristotélica de la eudaimonía en Ética a Nicómaco:Relaciónentre vidaactivayvidateorética.*Revista de Investigación* [online]. 2015, vol.39, n.85, pp. 13-30. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-29142015000200002&lng=es&nrn=iso.
- Romeu, V. (2018). Buber y la filosofía del diálogo: Apuntes para pensar la comunicación dialógica. *Dixit*, (29), pp. 34-47. <https://dx.doi.org/10.22235/d.v0i29.1696>
- Roy, E. (2014 enero-abril) Apuntes éticos: Esperanza Guisán y un utilitarismo cordial e ilustrado, *Rev. Filosofía Univ. Costa Rica*, LIII (135), pp. 119-128, enero-abril 2014 / ISSN: 0034-8252
- Ruíz-Cano, J., Cantú-Quintanilla, G. R., Ávila-Montiel, D., Gamboa-Marrufo, J. D., Juárez-Villegas, L. E., De Hoyos-Bermea, A., Chávez-López, A., Estrada-Ramírez, K. P., Merelo-Arias, C. A., Altamirano-Bustamante, M. M., De la Vega-Morell, N., Peláez-Ballestas, I., Guadarrama-Orozco, J. H., Muñoz-Hernández, O., Garduño-Espinosa, J., & Grupo de Estudio sobre Dilemas Éticos HIMFG-IPADE, (2015). Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), pp. 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.03.006>
- Sánchez Torres, F. (2010) "Bioética en un continente de exclusión: de la reflexión a la acción". III Congreso Internacional de la REDBIOÉTICA UNESCO para América Latina y el Caribe. Memorias de la Mesa sobre Fundamentos de la Bioética, pág. 245

- Sánchez Torres, F., (2008) Algo sobre Bioética, *Noticentral*. ISSN 0124-4078 Publicación trimestral Número 12 Octubre-diciembre de 2008, Universidad Central.
- Sánchez Torres F. (2019) ¿Qué es la felicidad? Una aspiración elemental de todo ser humano, no importa que carezca de definición., columna de *El Tiempo*, 31 de julio, 2019
- Sarmiento P. J., (2000) Bioética y genética. Implicaciones bioéticas de los descubrimientos del proyecto genoma y sus implicaciones. *Rev. Bioética y persona*, Colombia: Universidad de la Sabana.
- Schwartzman, Prieto, U, Martins, V. C. S, Ferreira, L. S., & Garrafa, V. (2017). Interdisciplinariedad: referencia indispensable del proceso de enseñanza-aprendizaje de la bioética. *Revista Bioética*, 25(3), pp. 536-543. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253210>
- Torres, J. M., Galván, G. & Hernández, O. I. (2016). Ética del discurso de Habermas: como propuesta teórico-práctica en la solución de problemas práctico-morales. En *Justicia*, 29, pp. 13-27. <http://dx.doi.org/10.17081/just.21.29.1230>
- Vásquez, C.A. (2018). Ética y ciudadanía: el ser humano y la bioética, reflexiones desde la responsabilidad social y del otro, en Muñoz Joven, L. A. (comp.). *Aproximación a la ética y la ciudadanía. Las responsabilidades en las esferas moral y política*. Cali, Colombia: Editorial Universidad. Santiago de Cali. DOI: <https://doi.org/10.35985/978958552240>
- Yanes Calderón, M, De la Vega Pazitková, T. & Chio Naranjo, I. (2010). Presencia de la bioética en los cuidados paliativos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(2) Recuperado en 03 de febrero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200013&lng=es&tlng=es.

La ética y su relación con la comunicación científica

Ethics and its relationship with Scientific Communication

Luis Armando Muñoz Joven*

© <https://orcid.org/0000-0001-5084-5069>

Resumen

La comunicación del conocimiento científico en Latinoamérica se ha ido posicionando como estrategia alternativa para el acceso al conocimiento y el mejoramiento de la comunidad científica. Allí subsiste una cuestión ética, que atribuye a la comunicación un papel central en todo el entramado de vinculaciones y conductas en torno al ecosistema de la ciencia. El objetivo es analizar el tema de la comunicación del conocimiento y sus conceptos para la ciencia, la ética en la comunicación y la cultura científica. En Colombia, apenas desde que se hizo pública la política científica del 2005, se han impulsado programas y proyectos de CTI para una naciente cultura de investigadores. Sin embargo, las inversiones económicas para el desarrollo de esta política son escasas y, también, recientes en la región. De ahí que se piense que las articulaciones históricas no han involucrado un diálogo que sea consecuente con las tendencias internacionales de CTI que puedan entrar en la industria científica y que permitan dilucidar un desarrollo del periodismo científico para la divulgación del conocimiento en las

*Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ luis.munoz03@usc.edu.co

Cita este capítulo

Muñoz Joven, L. A. (2020). La ética y su relación con la comunicación científica. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 55-73). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

condiciones que demandan los derechos del hombre. En conclusión, aquí se presenta esta postura y se pide que la comunidad científica esté acorde con un tratado regional para involucrar la investigación y las temáticas que abordan necesidades del planeta, sin olvidar las apuestas internas de cada país.

Palabras clave: comunicación del conocimiento, sociedad del conocimiento, periodismo científico, política científica, inconducta científica.

Abstract

The communication of scientific knowledge in Latin America has been positioning itself as an alternative strategy for access to knowledge and the improvement of the scientific community. There remains an ethical question that attributes to communication a central role in the entire network of relationships and behaviors around the ecosystem of science. The objective is to analyze the subject of knowledge communication and its concepts for science, ethics in communication and scientific culture. In Colombia, just since the scientific policy of 2005, STI programs and projects have been promoted for a nascent culture of researchers. However, economic investments for the development of this policy are scarce, and also recent in the region. Hence, it is thought that the historical articulations have not involved a dialogue that is consistent with the international trends of STI that may enter the scientific industry and that allows to elucidate a development of scientific journalism for the dissemination of knowledge in the conditions demanded by the human rights. In conclusion, this position is presented here and the scientific community is required to agree with a regional treaty to involve research and issues that address the needs of the planet, without forgetting the internal stakes of each country.

Keywords: knowledge communication, knowledge society, science journalism, science policy, scientific misconduct.

Introducción

La comunicación del conocimiento científico en América Latina

La expectativa respecto a formar investigadores no se hace tan evidente en los propósitos políticos en América Latina. Quizá habría que empezar por las instituciones de Ciencia, Tecnología e Innovación, CTI. Por supuesto, hay que tener en cuenta los contenidos que ofrecen las universidades para ampliar la cultura investigativa, como también el número de investigadores y doctores que trabajan en la producción científica. Los pocos cursos de metodología de la investigación, no son suficientes para comprender la disciplina discursiva de la argumentación científica. Pero, de manera concreta, no es el objetivo principal de las instituciones educativas, graduar investigadores, sino profesionales con competencias para la vida cotidiana, laboral y ciudadanía. No obstante, quienes se dedican a la investigación, y muchos estudiantes se motivan a ello, son aquellas personas que desean comunicar el conocimiento científico, quienes logran posgrados de investigación y doctorados para ampliar los límites que hay en cada área profesional.

Inicialmente, en ese grupo de personas se encuentra una relación entre ser el investigador que escribe y la información que se presenta a la comunidad que lo puede leer. Seguidamente, aparece una cuestión ética, de lo adecuado, lo públicamente considerado para la comunicación del conocimiento, que es un *ethos* que poco a poco se va aprendiendo. Pero aquí lo importante es poner a esta comunicación (o la difusión del conocimiento) no como un fin, sino como un medio, porque no pueden crearse confusiones de que medio y fin llevan a un camino que es la investigación misma. Como medio, se dilucida el ecosistema que permite describir la industria científica.

La comunicación del conocimiento es un puente que se construye con la intención de actualizar los saberes y descubrimientos de cada una de las áreas y campos científicos. El símil es el de una arquitectura que se da en esa situación comunicativa. No es la situación ideal del habla, sino una situación en la que los participantes presentan y consumen, escriben y leen, “discursean” bajo la tutela de los alcances de la comunicación

científica. De ahí que se incluyan todos los procesos comunicativos activos en la comunidad científica; de la sociedad de conocimiento.

Los investigadores escritores y los lectores de investigaciones modifican el decir y hacer en el discurso científico. Y frente a ese discurso científico, hay que estar atento a la situación comunicativa, en la que los investigadores intervienen con el discurso que comprende el trabajo científico.

Lo que se quiere sustentar en este capítulo es que en este ecosistema de la comunicación del conocimiento subsiste una relación que no es simétrica, –como igualdad–, sino enfrentada, asimétrica, por tanto, no es un diálogo, sino que además implica una disposición de todo el entorno político y económico de la comunidad de investigadores que expresan la comunicación científica.

Se reflexiona acerca de la comunicación del conocimiento de la ciencia, también de esas prácticas políticas, sociales y culturales que tienen imbricadas relaciones éticas, teóricas e interdisciplinarias. La pretensión es lograr apenas una aproximación al tema y sus conceptos para la ciencia, la ética en la comunicación y la cultura científica. La base metodológica del estudio es el análisis basado en la documentación cercana, en las actividades de los entes de la comunidad del conocimiento, que son cuestiones que requieren una interpretación de lo que acaece para la comunidad de periodistas del conocimiento científico en América Latina y especialmente en Colombia.

La relación ciencia-sociedad

Es indispensable que el conocimiento científico pueda comunicar. Pero este comunicar hay que considerarlo como una forma de expresión de la que pocos pueden ser destinatarios; y esto tiene la característica de que en una comunidad especializada el sentido se comparte, está en común, en una identidad. Además, que esta comunicación del conocimiento científico tiene el espíritu de algo privilegiado; como señala Umberto Eco (1998):

Existe la creencia de que un texto de divulgación, donde las cosas son explicadas de manera que todos las comprendan, requiere menos habilidad que una comunicación científica especializada que, por el contrario, se expresa a través de fórmulas comprensibles sólo para unos pocos privilegiados (p. 177).

La intención comunicativa debe ser una forma de expresión clarísima, que sea comprensible e inteligible para todo aquel que se acerque como receptor. Es ético que la comunicación acuda a las definiciones de todos los términos claves que se utilizan. Esto implica que, al pensar en una hipótesis del lector o receptor, se considere un auditorio universal, al menos algo leído para que atienda y aprenda del conocimiento en relación a su razonamiento, puesto que, en esa hipótesis, también cabe decir que no sólo se habla al especialista.

En la relación que se establece entre ciencia y sociedad, son dos procesos los que constituyen este objetivo comunicacional: a) la producción editorial y b) la comunicación del conocimiento científico. No son actividades similares, puesto que en la primera subyace una hipótesis de receptor al que se dirige la producción, y en la segunda hay una suerte de pertenencia al conocimiento y un *ethos* del emisor; pero estos no se encuentran en un diálogo. Cuando dos personas se encuentran en una conversación, departen sus inquietudes, según su experiencia temática y cultural; pero cuando el emisor especialista se quiere encontrar en una situación ideal de diálogo, la tiene que imaginar, lo mismo hace el receptor (auditorio universal o especializado). Sin embargo, en este proceso informativo del conocimiento, hay producción de sentido tanto en el emisor como en el receptor, y entre ellos, en ese proceso, no se da una simple transmisión de significaciones.

En un conjunto de personas especialistas en temas o áreas de conocimiento que se conocen por su razón científica, sólo llegan a tener la experiencia comunicativa –unos con otros– en cuanto hay una comprensión de sus avances investigativos, de sus tesis, de sus discusiones personales y de sus conclusiones. Cada receptor se involucra en el conocimiento y, por tanto, pertenece a él, logra ser integrado en la materia que, por su puesto, configura la temática significativa. Lo que se espera del receptor que interpreta, es que luego de tener los significados en común aporte nuevos significados

desde su posición como emisor. En esa relación sólo hay intereses de enseñanza y de aprendizaje de los avances en los diversos temas de la investigación científica. Con las tecnologías actuales para la difusión del conocimiento, se han logrado vinculaciones entre investigadores que empiezan a crear grupos temáticos para escalafonar sus nombres en el periodismo científico.

Estos grupos no tienen la ambición de ser comprendidos por todos los públicos, sino por aquellos lectores de ciencia que son adeptos de sus temáticas especializadas. El alcance en la sociedad de conocimiento no atiende a las mayorías, sino que su alcance científico es de un alfabetismo en estricto orden de la comunicación privilegiada, tanto para publicar como para leer, y que –en cierto modo– contradice el propósito de que las sociedades de conocimiento deben ser fuentes de desarrollo para todos (Unesco, 2005).

Hay que hilar despacio para entender el asunto como propósito mundial, puesto que los intereses de todos los países no son iguales. Así que pensar en que el acceso a la información es para todos y que debe garantizarse la libertad de expresión, pasa por destacar lo que políticamente se establece en las regiones. Por tanto, en contravía del objetivo del desarrollo del ser humano hay una desigualdad en el acceso a las fuentes de información, a la tecnología y la capacidad de conexión, que implican una falta de “infraestructuras y la gobernanza del universo de las redes” (p. 28).

Este objetivo es fundamental porque la tercera revolución industrial – la de las nuevas tecnologías– y la nueva fase de mundialización que la acompaña han modificado radicalmente numerosos puntos de referencia y aumentado las brechas existentes entre ricos y pobres, entre países industrializados y países en desarrollo, e incluso entre los ciudadanos de un mismo país (p. 28).

Pero no hay que olvidar que la libertad de expresión lleva implícita la posibilidad de entregar a quien quiera conocer las investigaciones científicas, convirtiéndose esto en algo con una perspectiva universal, entregarle este conocimiento a la humanidad, como está consignado en el artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. No obstante, queda en manos de la gobernanza

que todo ello sea posible, que se disminuya no sólo la brecha digital, sino cognitiva. En esto último, son cuestionables los contenidos que se imparten en las comunidades de estudiantes que se preparan para la vida profesional; hay que tener en cuenta el problema de la brecha cognitiva que se da en relación con “los obstáculos educativos, culturales y lingüísticos que hacen de Internet un objeto extraño e inaccesible para las poblaciones que han quedado confinadas en los márgenes de la mundialización” (p. 33).

Si bien se piensa que es importante abrir al mundo la comunicación del conocimiento, esto solo es posible si hay posibilidades para el acceso y la descarga de documentos que se publican en referencia a las temáticas de los posibles lectores. Pero no hay políticas que fomenten una cultura científica para crear autores para la democratización del conocimiento (Avellaneda & Von Linsingen, 2011), es decir, crear posibilidades para el “discursar”, propiciar unas dinámicas comunicativas fuertes para que los escritores de investigación científica sean competitivos, al menos en América Latina en comparación con los de Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Japón y China. Hay una brecha, también, en este sentido.

El periodismo científico

Cuando se habla de la necesidad de comunicar acerca del fenómeno interdisciplinario de las ciencias en relación con el desarrollo, surge una posición filosófica que interviene en la presentación disciplinar, desde el punto de vista de la epistemología y de la metodología, que implica una mirada del periodismo científico en relación a las disposiciones sociales y políticas, y de sus resultados en diferentes ámbitos del ecosistema científico. Esta comunicación científica determina el camino de la investigación en el área correspondiente, pero si el problema tiene un carácter interdisciplinario en sí mismo, esto sugiere un análisis de varios campos de la ciencia, pero entendidos para el desarrollo de la sociedad.

The research of the problem has an interdisciplinary character itself, which requires an analysis from various fields of science that affect one or another important aspect of it. Theories of the post-industrial and information society are dedicated to the study of sociocultural changes

taken place in developed industrial countries and provoked by emergence of new high-tech technologies (Drotianko et al. 2020, p. 21).

Este aspecto requiere orientar la escritura de la comunicación científica, y no guardar una forma exclusiva de llevar el conocimiento a las personas, sino que en el desarrollo de las disciplinas se encuentra una urdimbre de relaciones, que son propias de los grandes avances en la forma de presentar la literatura científica. Por eso el periodismo científico tiene implícita la tarea no sólo de la estructura y organización lingüística de los avances científicos, sino de la interdisciplinariedad, en la forma de exposición de las investigaciones.

El periodismo científico asume la interdisciplinariedad como una exigencia en las altas esferas doctorales y académicas, para encontrar mayores aportes en las diferentes disciplinas. Esto amerita un entrenamiento de la escritura argumentativa en el ecosistema científico. Por lo tanto, en ese camino del desarrollo científico, los países que más invierten en investigación y desarrollo (I&D) logran estar en la cúspide de cada disciplina o interdisciplinas.

Esta mirada del periodismo científico debe encontrar poderes institucionales para estar en el ranking internacional, lo que en consecuencia permitiría destacar las formas de elevado entendimiento y del empoderamiento de nuevos hallazgos en cada uno de los *thesaurus* científicos, como en las utopías inmersas en las políticas públicas para la comunicación del conocimiento.

Hay entidades en América Latina que han ganado prestigio en asesoramiento presidencial en la comunicación del conocimiento de la ciencia, como el caso de Conicyt de Chile, que apunta a que su país logre afianzar el conocimiento científico de sus investigadores en las revistas de mayor demanda que tienen este objetivo de servicios de información en Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y Holanda;

¹ “La investigación del problema tiene un carácter interdisciplinario en sí mismo, lo que requiere un análisis desde diversos campos de la ciencia que inciden en uno u otro aspecto importante. Las teorías de la sociedad postindustrial y de la información están dedicadas al estudio de los cambios socioculturales ocurridos en los países industrializados desarrollados y provocados por la aparición de nuevas tecnologías” (Traducción propia).

algunas de estas son *Journal of Biological Chemistry*, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *Nature*, *Science*, *Journal of the American Chemical Society*, que son las primeras según el ranking de revistas a nivel mundial (Conicyt, 2020).

En Colombia, una entidad apropiada sería Colciencias (hoy Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación), pero no puede compararse con la trayectoria, rubros invertidos y avances en este sentido de la comunicación del conocimiento que se ha logrado en Chile, ni mucho menos el desarrollo del conocimiento científico en la región, que también se ha dado en México a través del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), en Brasil con el Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT) y en Argentina con el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), según el ranking de Scimago (2020), en el que Colombia no figura.

Es importante el apoyo y la generación de un periodismo científico mayor en América Latina. Si bien se está haciendo, y se debe a la preparación de investigadores y la preocupación de las instituciones de ciencia y tecnología, como universidades y centros de investigación, no es suficiente si la gobernanza no presenta un incremento en el porcentaje de inversión para el desarrollo de la investigación, la ciencia e innovación.

Pensando en esa preparación de investigadores, la Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICyT, 2012) informa que Brasil y México son los países con mayor número de doctores en ciencias en la región; su mayoría graduados está en áreas de humanidades y ciencias sociales, en ciencias médicas, ciencias naturales y exactas y en agropecuarias, y muy poco en ingenierías o en Bioquímica, Biología Molecular, Neurociencias, Física y Astronomía (lo que sí es usual en Estados Unidos, Alemania o China).

En el 2014, por ejemplo, se registró que Estados Unidos llegaba a los 70 mil doctores, doblando en número a Alemania, Reino Unido o la India. Si se diferencia con el resto del mundo, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, los datos superan a países de gran tradición científica, como dice el informe de la OECD: “Doctoral programmes are particularly towards natural sciences

and engineering in France (55%), Canadá (55%) and China (55%)” (OECD, 2016, p. 147)².

En contraste, el informe del BID (2010) habla de América Latina con porcentajes muy bajos:

De hecho, con las excepciones de México y Uruguay, en los demás países de la región, la ingeniería y la tecnología constituyen, en muchos casos, los campos de menor participación (menos del 20%). Las ciencias naturales y agrícolas siguen siendo las áreas de investigación predominantes: sumadas, suelen incluir del 30% al 40% del total de investigadores (p. 12).

En Colombia, el presupuesto nacional para CTI, ha destinado por 356 mil millones de pesos, 13.56% más que en 2018. Este rubro es significativo, puesto que en los gobiernos anteriores la tendencia era a disminuir los recursos. Con parte de estos recursos, manejados por Colciencias, se desarrolla el programa de becas doctorales nacionales, se invierten en formación de investigadores de primer nivel; suma que alcanza unos “250 mil millones de pesos del fondo de CTI del Sistema Nacional de Regalías” (Arias, 2018). Colombia tiene actualmente 0,16 doctores por cada mil personas que trabajan en CTI, por debajo del promedio en América Latina que es de 0,99 (Minciencias, 2020).

Adicionalmente, solo el 2,5% de los investigadores con doctorado trabaja en empresas, mientras que Latinoamérica registra cifras promedio de 22%. Sin embargo, falta mayor inversión para pensar en alcanzar los altos estándares de la ciencia internacional, falta gestionar más recursos para evitar la “fuga de cerebros”; además el ecosistema científico debe ser mejorado con el incremento en la financiación de proyectos y el establecimiento de políticas claras para la empleabilidad de los doctores en las instituciones que desarrollan CTI (universidades, grupos, institutos y departamentos de investigación e innovación de las empresas). También falta infraestructura científica universitaria y la consolidación de los investigadores, nacional e internacionalmente, para posicionarlos en los rankings de revistas³. Este panorama no es

² “Los programas de doctorado se centran especialmente en ciencias naturales e ingeniería en Francia (55%), Canadá (55%) y China (55%)” (Traducción Propia).

³ Habría que revisar las disposiciones del decreto 1467, que reglamenta la Ley 1923, del financiamiento de proyectos por parte del fondo de CTI del Sistema Nacional de Regalías.

alentador para la investigación, no sólo en Colombia, sino en la mayoría de los países latinoamericanos, en donde la situación es son similares.

La divulgación de la ciencia y sus aspectos éticos.

En la divulgación de la ciencia se deben mirar tres aspectos éticos: los modelos de presentación de la producción científica, la ética en la comunicación de la ciencia y los alcances de la comunicación en los medios de circulación científica.

a) En la industria científica hay estructura y organización a través de modelos de divulgación que se diferencian por su auditorio objetivo, a saber:

Primero, se llama *canónico* al modelo de difusión que presenta el conocimiento científico en un ámbito de alto nivel académico certificado. Tiene dificultades para encontrar un gran auditorio, puesto que es tan especializado que tiende a alejarse por la complejidad en las revisiones y al buscar un conocimiento perfilado por la objetividad; así que su público es pasivo, puesto que sólo se queda con el conocimiento recibido. Segundo, en el modelo de *déficit* se subestima al auditorio en cuanto a sus conocimientos, entonces se piensa en lo que el público necesita saber, y con la divulgación se trata de rellenar esos vacíos cognitivos. Tercero, el modelo de *valoración* apunta a que el conocimiento científico se debe vender como producto cultural; esto ya es orientado editorialmente y, por lo tanto, el auditorio es valorado económicamente. Cuarto, el modelo *cultural* toma en cuenta la producción relacionada con el auditorio, con sus percepciones, su conocimiento referenciado como cultura popular, que también es llamado “ciencia popular”. Y quinto, el modelo *participativo* se refiere a otras dimensiones de los actores sociales, quienes logran integrar el conocimiento científico con los ciudadanos.

De estos cinco modelos, los tres primeros son de comunicación unidireccional o que tienen un carácter informativo de la expresión científica. Mientras que los dos últimos tienen una función integradora e inter-relacional para la producción, circulación y recepción de la comunicación del conocimiento científico.

Sobre esta estructura y organización de la comunicación del conocimiento puede tenerse en cuenta que los modelos presentados encajan según la disposición de cada uno de los auditorios que se acercan a esta industria científica. Y esta industria es la que permea los lineamientos éticos con los que se construye el juego del lenguaje de la ciencia. Debe aplicarse esta comunicación sobre hechos científicos y estadísticos, puesto que, si bien esta industria muestra hechos controvertidos para la comunidad, la divulgación puede considerar una apertura o una suposición de que se comunica incertidumbre y esto reduciría la confianza en los lectores de ciencia.

Posiblemente es por la falta de presentación pública de la investigación sistemática que hace que sea difícil evaluar afirmaciones, certezas de las comunidades de conocimiento (Van der Blesa et al, 2020). Es decir, la comunicación del conocimiento puede llevar al auditorio de ciencia a percibir una incertidumbre y generar una disminución de confianza en la información que se presenta en los medios de comunicación en donde circula la producción científica. Esta incertidumbre tiene lugar en los cinco modelos de divulgación, en cuanto se referencie el proceso comunicativo: meramente informativo o interrelacional con los auditorios.

However, despite the fact that scientists and other producers of knowledge are usually well-aware of the uncertainties around their findings, these are often not communicated clearly to the public and other key stakeholders (Van der Blesa et al, 2020, p. 7672).⁴

Si los productores de conocimiento son conscientes de las incertidumbres en torno a sus hallazgos, es porque no se comunican claramente al público. Esto amerita una revisión de las formas de argumentativas y demostrativas, pero más importante es que: “(...) *it is often assumed that communicating uncertainty transparently will invite criticism, can signal incompetence, or even decrease public trust in science*” (p. 7672)⁵.

⁴ “Sin embargo, a pesar del hecho de que los científicos y otros productores de conocimiento generalmente son conscientes de las incertidumbres en torno a sus hallazgos, a menudo no se comunican claramente al público ni a otras partes interesadas” (Traducción propia).

⁵ “[...] a menudo se supone que comunicar incertidumbre de manera transparente provoca críticas, puede indicar incompetencia, o incluso disminuir la confianza pública en la ciencia” (Traducción propia).

b) Además de estructura y organización, queda claro que la comunicación del conocimiento debe tener una correspondencia ética, como dice Elli, que “el circuito se cierra con nosotros, los lectores, quienes habitualmente consumimos información científica en el convencimiento de que los investigadores, clínicos y editores han sido honestos y confiables al producirla” (Elli, 2015, pp. 59-60).

A esa falta de ética en la comunicación del conocimiento la llaman *inconducta científica*. Y se reconoce como falta por su *intención*, y con esto no se refiere a aquellos errores que pueden suceder por desconocimiento, “el error honesto y las diferencias de opinión” (p. 60).

Esta falta de integridad científica puede observarse en el plagio, la falsificación de datos, el uso de información confidencial, la duplicación de publicaciones, la falsedad de autoría, las faltas en la publicación, la citación inadecuada al revisar investigaciones. Pero hay una diferencia sustancial entre “la intención de engañar y el error producto de la ignorancia” (p. 60), porque en la falta de integridad se señala la conducta que no sigue las normas éticas y científicas.

Hay entidades que presentan los lineamientos deontológicos para una ética de la comunicación científica, como el caso de la más reconocida *Committee on Publication Ethics (COPE)*, que ampara pautas para gestionar las relaciones entre revistas de la sociedad de conocimiento y los editores científicos. Para mantener las buenas prácticas en la divulgación, también hay *software* de revisión (como Turnitin, Plag, Viper, WCopyfind, Dupli Checker, Plag Tracker, Copyleaks, Paper Rate y otras) que permiten la detección de conductas inapropiadas. Sin embargo, estas disposiciones sólo reflejan la necesidad de reiterar la integridad científica, con la mención a que se sancione, amoneste, advierta, a quien cometa el plagio, con el ánimo de evidenciar la *inconducta científica*, y con la consecuencia de que se impida recibir documentos o retirarlos de las revistas por tal *inconducta*.

La responsabilidad de los autores llega hasta la divulgación científica, y esta amerita un reconocimiento ético y moral. Entonces, la difusión de la ciencia o la comunicación científica no puede pensarse por fuera de la concepción del trabajo de investigación, puesto que es la forma de expresión de los datos, temas, contexto y contenido logrado en

el desarrollo metodológico, que involucra, además, la producción de sentido en la comunidad de investigadores que se leen entre sí.

Es relevante anotar que hay un gran crecimiento en la información académica desde la apertura de la cultura a través de la Web, estructurada por modelos y formatos, pero que se encuentra también en una incertidumbre existente ante un conjunto de mensajes, una entropía informática, –que entidades como Scopus y Wos, están logrando organizar–, en esa dificultad que se tiene en la exploración de la literatura científica y la cienciometría (bibliometría).

Fatalla, Auer y Lange (2020) enuncian que es necesario revisar esta dificultad en la comunicación del conocimiento científico, porque hasta ahora la información está centrada en describir componentes de los artículos académicos, como la estructura del documento, metadatos y bibliografías, en lugar del trabajo científico en sí (p. 2057). La propuesta a futuro es que la industria científica ingrese en el desarrollo de “ontologías de la ciencia del conocimiento gráfico” (p. 2057).

c) Lo que hay que entender en este punto es que tal industria también es una exigencia de desarrollo para la gobernanza, puesto que le deja al mercado que sea asumida económicamente en su mayoría con recursos de las instituciones privadas de ciencia, tecnología e innovación. Quienes costean la administración de la ciencia son universidades y muy pocas instituciones científicas entran a convocatorias públicas con políticas independientes; entonces, gran parte de los proyectos de investigación se financian con recursos internos de estas entidades o los provenientes de los procesos de aprobación institucional particular.

El informe del Banco Interamericano de Desarrollo, BID, en su compendio estadístico de indicadores de CTI en América latina y el Caribe, en 2010, mostraba la brecha entre OCDE y ALC en términos de inversión en investigación, investigadores en las universidades y en las empresas de CTI.

Las diferencias con otras regiones son grandes en la comprensión de que la producción de conocimiento es indispensable para el desarrollo. Se puede comparar que “el 50% de los investigadores de Japón y cerca del 65% de los de Rusia y Corea trabajan en ingeniería y tecnología”

(BID, 2010, p. 12). Lo mismo en Estados Unidos y China. Sin embargo, en Latinoamérica es menos del 30% la investigación en esas especialidades y, dentro de ese porcentaje, está Chile con 50% de inversión en ciencia, tecnología e innovación.

El sector empresarial latinoamericano emplea muy pocos investigadores. En 2007, la proporción del universo de investigadores de América Latina y el Caribe que trabajaba en empresas llegaba al 38,6%, aunque debe tenerse en cuenta que ese promedio está bastante sesgado hacia los países más grandes. Esa distribución muestra una enorme diferencia en comparación con la de los países industrializados, donde (excepto en España) el sector privado absorbe más del 50% de los investigadores (BID, 2010, p. 12).

A esto se le puede contrastar en relación al producto interno bruto, PIB, que en el mundo China, Finlandia, Corea, Japón, Estados Unidos son los países que más invierten en investigación y desarrollo, I&D.

Para 2007, el gasto en I&D de la OCDE llegó a US\$886,3 mil millones (en términos de paridad del poder adquisitivo a valores corrientes, o PPP), el equivalente a cerca de 2,29% del PIB total. Los países que reportan las mayores tasas de intensidad de I&D a nivel mundial son Finlandia (3,5%), Corea (3,5%), Suecia (3,6%) e Israel (4,7%) (BID, 2010, p. 14).

En América Latina, la inversión es menor en relación con el PIB. La Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT), citado por el BID, muestra que el promedio de la inversión en América Latina fue cerca del 0,67% del PIB antes del 2000. Luego, se incrementó a una tasa anual promedio del 7,8%, menor que la de China que al 2007 era de 22,5%. No obstante, en ese mismo año (2007), “el 60% de los gastos en I&D de la región se realizaron en Brasil” (p. 14), donde fue un 1,11% del PIB, mientras que en el 2008 en Colombia era de 0,6%. Actualmente, la inversión más alta está en Brasil y Chile, seguida por Argentina y México⁶.

No obstante, en Colombia, sólo ahora con el Plan Nacional de Desarrollo (2018-2022), se empieza a promover el apalancamiento de inversión privada en CTI la cual asciende a 21,2 billones de pesos (Minciencias, 2020). La promesa política es aumentar la inversión pública y privada

⁶ Paraguay, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Guyana y Haití —las economías menos desarrolladas de la región.

en ciencia y tecnología hasta 1,5% del PIB; que, según las necesidades históricas, es todavía baja.

Conclusiones

En el caso de que la inversión en CTI aumentara al punto de alcanzar su potencial y que los ingresos *per cápita* de cada país latinoamericano se duplicaran, se podría pensar en políticas, no para subsanar las dificultades internas de la comunicación del conocimiento, sino para estar al nivel de las potencias en periodismo científico que aquí se han comentado. Es decir, los incrementos en la productividad pueden fortalecer la rentabilidad del capital físico y humano, con incentivos para invertir en recursos.

En Colombia, y en otros países de América Latina y el Caribe, apenas se está despertando en este sentido, pero los esfuerzos para el desarrollo en la comunicación del conocimiento no han sido suficientes para lograr la equidad en la industria científica. La estrategia que futuriza “el incremento de la riqueza nacional, la generación, comunicación, discusión y uso del conocimiento científico y tecnológico” (CNCYT, 2005, p. 3) pretende hacer una contribución al mejoramiento de la vida democrática y buscar alternativas para la solución de los conflictos colombianos. Si a este aspecto le apunta el gobierno, la temática de comunicación del conocimiento no cobija otros aspectos de competitividad que a nivel internacional se están moviendo en términos de CTI.

A esto se le suma la promesa no cumplida de la Ley 29 de 1990, sobre disposiciones para el fomento de la investigación científica y el desarrollo tecnológico, con la que se esperaban espacios y medios de comunicación para la divulgación científica y tecnológica⁷. Esto se ha dado de manera pasiva, igual que la inversión de capital para

⁷ Sólo se reportan actividades de divulgación de la ciencia a través de medios impresos (la publicación de una separata en el diario Portafolio); un programa de radio (“Ciencia para todos”); la Agencia de Noticias de Ciencia y Tecnología de Colombia, Noticyt; se creó la Asociación Colombiana de Periodismo Científico, ACPC, que produce informes especiales, artículos y notas que dan cuenta de noticias sobre el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación y El boletín electrónico Colciencias.com (eventos, convocatorias y noticias del sector científico).

apoyar con becas doctorales (nacionales e internacionales) que sólo hasta después del año 2005 tuvo lugar. En suma, la política de ciencia y tecnología, de los gobiernos de entonces, hablan de una cultura científica en cuanto a divulgación, popularización, comunicación y apropiación de la ciencia y la tecnología, como una actividad estratégica que no ha tenido asiento en los rankings internacionales. Para esto es necesaria la colaboración de otros países para encontrar un diálogo entre pares que fortalezca los lazos de una comunidad regional que afronte el futuro de la CTI en la región.

Si bien hay que reconocer la carencia de profesionales de la comunicación de la ciencia, es decir, periodistas científicos, divulgadores, popularizadores, museólogos, historiadores, etc. que tengan experiencia en las tipologías de argumentación científica no sólo para la redacción de artículos de investigación para revistas indexadas, sino para la divulgación en los medios masivos y digitales que, por supuesto, remite a un conocimiento especializado, lo cual permitiría el acercamiento de la comunicación de la ciencia a todas las personas como un derecho humano y así abrir los espacios de reflexión para dinamizar la oferta de comunicadores de la ciencia en el mercado laboral nacional.

Referencias Bibliográficas

- Arias, S., (2018) Presupuesto para ciencia en 2019: más pero insuficiente, Universidad de Antioquia, UDEA noticias, 8/11/2018 Periódico Alma Mater, (recuperado 18 6 2020)
- Avellaneda, M. F., & Von Linsingen, I., (2011) Popularizaciones de la ciencia y la tecnología en América Latina: mirando la política científica en clave educativa, en *Revista mexicana de investigación educativa*, RMIE vol.16 no.51 México oct./dic. 2011, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-66662011000400011&script=sci_arttext
- BID (2010) Ciencia, Tecnología e Innovación en América latina y el Caribe, un compendio estadístico de indicadores, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Ciencia y Tecnología, sector social, Estados Unidos, NY. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Ciencia-tecnolog%C3%ADa-e-innovaci%C3%B3n-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-Un-compendio-estad%C3%ADstico-de-indicadores.pdf>

- CNCYT (2005) Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Política de Apropiación Social de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. Presidencia de la República de Colombia Colciencias-SPE-DCC, No. 06, Bogotá, D.C., 1 de abril de 2005.
- Committee on Publication Ethics (S.F.) Directrices sobre buenas prácticas para publicaciones. Disponible en: <http://publicationethics.org/resources/guidelines>
- CONICYT (2020), Ranking de revistas a nivel mundial, (recuperado 5 5 2020) <https://www.conicyt.cl/blog/2012/10/02/ranking-de-revistas-a-nivel-mundial-2/>
- Drotianko, L., Shostak, O., Abysova, M., and Chenbai, N., (2020) Interdisciplinary Knowledge Problem in a High-Tech Society, E3S Web of Conferences 157, 04005, National Aviation University, 03058, Kosmonavta Komarova ave. 1, Kyiv, Ukraine KTTI-2019 <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202015704005>
- Eco, U., (1998) *¿Cómo se hace una tesis? Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*. Barcelona: Gedisa.
- Elli, J., (2015) Ética de la comunicación científica, en revista *Neurología Argentina*, 7 (1): 59 - 62 <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.07.004>
- Fathalla, S., Auer, S., & Lange, C., (2020) Towards the Semantic Formalization of Science. In The 35th ACM/SIGAPP Symposium on Applied Computing (SAC'20), March 30-April 3, 2020, Brno, Czech Republic. ACM, New York, NY, USA, 3 pages. <https://doi.org/10.1145/3341105.3374132>
- Ministerio de Ciencia y Tecnología (2020) Plan de Bienestar e incentivos, (recuperado 20/ 6/ 2020) https://minciencias.gov.co/quienes_somos/planeacion_y_gestion/incentivos
- OECD (2016) The future of science Systems (recuperado 5/ 3/ 2020) https://read.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oecd-science-technology-and-innovation-outlook-2016_sti_in_outlook-2016-en#page149
- Presidencia de la Republica (2020) Plan de Desarrollo entrega nuevos incentivos para el sector de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación (recuperado 20/ 6/ 2020) <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/190516-Plan-de-Desarrollo-entrega-nuevos-incentivos-para-el-sector-de-la-Ciencia-la-Tecnologia-y-la-Innovacion.aspx>

- Romero, M., Acosta, L., Tejada, M., (2013) Ranking de revistas científicas en Latinoamérica mediante el índice h: estudio de caso Colombia, CSIC, *Revista Española de Documentación Científica*, Vol 36 No 1 <http://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/view/773/908>
- Scimago Journal & Country Rank (2020) Journal Rankings, Scimago Institutions Rankings, (recuperado 2/ 3/ 2020) <https://www.scimagojr.com/journalrank.php?country=CO>
- SIR (2020) 440 Instituciones clasificadas por países en Latinoamérica, *Scimago Institutos Rankings*, (recuperado 5 10 2020) <https://www.scimagoir.com/rankings.php?country=Latin%20America>
- UNESCO (2005) De la sociedad de la información a las sociedades del conocimiento, en *Hacia las sociedades del conocimiento*, Informe mundial de la Unesco. París: Ediciones Unesco.
- Van der Blesa, A., Van der Lindena, S., Freemana, A. & Spiegelhalter, D., (2020) The effects of communicating uncertainty on public trust in facts and numbers, Edited by Arild Underdal, University of Oslo, Oslo, Norway, *PNAS*, Vol 117, No 14, The datasets collected and analyzed in this paper are available on the Open Science Framework <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MT6S7>

Elementos de responsabilidad ética en la historia de la medicina

Elements of ethical responsibility in the history of medicine

Alba Lineth Mena Romaña*

© <https://orcid.org/0000-0003-1676-9976>

Myriam Bermeo de Rubio**

© <http://orcid.org/0000-0003-0204-9978>

Resumen

El presente escrito, hace énfasis en la importancia de identificar los elementos que configuran la responsabilidad ética del personal médico de instituciones sanitarias estatales en Colombia; está basado en investigaciones académicas, doctrina y jurisprudencia en materia de ética médica. Se desarrolla en tres grandes tópicos: aspectos históricos de la ética médica, análisis legal y jurisprudencial y aspectos procesales; se concluye que los elementos que configuran responsabilidad ética del personal médico en mención son los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, igualdad y autonomía. Las faltas a estos pueden darse en cualquiera de las formas que describe el Código de Ética Médica (Ley 23, 1981).

*Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ kafila23@hotmail.com

**Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ bermeo76@usc.edu.co

Cita este capítulo

Mena Romaña, A. L. y Bermeo de Rubio, M. (2020). Elementos de responsabilidad ética en la historia de la medicina. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 75-103). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Palabras clave: ética, responsabilidad médica, daño a pacientes.

Abstract

This writing emphasizes the importance of identifying the elements that make up the ethical responsibility of the medical staff of state health institutions in Colombia, based on academic research, doctrine and jurisprudence on medical ethics, developed in three main topics: historical aspects of medical ethics, legal and jurisprudential analysis and procedural aspects generating as a conclusion that the elements that make up the ethical responsibility of the medical staff mentioned in this summary are the faults of the principles of beneficence, non-maleficence, justice, equality and autonomy. These can occur in any of the forms described in the Code of Medical Ethics (Law 23, 1981).

Keywords: Ethics, medical responsibility, harm to patients.

Introducción

El fenómeno de sobreproducción de casos relacionados con la responsabilidad médica, en cuyo conjunto de causas se albergan cuestionamientos éticos se puede comprender si se tienen en cuenta una serie de factores históricos por lo que se hace necesario una breve historia de la ética médica abordando tres periodos bien definidos que nos llevan a la actuación de los médicos en términos deontológicos, reflexionando acerca del nacimiento de la bioética y el concepto de responsabilidad ética en el contexto actual de Colombia y las normas vigentes (el incremento de las cifras estadísticas sobre las demandas a médicos que incluyen algún componente ético respecto de la actuación del galeno: aproximadamente el 75% de los casos, esto genera una medicina defensiva que altera la relación médico paciente. Según López y cols se pasó de 0.5 demandas por 1000 médicos en 1993, a 7.1 demandas por 1000 médicos en 2001, y la cifra sigue en ascenso). En un segundo segmento, se rastrea los elementos que configuran la responsabilidad ética partiendo de una revisión legal (de las normas vigentes) y jurisprudencial; también se discute sobre la naturaleza de la responsabilidad de los galenos: ¿se trata de una responsabilidad

de medios o de resultados? Adicionalmente, se completa la reflexión sobre los componentes jurídicos y jurisprudenciales con una reflexión sobre los valores constitucionales implícitos en el ejercicio de la medicina en Colombia y por último se describen, en términos generales, los momentos procesales que se deben surtir con el fin de lograr el reconocimiento de la responsabilidad ética en los tribunales competentes (Tribunales de Ética Médica).

La metodología implementada está orientada hacia un enfoque cualitativo hermenéutico. Tal es el caso del tema de la responsabilidad ética de dicho conjunto de profesionales; se hace con un nivel de profundidad descriptivo, ya que tiene como objetivo especificar las propiedades importantes y relevantes del objeto de estudio (los elementos que configuran la responsabilidad del personal médico que además es funcionario de una entidad pública).

Conceptualización

Aspectos históricos de la ética médica

La historia de la ética médica será descrita haciendo una diferenciación entre tres periodos: la antigüedad, el medioevo y la modernidad. En esta división de la historia de la ética médica coinciden autores como Torres (2011) y Laín (1978). Para estos investigadores, existen tres grandes transformaciones o fracturas epistemológicas en la historia de la ética médica; la primera acontece en la antigua Grecia, cuando se establece, por primera vez en Occidente, una deontología específica para el desarrollo de la medicina; la segunda, cuando a finales de la Edad Media (siglo XIII), la medicina comienza a posicionarse en la sociedad como un arte que debía guardar cierta uniformidad en sus prácticas (lo que se impulsa con la creación de facultades de medicina en las nacientes universidades); y la tercera, ocurre cuando la ética médica incluye, dentro del conjunto de principios que orientan la profesión, el principio de autonomía (Bustillo, 2014). Vale la pena mencionar que, en concordancia parcial con esto, otros investigadores consideran que el único punto de quiebre o de inflexión histórica debe marcarse en el siglo XX (Mendoza & Herrera, 2017). Según esto, existe un antes y un después respecto de la concepción ética de la actividad médica a partir

de la aceptación generalizada del principio de autonomía del paciente. Así pues, a continuación, se describirán las mencionadas metamorfosis en la forma de concebir la ética para el ejercicio de la profesión médica a través de los tres periodos seleccionados.

La ética médica en la Antigüedad

La historia de la ética médica comienza con Hipócrates, en el año 460 antes de Cristo (Laín, 1978). A Hipócrates se le considera el padre de la medicina, ya que fue el primero en notar y enseñar que las enfermedades tenían causas naturales. Antes de él se consideraba, por parte de la mayoría de los médicos, que estas eran causadas por dioses o espíritus malignos. Es a partir de sus observaciones que se funda la medicina occidental. Los aspirantes a médicos que se entrenaban conforme a las técnicas y lineamientos de la escuela fundada por Hipócrates debían acogerse a una deontología particular. Estos mandatos morales estaban consignados en el conocido Juramento Hipocrático, el cual era recitado y acatado solo por sus discípulos o “herederos” en el arte. Sus mandatos no eran obligatorios para los que ejercían la medicina sin pertenecer a la escuela hipocrática, al menos en sus inicios (Laín, 1978). El juramento hipocrático empieza con una invocación religiosa que es común en las declaraciones públicas de los griegos antiguos. Se deben invocar el nombre de Apolo, dios de la claridad, del sol, y poner “por testigos a todos los dioses y diosas, de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia” (Juramento Hipocrático). Esta declaración solemne aún es llevada a cabo en las facultades de medicina y conserva este aparte mágico-religioso en honor a los grandes maestros de la historia de esta ciencia.

Los discípulos de Hipócrates se comprometían no solo con quien requería de ellos su atención, sino también con la *Polis* y con sus colegas. De esta manera lo señala Laín (1978), cuando aprecia que “[en] los deberes del médico griego pueden ser deslindados tres órdenes distintos: los que le obligaban con el enfermo, los que le vinculaban con la polis y los concernientes a su relación profesional con sus compañeros” (p. 135). En ese orden de ideas, en cuanto a la relación con el paciente, Hipócrates consideró necesario establecer el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según las

facultades y el entendimiento de cada médico. Esto se debe hacer “evitando todo mal y toda injusticia” (Juramento Hipocrático). Razón por la cual, manifiestan los herederos de la ética hipocrática, “No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos” (Juramento Hipocrático). Este imperativo moral indica que los médicos tienen la obligación de procurar que todas sus actuaciones sean benéficas para el paciente. Es su deber suministrar el tratamiento que considere, según su entendimiento y formación, sea de provecho para quien acude en su auxilio.

Ahora bien, como se mencionó en el párrafo anterior, las obligaciones del médico, en la antigua Grecia, no estaban, exclusivamente, en relación con el paciente. Devolverle la salud a los miembros de la sociedad también reporta una serie de beneficios para los intereses generales o colectivos; por ejemplo: se contribuye a que se cuente con individuos saludables para la guerra, se evitan los contagios y se abre la posibilidad de rehabilitar a quienes han perdido la salud (Laín, 1978). En consecuencia, hace parte de las obligaciones éticas del médico, desde la antigüedad hasta la actualidad, ser diligente con sus estudios, el brindar seguridad donde quiera que se encuentre (es un garante manteniéndose sobrio y despierto ante cualquier situación de emergencia): “En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos”(Juramento Hipocrático).

Otro de los compromisos presentes en la antigüedad, del cual aún se exige vigencia en las reflexiones sobre la conducta de los médicos, está vinculado tanto con el paciente como con la *Polis*; se trata del secreto médico. Esta figura restrictiva se hace necesaria ya que, en la práctica, los médicos se enteran, por medio de los diagnósticos, o por confesión del paciente o sus allegados, de comportamientos del paciente que pueden ser reprochables socialmente. Por esto, es deber del médico no revelar información que pueda ser nociva para la imagen de su paciente ante la sociedad o sus familiares, dependiendo del caso. Esta protección de la información, relacionada con el comportamiento del paciente se hace necesaria, tanto en el mundo antiguo como en el contemporáneo, cuando se trata de una figura pública (Levison,

1997). En estos casos no solo se salvaguarda al paciente de la vergüenza familiar, sino que se protege a la sociedad de experimentar la desazón por el desmoronamiento moral de un ídolo. En el juramento hipocrático este compromiso se lee así: los médicos están obligados a guardar el secreto sobre “(...) lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos” (Juramento Hipocrático).

Es importante señalar que la ética médica, en la antigüedad, estableció cuatro principios que fundamentan la deontología de la práctica: beneficencia, no maleficencia, igualdad y justicia. Estos principios pueden encontrarse incluso fuera de la obra de Hipócrates. En la *Ética Nicomáquea*, escrita por Aristóteles para su hijo Nicómaco (quien era médico), se concluye que la finalidad de los seres humanos es la felicidad y que para esta recurre al conocimiento médico, que tiene por objetivo la salud. “Pero como sean muchas las acciones y las artes y las ciencias, de necesidad han de ser los fines también muchos. Porque el fin de la medicina es la salud, el del arte, fabricar naves, el del arte militar la victoria, el de la disciplina familiar la hacienda” (Aristóteles, 2002, Capítulo I). Estas dos obras, la de Hipócrates y Aristóteles, guardan relación ya que la ética médica era una preocupación conjunta entre médicos y filósofos. En palabras de Foucault (2003) la filosofía y la medicina, desde la antigüedad, eran próximas, “(...) incluso si la demarcación de las fronteras planteaba problemas de doctrina y suscitaba rivalidades de competencia” (p. 67). Por ejemplo, según este filósofo, en el pensamiento de Plutarco se puede encontrar un retrato de dicha relación de la forma que sigue: “(...) se equivoca, dice, el médico que pretende poder prescindir de toda filosofía y sería un gran error reprochar a los filósofos que rebasen sus propias fronteras cuando vienen a ocuparse de la salud y de su régimen” (Foucault, 2003, p. 67).

Frente a sus colegas, el médico que seguía las directrices hipocráticas estaba obligado a rendir cierto tributo a sus maestros y a su proge. El juramento hipocrático exigió de los médicos que lo recitaron en la antigüedad una actitud cooperativa entre ellos (Patiño, 2005). En ese sentido, los médicos de la antigua Grecia se prestaban colaboración entre sí y esta cooperación podía traducirse en prestar ciertos servicios a los familiares de los colegas sin esperar remuneración alguna. Vale

la pena resaltar, para finalizar este aparte que, en la actualidad, se suscitan dos debates éticos que se relacionan con lo expresado en este párrafo. Por un lado, se tiene que los médicos son acusados, en algunos procesos judiciales, de preponderar la cooperación con sus colegas sobre los derechos del paciente. Ocurre, por ejemplo, cuando los médicos son llamados a comparecer en el proceso que cursa en contra de un colega con el que labora el citado; en favor del compañerismo se puede imponer cierto favorecimiento hacia el galeno (Otero, 2006).

Por otro lado, la remuneración que reciben los médicos por sus servicios ha sido un tema polémico desde la antigüedad. En la antigua Grecia se pensó que los médicos no deberían recibir mayor remuneración pues su labor estaba vinculada con una necesidad pública (Laín, 1978). En la actualidad, la problemática de la remuneración ha tomado otro rumbo, pues las condiciones económicas, al menos en Colombia, imponen limitaciones a los médicos en el ejercicio de su profesión. Los galenos son obligados a recetar medicamentos que se encuentren dentro de un presupuesto que se enfoca en proteger los intereses del capital privado (León, 2009). Esto ha perjudicado no solo el ejercicio eficaz de la profesión y el cumplimiento de su teleología, sino que además ha promovido un detrimento de la imagen del galeno como baluarte de la sociedad y del conocimiento humano (sobre este tema se volverá en el aparte titulado “Discusión”). Vale indicar que, una vez los griegos fueron conquistados por los romanos, los médicos formados en Grecia, a pesar de ser los forjadores y poseedores del conocimiento médico de avanzada en la época, siendo esclavos tuvieron que prestar los servicios sin reconocimiento alguno: monetario o no monetario (Otero, 2006).

La ética médica en la Edad Media

En la Edad Media, la medicina era ejercida en estrecha relación con las creencias imperantes. Razón por la cual, los médicos aplicaban sus conocimientos a dos grupos poblacionales bien definidos. Por un lado, un médico en la Edad Media, que bien podría haber sido un sacerdote, podía dedicarse a asistir a los pobres en los hospicios. Este ejercicio se realizaba de manera gratuita y era motivado por la obligación moral de asistir al prójimo. Por el otro lado, existían médicos que atendían, exclusivamente, a los miembros de las altas esferas de la sociedad feudal. Estos tenían acceso a cierto conocimiento médico

que se encontraba “escondido” o “reservado” para las cabezas visibles de la sociedad (García & Arrizobologo, 2000). En ese orden de ideas, es pertinente reflexionar sobre las creencias y principios éticos que se evidencian en la conducta de los dos tipos de profesionales que ejercían la medicina en la Edad Media. Este ejercicio permite vislumbrar un panorama general del tratamiento que en este periodo histórico se dio a los problemas éticos derivados del ejercicio de la medicina.

En la Edad Media, la función del médico estaba íntimamente ligada al relato del origen del universo y del hombre (presente en el Génesis). La existencia de los médicos en las sociedades medievales se justificaba a partir del mito bíblico sobre el origen del universo. La premisa indica que, así como Dios formó al hombre a partir de moldear el barro, el médico, ungido por el creador, es capaz de trabajar el cuerpo de los enfermos de tal forma que se alivie el sufrimiento y el dolor. Según indican García y Arrizobologo (2000), el médico era “(...) el instrumento a través del cual se ejercía la inteligencia humana y se transformaba la realidad mediante una actividad cuasicreadora” (p. 38). Ahora bien, como se indicó, en este periodo histórico se pueden diferenciar dos tipos de ejercicio médico. El primero, lo realizaban los llamados “barberos” o “cirujanos” (García & Arrizobologo, 2000). El cirujano o barbero atendía solo a los pacientes que no tenía recursos para cubrir el pago por los servicios médicos. Estos realizaban sus actividades en instituciones (hospitales) que se sostenían a partir de los principios de caridad (para la consecución de los recursos), solidaridad (teniendo en cuenta la igualdad de los hombres ante su creador) y hermandad (dado que todos “son hijos de Dios”). Era una obligación religiosa, para aquel que tuviese conocimientos sobre medicina, asistir a quien lo necesitara y, para esto, existía un conjunto de médicos al servicio de los pobres.

Las creencias propias de la teología cristiana, que dominó la Edad Media, habilitaban la idea de que la enfermedad era un castigo de Dios. Las enfermedades eran inevitables, pues devenían de un designio divino que era solo reversible por la voluntad del creador. El médico, en esa dinámica entre la desobediencia y el castigo, no podía hacer más que aplicar los remedios conocidos y brindar un acompañamiento. Dicha asistencia no solo requería de la aplicación de tratamientos sobre el cuerpo; además se debía suministrar cierto alivio para el alma (Lain, 1978). Dicho de otra forma, a los hospitales, en la Edad Media, se acudía a recibir asistencia

para el cuerpo y el alma, esperando siempre que fuera la voluntad del creador sanar al paciente. De ahí que, como afirma Foucault (2008), en los hospitales del medioevo no solo se encontraban los médicos, sino también los sacerdotes y las monjas. El hecho que se considerara la sanación como una dádiva divina retrasó, según aprecia Torres (2011), el desarrollo de la medicina como ciencia. Sin embargo, fue debido a la investigación desarrollada por los médicos de las altas esferas que se impulsó un redescubrimiento del carácter científico de la medicina.

El segundo tipo de médico era el que se ocupaba de atender las enfermedades que aquejaban a los clérigos, señores feudales y a cualquier miembro de la realeza. Su actividad sí era remunerada, y su lugar en la sociedad se reconocía como importante. En el caso de estos médicos, no podría afirmarse que su actividad estaba siendo guiada por los principios de caridad, solidaridad y hermandad. Los médicos de los terratenientes, de los clérigos o del rey tenían no solo el reconocimiento de la sociedad como baluartes de esta, sino también una remuneración que contrastaba con las creencias de austeridad y humildad que se profesaban en la Edad Media. Los principios que regían a estos profesionales, según aprecia Patiño (2005), eran los planteados, inicialmente, por Hipócrates.

Es posible mencionar, al menos, tres diferencias esenciales entre los médicos de los pacientes pertenecientes a lo más alto de la pirámide social y los denominados cirujanos o barberos. La primera de estas es que los cirujanos o barberos se circunscriben en el ámbito de la técnica, mientras que los médicos de las altas esferas sociales del Medioevo tenían la capacidad de instruirse (al menos después del siglo XIII) en la investigación de las causas de las enfermedades. Esta idea es sostenida por García y Arrízobologo (2000) cuando afirman que "(...) la vertiente técnica de la medicina era la cirugía" (p. 38) y la ciencia médica, que se construía en las nacientes universidades europeas, la vertiente intelectualista. Vale la pena señalar que: "La Medicina, en el mundo medieval, sólo alcanzó ese rigor intelectual cuando consiguió el estatuto científico, es decir, un tipo de conocimiento humano capaz de desarrollar, formalmente, una doctrina de las causas que provocaban las enfermedades, y de basar en ella la terapéutica y, en lo posible, el restablecimiento de la salud" (García & Arrízobologo, 2000, p. 40).

El intelectualismo que se fortaleció entre los médicos conllevó a la creación de una especie de estatus superior ostentado solo por quien hacía parte de alguna universidad. No obstante, los cirujanos, a su vez, establecieron agremiaciones con las que procuraban la protección de sus métodos tradicionales que, poco a poco, fueron siendo considerados rudimentarios. Dicha protección no podía ir más allá de salvaguardar la legitimidad de las prácticas, pues estos eran condenados, severamente, cuando incurrían en lo que hoy se conoce como mala praxis, contrario a lo que ocurría con los médicos que atendían pacientes del clero o la realeza. En esto radica la segunda diferencia entre ambos tipos de médicos, ya que quienes hacían ciencia médica gozaban de un prestigio y una posición social superior a la de los cirujanos. En palabras de Otero (2006), los médicos “(...) o eran sacerdotes y formaban gremios opulentos destinados a cuidar y a pronosticar las aflicciones de las pseudo-divinidades reinantes y sus cortes, o eran esclavos al servicio de los demás, arriesgándose a la mutilación o la ejecución por sus desaciertos” (p. 133).

Una tercera diferencia fundamental entre ambos tipos de ejercicio médico era que los cirujanos o barberos debían acogerse a ciertos principios abanderados por la teología cristiana, mientras que, los médicos de la realeza, por ejemplo, solo conservaban, en cuanto a su ética, la tradición hipocrática. Se trata de los principios de caridad, solidaridad y hermandad. Para el cirujano su tarea no debía ser remunerada de tal forma que pudiese enriquecerse, sino que representaba el cumplimiento de un mandato divino. Sin embargo, es importante indicar que, ambos ejercicios de la medicina comparten los componentes axiológicos del Juramento Hipocrático: beneficencia, no maleficencia, igualdad y justicia.

La ética médica en la Modernidad

Una de las características de la Modernidad, según Melero (2010), es que existe un abandono de la idea, al menos en el campo académico, de que existe un Dios que controla los destinos de la humanidad. En ese sentido, desaparece la concepción de la enfermedad como producto de un castigo divino, lo que, en el fondo, cambia tanto el papel del médico como la valoración del paciente como sujeto pasivo en el proceso de curación. En la modernidad será la razón la que guiará la conducta de

los seres humanos y no las obligaciones consignadas en la Biblia o en la doctrina teológica.

La filosofía kantiana, en particular la reflexión ética, introduce en la concepción de lo bueno y lo malo el imperio de la razón. La conducta ya no será guiada por los mandatos divinos ni por la búsqueda de la felicidad personal o colectiva, sino por un deber ser universal. En ese sentido, Kant funda una ética deontológica. Es decir, basada en un deber ser que provee la razón. Su filosofía crítica postula que la acción humana está fundada en lo debido. A partir de esta premisa se concluye que es necesaria una concepción de lo “bueno” como lo que se adecúa al ser, a una concepción de lo “correcto” como lo que encaja con la ley (Kant, 2003). Así pues, toda la moralidad del ser humano debía supeditarse a un solo mandamiento fundamental (independiente de la autoridad divina y fundado, exclusivamente, en la razón), a partir del cual es posible derivar todas las demás obligaciones humanas. Se trata del imperativo categórico. “El imperativo categórico es, pues, único y es como sigue: Obra según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal” (Kant, 2003, p. 57).

En concordancia con esto, Kant realiza una segunda formulación de su imperativo, pero esta vez en sentido práctico y situando a la humanidad como fin en sí misma, lo cual permite comprender en sentido amplio y completo la primera formulación de su imperativo: El fundamento de este principio es: la naturaleza racional existe como fin en sí misma. “El imperativo práctico será, pues, como sigue: obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio” (Kant, 2003, p. 73). Esto es así, “(...) pues todos los seres racionales están sujetos a la ley de que cada uno de ellos debe tratarse a sí mismo y tratar a los demás, nunca como simple medio, sino siempre al mismo tiempo como fin en sí mismo” (Kant, 2003, p. 73). Ambos imperativos categóricos se deben aplicar, como regla general, para la comprensión de los principios que animan, desde el siglo XX, el ejercicio de la medicina.

Por un lado, los médicos deben recordar siempre que sus pacientes son un fin sí mismos, que no pueden ser instrumentalizados para lograr algún otro fin. Por ejemplo, el médico no puede realizar un

procedimiento invasivo con fines investigativos sin su autorización, ya que esto lo pone en una situación de medio y no reconoce que el ser humano es un fin en sí mismo. Por otro lado, los galenos están en la obligación ética de obrar siempre de tal modo que usen su humanidad, y la de su paciente, como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio. Para ilustrar se puede decir que, un médico con solidez moral no aceptaría aplicar un tratamiento menos eficiente pero más costoso a su paciente por presión de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), está en su integridad nunca obrar como si fuese un medio para que los propietarios de las EPS, sus patronos, puedan cumplir con sus metas financieras.

El aporte de Kant a la Filosofía del Derecho y a los principios que rigen la ética médica permitió que los filósofos posteriores plantearan la bioética a partir de cinco principios básicos. Desde la publicación de la obra de Beauchamp y Childress, en 1979, la ética médica se ha transformado gracias a la construcción del concepto de bioética. En *Principles of Biomedical Ethics* (1979) estos filósofos plantean que la bioética, y por ende la ética médica, se sostiene sobre cinco pilares o principios. Se trata de los principios éticos planteados desde la fundación de la medicina Occidental (por Hipócrates) más el principio de autonomía, propuesto y justificado por Kant (2003). En ese orden de ideas, los principios actualmente reconocidos de la bioética son: beneficencia, no maleficencia, igualdad, justicia y autonomía (Beauchamp y Childress, 1979). El principio de beneficencia indica que el médico está obligado a siempre procurar el bienestar o la salud de su paciente; el de no maleficencia, compromete al galeno con la prohibición de generar algún sufrimiento o mal innecesario a quien le ha procurado; el de igualdad, lo obliga a tratar a todos sus pacientes como iguales; el de justicia, lo hace responsable de suministrar los recursos necesarios, de manera proporcional, entre los pacientes; y, finalmente, el principio de autonomía, que le impide realizar cualquier tipo de procedimiento sin la aprobación o consentimiento del paciente (Monge, 2016). En suma, como bien lo indican Mendoza y Herrera (2017):“Sólo hasta la segunda mitad del siglo pasado los conceptos de dignidad humana y autogestión del cuerpo logran permear a la sociedad y al ejercicio sanitario, confiriéndole a la condición de autonomía la preponderancia que previamente le había sido otorgada al principio de beneficencia.” (p. 164).

Cabe mencionar que, antes de iniciar con la descripción de los tipos de responsabilidad que pueden recaer sobre el personal médico de instituciones sanitarias estatales, en Colombia, por los daños causados a pacientes, que el principio de autonomía propuesto, en el siglo XX, por Beauchamp y Childress (1979) como un principio de la bioética, ha sido reflexionado en diferentes sentencias de la Corte Constitucional de Colombia. En la Sentencia T-291 de 2016, la corporación señala que esta noción ha sido concebida como una manifestación de la dignidad humana. En palabras de la Corte: “La dignidad humana puede ser entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características” (Sentencia T-291 de 2016). En ese orden de ideas, el actuar del médico ha de ajustarse conforme al respeto por la dignidad de sus pacientes, por lo que debe respetar su autonomía.

Otra sentencia, entre las múltiples existentes, que aporta a la delimitación jurídica de los conceptos de autonomía y dignidad humana es la T-190 de 2010. En esta providencia la Corte señala que la dignidad humana debe salvaguardarse, incluso en las personas que están reclusas por haber sido condenadas por algún delito. Esto se hace evidente, y se relaciona con el derecho a la salud y a un trato digno, en la medida en que la corporación otorga a un recluso la cita con un especialista que puede realizar el tratamiento que este requiere. La Corte Constitucional declara que, en cuanto a las personas que se encuentran reclusas, limitadas y restringidas en sus derechos, la aplicación de la salvaguarda a la dignidad humana se hace fundamental, “(...) más tratándose del derecho a la salud por cuanto su afectación trae consigo la imposibilidad de llevar una vida digna, inherente al ser humano” (Sentencia T-190 de 2010).

Responsabilidad ética de los médicos en Colombia

Teniendo en cuenta que el tema central de este artículo está en los elementos éticos de la responsabilidad médica, es necesario que, al respecto, se dedique a este asunto un segmento aparte dentro del temario desarrollado hasta aquí. Vale la pena, entonces, iniciar con una descripción legal de lo que se entiende por ética médica en el ordenamiento jurídico colombiano. En materia ética, la ley que,

actualmente, rige la conducta de los médicos en Colombia es un código deontológico sancionado en el año de 1981. Es decir, que fue promulgado un decenio antes de la configuración del Estado Social de Derecho en el que se garantizan una serie de Derechos Fundamentales, dentro de los que se incluye el de la Salud. La Constitución de 1991 cambió la forma en la que los servicios de salud eran concebidos. Después de su entrada en vigencia, la salud de los colombianos debía ser garantizada por el Estado porque se trata de un derecho inherente a la persona. Ahora bien, a pesar de la diferencia cronológica que existen entre la Ley 23 de 1981 y la Constitución de 1991 es importante resaltar que no existe incompatibilidad entre sus principios. Esta compatibilidad ha sido notoria no solo al comparar los principios consignados tanto en una norma como en otra, sino también en las providencias de la Corte Constitucional en lo atinente a la ética médica y al papel de los tribunales especializados en la materia. Es en estas sentencias y en las normas mencionadas donde se pueden encontrar los elementos que configuran la responsabilidad ética de los médicos toda vez que en estas se evidencia, en la práctica, cuál ha sido la interpretación de los principios éticos que rigen la profesión.

La Corte Constitucional se ha referido a la conducta de los médicos, en términos éticos, en diversas sentencias (T-151 de 1996, C-264 de 1996, C-116 de 1999, T-533 de 1992, T-452 de 2010, T-1131 de 2004 y T-560A de 2007, entre otras).

Esto es así, dado que a esta corporación le compete salvaguardar los derechos consagrados en la Constitución Política de 1991. De esta forma se encuentra consagrado en su articulado: “A la Corte Constitucional se le confía la guarda de la integridad y la supremacía de Constitución” (C.P.C, 1991, artículo 241). En ese sentido, la corporación se ha manifestado respecto del derecho a la salud (en el cual los médicos juegan un papel fundamental) que este implica la garantía real a gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades, en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general (Ariza, 2013). Esto quiere decir, en palabras de la Corte Constitucional, que: “(...) el derecho a la vida no solo implica para su titular el hallarse protegido contra cualquier tipo de injusticia, sea esta de índole particular o institucional, sino además tener la posibilidad de poseer todos aquellos medios

sociales y económicos que le permitan a la persona vivir conforme a su propia dignidad. (Sentencia T-102 de 1993).

Adicionalmente, la corporación ha expresado que este derecho es fundamental (Sentencia T- 597 de 1993) y autónomo (Sentencia T-760 de 2008), lo que quiere decir, por un lado, que se trata de un derecho que es inherente al ser humano y, por el otro, que no es fundamental por conexidad con el derecho a la vida o a la dignidad, sino por su valor intrínseco para la humanidad. Ahora bien, el derecho a la salud, visto como fundamental y autónomo, exige de los profesionales que prestan estos servicios un comportamiento específico. Las normas que regulan la conducta del personal médico, como se mencionó, se encuentran consignadas en la Ley 23 de 1981. Estas se han interpretado a la luz de los principios constitucionales de 1991 y son vigiladas por una entidad especializada en casos relacionados con la ética médica. Se trata de los tribunales de Ética Médica. En este sentido, la Corte Constitucional también se ha ocupado de delimitar la competencia de estos tribunales. Para la corporación, la función de dichas entidades es vigilar que la actividad médica “(...) sea ejercida atendiendo a criterios éticos útiles para censurar comportamientos indeseables o reprochables descritos en la Ley, en beneficio de los pacientes, del personal subalterno y paramédico, de los colegas médicos, de las entidades e instituciones vinculadas a la prestación de los servicios médicos” (Sentencia C-620 de 2008). La conducta del personal médico debe armonizarse, como ya se afirmó, con el carácter social del Estado, y los tribunales de ética deben actuar: “(...) en favor del interés general representado por la sociedad, además de contribuir a la salvaguarda del buen nombre, del prestigio profesional y de la responsabilidad de quienes ejercen la medicina” (Sentencia C-620 de 2008).

En la actualidad, los tribunales de ética médica son las entidades encargadas de, en cierta medida, permitir que el ejercicio de la ciencia médica se auto-regule (Restrepo, 2012). Con la actuación de estos tribunales se busca la aplicación de las normas consagradas en el código deontológico. Estos códigos, según aprecia Vera (2015) “(...) han ofrecido garantías a la sociedad; han reforzado la medicina científica; han suavizado los conflictos entre los profesionales médicos y han fomentado sus legítimos intereses. Han servido de ennoblecerla y motivarla éticamente”. Quienes juzgan las actuaciones de estos

profesionales son pares, los cuales velan porque la maestría y la dignidad del ejercicio médico se mantenga (Bernate, 2008). El ordenamiento jurídico colombiano ha considerado que estos profesionales, por las características humanistas y por los fines altruistas que persigue su labor, están en capacidad de valorar y sopesar cada acto que pueda poner en tela de juicio la nobleza del arte.

En Colombia son los tribunales los encargados de establecer cómo se configura la responsabilidad ética del personal médico de instituciones sanitarias estatales, por los daños causados a pacientes. Sus veredictos están orientados por los principios y normas contenidas en la Ley 23 de 1981 y en la Constitución.

Dentro de los tópicos más frecuentes en las sentencias de la Corte Constitucional frente a la conducta ética de los médicos se encuentran, el consentimiento informado (fundamento de la relación médico-paciente), el secreto profesional y el proceso ético-disciplinario (Flechas & Merizalde, 2003). Ante estos problemas, la corporación ha desarrollado una serie de reflexiones axiológicas y normativas que deben guiar la conducta de los galenos y que permiten comprender el régimen ético-disciplinario que los cobija. Para esto, ha requerido tener presente la influencia de la ciencia y la tecnología en la vida contemporánea mientras realiza una revisión de la compatibilidad entre las normas vigentes (principalmente el Código de Ética Médica) y los principios constitucionales. En palabras de Flechas y Merizalde (2003), la “(...) Corte Constitucional se ha visto en la obligación de hacer una reflexión sobre los valores y las normas que guían el actuar humano, la intervención de la ciencia y la tecnología en la vida misma” (p,7) Dicha reflexión fue realizada “Sin entrar a determinar cuestiones médicas y científicas, por cuanto su conocimiento corresponde de manera privativa a los profesionales de la medicina y cuyos conflictos deben ser dirimidos en una instancia especial denominada Tribunal Nacional de Ética Médica” (Flechas & Merizalde, 2003, p. 7).

Con lo anterior en mente, es posible comprender la forma en la que la Corte Constitucional aborda los tópicos problemáticos antes mencionados. La autonomía, que hace referencia “(...) a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir, la facultad para gobernarse a sí misma, basada en su propio

sistema de valores y principios” (Sentencia C- 264 de 1996). Razón por la cual, “(...) si los valores morales del paciente entran directamente en conflicto con los valores de la medicina, la responsabilidad fundamental del médico es respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones acerca de su salud” (Sentencia C-264 de 1996). Esta argumentación proviene de la interpretación que ha realizado la corporación de este principio en el contexto constitucional configurado en los artículos 13, 16 y 18 de la Constitución Política. Este principio también se encuentra desarrollado, según valora la Corte Constitucional, en la Ley 23 de 1981; particularmente, en los artículos 4, 8, 15 y 20.

El principio de autonomía, como valor ulterior del Estado colombiano, obliga a los médicos a conducirse, como profesionales y servidores públicos, reconociendo que los pacientes tienen derecho a decidir sobre su salud, a pesar que su decisión sea contraria a la del galeno. Para evitar que los pacientes sean vulnerados en su autonomía y que los galenos ejerzan su profesión basados en un paternalismo actualmente proscrito se exige, en la Ley 23 de 1981, la implementación de la figura del consentimiento informado y de la historia clínica (como prueba documental por excelencia).

En cuanto al consentimiento informado, la Corte Constitucional ha determinado que este debe tener ciertos requisitos, generales y particulares. En términos generales, el consentimiento debe ser libre e informado. Es decir, que el paciente ha de estar facultado y protegido para tomar decisiones sobre su salud sin que medie coacción o engaño alguno. La decisión debe ser el resultado de una deliberación en la que el paciente cuente con información. Es así que, en términos particulares, el consentimiento informado: “(...) debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento” (Sentencia C-401 de 1994). Esto se debe a que, “Toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la Carta de derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político

constitucional” (Sentencia C-401 de 1994). Ahora bien, el principio de autonomía se debe respetar incluso en los procedimientos menos notorios, dolorosos o aparatosos (Mendoza & Herrera, 2017). No obstante, como ha señalado la Corte, existen tres acosas en los cuales no se exige el consentimiento informado: “(...) cuando el estado mental del paciente no es normal, cuando el paciente se encuentra en estado de inconsciencia, cuando el paciente es menor de edad” (Sentencia C-264 de 1996). En cuanto al Código de Ética Médica, se puede afirmar que contiene la definición y los requisitos que debe cumplir el consentimiento informado. Así, en el artículo 14, hace referencia al consentimiento del paciente de la forma que sigue: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente” (Ley 23, 1981, artículo 15).

Además, este código impone una serie de criterios que permiten determinar la validez del consentimiento informado dentro de los procesos en los que se ponga en tela de juicio la aplicación de este. En ese sentido, el consentimiento informado, para que cumpla con los requisitos de ley, debe contar con los siguientes parámetros: una explicación detallada, comprensible, utilizando el lenguaje apropiado para el paciente, y clara sobre el tratamiento; haciendo hincapié en la teleología de la intervención, una descripción de los beneficios que se pueden esperar del tratamiento sugerido. Una explicación de los riesgos más significativos asociados con el procedimiento, las recomendaciones del galeno, una explicación de las alternativas al tratamiento propuesto, incluyendo lo que ocurriría con la salud del paciente de no someterse a este y la aprobación del paciente y el documento donde consta lo anterior (Ministerio de Salud, 2010).

El secreto profesional, como deber del médico, también ha sido tema de discusión en las sentencias de la Corte Constitucional que se centran en la ética médica. La regulación nacional se desprende del mandato constitucional presente en el artículo 74 de la Carta Política. En este se establece, de manera puntual, que el “(...) secreto profesional es inviolable” (C.P.C. 1991, artículo 74). Razón por la cual, la Ley 23 de 1981,

en su primer artículo recoge los principios rectores que el profesional de la medicina debe cumplir. Indica que, en suma, los principios que rigen la profesión médica no se apartan de los: “(...) que regulan la de otros miembros de la sociedad. Se distinguen si por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas. La presente Ley comprende el conjunto de normas permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia”. (Ley 23, 1981, artículo 1, Numeral 10)

El secreto médico, según la Ley en mención, se define como la obligación que recae sobre el personal médico de no revelar información adquirida durante su relación con el paciente. Puntualmente, se entiende por secreto médico “(...) aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales” (Ley 23, 1981, artículo 37).

La Corte Constitucional, por su parte, en la Sentencia C- 264 de 1996, estudió la constitucionalidad de los artículos 37 y 38 de la Ley 23 de 1981 que regulan el concepto y las excepciones del secreto profesional médico. Así, determinó que la norma demandada estaba pensada conforme a la Constitución indicando que, en algunos casos, revelar información sobre su paciente no significa una violación a este precepto, sino “(...) el cumplimiento del deber mínimo de información al cual está obligado con el objeto de garantizar que de su parte pueda darse un grado adecuado de conocimiento informado” (Sentencia C- 264 de 1996).

Con esto se problematiza la cuestión de si el secreto profesional es absoluto o relativo. La resolución a este debate la ofrece la Corte señalando los casos en los que es posible revelar información que podría considerarse confidencial o de dominio estrictamente profesional. Por ejemplo, cuando no es posible obtener el consentimiento del paciente, dado su “(...) estado mental anormal, inconsciencia o minoridad” (Sentencia C- 264 de 1996). En estos casos “(...) la revelación a los familiares se torna necesaria para proteger la salud y la vida del paciente” (Sentencia C- 264 de 1996).

Otro tópico importante que ha sido tratado por la Corte Constitucional en pro de esclarecer cuáles son los elementos que configuran la responsabilidad ética de los médicos en Colombia es la importancia del Tribunal Nacional de Ética Médica. Para la Corte, la creación de Tribunal Nacional de Ética Médica, “(...) surge de la necesidad que tienen todas las personas que se ven afectadas por esta profesión de dirimir sus controversias” (Sentencia C-215 de 1999). En ese sentido, dichos tribunales cumplen con la función de ejercer control disciplinario partiendo de los preceptos y principios que sostienen la profesión (Flechas & Merizalde, 2003). Estos tribunales son dirigidos por médicos, lo que sugiere que se pretende “(...) salvaguardar el adecuado manejo de las relaciones entre aquéllos y sus pacientes, sus colegas, la sociedad y el Estado” (Flechas & Merizalde, 2003, p. 34). Se trata pues, de salvaguardar el ejercicio de profesión “desde adentro” (Flechas & Merizalde, 2003)

Así pues, en conclusión, es a partir de la violación a los principios (presentes en la doctrina y en el código de ética médica vigente) que regulan la conducta de los médicos que se determina la responsabilidad ética. La violación del principio de beneficencia se presenta cuando el galeno incurre en conductas como la inducción y la asistencia al suicidio. Ningún médico debería recomendar el suicidio o suministrar veneno alguno. Esto ha estado proscrito desde el Juramento Hipocrático y perdura hasta la actualidad en el Código de Ética Médica. El principio de no maleficencia también se puede ver conculcado cuando el galeno suministra, de manera consciente, alguna sustancia nociva para el paciente, esto con el ánimo de causarle un daño, como ocurre en el homicidio doloso. También se puede señalar que, un desconocimiento del principio de justicia, en la actividad médica, puede acontecer cuando el galeno se rehúsa a prestar atención médica a un paciente porque se trata de un delincuente que ha sido herido luego de asesinar a un inocente. Adicionalmente, el principio de autonomía puede violentarse por parte del médico de diversas formas; por ejemplo, absteniéndose de realizar un consentimiento informado que cumpla con los requisitos de ley o rompiendo con el secreto profesional.

Aspectos procesales

El proceso que se debe adelantar para hacer efectiva la sanción a un médico por faltas a la ética médica se encuentra en la Ley 23 de 1981. Particularmente, en el Capítulo II, donde se establecen las normas procesales en la materia. En el artículo 74 del Código en mención se establece quiénes pueden instaurar un proceso disciplinario ético-profesional contra un galeno, saber: “a) De oficio, cuando por conocimiento cualesquiera de los miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente ley y b) Por solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona” (Ley 23, 1981, artículo 74). Adicionalmente, se indica, como requisito *Sine Qua Non* la anexión de, al menos, una prueba sumaria, es decir, una prueba que ofrezca la certeza de la ocurrencia o existencia del hecho, pero que no haya sido controvertida, ni discutida. Un ejemplo de este tipo de pruebas son las declaraciones de los testigos.

Ahora bien, una vez aceptada la denuncia, es el presidente del Tribunal el encargado de asignar el caso a uno de los miembros de dicha entidad “... para que se instruya el proceso disciplinario y presente sus conclusiones dentro de un término no superior a quince días hábiles” (Ley 23, 1981, artículo 75). Este término puede considerarse escaso teniendo en cuenta que en muchos casos es difícil determinar hasta dónde la ética del profesional se ha visto involucrada, pues existen conductas que pueden ser consideradas inapropiadas, pero que son sutiles: como una palabra ofensiva o una idea suicida perfectamente comprensible, aunque camuflada. Frente a esto, la misma ley resuelve que, en ciertos casos, los miembros del Tribunal prorroguen este plazo mientras se aclaran ciertos hechos. Dicha prórroga no puede ser superior a quince (15) días hábiles, tal como se indica de la manera que sigue: “Cuando la naturaleza del asunto así lo exija, el instructor podrá solicitar al Tribunal la ampliación del término señalado para presentar el informe de conclusiones. En tales casos la prórroga que se conceda no podrá exceder de quince días hábiles” (Ley 23, 1981, Artículo 78). En los quince (15) días mencionados se debe decidir si el contenido de la denuncia presta mérito para establecer una presunción de conculcación de ciertas normas. En palabras del Código de Ética Médica: “Si en concepto del presidente del Tribunal o del profesional instructor, el

contenido de la denuncia permite establecer la presunción de violación de normas de carácter penal, civil o administrativo, simultáneamente con la instrucción del proceso disciplinario, los hechos se pondrán en conocimiento de la autoridad competente”. (artículo 76)

Los médicos, que también son funcionarios, pueden enfrentar, por un mismo caso y al mismo tiempo, procesos penales, civiles y disciplinarios. En lo relacionado con la responsabilidad penal o la responsabilidad civil, en muchos casos, es obligatoria la representación de un abogado. No obstante, en términos disciplinarios, como bien lo señala la Ley 23 de 1981, es opcional este tipo de asistencia legal. Así pues, “En todos los casos en que el profesional instructor o el profesional acusado lo consideren indispensable o conveniente, podrán asesorarse de abogados titulados” (Ley 23, 1981, artículo 77).

Cumplidos los términos, el Tribunal debe revisar el informe proferido por el miembro encargado del caso y, estando en pleno, se reflexionará sobre este “(...) dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su presentación, y podrá, si lo considera conveniente, solicitar la ampliación del informativo señalando término para los efectos, el cual en ningún caso podrá ser superior a quince días”.

Ahora bien, una vez se estudia y evalúa, por parte del Tribunal en pleno el informe, es posible que la decisión se presente en dos sentidos. Por un lado, la entidad puede establecer que no hay mérito para formular cargos por violación de la ética médica en contra del profesional acusado” (Ley 23, 1981, artículo 80, literal a). Con lo cual, el proceso queda archivado y el profesional no podrá ser sancionado. Por el otro lado, el Tribunal puede declarar que, efectivamente, “(...) existe mérito para formular cargos por violación de la ética médica, caso en el cual, por escrito, se le hará saber así al profesional inculpa-do, señalando claramente los actos que se le imputan y fijando fecha y hora para que el Tribunal en pleno lo escuche en diligencia de descargos”. (Ley 23, 1981, artículo 80, literal a).

En ese sentido, el profesional deberá dar cuenta de la conformidad de su conducta con los principios de la ética médica so pena de ser sancionado.

Así, si se le denuncia, por ejemplo, por no cumplir con el requisito del consentimiento informado y violar el principio de autonomía, el galeno deberá demostrar que en su actuar consideró ofrecer la información completa, detallada y comprensible (para su interlocutor) sobre el procedimiento y sus riesgos para la salud del paciente (Levinson, 1997). Para presentar su defensa, en la diligencia de descargos, el galeno no puede ser citado antes de diez (10) días hábiles, pero tampoco después de veinte (20), este plazo, contado siempre “(...) a partir de la fecha de recibo de la comunicación en la cual se señalan los cargos, salvo en los casos de fuerza mayor” (Ley 23,1981, artículo 80, parágrafo).

Una vez se realiza la diligencia de descargos, el Tribunal de Ética Médica está en la capacidad de solicitar cualquier tipo de información adicional que considere no fue adjuntada en el informe a pesar de ser relevante. Para la recolección de la información requerida como adición los encargados cuentan con quince (15) días hábiles. Además, “(...) podrá pronunciarse de fondo dentro del mismo término, en sesión distinta a la realizada para escuchar los descargos”. (Ley 23, 1981, artículo 81).

Conclusiones

La ética médica se entiende, en la actualidad, como el conjunto de “(...) normas de comportamiento adecuado, bueno o correcto, en el campo de la atención al hombre enfermo, como ente concreto” (Rojas y Lara, 2014, p. 10). Esta se encuentra sustentada en ciertos principios que han soportado la prueba del tiempo, particularmente, aquellos que están presentes como guía de la conducta médica desde el Juramento Hipocrático. Se trata de los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia e igualdad. El enfoque dado a cada uno de estos principios ha variado según la época histórica (como se describió en el aparte sobre los aspectos históricos). De esto se pudo concluir que, no se entiende el principio de justicia de igual forma en la Antigüedad que en la Edad Media (Bustillo, 2014, Mendoza & Herrera, 2017), pues en la primera época este está asociado a tratar de igual manera a todos los ciudadanos por el hecho de pertenecer a la Polis; mientras que el médico del medioevo entendía la justicia desde un marco de referencia teológico, lo que implicaba que esta solo proviniera de Dios. Era precisamente Dios quien encargaba a los médicos a diferenciar su trato, en términos

de asistencia en salud, entre los pobres y los clérigos, señores feudales y miembros de la realeza.

Otra conclusión que se extrae de la descripción histórica de la ética médica en occidente es que, en concordancia con algunos de los autores referenciados, como es el caso de Bustillo (2014) y Mendoza y Herrera (2017), fue en el siglo XX que surgió el principio de autonomía, el cual marca la diferencia entre la ética médica tradicional y la naciente bioética (Figueroa, 2017).

La inclusión del principio de autonomía en la reflexión sobre los actos médicos y sus consecuencias morales fue determinante para la formación de los diferentes tipos de responsabilidad de estos profesionales en Colombia. La responsabilidad civil, al igual que la penal y la disciplinaria surgen, en el campo de la medicina, cuando el profesional viola alguno de estos principios, incluido, por supuesto, el principio de autonomía. Los tipos de responsabilidad en los que pueden incurrir los galenos en Colombia son tres: civil, penal y disciplinaria o ética. Esto quiere decir que, la actividad médica está regulada teniendo en cuenta las dimensiones que esta puede afectar, no solo sobre la persona que sufre un daño derivado de un acto médico y sus familiares (civil o penalmente), sino también en relación con sus funciones como servidor público (disciplinariamente), con la sociedad y con sus colegas (éticamente).

En cuanto a la posición asumida por la Corte Constitucional respecto de la competencia y el ejercicio de los tribunales de Ética Médica se puede afirmar que esta entidad ha prestado especial atención, como es su deber, a la constitucionalidad del articulado que compone el Código Deontológico de los médicos en Colombia. Ha interpretado los principios de la ética médica, presentes en la Ley 23 de 1981, partiendo de los preceptos constitucionales. Particularmente, se ha ocupado de artículos relacionados con el consentimiento informado (vinculado con el principio de autonomía), el secreto profesional (principio de no maleficencia), la función de los tribunales de ética (relacionada con el principio de justicia) y el respeto por la dignidad humana en cuanto a su etnia, género, edad, ideología (relacionado con el principio de beneficencia) al promover el bien, lo beneficioso para el sujeto (principio de beneficencia). De esto se colige que, la posición de la Corte,

en términos generales, es hacia la protección de la relación médico paciente en un entorno normativo fuerte que evite, en la medida de lo posible, las controversias asociadas con la conducta del galeno. La tendencia ha sido favorable al reconocimiento de los derechos de los pacientes y de los principios de la ética médica como criterio para la configuración de la responsabilidad ética de estos profesionales.

Referente a los aspectos procesales, se identifica que existen una serie de críticas razonables a dos aspectos medulares (los tiempos y el juzgamiento por parte de colegas). Por un lado, se puede afirmar que, en relación a los términos (15 días en la mayoría de las actuaciones) estos son susceptibles de ser insuficientes en ciertos casos. Muchas de las actuaciones por las que un galeno puede ser investigado en virtud de una falta a la ética médica suceden en el seno de un consultorio, donde solo se encuentran el médico y el paciente. Determinar las faltas éticas que ocurren en el secreto de la consulta médica puede tomar mucho más del tiempo estimado por la norma, con lo cual, estos límites benefician al acusado sobre la base del principio jurídico *in dubio pro reo*.

Por otro lado, el hecho de que los magistrados competentes para juzgar este tipo de casos sean médicos hace temer por la ocurrencia del fenómeno conocido como *colegaje*. Se trata de una suerte de sesgo que aparece cuando un grupo de profesionales tiene la obligación de juzgar a uno de sus miembros quien ha sido apreciado y reconocido por ciertos logros. El hecho en mención suscita un dilema, toda vez que es necesario que sea un galeno el que juzgue la actuación de un médico, pues solo este está capacitado para comprender ciertos avatares del ejercicio profesional y, por ende, determinar la existencia de una falta. Sin embargo, los afectos, el agradecimiento y la obligación de cooperación con los colegas pueden limitar la objetividad en los enjuiciamientos en materia ética.

Los elementos que configuran la responsabilidad ética de los médicos en Colombia se encuentran en las faltas a los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, igualdad y autonomía. Es claro que actualmente predomina hacer lo correcto para terceros por encima de lo bueno de forma integral para los pacientes, el profesional médico colombiano perdería su autonomía y se dejaría influenciar de forma indebida e inapropiada por personas externas como directivos de

Empresas Prestadoras de Salud, dejando atrás la base de la ética que es el deber del médico hacia su paciente, ya que al laborar en instituciones públicas encuentra un conflicto entre los deberes éticos y el utilitarismo institucional el cual antepone el criterio de costo/beneficio, alterando así la relación médico/paciente responsable, donde este último continua en la condición de incapacidad que tradicionalmente ha tenido; además aunque haya un aumento de la cobertura de aseguramiento por parte de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud, la población experimenta barreras de acceso relacionadas con la búsqueda y continuidad del tratamiento, las características sociales de la población y los mecanismos de restricción de costos, ya que la búsqueda de rentabilidad financiera está por encima de los criterios clínicos y de la necesidad de los usuarios, siendo el personal médico al que le toca tratar no solo la patología del paciente sino su inconformidad administrativa traducidas en sobrecarga laboral y exigencia creciente de labores administrativas. Cada una de las conductas que son consideradas sancionables o reprochables en el Código de Ética Médica, tienen esa calidad en tanto lo que se busca es proteger la relación médico-paciente orientada por los principios mencionados.

Referencias bibliográficas

- Acosta, M. y Deik, C. (2010). Responsabilidad Médica: elementos, naturaleza y carga de la prueba. *Revista de Derecho Privado*. No 43. Junio. pp. 3-26. Universidad de Los Andes. Bogotá.
- Amaya, F. (2018). *Responsabilidad penal por el ejercicio de la profesión médica en Colombia*. Manizales: Universidad Católica. Facultad de Derecho.
- Aristóteles. (2002) *Ética a Nicómaco*. Barcelona: Gredos.
- Ariza, A. (2013). La responsabilidad médica como actividad peligrosa: análisis de caso en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de Colombia. *Vniversitas*. Bogotá (Colombia) No 126. Pp. 15-37. Enero-junio.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bernate, F. (2008). Responsabilidad penal médica, trabajo en equipo y principio de confianza. *Revista Prolegómenos*. Bogotá.

- Bustillo, M. (2014). Autonomía, ética y medicina. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Departamento de Ginecología y Obstetricia. *RevMed. Hondur.* Vol. 82, No. 2.
- Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil. (2005). Expediente: No. 0829-92. Expedida el 29 de abril de 2005.
- Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. (2010). Expediente 4700131030032005-00611-01. Expedida el 26 de agosto.
- Figueroa, G. (2017). Bioética de género en medicina: fundamentos y desafíos. *Acta bioeth.* Vol. 23 no.1 Santiago de Chile.
- Flechas, C., Merizalde, C. (2003). *La ética médica en la jurisprudencia de la Corte Constitucional.* Bogotá: Universidad de la Sabana. Facultad de Derecho.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la Sexualidad - 3: la inquietud de sí.* Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica.* Buenos Aires: Siglo XXI.
- García, L. Arrízobologo, J. (2000). *El médico en la Edad Media.* Biblioteca virtual Miguel de Cervantes.
- Hipócrates. (460. A.C). Juramento Hipocrático.
- Kant, E. (2003). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Lain, P. (1978). *Historia de la medicina.* Barcelona: Salvat Editores. Biblioteca Médica de Bolsillo.
- León, J. (2009). *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social.* Medellín: Acta Bioética.
- Levinson, M. (1997). *La comunicación médico paciente: relación con las demandas por mala praxis en los médicos de atención primaria y los cirujanos.* Bogotá: Editorial Espasa.
- López, J. (2013). La responsabilidad médica del Estado o de los prestadores en salud privados derivada de prótesis mamarias defectuosas. *Revista Prolegómenos Derechos y Valores.* pp. 131-153.

- Mazeaud, H. y Mazeaud, L. (1977). *Tratado Teórico y Práctico de la Responsabilidad Civil y Contractual*. Buenos Aires Ed. Jurídicas Europa-América.
- Melero, J. (2010). *A vueltas con la Teodicea*. La Mancha, España: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Mendoza, J. Herrera, L. (2017). El consentimiento informado en Colombia. Un análisis comparativo del proyecto de ley 24 de 2015 con el código vigente y otros códigos de ética. *Rev. CES Derecho*. Vol 8. No. 1. pp. 156-171.
- Ministerio de Salud. (2010). Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado. Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá.
- Monge. L. (2016). La dignidad de la persona humana y el consentimiento informado. Universidad de Lima. *Revista de la Facultad de Derecho. Jus et Praxis*. Lima.
- Murillo, M. (2010). La responsabilidad penal médica: cuestión de ética o de derecho. *Derecho y Realidad* No. 15. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. UPTC.
- Ordóñez, P. (2010). *Responsabilidad civil por actividades peligrosas. Actualidad de las teorías subjetiva y objetiva*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Jurídicas. Departamento de Derecho Privado.
- Otero, E. (2006). Colegaje: Hermandad, Cofradía o Encubrimiento Académico. *Revista MEDICINA*. Vol. 28 No. 4. Diciembre. pp. 133-43.
- Patiño, H. (2011). Las causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual. ¿Por qué y cómo impiden la declaratoria de responsabilidad? Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado. *Revista de Derecho Privado*. No. 20. Enero-junio. pp. 371, 398.
- Patiño, J. (2005). El juramento hipocrático. *Revista Colombiana*. Abril-Junio.
- Restrepo, J. (2012). *Una mirada en lo ético disciplinario y en la investigación administrativa. Los tribunales de ética médica y el acto médico*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Restrepo, N. (2015). *Tendencia de las demandas por responsabilidad médica radicadas en el CENDES entre el 2010 y el 2014*. Especialización en

valoración del daño corporal – Cohorte 9. Posgrado de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad CES. Medellín.

Rojas, A., Lara, L. (2014). ¿Ética, bioética o ética médica? *Rev. chil. enferm. respir.* vol.30 no.2. Santiago de Chile.

Terés, J. (2014). Medicina y Bioética: ¿Qué significa ser un buen médico? *Rev. Bioética y Derecho.* No.32. Barcelona.

Torres, J. (2011). La transformación de la ética médica. *Revista Historia y Humanidades.* Sanid. mil. Vol. 67, No. 2. pp. 131-134.

Vera, O. (2013). Educación médica continúa. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista médica La Paz.* La paz. Bolivia.

Vera, O. (2015). El código de ética en medicina. *Rev. Méd.* vol.21 no.2 La Paz, Bolivia.

Vera, O. (2017). La enseñanza de la ética y bioética en las facultades de medicina. *Rev. Méd.* v.23 n.1. La Paz, Bolivia.

Ética y bioética en la seguridad del paciente

Ethics and Bioethics in patient safety

Claudia Patricia Quiroga Vásquez*

© <https://orcid.org/0000-0002-6222-2755>

Yeny Mabel Lara Parra**

© <https://orcid.org/0000-0002-8009-8495>

Resumen

Introducción: este capítulo presenta los resultados de un estudio de investigación que contó con aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud, sobre los conocimientos y prácticas de una comunidad académica que realiza atención en una clínica odontológica de Docencia-Servicio perteneciente a una universidad privada en la ciudad de Cali. La investigación está ligada a procesos que alimentan la cultura de seguridad del paciente; tiene antecedentes en el Programa de Odontología a partir de la participación de docentes en un estudio multicéntrico dirigido por la Universidad de Antioquia y cuyos resultados fueron publicados en el año 2017. Los procesos investigativos en la línea de Salud Pública contemplan la seguridad

*Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ clapaqui@usc.edu.co

**Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ jennylara@usc.edu.co

Cita este capítulo

Quiroga Vásquez, C. P. y Lara Parra, Y. M. (2020). Ética y bioética en la seguridad del paciente. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 105-127). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

del paciente como factor que incide sobre la atención y servicios de salud. Objetivos: se indaga en este estudio la base del conocimiento y la práctica de la comunidad académica del Programa de Odontología. Específicos: evaluar los conocimientos y prácticas en docentes y estudiantes. Desarrollo: la implementación de instrumentos logró establecer porcentajes de aprobación en conocimientos, determinar falencias existentes en docentes y estudiantes en la práctica frente al tema, e identificar las fortalezas, en un estudio cuantitativo con muestra aleatoria. Conclusiones: al detectar aciertos y falencias al respecto se obtuvo un diagnóstico que permite definir la ruta de acción a implementar desde la evidencia, fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente, cuya práctica se fundamenta en la ética y la bioética con acciones morales que generan el mayor bienestar a los beneficiarios de los servicios de salud.

Palabras clave: seguridad del paciente, conocimientos, prácticas, ética clínica.

Abstract

Introduction: This chapter presents the results of a research study that was endorsed by the Ethics Committee of the Faculty of Health, on the knowledge and practices of an academic community that performs care in a teaching-service dental clinic belonging to a private university in the city of Cali. The research is linked to processes that feed the Culture of Patient Safety, has a history in the Dental Program from the participation of teachers in a Multicenter study led by the University of Antioquia and whose results were published in 2017. Research processes in the Public Health line include Patient Safety as an impact on health care and services. Objectives: The basis of the knowledge and practice of the academic community of the Dental Program is researched in this study. Specific: evaluate knowledge and practices in teachers and students. Development: the implementation of instruments managed to establish percentages of approval in knowledge, determine existing lacks in teachers and students in practice against the subject, and identify strengths, in a quantitative study with random sample. Conclusions: by detecting successes and fallacy in this regard, a diagnosis was obtained that allows to define the

route of action to be implemented from the evidence, strengthening the culture of Patient Safety, whose practice is based on ethics and bioethics with moral actions that generate the greatest well-being to the beneficiaries of health services.

Key words: patient safety, knowledge, practices, clinical ethics

Introducción

La seguridad del paciente es un tema del área de la salud, en donde todos los actores relacionados con los procesos de atención juegan un papel fundamental, por ello incluye tanto a los profesionales, asistentes, técnicos, tecnólogos involucrados en el referente, así como al personal administrativo que a pesar de no tener una relación directa en la atención clínica de las personas, las acciones desde su rol, permeado por la ética individual y grupal favorecen o afectan los procesos clínicos, los de seguimiento y evolución de los pacientes. Debido a que la seguridad del paciente está integrada en un sistema que incluye “una estructura en donde los elementos se interrelacionan íntimamente, entre ellos el talento humano, la infraestructura física, los dispositivos e insumos, y los sistemas de información para el desarrollo de procesos operativos y clínicos, teniendo en cuenta los factores del entorno y el logro de resultados favorables en todos los niveles de atención para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y la eficiencia de los servicios de salud” (Trujillo y col, 2018).

Los inicios estructurados de la cultura en seguridad del paciente parten de la Resolución propuesta en la 57 Asamblea Mundial de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en octubre del 2004 en Washington, donde se propuso crear la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente –AMSP, realizando el lanzamiento de la iniciativa y determinando seis esferas de actividades principales, constituidas por: 1) los retos globales; 2) pacientes por su propia seguridad; 3) la taxonomía por la seguridad del paciente; 4) la investigación en el campo de la seguridad del paciente; 5) las soluciones para reducir los riesgos de atención en salud y 6) la notificación y aprendizaje para mejorar la atención del paciente (Rodríguez, 2012).

Este escrito aborda la esfera de investigación en el campo de la seguridad del paciente, sintetizando uno de los productos del desarrollo de esa cultura en la modalidad de investigación sobre “Conocimientos y prácticas de estudiantes y docentes en seguridad del paciente en clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali, periodo académico 2019a”, trabajo realizado por las estudiantes de Odontología, Isabel Giraldo, Diana Mondragón, Allison Murillo, pertenecientes a Semillero de Investigación del grupo GINEYSA, que optaban a su título profesional, bajo la guía de las autoras de éste capítulo.

Esta investigación basada en la seguridad del paciente, se derivó del estudio multicéntrico “Caracterización de las atenciones inseguras en odontología en las instituciones docencia-servicio de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología en Colombia” ACFO. Propuesta hecha por la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia; el Grupo de investigadores estaba conformado por los delegados de servicios de cada facultad para trabajar en la calidad asistencial del ámbito científico, reduciendo los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud y promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio en la cultura de atención al paciente. El Programa de Odontología de la USC fue partícipe de dicho, liderado por una docente investigadora y docentes de apoyo; el proyecto fue presentado y aprobado por la Dirección General de Investigaciones (DGI) y finalizó en abril del 2018. Dando continuidad a dicho trabajo, en el proceso de crear cultura en el tema, se tiene en cuenta la definición de la UNESCO de cultura como “el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, (...) los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias dando al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo” (UNESCO, 2019) y para el caso sobre sus acciones.

Es así como la cultura en seguridad del paciente requiere para su desarrollo, desde el proceso inicial de formación, lograr una adherencia basada en el conocimiento para el quehacer práctico que parte de valores individuales y colectivos aprendidos desde el hogar, reforzados en contextos sociales y grupales como el educativo, del estudiante y futuro profesional. El grupo de estudiantes del semillero realizó el

abordaje del tema seguridad del paciente, perteneciente a la línea de Salud Pública, en la perspectiva específica descrita en este documento con elementos básicos del conocimiento y la práctica odontológica en el tema argumentado.

El objetivo fundamental de la seguridad del paciente es evitar, en la medida de lo posible, los sucesos adversos evitables (accidentes errores o complicaciones) asociados a la asistencia sanitaria, tales como no dispensar tratamiento o dispensar otro (OMS, 2009); ello aplica también al área odontológica. La eventualidad de que se produzcan daños no inherentes, por su naturaleza o por su intensidad, a la asistencia sanitaria es algo conocido con los avances en el ejercicio médico; no obstante, a partir de los últimos años de la década de los 90, se hizo patente este problema para los médicos, gestores sanitarios y autoridades civiles (Aranaz y Moya, 2011).

La seguridad del paciente es un eje transversal que utiliza conocimientos bien establecidos en otras áreas, junto con la organización de dichos conocimientos y una sistemática propia. La mayoría de estos conocimientos compartidos se refieren a las complicaciones inherentes a la praxis de las distintas áreas de la salud, como lo es la odontología. No obstante, la seguridad del paciente también genera conocimientos propios (accidentes y complicaciones asociados al uso de materiales, procedimientos generales e instalaciones clínicas), junto con una forma de organizarlos y estudiarlos completamente específica; de esa manera el trabajo se centra en estudiar las características de los sistemas sanitarios en cuanto a la determinación de los riesgos latentes. Así lo demuestra la publicación del estudio del IOM, "To err is human: building a safer health system" del año 1999; éste estudio estimó que entre 44.000 y 98.000 personas fallecían al año por errores médicos en los Estados Unidos (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000). Con base en estos antecedentes se planteó el estudio para el área de odontología en la práctica docencia-servicio, que se presenta en este capítulo del libro, relacionándolo como elemento que es permeado por la ética y la bioética en todo proceso clínico que favorece o afecta la vida de los individuos.

Objetivo

Este capítulo realiza una descripción de la seguridad del paciente en conocimientos y prácticas en odontología, a partir de los siguientes objetivos específicos: establecer el porcentaje de aprobación en cuanto a los conocimientos de los docentes y estudiantes con relación a la seguridad del paciente; determinar las falencias existentes en docentes y estudiantes en la práctica frente al tema e identificar las fortalezas respecto al tema de estudio en el escenario de prácticas clínicas docencia-servicio de la USC.

Materiales y métodos

La investigación fue de tipo no experimental, transversal, con recolección de datos en un solo momento y tiempo único correspondiente al período 2019a, cumpliendo con el propósito metodológico de describir variables y analizar la incidencia de estas en un momento dado; es en estudio tipo cuantitativo, correspondiente a las características descritas por Briones, en las formas que es posible hacerlo en el nivel de estructuración lógica, utilizando información para describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia. (Briones, 2002). Desde este aspecto se circunscribe la Salud Pública actual; el proyecto ejecutado evaluó con cifras el conocimiento y la práctica sobre seguridad del paciente.

La población objeto de estudio fue la de los estudiantes y docentes de tercero a décimo semestre (excepto noveno semestre que se encontraban en rotación extramural), que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali durante el periodo 2019a. En los cursos que realizan práctica en el escenario de la clínica odontológica de la USC, para dicho período 2019a se encontraban 415 estudiantes en prácticas clínicas y 47 docentes que ejercieron como tutores. Para los estudiantes se estableció un muestreo aleatorio simple probabilístico en Excel, que permitió, usando el listado oficial al cual se accedió con los permisos correspondientes, asignarlos mediante el programa valores de 0 y 1; los asignados con el valor de 1 en la lista de cada semestre fueron los seleccionados para realizar la encuesta, en cuanto a los docentes se escogieron por pertenecer

a la clínica docencia-servicio. Es así como se estableció una muestra de 209 estudiantes y 27 docentes que son los que se encuentran en práctica clínica de tercero a décimo semestre; el nivel de confianza de la muestra es del 95%.

La siguiente tabla especifica la selección de la muestra por semestre para los estudiantes y el número de docentes del total de la población que realiza procesos de acompañamiento clínico como tutores.

Número de seleccionados para la muestra

Semestre	# Estudiantes	# Seleccionados
3	44	20
4	56	26
5	70	22
6	55	31
7	73	36
8	42	22
10	46	26

# Docentes	# Seleccionados
47	27

Fuente: elaboración propia, 2020.

A continuación, se describen la metodología y los elementos de la investigación utilizados como son: criterios de inclusión y exclusión de la muestra, los instrumentos y las fases de la investigación:

Criterios de inclusión

- Estudiantes que realizan sus prácticas en la clínica de la USC en el periodo académico (2019a).
- Docentes tutores en las prácticas clínicas de la USC en el periodo 2019a.

- Estudiantes y docentes que firmaron consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que hacían prácticas extramurales o en clínica de atención del niño y adolescente pertenecientes al curso Clínica Integrada Infantil y Adolescente I y II.
- Docentes que no son tutores en las prácticas clínicas del Programa de Odontología de la Universidad Santiago de Cali en el 2019a.
- Estudiantes y docentes que no firmaron el consentimiento informado.

Instrumentos

Cuestionario para la recolección de datos donde se evaluaron los conocimientos y prácticas frente a la seguridad del paciente; se realizó una prueba piloto a finales del 2017, una vez analizada y ajustada la prueba piloto durante el 2018, se realizó el cuestionario que incluyó doce preguntas de respuesta única, que dio validez y confiabilidad para el trabajo de campo implementado en el 2019a, quedando estructurado en:

- Seis preguntas sobre conocimientos de la seguridad del paciente donde el método de evaluación para determinar si fueron aprobados o no aprobadas estuvo basado en la literatura e investigaciones a nivel nacional e internacional.
- Seis preguntas sobre prácticas frente a la seguridad del paciente.
- Verificación de protocolos existentes frente a la seguridad del paciente
- Análisis de reportes entregados sobre acciones inseguras, incidentes o eventos adversos en la Clínica Odontológica de la Universidad Santiago de Cali en el periodo de estudio.

Concomitantemente, como aporte a la adherencia a la cultura de seguridad del paciente, se realizaron talleres de sensibilización a la

comunidad en la importancia de reportar una acción insegura, un incidente o un evento adverso en la Clínica de la USC.

Los siguientes ítems resumen las fases de la investigación en las cuales se desarrolló el estudio:

Fases de la investigación

En este estudio se definieron tres fases de investigación que permitieron alcanzar los objetivos propuestos.

Fase 1. Planeación

- Se realizó un documento propuesta para el desarrollo de la investigación, que contenía la introducción, justificación, objetivos, marcos de referencia, metodología, cronograma y presupuesto, el cual se presentó ante el Comité de Ética y Bioética –CEB– de la Facultad de Salud de la USC.

Fase 2. Recolección de datos

- Se solicitó la firma de los consentimientos informados por parte de la muestra seleccionada.
- La recolección de datos se realizó por medio del cuestionario el cual fue aplicado presencialmente a los estudiantes de las prácticas de las Clínicas de atención de adultos en los semestres III, IV, V, VI, VII, VIII, X.

Fase 3. Ejecución

- Se evaluó la calidad de los datos, presencia de datos atípicos, y se dispuso la realización de los respectivos análisis de resultados.

Fase 4. Resultados

- Una vez compilado todo el trabajo, se divulgaron resultados de la investigación ante la comunidad académica del Programa,

con sustentación del trabajo, donde intervinieron dos jurados con experiencia en la temática, designados por el Comité de Investigación del Programa, quienes revisaron todo el documento en cada una de las partes, realizaron preguntas específicas una vez terminada la sustentación por parte de los estudiantes y emitieron un concepto aprobatorio.

- Se presentaron luego los resultados al área administrativa de la Clínica Odontológica, puesto que de allí se había emitido el permiso para ingresar a revisar los documentos existentes al respecto.

Una vez realizadas las fases 1, 2 y 3 cumpliendo con los criterios éticos y bioéticos propios de una investigación, se procedió a la fase 4 donde se obtuvieron los resultados producto del análisis de los hallazgos obtenidos.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio, distribuidos de la siguiente manera: primero aspectos sociodemográficos género y edad y segundo, los resultados de acuerdo a los objetivos planteados:

Aspectos sociodemográficos:

Tabla 1. Distribución porcentual de género total.

Genero	N	%
Femenino	139	67%
Masculino	70	33%
Total	209	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

Como se puede observar el género femenino corresponde al mayor porcentaje de la muestra con un 67%, en concordancia con la caracterización de género de estudiantes del programa de Odontología.

Tabla 2. Distribución porcentual por género de los docentes.

Genero	N	%
Femenino	8	36%
Masculino	14	64%
Total	22	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

En cuanto a los docentes la mayoría era del género masculino con un 64%.

Tabla 3. Distribución porcentual de género en estudiantes.

Genero	N	%
Femenino	131	63%
Masculino	56	27%
Total	187	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

En cuanto a los estudiantes la mayoría de la muestra pertenecía al género femenino con un 63%

Tabla 4. Distribución porcentual de frecuencia de la edad medida en rangos.

Edad	N	%
18-30	181	87%
31-43	18	9%
44-56	8	4%
57 y +	2	1%
Total	209	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

La mayoría de los encuestados se encontraba entre los 18 y 30 años con un 87%. Seguía del rango de edad entre 31 a 43 años con un 9% y la población mayor a 44 años con un 4%.

Es claro que los menores porcentajes pertenecen a la población adulta donde se encuentran los docentes de la práctica clínica.

Resultado de objetivos planteados

Estos resultados se obtuvieron a partir de los datos recolectados en la encuesta con evidencia de lo obtenido en cada pregunta, que hacían la referencia en conocimientos y prácticas de la seguridad del paciente.

Categoría Conocimientos sobre la seguridad del paciente

Esta se valoró en la primera parte del cuestionario aplicado

Tabla 5. Distribución porcentual de las respuestas de las preguntas 1 a la 6.

Pregunta	Aprobada	%	No aprobada	%	Total	%
P1	64	31%	145	69%	209	100%
P2	154	74%	55	26%	209	100%
P3	139	67%	70	33%	209	100%
P4	159	76%	50	24%	209	100%
P5	196	94%	13	6%	209	100%
P6	197	94%	12	6%	209	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

La distribución de las respuestas a las preguntas 1 a la 6, indica que:

- Todas las preguntas estuvieron aprobadas (acertadas) por la mayoría de la población.

- La excepción fue la pregunta #1 que hace referencia al conocimiento sobre la normatividad que rige la seguridad del paciente en el país. El 69% de la población respondió de manera incorrecta.
- Solamente el 31% de la muestra aprobó la primera pregunta.

Categoría Práctica aplicada a la seguridad del paciente

Valorada con las preguntas 7 a 12 del cuestionario

Tabla 6. Distribución porcentual de informar una acción insegura / evento adverso genera acción punitiva.

P7	N	%
a) totalmente en desacuerdo	88	42%
b) parcialmente en desacuerdo	52	25%
c) ni en acuerdo ni desacuerdo	35	17%
d) totalmente de acuerdo	34	16%
Total	209	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

Con relación a informar una acción insegura, se observa que solo el 42% identifican que el reportar no genera una acción sancionatoria.

Tabla 7. Distribución porcentual del reporte de acciones inseguras.

P8	N	%
No reporta	53	25
Si reporta	154	74
No responde	2	1
Total	209	100

Fuente: elaboración propia (2020).

Este punto corresponde a la distribución de la pregunta 8A, el 74% respondió que, si reportaba las acciones inseguras, el 25% respondió negativamente.

Tabla 8. Distribución porcentual de la razón por la cual no reporta.

	N	%
a) porque no le queda tiempo aunque conoce los formatos	5	9%
b) no conoce los formatos de reporte	21	39%
c) la institución en el caso de los docentes o el docente en el caso de los estudiantes no la promueve	15	28%
d) b y c	13	24%
Total de la población que no reporta	54	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

La tabla refiere los resultados en la distribución de frecuencia de la pregunta 8 B de por qué no hace el reporte. Se observa que la mayor proporción fue:

- No conoce formatos de reporte el 39% que está 6 puntos porcentuales por encima de la tercera parte de la población encuestada.
- Un 28% de la población que no hace reporte, indica que la causa es porque la institución no promueve hacerlo en el caso de los docentes, o del docente en el caso de los estudiantes.

Tabla 9. Distribución porcentual respecto a la atención del paciente y elementos de bioseguridad, instrumental y materiales.

P9	N	%
Siempre	146	70%
Por lo general lo hace	52	25%
A veces lo hace	8	4%
No responde	3	1%
Total	209	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

Estos resultados corresponden a la pregunta 9, se observa que la mayor proporción fue que siempre cuenta con todos los elementos en un (70%), seguido con un 25% por lo general, un 4% responde a veces y el 1% no responde.

Tabla 10. Distribución porcentual respecto a contar con la historia clínica aprobada antes de realizar un procedimiento de intervención en el paciente.

P10	N	%
Siempre	166	79,4%
Por lo general	31	14,8%
A veces	9	3,8%
Nunca	2	1,0%
No responde	1	0,5%
Total	209	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

Según los resultados la mayor parte de los estudiantes, un 79%, siempre cuenta con la historia clínica aprobada antes de una intervención en el paciente. Seguido de la respuesta “por lo general” con un 15%.

Tabla 11. Distribución porcentual referente a si en la atención clínica se le ha presentado una acción insegura, un incidente o un evento adverso.

P11	N	%
Por lo general	16	7,6%
A veces	77	36,8%
Nunca	107	51,2%
No tiene idea al respecto	7	3,3%
No responde	2	1,0%
Total	209	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

La distribución de la ocurrencia de eventos en la seguridad del paciente durante la atención clínica correspondiente a la pregunta 11 indica:

- Nunca con un 51.2%
- A veces con un 36.8%

Tabla 12. Distribución porcentual del reporte de eventos ocurridos durante la atención del paciente en los estudiantes.

P12	N	%
Siempre	61	29%
Por lo general	2	1%
A veces	16	8%
Nunca	85	41%
No responde	45	22%
Total	209	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

La distribución porcentual de las respuestas a la pregunta 12, que indagaba sobre si se había reportado la ocurrencia cuando sucedía

una acción insegura, un incidente o evento adverso tuvo resultados de mayor a menor:

- Nunca con un 41%
- Siempre con un 29%
- No respondió el 22%
- A veces el 8%
- Por lo general el 1%

Lo anterior indica que la población objeto de estudio que no reporta, a pesar de haberse presentado el evento, es la mayor. En este punto se hace un contraste desde lo ético y bioético, considerando que hay diferentes razones por las cuales no se reporta y cuyas causas están relacionadas con las opciones de respuesta de la pregunta que cuestionaba acerca del porqué no se reporta y dónde el porcentaje era mayor por el desconocimiento de formatos o falta de promoción de ellos, sin embargo es interesante que había respuestas que indicaban por la falta de tiempo. Es así como las acciones se ven influenciadas por elementos multidimensionales que afectan la parte ética y bioética para el actuar, aún en escenarios clínicos.

Tabla 13. Distribución porcentual de reporte de eventos ocurridos durante la atención del paciente en el caso de docentes.

P#12	N	%
Siempre	8	36%
Por lo general	3	14%
A veces	5	23%
Nunca	6	27%
Total	22	100%

Fuente: elaboración propia (2020).

De acuerdo a la distribución anterior los docentes respondieron según el porcentaje.

- Siempre el 36%
- A veces el 27%
- Nunca el 23%
- Por lo general el 14%

Discusión

Respecto a la seguridad del paciente en la práctica odontológica hay una serie de particularidades, que la diferencian de otras profesiones sanitarias, sobre todo las que trabajan en el ámbito de la asistencia hospitalaria y no están exenta de riesgos (OMS, 2018). Cualquier práctica clínica que se realice puede producir eventos adversos y accidentes; referente al tipo de procedimientos, los estudios de Hiivala y col. (2013) y Thusu y col. (2012), determinaron que una mayor frecuencia de estos eventos se presenta durante las extracciones y endodoncias. Lo cual no es comparable con el estudio aquí presentado, debido a que no es la temática específica, sin embargo constituye un punto importante a considerar respecto al conocimiento.

Observando los conocimientos frente a la seguridad del paciente en la investigación que realizaron Carl E y Huanca H en Perú, –donde se evaluó mediante un cuestionario–, se obtuvo como resultado que el 65.34% de los estudiantes tiene un conocimiento muy bueno, semejante a los resultados obtenidos por el cuestionario de este estudio en donde se observó que una gran parte de la población aprobó las preguntas referentes a conocimientos en seguridad del paciente.

Referente a la seguridad del paciente en la práctica clínica se tuvo en cuenta el estudio ENEAS en donde se estimó la incidencia de pacientes con eventos adversos. La incidencia de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria fue de un 9,3%. La densidad de incidencia fue de 1,4 eventos adversos por cada 100 días de estancia-paciente. La densidad de incidencia de eventos adversos moderados o graves fue de 7,3 eventos adverso por cada 1000 días de estancia. El 42,8% de los eventos adversos se consideró evento adverso prevenible (Aranaz, Aibar, Vitaller y Ruiz, 2005).

En el estudio aquí presentado sobre la práctica clínica se observa que la mayor proporción de la población tiene la percepción que el informar genera una acción punitiva –con un porcentaje del (58%)– y se esperaba que más del 60% de la población tuviera una percepción que el informar no genera una acción punitiva; también se observó que la mayor proporción fue: “no conoce formatos de reporte”, por eso se recomienda mayor información acerca del reporte de accidentes en la práctica clínica de la Universidad Santiago de Cali. Una gran ventaja que se observó en el estudio fue que la mayoría de población plantea que sí presentan sus historias clínicas firmadas antes de realizar procedimientos, lo cual demuestra que fue sustentada anteriormente por un docente; también la mayoría de la población cuenta con elementos de bioseguridad y todos los materiales e instrumentos estériles al momento de realizar los tratamientos, lo cual disminuye el riesgo de acciones inseguras, eventos adversos y accidentes al momento de realizar las prácticas clínicas. También es importante el hecho referente al reporte que hace la mayoría de la población –con un porcentaje de 74%–, lo cual evidencia que es representativo dicho acto.

Este tipo de estudios disminuye la posibilidad de aparición de eventos adversos y accidentes en la práctica odontológica y proporciona, además, mejoras en los tratamientos, ya que si no se conoce lo que está ocurriendo posiblemente no se podrán tomar medidas para evitarlo, como ejemplo los protocolos básicos en seguridad del paciente. Los estudios realizados muestran que la mayoría de los eventos adversos y accidentes en odontología se pueden prevenir, por lo que, es necesario implementar acciones para reducir el daño innecesario, y mejorar la seguridad del paciente en odontología.

En un estudio realizado por la ACFO, en la Universidad de Antioquia en el 2017, sobre reportes de eventos adversos en la seguridad del paciente en odontología, se observaron 541 informes en 13 instituciones, comparando con las estadísticas de los reportes hallados en la Universidad Santiago de Cali en el 2019A, donde hubo ocho reportes. Se deja como hipótesis por no saber si falta cultura de reporte o no se presentan eventos adversos (Trujillo, Agudelo, Gil y col. 2018).

La cultura de seguridad del paciente es parte de la prevención cuaternaria, cuyo concepto se anuncia en el año 1.986 y se acepta en 1.999;

sin embargo, en varios países al 2015, no tenía mucha difusión (Barco, Álvarez y Hernández, 2019). En Colombia a nivel de diferentes programas de Salud se empieza a abordar la temática del cuarto nivel de prevención, fortaleciendo la seguridad del paciente, tal como lo hace el programa de odontología de la USC en cursos de la malla curricular vigentes, correspondientes a los años 2014-2021 (Programa de Odontología USC) y cursos de diversos programas de la Facultad de Salud.

Conclusiones

- Es importante resaltar que la comunidad académica tiene buen conocimiento frente a la seguridad del paciente, este conocimiento debe ser llevado a la práctica desde la reflexión ética donde, si se conoce, se debe aplicar. Es necesario mencionar que se tiene bajo conocimiento en la normatividad que rige la seguridad del paciente, elemento fundamental para la práctica como principio jurídico absoluto “la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento”.
- En cuanto a las preguntas de práctica, más de la mitad de la población en práctica clínica (64%) no conoce el formato de reporte.
- Se resalta que los que si conocen el formato, es decir el 36%, de ese porcentaje solo el 74% de la población realiza el reporte de acciones inseguras dentro de la clínica odontológica.
- En el periodo académico 2019a se realizaron ocho reportes de riesgo biológico que son resultado de acciones inseguras, que afectaron a los operadores durante la atención al paciente en la clínica odontológica.
- El conocimiento de estudiantes y docentes frente a la seguridad del paciente es bueno, pero respecto a la práctica, es necesario reforzar algunos aspectos que por diversas condiciones no se cumple a cabalidad.

Recomendaciones

- Se recomienda diseñar estrategias educativas en todas las áreas para la seguridad del paciente que sean transversales para empoderar el conocimiento y la práctica en una cultura que favorezca todos los procesos relacionados con la atención odontológica realizada desde la Universidad Santiago de Cali
- Hacer seguimiento periódico desde la seguridad basada en el comportamiento encontrado en este estudio.
- Fortalecer y socializar con la comunidad académica acerca de los formatos y protocolos de reportes de eventos adversos.
- Sensibilizar desde la importancia de la ética como elemento transversal en todo proceso de manera relevante en las prácticas formativas que dependen del trabajo individual y colectivo que aportan a condiciones adecuadas y de calidad en la prestación de los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

- Abultaif, A. (2018) Hacia una nueva ética de la política de investigación en Colombia. Artículo en *Pesquisa Javeriana* octubre de 2018. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. Disponible en <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/hacia-una-nueva-etica-de-la-investigacion-en-colombia/>
- Aguilar Córdoba, A (2019). Ética de la investigación y la práctica clínica: un binomio complejo. *Revista Facultad de Medicina Humana* vol. 19 no. 4 Lima oct/dic. 2019. URL: <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2350>
- Aranaz, C. y Moya (2011) Seguridad del paciente y calidad asistencial *Rev. de Calidad Asistencial*. 26. (6) Pp. 331- 332. Noviembre - Diciembre 2011. URL: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=811017>
- Aranaz, J.M., Aibar, C., Vitaller, J. y Ruiz, P. (2005) Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. URL: https://www.msps.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf

- Barco, I., Álvarez, R. y Hernández, G. (2019) Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. *Revista Cubana de Salud Pública* 2019; 45 (4): e1506
- Bello, Andrés, Ley 57 de 1.887. Código Civil de Estados Unidos de Colombia. Adoptado por Código Civil Colombiano Artículo 9. 2012.
- Briones, G. (2002) *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior pp. 17. ICFES.
- Cuba, M., Zegarra, C., Reichert, S. y Gil, D. (2016) Attitudes, perceptions and awareness concerning quaternary prevention among family doctors working in the Social Security System. Peru: a cross-sectional descriptive study. *Medwave*. 2016 Apr 27;16(3).
- Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación. Resolución 314 de 2018, por la cual se adopta la Política de Ética de la Investigación, Bioética e Integridad Científica. Documento de Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Colciencias.
- Hiilvala, N., Mussalo-Rauhamaa, H., Murtomaa, H. (2013) Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. *Acta Odontol Scand* 2013; 71(6): 1370-7
- Kohn, L., Corrigan, J. y Donaldson, M. (2000) *To err is human; building a safer health system*. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press.
- Merino Plaza, M, (2012) *La Seguridad del Paciente. Un reto para la asistencia sanitaria*. Valencia, España: RC Libros.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente*. Glosario de términos. P. 15. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>. Consultado en 2018.
- Ministerio de Salud. Protocolo de Londres. [Sitio en internet] Acción insegura. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf.

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO (2019) Citada por Danah, G. en *Formación, Promoción, Cultura*. Marzo del 2019. URL <https://promocioncultural.com/promocion-cultural/que-es-cultura/>
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2009) Documento “Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente”. Informe Técnico Definitivo enero de 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2018) Seguridad del paciente. *Temas de salud*. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- Pérez, B. P. (2011) Seguridad del paciente y odontología. *Científica dental: Revista científica de formación continuada*, [En Línea] 2011 [Consultado en 2018]. 8(1), 9-15. URL: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5367921>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) Seguridad del paciente, [Sitio en internet]. *Temas de salud*. 2018. URL: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/. Consultado en 2018.
- Programa de Odontología USC. Cursos Malla curricular pensum 624 -090. Planes de curso.
- Rodríguez, H. (2012) *Organización Panamericana de la Salud OPS. Retos Globales de seguridad del paciente: Avances en el mundo, en la Región de las Américas y en Colombia*. OPS.
- Thusu, S., Panesar, S. y Bedi, R. (2012) Patient safety in dentistry- state of play as revealed by a national database of errors. *British Dental Journal* 2012; 213 (3): E3.
- Trujillo, M. y col. (2018) Capítulo1. “Los referentes teóricos de la Seguridad del paciente”. En *La seguridad del paciente en la práctica odontológica. Un análisis de las atenciones inseguras en odontología en instituciones Docencia-Servicio en Colombia*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Trujillo, M., Agudelo, A., Gil, D., y col. (2018) *La seguridad del paciente en la práctica odontológica. Un análisis de las atenciones inseguras en odontología en instituciones docencia servicio en Colombia*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Ética y bioética en Medicina

Ethics and Bioethics in Medicine

Oscar David Rubio Bermeo*

© <https://orcid.org/0000-0002-7356-6131>

Sandra González González**

© <https://orcid.org/0000-0002-4696-7423>

Resumen

Introducción: La bioética en la medicina nace para regular la moralidad en la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre en relación a la vida, la experimentación médica, la aplicación de los cuidados médicos, en los momentos de triage vital como en las pandemias u accidentes, y el proceso que lleva al final de la vida con atención en salud. **Objetivo:** Describir algunos aspectos de la historia de la bioética que han sido estudiados e implementados en la medicina. **Desarrollo:** La definición de los cuatro pilares de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, sumados a su visión principialista, hace reevaluar día a día las diferentes teorías y preguntas iniciales por y para lo que fue creada. La bioética se desarrolla, crece aceleradamente en circunstancias adversas como las actuales de la

*Fundación Cardiovascular de Colombia. Bogotá, Colombia.

✉ dr.oscarrubio@gmail.com / contacto@droscarrubio.com

** Complejo Medico Hospital Internacional. Bogotá, Colombia.

✉ sandragonzalez.g01@gmail.com / contacto@drasandragonzalez.com

Cita este capítulo

Rubio Bermeo, O. D. y González González, S. (2020). Ética y bioética en Medicina. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 129-155). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

pandemia mundial por la infección por COVID-19 y sus implicaciones a futuro en las guías gubernamentales de salud.

Conclusiones: La bioética es un desarrollo de la capacidad humana para regular la moral en la atención médica integral, a fin de evitar nuevas violaciones a la autonomía y la dignidad del paciente, así como crea una luz en medio de la oscuridad en tiempos de decisiones difíciles como la distribución y justicia en los servicios de salud en medio de la pandemia.

Palabras clave: bioética en medicina, autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, pandemia.

Abstract

Introduction: Bioethics in medicine was born to regulate morality in making rational decisions in conditions of uncertainty in relation to life, medical experimentation, the application of medical care, in moments of vital triage as in pandemics and the process that leads to the end of life with health care. **Objective:** Describe the history of Bioethics, as well as its implementation and study in medicine. **Development:** The definition of the four pillars of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, added to its principlist vision, makes us re-evaluate the different theories and initial questions for which it was created every day. Growing rapidly in adverse circumstances such as the current global pandemic due to COVID-19 infection and its future implications in government health guidelines. **Conclusions:** Bioethics is a development of the human capacity to regulate morality in comprehensive medical care, to avoid new violations of autonomy and dignity, as well as creates a light in the midst of darkness in times of difficult decisions such as distribution and justice in health services in the midst of the pandemic.

Keywords: Bioethics in medicine, autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, pandemic.

Introducción

*Es más importante saber qué tipo de persona
tiene una enfermedad que saber qué tipo de
enfermedad tiene una persona*

Hipócrates

La medicina es una profesión que se ha desarrollado lentamente durante cientos de años. Los primeros reportes están descritos en las civilizaciones Egipcia y Oriental. Inicialmente la medicina evolucionó en dos direcciones, una medicina tecnológica, típica de la cultura Egipcia, y otra vía con una aproximación filosófica y social, la Griega, donde se profundizó en la ética en la profesión médica (*Medical. The journals of gerontology*, 2017).

Hipócrates enseñó los secretos de una ciencia médica que no incluía tecnología, sino solo ideas, principios y “aforismos”. Lejos del “ruido” que contamina la vida en las ciudades y hospitales, hay una gran necesidad de repasar las cosas que se hacen todos los días en los centros de salud, de reflexionar sobre los pacientes que acuden al sistema de salud con deseos de ser tratados, pero sobre todo con la esperanza de que puedan recuperarse de enfermedades y trastornos que afectan al cuerpo y, en particular, a la mente.

El artículo 2, Capítulo 2, del Código de Ética Médica (Diario Oficial No. 35.711, del 27 de febrero de 1981) (Molina Arrubla, 1989) establece explícitamente que un médico debe prestar el juramento profesional. Sin embargo, muchos médicos nunca lo han leído detenidamente ni han reflexionado sobre los puntos individuales y sobre cuál debería ser su actitud diaria hacia colegas y pacientes. Por ello, se hace imperativo volver a presentarlo y leerlo con atención para comprender plenamente, que la profesión médica tiene su origen en algo especial que va más allá de las diferencias culturales y las opiniones que han caracterizado el pensamiento de la humanidad.

Juramento Hipocrático (Serpa Flórez, 1991)

Consciente de la importancia y solemnidad de este acto y del compromiso que asumo sobre mí mismo, juro:

- Practicar la medicina con libertad e independencia de criterio y comportamiento evitando cualquier influencia indebida;
- Perseguir la defensa de la vida, la protección de la salud física y mental del hombre y el alivio del sufrimiento; toda mi actividad profesional se desarrollará con responsabilidad y constante compromiso científico, cultural y social;
- Tratar a cada paciente con igual cuidado y compromiso, independientemente de su origen étnico, religión, nacionalidad, condición social e ideología política, promoviendo la eliminación de todas las formas de discriminación en la atención médica;
- Nunca cometer actos que puedan causar deliberadamente la muerte de una persona;
- Abstenerse de realizar cualquier futilidad diagnóstica y terapéutica;
- Promover la alianza terapéutica con mis pacientes, basado en la confianza y la información mutua, respetando los principios que inspiran el arte médico;
- Adherirme a los principios éticos de la solidaridad humana contra los cuales nunca utilizaré mis conocimientos de acuerdo con mi respeto por la persona y la vida humanas;
- Poner mis conocimientos a disposición para progresar en el campo de la medicina;
- Comprometer mi reputación profesional exclusivamente con mis habilidades y mis cualidades morales;
- Evitar, incluso fuera de mi actividad profesional, cualquier acto y conducta que atente contra el honor y la dignidad de la profesión;
- Respetar a mis colegas también en casos de opiniones encontradas;
- Respetar y facilitar el derecho del médico a elegir libremente;
- Brindar asistencia de emergencia a quienes la necesiten y estar disponible para las autoridades en caso de una calamidad pública;

- Observar el secreto profesional y proteger la confidencialidad de la información que recibo, lo que veo o he visto, entendido o comprendido en el curso de mi práctica o debido a mi cargo;
- Desarrollar mi actividad profesional, en la ciencia y en la conciencia, con diligencia y cuidado y sobre la base de consideraciones objetivas, observando las normas éticas que rigen el ejercicio de la medicina y las normas legales que no contradigan estos fines.

La bioética ha sido un faro de luz durante el diario vivir al personal médico, siendo una herramienta filosófica traída a la práctica para determinar la mejor forma de actuar y pensar, así como la guía para hacer estudios clínicos y determinar medidas de gobierno y salud pública. Más en estos momentos de incertidumbre y necesidades nunca antes vistas, estando sobrepasadas las capacidades de atención médica por la pandemia, ocasionada por la infección del SARS-CoV-2 y su cascada de preguntas sobre el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, temas a tratar en esta revisión.

Ahora en las modernas salas de unidades de cuidados intensivos se hace, con ayuda de la tecnología de última generación, un esfuerzo importante por evitar la muerte de los pacientes según la ley natural de proteger la vida, a veces en contra de la lógica y con un amplio apoyo “moral” y guiado por las emociones, haciendo que la sociedad espere que el personal de salud haga todo lo posible por preservar la vida, creando muchas veces conflictos bioéticos aún sin resolver...

Desarrollo

La importancia de la ética y la bioética médica en la historia humana

Los cuatro principios de la bioética –autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia– son de una gran influencia en la ética médica y son fundamentales para comprender el enfoque actual de la evaluación ética en la atención de la salud (Page, 2012).

La bioética, ha sido llamada una ética aplicada, joven aún en su desarrollo, con pocos años de evolución y crecimiento; nació como necesidad y grito de regulación sobre los actos humanos, médicos y sobre la vida humana misma.

Su nacimiento se dio en Estados Unidos como respuesta a la denuncia decretada por los medios en cuanto a la violación de la dignidad humana en los experimentos médicos realizados en la segunda mitad del siglo XX en poblaciones sin protección del Estado (Pérez, 2010). Entendiendo que ya existían precedentes en cuanto la violación de la dignidad humana en los experimentos llevados a cabo en la segunda guerra mundial por el ejército nazi. En esos momentos no había ninguna regulación en los hechos y procedimientos médicos de experimentación, basándose en normas gubernamentales e ideales políticos, más que ver al ser humano en todas sus dimensiones.

Varias fueron las condiciones que posibilitaron su aparición y desarrollo, empezando por la explosión en el conocimiento biológico, descubrimiento del ADN, la manipulación genética y su ingeniería, haciendo de extrema importancia su regulación sobre la concepción, el aborto, la eutanasia, la manipulación genética entre otros; dando herramientas a la sociedad para determinar la evolución en el desarrollo de la sociedad (Izquierdo, 2019).

La aplicación de la tecnología a la medicina ha impulsado un gran cambio en la terapéutica médica, ayudando al control de enfermedades, infecciones, control de patologías antes mortales, mejoría en la supervivencia y/o paliación de enfermedades hasta ahora incurables, mejoría en la atención médica especializada, así como la creación de protocolos eficaces en el trasplante de órganos y tejidos (Paranhos, Garrafa, Melo, 2019). Haciendo necesario un orden en su aplicación y vinculando la moral y la ética al actuar médico, incluyendo también la visión integrativa del ser humano, y entendiendo que no solo es suministrar medicamentos, sino cambiando el estilo de vida que se logran cambios significativos en la historia natural de la enfermedad (Campbell, 2019).

La experimentación médica en humanos ha hecho entender que no hay verdades absolutas ni desenlaces cien por ciento ciertos, moviéndonos

en un mundo de juicios de posibilidades y manejos sobre los riesgos y los beneficios de cada actuar médico (Page, 2012).

La Declaración de Helsinki de 1964 es el documento internacional más importante de regulación de la investigación en seres humanos desde el Código de Núremberg de 1947. La versión anterior es la acordada en Somerset West, Sudáfrica, por la 48ª Asamblea General en 1996. Estos acuerdos han tenido múltiples revisiones hasta llegar a la 52ª Asamblea en Edimburgo (en el 2000) donde se logró una mayor protección en la individualidad y autonomía de los pacientes en los estudios, sobre todo en los países en desarrollo (Manzini, 2000).

El Informe Belmont de 1979, basado en el trabajo de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en Investigación Biomédica y de Comportamiento en Estados Unidos, estableció la importancia de reconocer la autonomía –dar valor a la elección y opinión de personas autónomas y evitar obstruir sus acciones, a menos que estas sean claramente en detrimento de otros– y la de proteger a los que tienen una autonomía disminuida (Peacock Aldana, Cala Calviño, Labadié Fernández y Álvarez Escalante, 2019). Beneficencia y no hacer daño –no lastimar a una persona sin importar qué beneficios pudiera traer a otros– y acrecentar al máximo a fin de disminuir los riesgos (Paranhos, Garrafa, Melo, 2019). Y la justicia, lograr una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios que implica participar en una investigación, así como definir quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad (Álvarez Viera, 2018).

Tales principios fueron redefinidos, en el mismo período, por Beauchamp y Childress en su libro *Principios de Ética Biomédica* (séptima edición en inglés la cual se publicó en 2013). Esto incluye cuatro principios, que se conocieron como el “Georgetown Mantra”, a saber: beneficencia, no maleficencia, respeto por la autonomía y la justicia (Beauchamp y Childre, 2015).

El principialismo, como se conoció el concepto, eventualmente se convirtió en uno de los enfoques más comunes al tema de la bioética, comprensible, dada su naturaleza práctica (Izquierdo, 2019).

Sin embargo, no pasó mucho tiempo antes de que las preguntas sobre tales principios surgieran, arrojando dudas sobre su papel central en las cuestiones éticas (Paranhos, Garrafa, Melo, 2019).

Temas puntuales de aplicación de la bioética en la medicina

Después de conocer el origen, la historia y la importancia de la bioética en la medicina es importante analizar los puntos de discusión bioéticos más relevantes al momento de actuar en el ámbito clínico. La información de cada tema desarrollado a continuación es una aproximación a la práctica clínica de la bioética.

1. Limitación del esfuerzo terapéutico

“¿Todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable?” (Herreros, Palacios y Pachón, 2011)

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se define como “la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas extraordinarias o desproporcionadas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente por un mal pronóstico vital a corto plazo y/o mala calidad de vida” (Herreros, Palacios y Pachón, 2011). Se pueden definir también dos clases de limitación, una es no iniciar una determinada medida y la segunda es retirar la acción médica cuando ya esté implementada (Herreros, Palacios y Pachón, 2011).

A veces se confunde esta definición con la de eutanasia, suicidio y suicidio asistido, habiendo muchos matices morales y éticos que no son de fácil discernimiento, más aún cuando se presentan en el ámbito clínico y donde muchas veces ni los mismos médicos son capaces de decidir por desconocimiento de la bioética. Cuando se habla de eutanasia, se busca o se pretende la muerte de una persona con el fin de liberarla de su sufrimiento, siendo activa a través de una acción médica y pasiva por omisión de la misma. También se describe como *voluntaria*, *involuntaria* y *no voluntaria*. (Izquierdo, 2019), y es muy importante entender las diferencias entre estos conceptos y la limitación del esfuerzo terapéutico.

Dentro de la autonomía está la decisión de tener una adecuada calidad de vida, toda vez que el paciente tenga opción de conocer su estado

actual de salud y de tomar una decisión libre sobre sus tratamientos y posibilidades con cada uno de ellos, pudiendo tomar la decisión él mismo (*el paciente*) de hacer una limitación del esfuerzo terapéutico, llegando hasta firmar un “alta voluntaria” de la institución si no está de acuerdo con las recomendaciones médicas (Fernández Fernández, Baigorri González y Artigas Raventós, 2005), o una “voluntad anticipada” si ese es su deseo de limitar el esfuerzo médico por mantenerlo con vida.

La limitación del esfuerzo terapéutico podría verse como una eutanasia pasiva dado que sería por omisión en el hacer; sin embargo todos los días el personal de salud se ve enfrentado a tomar decisiones en donde la moralidad, por la omisión del hacer pudiera hacernos pensar, según la ley natural de proteger la vida a toda costa, que debe hacer todo lo que está al alcance para brindar una posibilidad médica a “todos” los pacientes. Sin embargo, el problema es *no actuar cuando se debería y se podría actuar* (Izquierdo, 2019, Pugh, 2020).

Hoy en día, aunque existe una amplia gama de procedimientos, insumos de alto costo por su tecnología, medicamentos direccionados biológicamente y cirugías especializadas, la pregunta es que a pesar de que se puede realizar es, ¿se puede llevar a cirugía un paciente, tiene indicación quirúrgica por su enfermedad y hay los recursos necesarios para operarlo... está bien operarlo?

Y la luz de esta respuesta está en una evaluación multidisciplinaria, con evaluación en conjunto por especialistas como geriatría clínica, comités de bioética clínicos y demás especialidades en juntas médico-quirúrgicas, donde orientan al personal médico a tomar las mejores decisiones (Pérez, 2010).

Según la teoría de la ley natural se debe actuar cuando hay una perspectiva de vida razonable y cuando no se imponen cargas excesivamente altas al sistema de salud sin justificación médica y/o a la sociedad en que vive. Para cada patología existen ya escalas de riesgo asociado para cada procedimiento, así se puede valorar si la acción médica propuesta, a pesar de tener los recursos, la indicación y los medios humanos, va a ayudar finalmente al paciente o va a reducir sus posibilidades de vida y/o su independencia como persona (Pugh, 2020).

Hay estudios muy importantes para calcular estos factores de riesgo y valores pronósticos, los cuales se hacen prácticos en páginas web institucionales como <http://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/PatientInfo.jsp> (Bilimoria, Liu, Paruch, Zhou, Kmiecik, Ko, et al, 2013) donde sus resultados ayudan a entender los alcances de las acciones médicas en un futuro inmediato, reportando porcentajes de posibilidades como complicaciones perioperatorias, muerte por cualquier causa, muerte relacionada con el procedimiento, indicación de manejos especiales como diálisis, y uno de los puntos más importantes para la orientación de nuestra conducta, que es la el porcentaje y/o posibilidad de disminución de la funcionalidad con posibilidad de quedar hospitalizado crónicamente (Cohen, Liu, Ko, Clifford, Hall, 2017).

Con estos datos, el personal médico puede tomar, en ciertas ocasiones, decisiones de “reorientación de objetivos terapéuticos” en pacientes críticamente enfermos, ya que no se trata de realizar una *eutanasia pasiva*, sino de facilitar una transición tranquila hacia la muerte, con todos los cuidados paliativos requeridos, como es el control del dolor, la ansiedad y el manejo psicológico que también requiera (Campbell, 2019).

Esta reorientación de los objetivos terapéuticos está indicada en aquellos pacientes en que los riesgos son mayores que los beneficios, en donde realizar un procedimiento quirúrgico sencillamente le quitaría días de vida a los pacientes o calidad de vida subsiguiente. (Fernández Fernández, Baigorri González y Artigas Raventós, 2005). Y es aquí donde hay mucho por hacer por los pacientes que están en su proceso de final de vida, cómo paliar el dolor, disminuir la discapacidad, y si fuere el caso ayudar mediante la cuidados paliativos a una muerte digna (Carlosama, Villota, Benavides, Villalobos, Hernández, Matabanchoy Tulcan, 2019).

Es importante aclarar que la decisión de la limitación del esfuerzo terapéutico debe recaer sobre el personal médico y no enteramente sobre el familiar (Betancourt Betancourt, 2014).

Mediante las escalas antes descritas y las valoraciones interdisciplinarias es el personal médico quien tiene todas las herramientas y conceptos claros sobre una decisión que influye directamente en el futuro inmediato del paciente. Todos los artículos recomiendan un diálogo activo

y constructivo entre el personal médico, el paciente y los familiares, ya que cada caso es diferente, para lograr la mejor decisión que beneficie al paciente. Recordar la pregunta principal: “¿todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable?” (Herrereros, Palacios y Pachón, 2011).

Y si no hay un acuerdo o hay una imposibilidad de diálogo por cuestiones personales, religiosas, psicológicas o por alguna otra barrera para llegar a un acuerdo, existen los comités de ética que cada institución tiene, para ayudar a resolver y guiar al médico, de nuevo, en tomar la mejor decisión para el paciente (Serpa Flórez, 2019; Yuguero, Esquerda y Pifarre, 2018).

2. El cuidado paliativo y final de la vida

“Los Cuidados Paliativos no tienen como objetivo la muerte del enfermo, sino que cuidan de su vida mientras este llega a su fin, aliviar su sufrimiento y proporcionan los medios para una muerte tolerable” (Zurriarain, 2019).

El personal de salud que trabaja en un servicio de urgencias y emergencias debería estar entrenado y tener competencias básicas en la satisfacción de las necesidades de los pacientes al final de la vida, conociendo y comprendiendo trayectorias de la muerte y estrategias de comunicación útiles, con el fin de determinar los objetivos de la atención, comprender los factores que son importantes para el paciente y su familia, el marco bioético que guía la toma de decisiones al final de la vida y el manejo de los síntomas al final de la vida, pues a pesar de que la mayoría de los pacientes que fallecen hubieran preferido estar en casa, la gran mayoría acude al departamento de emergencias por sus familiares o por simple temor de morir en sus casas (Chessa y Moreno, 2019).

Los avances en los métodos de diagnóstico y terapéuticos han ayudado significativamente a salvar vidas; sin embargo, también se ha hecho evidente el aumento de los costos médicos, pues cada vez hay más pacientes con condiciones crónicas que requieren atenciones en unidades de cuidado intensivo (UCI) o diferentes estrategias terapéuticas de alto costo para prolongar la vida como son la circulación extracorpórea (conocida como ECMO) y/o las unidades de cuidados crónicos (Forero, McDonnell, Gallego, McCarthy, Mohsin, Shanley et al, 2012).

Los avances médicos han permitido prolongar y mantener la vida, incluso en grados que antes no se hubieran podido imaginar, lo que ha permitido aumentar la expectativa de vida. Sin embargo, muchas veces esto puede ser paradójico, e incluso poco ético y dañino, pues en muchas ocasiones en vez de prolongar y mejorar la calidad de vida de una persona, se termina prolongando el proceso de muerte y con ello, el sufrimiento del paciente (ej. Mantener un paciente en estado vegetativo, en la UCI, con soporte ventilatorio, con muy poca posibilidad de recuperación) (*Kansas City Area Ethics Committee Consortium*).

Vale la pena recordar que el objetivo de la medicina es tratar y mejorar la salud de una persona, y no es enfocarse sólo en preservar la función de los órganos o la actividad fisiológica (Schneiderman, Faber-Langendoen y Jecker, 1994). Un tratamiento se considera fútil cuando simplemente preserva las funciones fisiológicas de un paciente inconsciente (en coma) que no tiene la posibilidad de devolverle a este un nivel de salud que le permita vivir fuera de una unidad de cuidados intensivos con una calidad de vida aceptable (Schneiderman, 2011).

No hay aún en la literatura un término o un consenso que defina qué es un *tratamiento fútil*, a pesar de que este término es utilizado por varios autores en la literatura desde hace ya un buen tiempo. Esto hace que no sea fácil para un médico darse cuenta de que un tratamiento que están proponiendo sea fútil. Un claro ejemplo de esto, son los médicos en los departamentos de emergencias, quienes inician tratamientos específicos en pacientes que llegan en muy malas condiciones, muchas veces sin lograr obtener una adecuada historia clínica de ingreso, y posteriormente, los tratamientos efectuados podrían considerarse fútiles (Forero, McDonnell, Gallego, McCarthy, Mohsin, Shanley et al, 2012).

El concepto de autonomía del paciente implica que los pacientes deben estar directamente involucrados en la toma de decisiones acerca de su tratamiento. Sin embargo, eso no significa que puedan insistir y recibir cualquier tratamiento que deseen. Esto significa que pueden elegir entre las opciones que su médico tratante cree que pueden beneficiar su condición actual, o que si incluso lo consideran, pueden rechazar esas opciones (Chessa y Moreno, 2019). Es importante recordar esto, pues muchos pacientes y sus familias, en algunas oportunidades, tienen expectativas poco realistas y pueden insistir en que se le

realizan distintos tratamientos e incluso procedimientos invasivos a pesar de que estas medidas no vayan a generar un impacto positivo en el resultado final (Šarić, Prkić, Jukić, 2017).

Para definir si un tratamiento es fútil, los médicos y demás miembros del equipo o personal de atención deben conocer los principios éticos, ya que estos pueden facilitar la toma de decisiones, especialmente en los casos en los que las directrices legales son insuficientes o inexistentes.

Primer principio: retener o retirar el soporte vital son equivalentes (Truog, Campbell, Curtis, Haas, Luce, Rubenfeld, et al. 2008). Es decir, si un médico considera que es fútil iniciar un tratamiento específico en una circunstancia o escenario, esto significa que estaría justificado de igual forma el retiro de este tratamiento en algún paciente que tenga esta circunstancia, pues no lograría los objetivos del tratamiento. No debería haber diferencia, ni en la intención del médico que no inicia el tratamiento y el que retira la terapia ni en las consecuencias para el paciente, pues la causa de su muerte será la misma. Por esta razón, no hay diferencia en la responsabilidad moral de los médicos por su decisión (Chessa y Moreno, 2019; Wilkinson y Savulescu, 2014).

Segundo principio: existe una gran diferencia entre matar y dejar morir (Truog, Campbell, Curtis, Haas, Luce, Rubenfeld et al, 2008). Aunque retirar o negar el soporte vital a un paciente críticamente enfermo conduce a su muerte, en los casos en que el tratamiento es fútil, legalmente no se considera un asesinato. Desde el punto de vista ético, el deber del médico es detener los tratamientos adicionales fútiles, que estén enfocados simplemente en prolongar la vida (o incluso prolongar el sufrimiento y el proceso de muerte) e iniciar tratamientos que mejoren los síntomas al final de la vida y permitan el derecho a morir dignamente.

Tercer principio: consecuencias de los tratamientos de confort y cuidados paliativos. Para aliviar el sufrimiento de los pacientes, en muchas ocasiones se tienen que utilizar fármacos en dosis que podrían acortar la vida del paciente. Es importante recalcar que existe una diferencia entre administrar fármacos con la intención de matar (eutanasia) y administrar fármacos con la intención de mejorar los síntomas al final de la vida y ofrecer confort al paciente. La diferencia crucial radica en la intención del médico que administra el medicamento.

Una vez se considera que un tratamiento propuesto es fútil, se procederá a brindar y a asegurar al paciente y sus familiares el cuidado paliativo, el cual debe incluir manejo del dolor y el control de los síntomas, la retirada de tratamientos de soporte vital inútiles incluyendo nutrición y líquidos intravenosos, antibióticos, terapias de reemplazo renal, fármacos vasoactivos y dispositivos de asistencia ventricular, las decisiones con respecto a la reanimación cardiopulmonar y el apoyo psicosocial tanto para el paciente como para su familia (Chessa y Moreno, 2019).

El personal médico tiene la responsabilidad de tomar estas decisiones (no la familia) y es importante que cuenten con el entrenamiento adecuado y estén informados y tranquilos de saber que la interrupción abrupta de estas medidas no produce discomfort para el paciente. En cambio, continuar estos tratamientos que son fútiles solo prolonga el proceso de muerte y aumenta la angustia o discomfort del paciente. Vale la pena aclarar que la excepción a esto es la ventilación mecánica, pues su interrupción abrupta puede provocar disnea y discomfort. En este caso, se pueden reducir gradualmente los parámetros ventilatorios dando tiempo y haciendo un excelente control farmacológico de la disnea (Russell, Williams y Drogan, 2010).

Uno de los retos más importantes en los pacientes al final de la vida es el manejo del dolor. La gran mayoría de pacientes al final de la vida presenta algún grado de dolor durante su estancia hospitalaria, por esto es indispensable que el equipo médico minimice el dolor de origen iatrogénico y adicionalmente que administren el manejo farmacológico y analgésico más adecuado.

La disnea (sensación de ahogo y fatiga) es otro de los síntomas frecuentes y además angustiantes (para el paciente, la familia e incluso para el personal médico) que presenta gran porcentaje de los pacientes al final de la vida, por lo que el médico y su equipo, deben estar entrenados en abordar de forma correcta este grupo de pacientes. En este caso en particular, conociendo que realizar maniobras invasivas como la intubación orotraqueal y ventilación mecánica son fútiles, estas maniobras deben ser evitadas, pues sólo prolongarán el proceso de muerte y el sufrimiento tanto para los pacientes como para sus familiares. Si el paciente ya está con soporte ventilatorio, la decisión va a ser mucho más difícil de tomar para el equipo médico, pero en

estos casos hay que recordar que, si estas medidas son fútiles, se puede considerar la titulación a la baja de los parámetros ventilatorios (The Ethics of Palliative Sedation as a Therapy of Last Resort). En este caso, es importante que el paciente (si está consciente), su entorno familiar y el equipo médico conozcan muy bien la situación que se va a generar al iniciar la disminución del soporte ventilatorio y esté muy bien preparado para actuar ante los primeros signos de disnea, pues se debe evitar siempre los síntomas que generan disconfort y angustia en el paciente y su familia (Schneiderman, 2011).

Tal vez uno de los casos más difíciles de manejar para los médicos, es el caso de un paciente que ha sido sometido a una reanimación cardio pulmonar, que ha sido exitosa debido a que hubo retorno a la circulación espontánea, pero no recuperó el estado de conciencia (está en coma). En estos casos, muchas veces continuar el tratamiento invasivo es fútil, sin embargo, muchos médicos deciden continuar el manejo debido a las demandas instauradas por familiares y la falta de apoyo por parte de la clínica así como falta de apoyo legal. En otras oportunidades, la razón principal por la que deciden continuar el tratamiento a pesar de tener la certeza de que no va a mejorar la calidad de vida, es emocional, pues en ocasiones se sienten culpables o sienten el dolor de la familia o incluso el miedo al no saber cómo van a reaccionar si se decide limitar el esfuerzo terapéutico.

3. Obstinación o encarnizamiento terapéutico

Porque para todo ser humano es tan natural nacer como morir...
(Zurriarán, 2019)

La Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, lo definieron como “la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica” (Zurriarán, 2019).

Los avances científicos actuales nos dan la posibilidad de retardar de forma artificial la muerte de las personas, sin que sea esta la que reciba algún beneficio de los esfuerzos terapéuticos. Dado que estas acciones siguiendo la ley natural de preservar la vida a cualquier costo, van en

contra de la bioética, la dignidad de la persona que se está muriendo, el deber moral es aceptar la muerte y dejar que ella siga su curso. Porque para todo ser humano es tan natural nacer como morir...

El llegar al final de la vida una persona con enfermedad, carece de sentido implementar medidas extraordinarias, desproporcionadas y gravosas para el paciente o su familia, pero que de ninguna manera le devolverán la salud. Entendiendo que la renuncia a la obstinación terapéutica es aceptar lo finito que es la vida humana, en donde la paliación del dolor y de la ansiedad deben ser los objetivos por tratar (Zurriarán, 2019).

La bioética aborda y nos muestra las mejores decisiones en estos casos, haciendo un análisis de cada persona como única y orientando la mejor conducta médica.

4. La libertad y la autonomía, víctimas en tiempo de pandemia

Durante la pandemia, buscando un bien común, la libertad y la autonomía se han restringido por parte de los entes gubernamentales con el control epidemiológico y medidas de “salud pública” para detener o paliar el avance de la infección viral establecida, en este momento histórico por COVID-19.

Estas medidas, aunque necesarias para muchos, tienen matices a la luz de la bioética que no resulta tan fácil aceptarlas. La necesidad de controles de triage en las UCIS en el pico de la pandemia limitan la autonomía médica y la justicia distributiva en procura de salvar la mayor cantidad de vidas posibles (World Health Organization, 2016).

Estas medidas gubernamentales, deben siempre tener filtros para ser lo menos intrusivas posibles y siempre bajo la autoridad de la evidencia científica, ya que es lo único que puede equilibrar esta limitación de la libertad y la autonomía con el derecho a la salud pública.

Los derechos de los ciudadanos no se deberían ver condicionados o reducidos sin tener esta evidencia científica, ya que esto puede llevar a abusos por parte de elementos de la fuerza gubernamental. Hay muchas medidas que han flexibilizado el control a la protección de datos personales

y de movilidad sin seguimiento que van a ser muy difíciles de restringir y controlar de nuevo. Esto en este momento coyuntural existe la indicación de saber con quién ha estado en contacto cercano o si se han identificado personas infectadas en el mismo lugar donde el individuo ha estado.

En los centros comerciales, las grandes superficies y cualquier establecimiento público, se hace escaneo de los documentos de identidad para hacer seguimiento de movilidad ciudadana, así como los seguimientos por los GPS de cada teléfono celular, obteniendo metadatos por parte de estas plataformas digitales nacionales y transnacionales, en las que no hay claridad sobre el uso que le den a estos datos de movilidad y posicionamiento en cada momento. Esto podría llegar a violentar el derecho a la intimidad y la libertad de las personas, constituyendo en este momento un estado de alarma y seguimiento constante, y cuando esta emergencia pase, será muy difícil revertir a restituir los derechos de todos los ciudadanos en el mundo.

Es así como la autonomía y la libertad son las primeras víctimas de la pandemia que se está viviendo y que ha llegado para ser la nueva normalidad en la vida social, laboral y personal.

Las medidas de confinamiento han sido consideradas medidas eficaces para el control del contagio, pero ha sido muy notorio que estas medidas también han aumentado las necesidades básicas de las personas, haciendo más evidentes las desigualdades económicas y sociales actuales.

Internet ha contribuido enormemente a continuar con los lazos sociales que unen las familias, los trabajos y hasta la vida escolar, pero también ha puesto al descubierto la gran cantidad de población que no tiene acceso a este recurso, ya sea por falta de infraestructura, falta de equipos de cómputo o sencillamente falta de recursos económicos para acceder a los servicios de internet, que dependen de las necesidades de las personas que los van a utilizar al tiempo pueden ser de costos muy elevados (Churchill, King y Henderson, 2020).

Las mujeres han sido también víctimas en gran su mayoría por el aumento de la violencia intrafamiliar, la disminución de sus libertades y el aumento de deserción escolar entre otras (Bradbury-Jones e Isham, 2020).

Las medidas como el “lavado constante de manos y el quedarse en casa” han sido ampliamente demostradas como medidas útiles para prevenir el contagio de la enfermedad, sin embargo, esto también ha mostrado la gran cantidad de la población que no tiene casa donde quedarse y muchos que no tienen acceso al agua, o siquiera, tienen el acceso a esta por horas, haciendo que la inequidad aumente y promueva que en estas poblaciones las condiciones sanitarias empeoren rápidamente. En los países en desarrollo estos puntos son más visibles y más difíciles de manejar (Rueda Barrera, Caballero Duque, Bernal Camargo, Torregrosa Almonacid, Suárez Castro, Gémpler Rueda et al. 2020).

En conclusión, las medidas de seguimiento propuestas por los gobiernos para facilitar el control poblacional y de movilidad, deben tener una estricta protección de datos y estar basadas solo en estudios científicos que demuestren que estas medidas de seguimiento tecnológico tengan un verdadero efecto sobre la salud de la población, ya que estos datos o como se llaman “metadatos”, no deben ser usados para estrategias comerciales y de propaganda, que, según donde se ha estado, lo que se ha comprado, las preferencias o gustos, se puedan vender al mejor postor, para facilitar un mercadeo más focalizado y efectivo de bienes y servicios que no se han solicitado ni sobre los cuales se ha brindado consentimiento para ser contactados.

Se puede sumar a esto la obligatoriedad de algunos procesos sociales, la inscripción en apps (programas de celular) donde se deben diligenciar datos personales, sociodemográficos y de salud, sin que esté claro el uso que se les den. Ya hasta los datos genéticos y de seroprevalencia en todas las muestras de sangre que se realizan deben tener una confidencialidad según la normativa de la historia clínica personal.

Todos estos nuevos interrogantes que han nacido en la pandemia se conectan directamente a todos los principios de la bioética actual, haciéndola más necesaria que nunca para poder evitar abusos por parte de entidades gubernamentales y/o por empresas privadas con fines de lucro propio.

5. La bioética en tiempos de pandemia por COVID 19

La pandemia actual, causada por el virus SARS COV 2, ha generado preocupación a nivel global, pues superará la capacidad del sistema de salud, lo que implica un desafío para los equipos de atención médica a la hora de escoger y racionalizar los recursos (que ya de por sí son escasos), por lo que es fundamental adquirir habilidades en la toma de decisiones, tales como, quienes recibirán intervenciones avanzadas de soporte vital, y quienes no, pues se produce un desequilibrio entre las necesidades de atención clínica y la disponibilidad de los recursos.

Varios autores médicos e instituciones importantes han redactado guías de manejo en respuesta a la pandemia COVID-19 de 2020. Estos documentos representan múltiples esfuerzos de individuos y grupos para ayudar en las consideraciones más relevantes en la toma de decisiones difíciles que deben tomarse frente a esta enfermedad transmisible, altamente contagiosa y potencialmente mortal, esto asociado a la repentina y enorme demanda de atención médica que sobrepasaba las capacidades médicas de cualquier país e institución (Rhodes, 2020).

Las recomendaciones que se han elaborado se basan en los consejos acumulados de eruditos que han luchado por comprender los requisitos de la justicia en las últimas décadas y la sabiduría acumulada durante siglos, ya que por ser un evento sin precedentes en la historia moderna, no se había estudiado, siquiera pensado en protocolos en casos como los que se han vivido durante el 2020.

Las cuestiones de ética y justicia son conclusiones que se derivan de lo poco o nada que se sabe sobre las situaciones en las que se encuentra la humanidad. Las decisiones sobre lo que es correcto o incorrecto, justo o injusto, no son respuestas obvias que se deriven directamente de principios simples. Más bien, son las conclusiones a las que se llega después de recopilar la información disponible, separar las consideraciones críticas de las tangenciales y sopesar la gama de consecuencias previsibles de las opciones alternativas para elegir un plan que sea más apropiado a las circunstancias. En resumen, las respuestas dependen del contexto, y llegar a buenas soluciones requiere discernimiento y juicio. En ese sentido, se debe comenzar a

deliberar entendiendo lo que se sabía y lo que se desconocía cuando se tuvieron que tomar decisiones sobre el virus COVID-19 (Ministerio de Salud de Colombia).

Según el artículo escrito por Eduardo A. Rueda et.al, en Colombia se espera que alrededor de 550.000 pacientes lleguen a requerir soporte ventilatorio y manejo en unidades de cuidado intensivo (UCI) durante esta pandemia, lo que genera preocupación, pues el país cuenta con 6.000 camas de UCI, de las cuales, solo se cuentan con 1000 (20%) para pacientes con COVID 19.

Por esto, se propone que las decisiones de asignación de los recursos se basen en los principios éticos:

1. **Principio de dignidad y autonomía:** Esto significa respetar y reconocer a la persona como libre igualmente a las demás, es decir, garantizar el derecho a la salud, al cuidado de su salud, así como respetar la autonomía de cada paciente tanto de aceptar como de rechazar las propuestas con respecto a su tratamiento actual o futuro. Implica una atención oportuna, de calidad, provisionando información e independencia de las alternativas diagnósticas y terapéuticas.
2. **Principio de igualdad:** Este principio recuerda que todos los pacientes son ciudadanos con dignidad y derechos iguales, lo que implica que se debe asegurar asignación de recursos sin discriminación ni preferencias por género, raza, edad, orientación sexual, estrato socioeconómico, religión, entre otros.
3. **Principio del mayor bien:** En el ámbito clínico, esto implica asignar los recursos a aquellos pacientes que más se beneficien y tengan mayor posibilidad de beneficiarse con los recursos disponibles y de esta forma evitar desperdiciar recursos; por esto, es importante definir y priorizar los pacientes, teniendo en cuenta quién podría vivir más años y con una mejor calidad de vida al recibir los recursos otorgados. De igual forma, este principio obliga a ofrecer el mejor cuidado paliativo a aquellos pacientes que no clasifican como elegibles o a aquellos que al ejercer su principio de autonomía deciden rechazar estos recursos.

4. **Principio de equidad:** En este caso particular, significa que se debe escoger entre los candidatos a recibir los recursos, quién lo necesita más urgentemente, quienes además de beneficiarse de los recursos, están más graves y pueden fallecer primero en caso de que no se les asigne el recurso, por ejemplo ventilación mecánica.
5. **Principio de transparencia:** Este principio garantiza que la asignación de recursos sea responsable y transparente, avalada por pares y garantizar su trazabilidad.

En este escenario es fundamental tener claras tres definiciones:

Voluntades anticipadas: Es el diligenciamiento de documentos legales, que contienen los deseos de la persona que los suscribe, en relación a sus decisiones con respecto a su salud, para que sean tenidas en cuenta en el caso de que el paciente pierda sus facultades de tomar decisiones.

Limitación del esfuerzo terapéutico: Decisiones tomadas por el médico tratante de no iniciar ciertas medidas terapéuticas o incluso de retirarlas debido a que estas son fútiles

Adecuación del esfuerzo terapéutico: Son actos terapéuticos como iniciar, adicionar o modificar tratamientos según la evolución clínica del paciente con el objetivo de buscar confort para el paciente.

En el artículo publicado por Rueda et.al (2020) en una revista colombiana se propone una guía para la toma de decisiones de asignación de recursos médicos escasos, de ventiladores y camas de UCI en caso de sobredemanda, como la vivida actualmente en la pandemia por COVID 19; otros artículos proponen protocolos de decisiones, lo que permitirá apoyar la toma de decisiones médicas y la asignación de recursos en caso de ser necesario (Borasio, Gamondi, Obrist, y Jox, 2020).

La declaración de emergencia sanitaria por la pandemia ha hecho evidente la falta de equidad distributiva histórica en los diferentes departamentos y ciudades del país, siendo las poblaciones más abandonadas y vulnerables, las que más escasez presentan de productos de bioseguridad y protección personal, así como de equipos

de cuidados intensivos y de personal altamente especializado para utilizar estos equipos en las UCI.

En marzo de 2020, Colombia, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolló recomendaciones para el manejo de decisiones éticas durante la pandemia por SARS-CoV-2. Documento que buscaba dar un marco de referencia a la emergencia sanitaria para que las decisiones de los actores de salud tuvieran un balance en las necesidades de los individuos, la población y los recursos existentes. Las recomendaciones según los artículos, fueron basadas en la equidad de la distribución de riesgos y beneficios, y el balance entre los intereses individuales y colectivos, respetando las preferencias de los pacientes y procurando la no maleficencia (García-Echeverry, Moreno-Amézquita, Pinto-Bustamante y Gómez-Córdoba, 2020).

El cuidado paliativo en tiempos de pandemia

El cuidado paliativo es un enfoque integral y un aliado fundamental en las instituciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia, centrados en el alivio de los síntomas y del sufrimiento, en mantener una comunicación asertiva y efectiva tanto con el paciente como con su entorno. Adicionalmente, se enfocan en la preparación y elaboración del duelo, sedación paliativa y acompañamiento al final de la vida.

Conclusiones

Desde hace más de 2500 años la sociedad ha evolucionado hacia la organización social, buscando siempre una estabilidad económica, demográfica, territorial y alimentaria. Dentro de esta estabilidad está la asistencia al prójimo en la enfermedad y en las calamidades diarias que se presenten por un bien común. En esa asistencia social se basan los inicios de la medicina y sobre su actuar se basa la bioética que actualmente se tiene, siendo esta palabra y definición muy joven aún dados los pocos años; propone la igualdad social sin diferencia de etnia, color, o creencia religiosa que se profese en la mayor parte de la humanidad.

Ahora se da por hecho, pero en el siglo pasado estos conceptos de igualdad, respeto, autonomía, y no hacer daño a otro ser humano, pasaban por un filtro político y religioso que produjo muchas muertes en las guerras mundiales.

En el siglo XIX cuando la medicina creció en su estallido tecnológico por la industrialización y el crecimiento de las ciudades, la atención médica era insuficiente y causaba, en muchas ocasiones, más daño que un beneficio real a los pacientes, llegando a estar más seguros si eran tratados en sus casas que en un hospital, dado que no se conocía siquiera la existencia de los microorganismos y su transmisión en la atención médica propia.

En la segunda guerra mundial los médicos y científicos del ejército nazi teniendo como base su ideología política y religiosa, realizaron estudios “no éticos” en seres humanos con el fin de adquirir conocimientos buscando “un bien común”, sin embargo pasaban por encima de cualquier derecho básico ético como es la autonomía, la capacidad de decidir, si querían estar en dichos experimentos, sin brindar ninguna seguridad a quienes participaban y sobre todo sometiendo a torturas e incluso produciendo la muerte en la búsqueda de los extremos del cuerpo humano.

Es donde inicia el cuestionamiento básico de la vida, del derecho a decidir de todas las personas sin importar ninguna diferencia de las antes mencionadas, y empezando a crear unas reglas de experimentación y trato hacia los pacientes. Y es en la segunda mitad del siglo XX donde se conoce, que aun en países democráticos, se hacían experimentos médicos en población vulnerable sin control ético, basados solo en la búsqueda de “un bien común”.

Razones históricas de errores cometidos por humanos sobre humanos dan inicio a la bioética como pilar fundamental en el tratamiento médico de los pacientes, empezando por sus definiciones de autonomía y derecho de decidir de los pacientes; hacer siempre el bien en cada acción médica; no hacer el mal a las personas así sea en busca de un bien común; y la justicia, que en nuestro caso es ser justos, al momento de repartir los recursos siempre limitados de un sistema de salud siempre en deuda.

En este momento coyuntural de la historia humana el sistema de salud se ha visto sobrepasado por una infección viral que ha llegado ya a infectar al 10% de la población y a causar mayor demanda de los recursos médicos humanos, económicos y de insumos vitales, poniendo a prueba las pautas que se habían creado hace muy poco tiempo, ya que de nuevo las órdenes gubernamentales sobrepasan la justicia distributiva de insumos, como los ventiladores mecánicos, dado que ordenan no exportar estos insumos privilegiando a su propia población. O la toma de decisiones en la clasificación o triage según probabilidad de sobrevivir o según, a veces dependiendo del seguro médico que tiene la persona, en contra de la autonomía que cada persona del servicio de salud tiene para atender mejor a cada paciente.

Es en estos escenarios donde la bioética ayuda al personal médico a tomar decisiones que la moral y la ley natural puede poner en duda para decidir de la manera más justa.

En conclusión, la bioética es una herramienta eficaz para lograr el mejor bien común con los recursos existentes, basandose en la mejor evidencia científica pero regulada por la mejor orientación filosófica. Herramienta que ha evolucionado rápidamente por el bien de la humanidad y que seguirá creciendo y buscando nuevas maneras de transformar el pensamiento del personal de salud en cada institución del planeta.

Referencias Bibliográficas

- Alvarez Viera, P. (2018) Ética e investigación. *Boletín Redipe* 2018;7(2): pp. 122-149.
- Beauchamp, T. y Childre, J. (2015) *Principles of biomedical ethics*. 7th edition. ed. NewYork-: NewYork-Oxford University Press, 2015.
- Betancourt Betancourt, G. de J. (2014) Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Humanidades Médicas* 2014 Aug 1;14(2):407-422.
- Bradbury-Jones, C. e Isham, L. (2020) The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing* 2020 Jul; 29(pp. 13-14):2047-2049.

- Borasio, G. D., Gamondi, C., Obrist, M. y Jox, R. (2020) For The Covid-Task Force Of Palliative Ch. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss medical weekly* 2020 Mar 23;150:w20233.
- Bilimori, K.Y., Liu, Y., Paruch, J. L., Zhou, L., Kmiecik, T.E., Ko, C.Y. et al. (2013) Development and Evaluation of the Universal ACS NSQIP Surgical Risk Calculator: A Decision Aid and Informed Consent Tool for Patients and Surgeons. *Journal of the American College of Surgeons* 2013; 217(5): pp. 833-842.e3.
- Campbell, C. S. (2019) Mortal Responsibilities: Bioethics and Medical-Assisted Dying. *The Yale journal of biology & medicine* 2019 Dec; 92(4): 733.
- Churchill, L. R., King, N. M. P. y Henderson, G. E. (2020) The Future of Bioethics: It Shouldn't Take a Pandemic. *The Hastings Center report* 2020 May; 50(3): pp. 54-56.
- Chessa, F y Moreno, F. (2019) Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2019;46(3): pp. 387-398.
- Carlosama, D. M., Villota, N.G., Benavides, V.K., Villalobos, F. H., Hernández, E. L. y Matabanchoy Tulcan, S. M. (2019) Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética* 2019; 23(2): pp. 245-262.
- Cohen, M.E., Liu, Y., Ko, Clifford, Y. y Hall, B.L. (2017) An Examination of American College of Surgeons NSQIP Surgical Risk Calculator Accuracy. *Journal of the American College of Surgeons* 2017; 224(5): pp. 787-795.e1.
- Fernández Fernández, R., Baigorri González, F. y Artigas Raventos, A. (2005) Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Medicina intensiva* 2005; 29(6): pp. 338-341.
- Forero, R. McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S. Mohsin, M., Shanley, C. et al (2012) A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emergency medicine international* 2012 Dec 1; 2012:1-11.
- García-Echeverry, F. A., Moreno-Amézquita, J. E., Pinto-Bustamante, B. J. y Gómez-Córdoba, A. I. (2020) El derecho a la salud en tiempos de pandemia en Colombia: entre la inequidad endémica y el estado de emergencia. *Revista Colombiana de Bioética* 2020 Jul 7; 15(1).
- Herreros, B., Palacios, G. y Pacho, (2011) E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española* 2011; 212(3):134-140.

- Izquierdo D., L. (2019) Bioethics theories, the protection of life and natural law. *Cuadernos de bioética* 2019 Sep;30(100):263.
- Kansas City Area Ethics Committee Consortium. Recommended Policy Guidelines Regarding Medical Futility.
- Manzini, J. L. (2000) Declaración de Helsinki: Principios Éticos para la Investigación Médica sobre Sujetos Humanos. *Acta bioethica* 2000 Dec 1;6(2):321-334.
- Medical. The journals of gerontology. Series A* (2017), Biological sciences and medical sciences 2017 Jan; 72(1):NP
- Ministerio de Salud - Colombia. Lineamientos, Orientaciones y Protocolos para enfrentar la covid-19 en colombia. 2020 JUN.
- Molina Arrubla, C. M. (1989) Ley 23 de febrero 18 de 1981: Normas sobre ética médica. *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas* 1989(85):105-112.
- Page, K. (2012) The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? *BMC medical ethics* 2012 May 20, 13(1):10.
- Paranhos, F. R. L., Garrafa, V. y Melo, R. L. D. (2019) Critical analysis of the principle of benefit and harm. *KIT Scientific Publishing* 2019 Sep 13;23(1):12-19.
- Peacock Aldana, S. Cala Calviño, L., Labadié Fernández, S. y Álvarez Escalante, L. (2019) Ética en la investigación biomédica: contextualización y necesidad. *Medisan* 2019 Sep 1;23(5):921-941.
- Pugh, J. (2020) *Autonomy, Rationality, and Contemporary Bioethics*. Oxford: Oxford University Press; 2020.
- Pérez, M. (2010) Bioética, fundamentos, metodología. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2010 Jan;21(1):130-134
- Rhodes, R. (2020) Justice and Guidance for the COVID-19 Pandemic. *American journal of bioethics* 2020 Jul 2; 20(7):163-166.
- Rueda Barrera, E. A., Caballero Duque, A., Bernal Camargo, D. R., Torregrosa Almonacid, L., Suárez Castro, E. M., Gempeler Rueda, F. E. et al. (2020) Pautas éticas para la asignación de recursos sanitarios escasos en el marco de la pandemia por COVID-19 en Colombia. *Revista colombiana de cirugía* 2020 May 11; 35(2):281-289.

- Russell, J. A., Williams, M. A, Drogan, O. (2010) Sedation for the imminently dying: Survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology* 2010 Apr 20;74(16):1303-1309.
- Serpa Flórez, R. (1991) Tribunales de Ética Médica y Ley 23 de 1981. *Medicina* (Bogotá, Colombia: 1981) 1991 Dec 1,13(4):50-55.
- Schneiderman, L.J., Faber-Langendoen, K. y Jecker, N. S. (1994) Beyond futility to an ethic of care. *The American journal of medicine* 1994; 96(2):110-114.
- Schneiderman, L. (2011) Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *Bioethical Inquiry* 2011 Jun; 8(2):123-131.
- Šarić, L., Prkić, I. y Jukić, M. (2017) Futile Treatment—A Review. *Bioethical Inquiry* 2017 Sep; 14(3):329-337.
- The Ethics of Palliative Sedation as a Therapy of Last Resort. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2007 Dec; 23(6):483-491.
- Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., et al. (2008) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical care medicine* 2008; 36(3):953-963.
- Wilkinson, D. Savulescu, J. (2014) A Costly Separation Between Withdrawing and Withholding Treatment in Intensive Care. *Bioethics* 2014;28(3):127-137.
- World Health Organization (2016) *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*.
- Yuguero, O., Esquerda, M. y Pifarre, J. (2018) ¿Limitar o adecuar el esfuerzo terapéutico? *Medicina Clínica* 2018 JUL; 152(5):e27.
- Zurriarán, R. G. (2019) Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Persona y Bioética* 2019; 23(2):180-193.

Ética y bioética en odontología

Ethics and bioethics in dentistry

Myriam Bermeo de Rubio*

© <https://orcid.org/0000-0003-0204-9978>

Ivanoba Pardo Herrera**

© <https://orcid.org/0000-0003-4527-6775>

Odontología refiere su esencia al arte de integrar ciencia, talento, creatividad y pasión por parte de quienes aman sus fundamentos y practican los saberes que le son propios. Es un poema que descifra secretos propios de la vida y los transforma en salud

Myriam Bermeo de Rubio

Resumen

Introducción: Los profesionales de la Odontología, como servidores de la sociedad, han tenido una evolución decorosa y efectiva desde lo científico y humano, que les ha permitido hacerse acreedores al respeto y admiración de las comunidades a las cuales pertenecen y por eso es imprescindible el cumplimiento de los deberes prescritos en su código

*Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ bermeo76@usc.edu.co

**Fundación Ana Herrera de Pardo-Fahepa. Cali, Colombia.

✉ ivanoba.pardo00@usc.edu.co

Cita este capítulo

Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (2020). Ética y bioética en odontología. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 157-174). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

deontológico. Objetivo: Determinar la importancia de la formación integral del odontólogo como ser humano y profesional de la salud, en cada ámbito de su vida. Desarrollo: El actual escrito hace énfasis en la importancia de contar con pautas éticas para la práctica clínica, la educación, la política, la responsabilidad social, la investigación con seres humanos y la innovación tecnológica por los profesionales de la salud bucal, como prácticas donde prime el respeto a la dignidad humana, desde la conceptualización, fundamentos bioéticos, normatividad existente y narración de experiencias como cuidadores del “otro”; brindando seguridad a los pacientes y participantes de investigaciones. Conclusiones: Formar buenos seres humanos contribuye a formar buenos profesionales, que fortalezcan su don de servicio en pro del beneficio de la humanidad, de los pacientes que confían en ellos.

Palabras clave: ética, bioética, principios bioéticos, autonomía profesional, autonomía personal, deontología

Abstract

Introduction: Dentistry professionals, as servants of society, have had a decent and effective evolution from the scientific and human point of view, which has allowed them to gain the respect and admiration of the communities to which they belong and that is why it is essential to fulfillment of the duties prescribed in its code of ethics. Development: The current writing therefore emphasizes the importance of having ethical guidelines for clinical practice, education, politics, social responsibility, research with human beings and technological innovation by oral health professionals, as practices where respect for human dignity prevails, from the conceptualization, bioethical foundations, existing regulations and narration of experiences as caregivers of the “other”; providing safety to patients and research participants. Conclusion: Training good human beings, contributes to training good professionals, who strengthen their gift of service for the benefit of humanity, of the patients who trust them.

Keywords: ethics, bioethics, bioethical principles, professional autonomy, personal autonomy, deontology.

Introducción

La Odontología como disciplina sanitaria está directamente involucrada con el bienestar del ser humano. Bienestar que trasciende lo que le corresponde específicamente al sistema estomatognático, ocupando además un lugar fundamental en lo relacionado con los deberes morales que le acompañan, que deben respetarse y cumplirse por parte de los profesionales que la ejercen.

Dichos valores morales, pasan a ser parte de un código deontológico, enmarcado para la Odontología en la Ley 35 de 1989 (Diario Oficial No. 38.733); en ésta Ley que da origen al Código de Ética del odontólogo colombiano, se encuentran definidos los criterios de cada acción a seguir, en el ejercicio permanente y cotidiano de esta noble profesión; son llamados también “códigos de ética”, es un nombre debatido desde hace algún tiempo, pues por su contenido y lo que representan deberían llamarse “códigos de moral”, dado que la ética es quien juzga estas acciones, declarándolas correctas o incorrectas, buenas o malas en la relación con el paciente, con el colega, las instituciones, el personal subalterno y otros temas.

“Desde un principio, el código de ética odontológica debe ser una guía orientadora, no un método punible para el profesional. La falta de conocimiento profundo sobre los temas, por la mayoría de la población, implica una fragilidad de las instituciones y legislaciones” (Preciado Uriol, Abas Frazão, Alves de Freitas, Camusso Ortiz, De Souza Costa y Ferreira Costa, 2015). Convirtiéndose en tema que requiere revisión permanente en las instituciones competentes y actualizaciones periódicas que resuelvan tales falencias.

Al pasar de la ética y la moral, a la ciencia integradora e interdisciplinar de la bioética, se hacen realidad todos sus principios en la *praxis*, en la que se ponen a prueba y surgen los dilemas éticos por resolver. La bioética como disciplina, permite la confrontación de los valores con las realidades clínicas que se presentan, facilitando que la toma de decisiones sea moral. Su mundo es el de los valores y los principios en un contexto de hechos y realidades de incertidumbres clínicas, donde el profesional de la salud puede tener certezas técnicas para

intervenir, pero a la vez, grandes dudas de carácter ético-moral que le dificultan decidir.

El ejercicio de las profesiones sanitarias ha planteado desde siempre problemas éticos y ha exigido de quienes hacen parte de ellas, una elevada calidad moral. Porque todas estas profesiones, están intrínsecamente relacionadas con la ética. “No en vano suele decirse que quien escoge dedicarse a la medicina o a la enfermería como un elemento de su forma de vida lo hace por vocación. Se da a entender con ello que, si un buen profesional es siempre un experto en su materia, en el caso de la profesión sanitaria, la competencia científica y técnica va acompañada de un compromiso ineludible de carácter moral” (Camps, 2015).

Por lo tanto, el objetivo del presente capítulo es ofrecer referencias del desarrollo de la odontología en cuanto a los códigos deontológicos y la investigación, que incluyen ética, moral y la bioética como la aplicación en la práctica, de todos estos conceptos. Lo que da lugar a la ética aplicada.

Ética aplicada

Ya en el campo de la ética aplicada, se muestra claramente la objetividad, que no es otra cosa que el importante llamado a la aplicación en los distintos ámbitos de la vida social. “La ética aplicada tiene por objeto, en principio, como su nombre indica, aplicar los resultados obtenidos en la parte de fundamentación a los distintos ámbitos de la vida social: a la política, la economía, la empresa, la medicina, la ecología, etc. Porque si al fundamentar hemos descubierto unos principios éticos, la tarea siguiente consistirá en averiguar cómo pueden orientar esos principios los distintos tipos de actividad” (Cortina, 2008).

Las actividades de administración y/o auditoria, necesarias en todas las organizaciones sociales, especialmente cuando de instituciones sanitarias y educativas se trata, requieren recurso humano capacitado, proactivo y sensible a las necesidades básicas de sus usuarios, que les permita ser confiables, reconocidas y exitosas. Por lo cual, “La gestión de los recursos humanos es un mecanismo organizacional mediante el cual se promueve la consecución de metas y la supervivencia; esto se

convierte en un elemento fundamental para el mundo organizacional, dado que la fuerza del recurso humano, en cierto grado, dinamiza desde sus capacidades la creación de conocimiento, como un valor agregado que hace altamente competitiva a las empresas”. (Ospina, 2020)

Aparecen además, otras diversas actividades como la educativa, en donde el referente fundamental es la persona; dicha actividad propia de las organizaciones sociales, económicas y sanitarias surge como una de las que exigen mayor responsabilidad por referirse a la vida y salud integral de los seres humanos, como se menciona a continuación, cuando se reflexiona sobre ética y educación.

Ética y educación

Proponer la ética como la columna vertebral de los programas universitarios actuales, es aceptar la necesidad que tiene hoy el mundo contemporáneo de volver su mirada sobre el *ser humano* y su valor intrínseco. Aceptando que, en la base de todo el pensamiento ético desde sus inicios, se encuentra, tanto la concepción de ser humano y de persona, como la fundamentación y la valoración que pueda hacerse de la conducta humana.

Sin embargo, se desconoce el valor real de la persona con las inequidades sociales manifiestas en la Educación Superior (ES); lo que debe llevar a la reflexión con respecto al direccionamiento que toman los gobiernos hacia la privatización, disminuyendo la posibilidad de acceso de un gran porcentaje de la población que necesita ayudas gubernamentales para obtenerla.

“En el documento titulado ‘Replantear la educación ¿Hacia un bien común mundial?’ Unesco propone por primera vez pasar de conceptualizar la Educación Superior como un bien público a entenderla como un bien común. La razón por la que Unesco propone hacerlo es una respuesta a la necesidad de encontrar una solución al problema de su creciente privatización. Si bien la Educación Superior privada (principalmente en universidades que responden a órdenes religiosas y asociaciones civiles) siempre existió, la importancia actual del fenómeno está dada por la ‘escala, alcance y penetración’ con la que está ocurriendo” (Icandro, y Yepes Chisco, 2018).

Tal vez el mayor reto para la universidad actual, es demostrar capacidad para superar el papel que ha venido asumiendo tradicionalmente como transmisora y cultora de unas disciplinas y tecnologías llevadas casi a la instrumentalización del conocimiento a través de las profesiones, pero desconociendo totalmente su importancia en la formación esencial e integral del ser humano como ciudadano y profesional integral, competente e idóneo éticamente.

El profesional de odontología de la Universidad Santiago de Cali, se prepara con la Misión “Formar profesionales integrales con competencias propias de la disciplina, comprometidos éticamente con las necesidades reales de la sociedad colombiana, que actúen con criterio en la solución de problemas soportados en el espíritu investigativo y la adaptación a las nuevas tendencias de la Odontología” (Universidad Santiago de Cali, 2020). Lo que responde a los requerimientos éticos previamente mencionados.

De esta forma la sociedad actual puede esperar un profesional que no sólo tenga conocimientos, habilidades y destrezas en un saber determinado, sino que su formación humana esté fundamentada en una dimensión ético-moral que le permita responder éticamente a los distintos desafíos a los que se ve abocado. “La formación valórica en odontología se ha difundido como un componente necesario en el perfil del profesional, por su directa vinculación con personas en la práctica diaria y por su responsabilidad social, como carrera al servicio del bienestar de la comunidad” (Vicentela, Narváez y Velásquez, 2015). Sin embargo, como se conoce en la realidad, algunos miembros de la profesión no hacen honor a estas directrices.

La reflexión ética es una competencia que los estudiantes pueden lograr durante la carrera en los componentes básico y profesional; sin embargo, hay que considerar que sólo con recibir los cursos de ética y bioética ha sido insuficiente. Por ello, hay que pensar que si bien el desarrollo de la conciencia moral es una labor que logran las personas durante todas las posibles formaciones discursivas en sus contextos de acción social, es necesario que la institución educativa aborde una estrategia que se ajuste a los propósitos de enseñanza-aprendizaje en el horizonte de competencias en los cursos de las diferentes profesiones (Muñoz, 2020).

Solo de tal manera, es posible que la institución pueda aportar en cada profesión, fundamento moral al cumplimiento de los respectivos códigos deontológicos. El Código de Ética que respalda esta formación integral y el adecuado cumplimiento de los deberes morales y los principios éticos para los odontólogos –Ley 35 de 1989–, generan los protocolos a seguir por cada estudiante, egresado y docente que hace parte de la comunidad educativa en el campo de la odontología. “El Código de Ética Odontológica (CEO) es la referencia normativa para los odontólogos, cuyas normas tienen el sentido pedagógico de evitar que se cometan actos antiéticos, acciones que generen perjuicios para el paciente y el profesional. Este último debe ser consciente de que además de las técnicas aprendidas durante su formación académica, debe también aprender a lidiar con el cuerpo y la mente del ser humano” (López, 2013).

Todo código que establece normas a una profesión, en especial si ésta se dedica al cuidado de la salud de los seres humanos, lleva implícito un significado de servicio amoroso hacia el “otro” para el cual se persigue siempre el mayor beneficio y quien confía plenamente en su cuidador. Idea que Annette Baier describe bellamente cuando establece una relación directa entre la ética del cuidado y la ética del amor basada en la confianza.

Lo anterior es referenciado por varios autores en circunstancias diferentes: “Precisamente en la zona de la Bioética la proximidad a la práctica es decisiva, a fin de no perder el nivel individualizado, personal, eminentemente prudencial del trato con el enfermo y las realidades tan extremadamente complejas que deben afrontarse en la relación médico-enfermo” (López, 2013).

Desde tiempo atrás se viene tratando este delicado e importante tema “La ética del cuidado tiene que ver con situaciones reales, tan reales como las necesidades ajenas, el deseo de evitar el daño, la circunstancia de ser responsable de otro, tener que proteger, atender a alguien. La moralidad como compromiso deriva precisamente de la certeza de que el bienestar, e incluso la supervivencia, requieren algo más que autonomía y justicia: el reconocimiento y cumplimiento de derechos y deberes” (Alvarado García, 2004).

Pero actualmente se habla con mayor propiedad, sobre lo que significa en bioética el cuidar del “otro”. Para ello, “debemos centrarnos en reconocer los conflictos de valores o problemas éticos con los que nos encontramos, los mecanismos para resolverlos, dejando a un lado nuestros propios intereses” (Camargo de Dalmolin, Batista Aline y Unfer, 2019).

Más aún, teniendo en cuenta que la odontología, como todas las ciencias, necesita de la investigación, proceso en el que los propios intereses deben subordinarse a los beneficios que requieren generarse para los sujetos y poblaciones de estudio; pues solo así es posible asegurar avances en conocimientos de la salud y de los procesos patológicos, con el debido respeto de los principios bioéticos, inter relacionados con los Derechos Humanos (DD. HH.). “La educación en la ética de los derechos humanos (DD. HH.) persigue el pleno desarrollo de la personalidad y la dignidad humana. Así mismo se trata de potenciar en la cotidianidad el fortalecimiento y respeto de los derechos humanos y las libertades inmanentes a la condición de persona” (Mata, 2016).

Se investiga desde la salud pública, la clínica, la bioquímica y biofísica, hasta el comportamiento humano. En la actualidad está establecido un vínculo indisoluble entre ciencia y técnica. Se trata de la llamada tecnociencia que tiene grandes alcances. El vínculo se ha vuelto, en la misma medida, indisoluble con las fuentes de financiación de la investigación científica y, por consiguiente, con el Estado y con la economía, con la consecuencia de que hay una interacción estrecha entre investigación y poder. En este contexto resulta ingenuo afirmar la “neutralidad ética de la ciencia”. El desarrollo de la ciencia y la tecnología han servido de abono al saber bioético al preguntarse ante estos avances “si es ético hacer todo lo técnicamente posible” y de inmediato dar razones y argumentos para establecer límites morales que entren en conflicto con los principios que rigen la moralidad de las personas y sus derechos.

Por otro lado, desde que se creó la disciplina de la odontología, “una parte importante en la formación académica del odontólogo es el entrenamiento clínico. En esta instancia el estudiante debe integrar los conocimientos y desarrollar las habilidades y destrezas para la adquisición de las competencias requeridas como profesional” (Vergara y Zaror, 2008). Por lo tanto, el proceso enseñanza-aprendizaje de la

odontología, requiere un espacio físico administrativo para la realización de prácticas clínicas con convenios de asistencia-docencia, que permita al estudiante integrar los fundamentos teóricos con el hacer, el saber hacer y el ser, con el fin de poderse preparar adecuadamente en el aspecto técnico-científico y humanista, desarrollando competencias éticas con base en elementos axiológicos adquiridos desde la infancia, fortalecidos en la formación de talento humano.

Con el propósito de lograr esta meta en ciencias de la salud, se lleva a cabo investigación en la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali. Se reportan casos especiales y novedosos, se revisan bases de datos: historias clínicas, protocolos y normatividades, previa aplicación de consentimientos informados y autorización de las entidades competentes, guardando siempre la confidencialidad que exige el secreto profesional.

De esta manera, la estructura curricular de los programas de odontología, debe permitir organizar y distribuir en el tiempo, los contenidos a enseñar de acuerdo con reglas comprensibles preestablecidas, pero sin perder la continuidad de la formación ética, puesto que, el compromiso de las IES es producir cambios positivos en los educandos. En términos de Responsabilidad Social, la ética y el desarrollo integral del individuo tienen valor desde la acción, pero debe tratarse de una acción consciente bajo la cual las nuevas relaciones de la Universidad surjan fuera del campus en aprovechamiento de sus capacidades y de lo virtuoso de sus principios y valores (Olarte-Mejía & Ríos-Osorio, 2015).

Del mismo modo, “el rol de los formadores de hoy debe centrarse en guiar a los alumnos a gestionar su propio aprendizaje, a que sean conscientes de cómo aprenden y a dirigir su motivación hacia metas que enriquezcan su existencia” (Álvarez-Cruces & Otondo-Briceño, 2018). que complementen su realidad y le permitan *aprender a vivir bien*, a tener un saber relacionado con el componente ético en el devenir cotidiano y que se aproximen poco a poco a la investigación formativa.

Teniendo en cuenta que toda investigación, debe estar ligada al bien del *ser humano* en general. El beneficio de la investigación debe ser mayor que los riesgos del daño que se deriven del desarrollo de la misma. Se

debe salvaguardar, durante la investigación, no solo la autonomía y la vida del sujeto en el que se experimenta, sino también su integridad física, psíquica y social.

La investigación docente, sin embargo, requiere más exigencia y menos supervisión de entes reguladores como el Comité Científico de Ética y Bioética de la Facultad de Salud (CCEB) debido a su experiencia y trayectoria como investigadores y docentes, lo que no sucede con los procesos de investigación formativa realizados por los estudiantes, en los cuales interviene la asesoría permanente de los tutores de trabajo de grado, en cuanto a contenido y diseño metodológico se refiere. Motivo por el cual se diseñó e implementó una Guía para Elaboración de Anteproyectos por representantes del programa, ante el comité de ética, que ha colaborado con el aprendizaje de manera significativa, con quienes la utilizan y cumplen con los pasos en ella mencionados.

Es fundamental que este aprendizaje sea significativo, porque “se habla de transferencia positiva cuando el conocimiento y/o experiencia previa facilitan, apoyan y refuerzan el proceso de resolución de nuevos problemas o aprendizajes; y de transferencia negativa cuando el conocimiento previo entorpece los procesos resolutivos, lo cual constituiría un obstáculo para comprender la estructura organizada que compone determinado conocimiento. Por lo tanto, para que se produzca la transferencia exitosamente, es indispensable que el aprendizaje haya sido significativo” (Álvarez y Otondo, 2018).

Y en toda esta trayectoria, cuando biomedicina y biotecnologías se vuelven instrumentos de políticas públicas –como son las políticas sanitarias– el *paradigma biotecnocientífico* y el *paradigma bioético* entran en contacto con un tercer paradigma, que es el *paradigma biopolítico*. Las políticas de Estado en Salud Pública, evolucionan de proyectos de ley a resoluciones o leyes de estricto cumplimiento que definen planes de acción por períodos determinados, dando paso a la:

Bioética y política

Al extender su campo de aplicación, la bioética puede configurarse como biopolítica, es decir, ingresa al campo de la praxis humana, como parte de los aspectos políticos de la bioética, que están referidos a las

interacciones sociales. Aspectos generalmente difíciles de distinguir de la dimensión moral de las subjetividades personales. Y eso es algo que ya habría sido previsto por VR Potter en los años 70 cuando –sin utilizar el término biopolítica– previó que, en un futuro no muy lejano, sería necesario inventar y desarrollar una política bioética. “El concepto de biopolítica, desde Foucault hasta pensadores como Deleuze, Negri, Agamben y Esposito, entre otros, se ha hecho cada vez más relevante en los estudios sociales contemporáneos, en la medida en que nos ubica frente a la acción de mecanismos de poder desplegados para controlar y producir la vida humana mediante técnicas cada vez más sofisticadas e imperceptibles” (Rodríguez, 2019).

“Siempre se ha dicho que ‘a nuevos avances científicos, nuevos problemas éticos’, pero que intentar detener el avance científico es imposible, es como querer poner puertas al campo, porque ‘todo lo que se pueda hacer, se hará’ o, dicho con más contundencia, ‘porque todo lo que se pueda hacer, hay que hacerlo’, cayendo en un *imperativo tecnológico*” (Maliandi & Thüer, 2008).

A causa de razones como estas, la bioética inicia su aplicación en el campo institucional y en los años 80 comienza su internacionalización desde los Estados Unidos de América hacia Europa, y fue Francia el primer país en crear por decreto en 1983 un comité nacional permanente: el Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la vie de la Santé.

Esta bioética institucional se difunde rápidamente y se involucra en la actividad de los hospitales universitarios, al tiempo que da origen a cátedras universitarias, maestrías y doctorados en bioética, formando así profesionales en esta disciplina.

Uno de los grandes moderadores en la bioética médica y de asistencia clínica son los cada vez más conocidos, respetados y requeridos comités de ética, como uno de los principales productos de la:

Bioética aplicada

El caso más importante de fundamentación objetivista de la ética y que hace parte de la actual bioética, determinando sus estatutos en cada

instituto o institución clínica, administrativa y/o educativa, son los Comités de Ética, con los que cuentan las instituciones de Educación Superior (ES), en las diversas facultades y que evalúan anteproyectos de programas sanitarios como el de Odontología.

“En 1992 se establece en Europa el Comité Director para la Bioética (CDBI) en cuyo seno se origina la Convención sobre Derechos Humanos y Bioética; en 1993 la UNESCO conforma el Comité Internacional de Bioética que en 1997 publica la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos” (Potter y Muñoz, 2003).

“Por más que la ley no deba formularse por consenso, es evidente que para su aplicación en casos concretos hay que ponderar todas las circunstancias que concurren en cada caso, y esto lo hacen mejor varias personas que una. (Sánchez-Barroso, 2010). Aristóteles consideró, por eso, que la ‘deliberación’, necesaria para la toma de decisiones ‘prudentes’, si puede beneficiarse del trabajo conjunto. Este es el campo propio de la ‘opinión’ y aquí tiene sentido la búsqueda de la convergencia de opiniones. Eso es lo que hacen los miembros que forman un tribunal de ética, de justicia, o la función de una sesión clínica, en el caso de la medicina, entre otros”(Restrepo-Manotas, 2012).

“Acatando esta recomendación, cabe decir que en éste primer modelo las comisiones y comités tienen una función deliberativa, de aplicación de las normas a las situaciones concretas, ponderando los factores que concurren en cada una de ellas, y deliberando cuál es la aplicación más correcta y justa de la ley. Pero la ley nunca puede deber su legitimidad al mayor o menor número de personas que la elaboran sino a su contenido intrínseco” (Jonas, 1979).

Dichos comités además de deliberar acerca de situaciones clínicas en conflicto, a las que aportan su competencia, experiencia y buen juicio, también proporcionan el acompañamiento en procura del correcto desempeño de los profesionales de las diversas disciplinas y estudiantes universitarios en la realización de sus proyectos de investigación; en las instituciones educativas en donde debe ser prioridad del PEI (Programa Educativo Institucional) la enseñanza de la ética y la bioética (Amorocho Pedraza, 2010).

Es relevante sopesar los riesgos/beneficios. “El dictamen favorable por parte de un Comité de Ética de la Investigación, (CEI) aporta la seguridad de una valoración adecuada de esos riesgos, por tanto, (...) parecen muy oportunas la conveniencia o necesidad de obtener una evaluación favorable por parte de un CEI para cualquier tipo de estudio” (Gracia Guillén, 2009).

En los comités de ética y bioética de investigación clínica y de investigación formativa, como es el caso de los programas de Odontología, los anteproyectos evaluados deben cumplir con marcos éticos adecuados desde las normatividades internacionales como la Declaración de Helsinki, nacionales como la Resolución 8430 de 1993 (24), códigos deontológicos de las respectivas disciplinas y los principios bioéticos, de los cuales se derivan las consideraciones éticas, que consisten en la aplicación específica de dichos principios a la investigación.

“De acuerdo con Beauchamp y Childress, la mayoría de las profesiones tiene su propia moralidad implícita, con estándares de conducta generalmente reconocidos y alentados por individuos moralmente comprometidos”. Los odontólogos consecuentemente, deben comprender la importancia que reviste el conocimiento profundo de su propio código deontológico, para actuar conforme a los deberes que le conciernen. Como agente de salud y servidor de la sociedad, debe ser de buena moral y sujeto cumplidor de principios éticos. Respetuoso y fiel colaborador de sus colegas y de la justicia en caso de ser necesario, servidor idóneo de las instituciones con las cuales contrata, a las que les sirve o de las que recibe beneficios. De relaciones honestas y empáticas con sus pacientes, con conocimientos probos y en permanente actualización, que le permitan ser competente desde lo humano y desde lo tecno científico. Tanto en la investigación, como en lo académico y clínico, debe salvaguardar el Secreto Profesional que desde la Constitución Política es un deber mantenerlo, es inviolable.

Cumplidor incansable de la aplicación del Consentimiento Informado (CI): “es precisamente una herramienta esencial de la práctica clínica para llevar a cabo esa participación conjunta y garantizar así los derechos del individuo y salvaguardar uno de los pilares básicos en la bioética que es la autonomía de cada persona” (Ley 35 de 1989. Diario Oficial No. 38.733).

Conclusiones

1. Se debe apelar al deber ético de ser solidarios con quien lo necesita, en procura de servir compasiva y competentemente, brindando al paciente la asistencia basada en el amor y la confianza que éste valor moral puede lograr.
2. El compromiso adquirido con cada uno de los estudiantes que toma nuestros cursos es que: su existencia debe ser transformada para el bien, debe ser mejorada y dedicada a la búsqueda de su realización personal, del bien común, de la felicidad.
3. Lo primordial para llegar a ser *buenos profesionales*, especialmente en las Ciencias de la Salud, es llegar a ser *buenos seres humanos*; cumplidores de la ley moral y los principios éticos en cada área personal y en el entorno vital.
4. La conceptualización referente a la ética, la moral y la bioética, quedan plasmadas en los programas de Odontología, cuando apelamos a la educación formal, integral y a la investigación formativa con el apoyo de los códigos deontológicos y comités de ética, los cuales avalan los comportamientos éticos, en el campo científico y tecnológico, fortaleciendo el respeto por la *dignidad humana*.

Referencias bibliográficas

- Alvarado García, A. (2004) La ética del cuidado. *Aquichan*. 2004 Dec; 4(1): 30-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=en.
- Álvarez, D. J. y Otondo, M. (2018) Transferencia de aprendizajes en estudiantes de Odontología de la Universidad de Concepción, Chile, *Educación Médica Superior*. 2018;32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412018000400014&lng=es
- Amorocho Pedraza, N. H. (2010) Una mirada a la bioética. *Revista Tribuna Ética Médica* vol. 5 Nos. 1-2, Enero – diciembre de 2010, pp. 37-39.

- Bermeo de Rubio, M. (2020) Guía para la elaboración y presentación de anteproyectos de grado al comité de ética y bioética facultad de Salud USC. Representante ante el Comité de Ética por el Programa de Odontología. Santiago de Cali, 2014, Última actualización, julio del 2020.
- Camargo de Dalmolin, F., Batista Aline, K. y Unfer, B. (2019) Ética y moral: reflexiones de dentistas do sector público. *Rev. Bioét.* 2019 June; 27(2): pp. 297-303. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n2/1983-8042-bioet-27-02-0297.pdf>
- Camps V. (2015) Los valores éticos de la profesión sanitaria, *Educación Médica*, Volume 16, Issue 1, January–March 2015, pp 3-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.001>
- Cortina, A. (2008) Ética de la empresa, claves para una nueva cultura empresarial, Capítulo 1, *¿Qué es la Ética?* ISBN: 978-84-8164-013-7, 152 p. 8ª edición. España: Editorial Trotta
- Constitución Política de Colombia (1991). Artículo 74 – Secreto Profesional
- Declaración de Helsinki de la AMM (2017) *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Galván Meléndez, M. F., Huerta Guerrero, H. M., Galindo Burciaga, M., Barrientos Ramos, A. A. y Morales Castro, M. E. Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud, *Investigación en Educación Médica* Volumen 5, Issue 18, 2016, pp. 108-114. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.022>
- Gracia Guillén, D (2009). *Fundamentación y enseñanza de la bioética, estudios de bioética vol. 1*, Bogotá: Editorial El Búho Ltda. Cenalbe, ISBN: 958-96567-0-6. P. 117
- FESC (2010) Guía para la elaboración y presentación de anteproyectos de grado. (2010) Disponible en: <https://www.fesc.edu.co/portal/archivos/investigaciones/formatos/DE-1%20GUIA%20PRESENTACION%20DE%20PROYECTOS.pdf>
- Icandro, O.D. y Yepes Chisco, S. L. (2018) La Educación Superior conceptualizada como Bien Común: El desafío propuesto por UNESCO. *Rev. Digit. Invest. Docencia Univ.* 2018, vol.12, n.1, pp.6-33. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162018000100003&lng=es&nrm=iso.

Jonas, H. (1979) *El Principio de Responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. España: Herder.

Ley 35 de 1989. Diario Oficial No. 38.733, del 9 de marzo de 1989 Sobre ética del odontólogo colombiano. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Normo/jur/Ley_35_de_1989.pdf

Ley General de Educación. Ley 115 de 1994. *Revista Iberoamericana de Educación* Número 4. Descentralización Educativa (y 2). Disponible en: <https://www.oei.es/historico/oeivirt/rie04a06.htm>

López, M. (2013) El cuidado: un imperativo para la bioética. *Revista de filosofía*, ISSN 0212-8365, ISSN-e 2253-900X, N° 47, 2013, págs. 355-356. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2011, 388 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1999626>

Maliandi, R. & Thüer, O. (2008) *Teoría y Praxis de los principios bioéticos*. Buenos Aires: UNLA, 2008, p. 235.

Mata, N. (2016) La educación en la ética de los derechos humanos. En *Justicia*, 30, 169-185. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17081/just.21.30.1357>

Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf

Muñoz Joven, L. A. (2020) *El procedimentalismo en la formación ético-discursiva profesional* Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Olarte, D. y Ríos, L. (2015) Enfoques y estrategias de responsabilidad social implementadas en Instituciones de Educación Superior. Una revisión sistemática de la literatura científica de los últimos 10 años, *Revista de la Educación Superior Volumen 44*, Issue 175, July–September 2015, pp 19-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resu.2015.10.001>

Ospina, Y. (2020), Una reflexión acerca de la importancia del recurso humano en el mundo Organizacional. En: Muñoz Joven, L.; Rodrigo Herrera, J.; Ospina Nieto, Y. & Jaramillo Rojas, C. *La Eticidad y la moralidad en la vida cotidiana*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

- Párraga Martínez, I. y Martín Álvarez, R. (2020) Aportes sobre el editorial: Importancia de los Comités de Ética en la Investigación en Medicina de Familia. Volume 52, Issue 7, August–September 2020, Pages 507-508, *Atención Primaria*. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.09.005>
- Preciado Uriol, J. M.; Abas Frazão, M. C.; Alves de Freitas, S. A.; Camusso Ortiz, L. A. Y., De Souza Costa, S. y Ferreira Costa, J. (2015) Revisión Bibliográfica. *Códigos de ética odontológicos: comparación de los países de América latina*, volumen 53, No.3 del año 2015
- Potter, A. V. y Muñoz, (2003) E. Biopolítica. In: Hottois G & Missa J-N (org.). *Nova enciclopédia da bioética*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003, pp. 119-120, p. 120.
- Rejane dos Santos, F. T. y Volnei, G. (2019) Seguridad del paciente y códigos deontológicos en Beauchamp y Childress. *Rev. Bioét.* 2019 Sep; 27(3): pp. 401-409. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000300401&lng=en. Epub Sep 26, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019273323>.
- Restrepo Manotas, J. A. (2012) Una mirada en lo ético disciplinario y en la investigación administrativa. Los tribunales de ética médica y el acto médico. *Monitor estratégico* N°. 2, 2012 Superintendencia Nacional de salud. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co>
- Rodríguez Clavijo, D. M. (2019) Biopolítica y memoria: regulación o resistencia. *Rev. Eu-topías: revista de interculturalidad, comunicación y estudios europeos*, ISSN 2174-8454, N°. 17, 2019 (Ejemplar dedicado a: Biopolítica y memoria), pp. 43-46
- Sánchez Barroso, J. A. (2010). Vigencia y operatividad de los principios de la bioética en la solución de problemas a partir de la deliberación moral y de la argumentación jurídica. *Rev. Persona y bioética*. ISSN 0123-3122 Vo I. 14 • N° 2. pp. 187-204
- Universidad Santiago de Cali. (2020) Misión Programa de Odontología.
- Vásquez Lara, C. A. (2018) Ética y ciudadanía: el ser humano y la bioética, reflexiones desde la responsabilidad social y del otro en Muñoz Joven, L.; Vásquez Lara, C. A.; Barbosa Mendoza, A. L.; Rodrigo Herrera, J. C.; Esponda Contreras, K.; Ardila Behar, A. C., *Aproximación a la ética y la ciudadanía: Las responsabilidades en las esferas moral y política*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

- Vergara, C. y Zaror, C. (2008) *Proceso de enseñanza-aprendizaje en la clínica odontológica, aspectos teóricos*. Chile: Departamento de Odontología Integral, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Disponible en: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol512008/esq51.htm>
- Vicentela, L. A., Narváez, C. G. y Velásquez, M. (2015) Valores éticos y formación curricular en odontología. *Acta Bioethica* 2015; 21 (1): pp. 53-59.

Ética y bioética en Enfermería

Ethics and Bioethics in Nursing

Rosa Nury Zambrano Bermeo*

© <https://orcid.org/0000-0001-6488-2231>

Resumen

Introducción: Los profesionales de enfermería en su práctica profesional se exponen a enfrentar conflictos de carácter ético debido a las responsabilidades derivadas del cuidado de las personas y por trabajar en un medio de salud cada vez más tecnificado.

Objetivo: Analizar los aspectos éticos que influyen en el cuidado de enfermería. **Desarrollo:** La enfermería ha tenido un progreso como profesión, disciplina, ciencia y tecnología y este progreso le exige a sus profesionales hacer evidente, la relación que existe entre el conocimiento, los valores y los principios éticos y bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería como práctica social. Se hace un recorrido resaltando la importancia de la ética y bioética en enfermería, los códigos de ética, la ética en el acto de cuidado de enfermería, el acto de cuidado y la responsabilidad profesional y se termina con los tribunales éticos de enfermería.

Conclusiones: La enfermería debe evidenciar el cuidado humanizado en todas las acciones que ejecuta, aplicando la dimensión ética y bioé-

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ rosa.zambrano00@usc.edu.co

Cita este capítulo

Zambrano Bermeo, R. N. (2020). Ética y bioética en Enfermería. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 175-194). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

tica y científico-técnica que fundamenta su conocimiento y su actuar hacia la persona a cuidar.

Palabras clave: enfermería; ética en enfermería; cuidados de enfermería.

Abstract

Introduction: Nursing professionals, in their professional practice, are exposed to face conflicts of an ethical nature due to the responsibilities derived from caring for people and working in an increasingly technical health environment.

Objective: To analyze the ethical aspects that influence nursing care.

Development: Nursing has made progress as a profession, discipline, science and technology and this progress requires its professionals to make evident the relationship that exists between knowledge, values and ethical and bioethical principles that support the professional practice of nursing as a social practice. A route is made of the importance of ethics and bioethics in nursing, ethics codes, ethics in the act of nursing care, the act of care and professional responsibility and ends with the ethical nursing courts.

Conclusions: Nursing must demonstrate the humanized care in all the actions it executes, applying the ethical, bioethical and technical-scientific dimension that bases its knowledge and its actions towards the person to be cared for.

Keywords: nursing; nursing ethics; nursing care.

Introducción

El progreso que ha tenido enfermería como profesión, disciplina, ciencia y tecnología, le ha exigido a sus profesionales hacer evidente, a través de la investigación científica, la fundamentación teórica de la práctica que muestre la relación que existe entre el conocimiento, los valores y los principios éticos y bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería como práctica social.

La necesidad de la enfermería es universal; las enfermeras prestan cuidados de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus cuidados con los de otros profesionales de la salud. Estas prácticas de cuidado de enfermería han tenido una evolución al pasar en sus inicios, de un oficio guiado por la intuición, entrega y el espíritu de servicio, a un proceso de enfermería sistematizado, fundamentado en conocimientos con bases teóricas, aplicando de forma progresiva los adelantos de la ciencia, la tecnología y la ética, en la segunda mitad del siglo XX; posicionándola el día de hoy como una disciplina y una profesión liberal.

En la práctica de enfermería, se incluyen en forma primordial los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia y equidad para hacer accesibles los servicios de salud y de cuidado de enfermería a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación o exclusión. De modo que la formación de los profesionales no puede reducirse al desarrollo científico y técnico, sino que se debe incluir y cultivar lo ético y biótico que guían la práctica profesional y de esta forma, propiciar una formación integral y responder a los desafíos del milenio.

Consiente de estos desafíos y de los acelerados cambios que vive la humanidad, a continuación se hace un recorrido por temas éticos propios de enfermería, que sirvan de guía en la formación de pregrado y para los profesionales de enfermería, en la toma de decisiones y les permita discernir frente a la gran cantidad de información y acontecimientos de diferente índole que se presentan en la vida moderna.

Importancia de la ética y bioética en enfermería

El registro del término bioética se remonta al año 1927, con Fritz Jahr, filósofo y educador alemán; Jahr, centró su atención en lo que denominó “el imperativo bioético” (Lolas, 2008). El trabajo de este filósofo no tuvo repercusiones en su momento debido a las circunstancias políticas y morales de su tiempo y sus propuestas quedaron transitoriamente en el olvido.

A finales de 1970, Van Rensselaer Potter, utilizó por primera vez el término bioética en su artículo “Bioethics the science of survival” (Potter, 1971); es reconocido como el pionero que acuñó el término

bioética en idioma inglés. Potter hizo sus enfoques hacia el desarrollo de una disciplina entorno a una ética en el desempeño profesional de la salud, del desarrollo social y de la ecología, todo enfocado al futuro de la humanidad (Schmidt, 2008). Potter quiso crear una nueva disciplina en la que tuvieran cabida los hechos y los valores, el dominio de las ciencias y el de las humanidades, con el fin de buscar salidas que pudieran servir de guía en el complejo laberinto formado por la sociedad contemporánea, producto de la fusión entre revolución científica e industrial; tenía claro que la bioética como ciencia de la supervivencia debía ser algo más que una ciencia y por eso quiso llamarla bio-ética, para destacar dos pilares básicos sobre los que debía fundamentarse: conocimiento científico (dirigido por la biología) y los elementos de las ciencias sociales y humanidades (Quintanas, 2009).

Partiendo entonces, que el objeto de la enfermería es el cuidado de las personas de modo individual o en grupos (familia, comunidad); tanto en la salud como en enfermedad y que el cuidado de la salud se enmarca en la dimensión social de la vida, el ejercicio de la enfermería, así como el de otras profesiones, implica un compromiso de promover la vida, prevenir las enfermedades, cuidar al enfermo, y ayudar a las personas a vivir con limitaciones salvaguardando su dignidad. Compromiso en el cual las creencias y principios fundamentales de la responsabilidad ética, humana y social de la enfermera son importantes.

La enfermería es mucho más que ciencia y tecnología; por lo tanto, la responsabilidad profesional exige que en la práctica profesional se apliquen los conocimientos científicos y técnicos, respetando y protegiendo el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte; respetando su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica. Sin olvidar que cada paciente es una persona, que necesita satisfacer necesidades específicas y que no es solamente un receptor de asistencia sanitaria.

Se debe tener claro que el centro del accionar de enfermería es el ser humano en su integridad y que a pesar de los avances que el futuro nos reserva, la esencia de la práctica debe y tiene que seguir siendo la misma: cuidados proporcionados por un ser humano a otros seres humanos; fundamentados en conocimiento, sensibilidad y compasión.

Código de ética en enfermería

Los códigos de ética tienen un papel muy importante, teniendo en cuenta que cada vez se deshumanizan más las relaciones entre personas y que los principios de autonomía y libertad son muy importantes.

La enfermería es una disciplina en la cual, en su práctica profesional, existe una relación de ayuda hacia las personas, que en la mayoría de las ocasiones padecen una enfermedad, lo cual exige que la enfermera en esa relación cumpla unas normas de conducta ética. Para la enfermería, es inherente el cuidado de las personas, donde se respetan los derechos humanos; la tecnología ha hecho que estos cuidados sean cada vez más sofisticados y requieran un enorme conocimiento de la técnica, pudiendo dejar de lado el respeto por estos derechos.

Es así como en enfermería, existen unas normas éticas para el correcto desempeño de la profesión. Estas normas son las que se recogen en el Código Deontológico. Estos códigos son documentos, creados por los organismos profesionales oficiales, que contienen los principios, normas y preceptos que han de guiar e inspirar a sus miembros en el ejercicio ético de su trabajo profesional.

La fundamentación ética y humanitaria de la enfermería ha sido evidente desde épocas antiguas. El código de conducta en enfermería se remonta a las escuelas Nightingale, donde era requisito para las aspirantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Association Nursing American (ANA) en 1950 (Leddy y Pepler, 1989). Posteriormente, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Internacional de Ética para Enfermeras en 1953, el cual ha sido revisado y reafirmado en varias ocasiones, la más reciente en 2012 (Consejo Internacional de Enfermería, 2012). Este código, tiene cuatro elementos principales que exponen normas de conducta ética sobre: la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo.

Cuando los profesionales adoptan un código de ética, esto indica que la profesión ha alcanzado un grado de desarrollo y madurez, ejerciendo

su autonomía y capacidad de autorregularse, buscando cada día la excelencia en la prestación de sus servicios profesionales y exigiendo el cumplimiento del mismo en su práctica profesional.

En varios países, las enfermeras han adoptado su propio código de ética y es así como en Colombia en el año 2004, el Congreso de la República proclama la Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones (Congreso de la Republica de Colombia, 2004); esta Ley nació, por mandato de la Ley 266 de 1996, la cual en el capítulo de funciones del Tribunal Nacional Ético de Enfermería, dice: “Adoptar el Código de Ética de Enfermería” (Congreso de la Republica de Colombia, 1996).

La promulgación de este Código de Ética significa el reconocimiento que hace el Estado colombiano a los profesionales de enfermería, de su autonomía y capacidad de autorregularse. Da cuenta de la institucionalización del Estado social de derecho en la Constitución Política de Colombia de 1991, al plantear un marco jurídico, que permite mayor intervención de los coasociados en el manejo y control de la cosa pública; y es así como el legislador delega la función de vigilancia y control de la profesión, en la profesión misma, y de los profesionales en sus respectivos pares. Cabe recalcar que “Los Códigos de Ética de Enfermería pueden estar protegidos por la ley cuando las asociaciones profesionales logran convencer a sus gobiernos de la necesidad de reconocer y reglamentar la enfermería mediante la legislación” (Fry, 1994), lo cual ha pasado en Colombia. Por lo tanto, la Ley 911 de 2004, “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”, nos muestra el compromiso social y la responsabilidad que asumimos como profesionales de responder por las consecuencias de nuestro actuar.

La ética en el acto de cuidado de enfermería

Cuidar significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo (Real Academia Española, 2019). Es decir, hace referencia a cuidar de alguien o de algo, cuidar de alguien que lo necesita como un niño, una persona con limitaciones o enferma. El concepto dar cuidado, se refiere al acto de cuidar cuando la persona que requiere cuidado no lo puede hacer por sí misma, por su edad o incapacidad física o mental. Su significado exige precisión acerca de las calidades de quien da el cuidado, especialmente en lo relacionado con la responsabilidad que asume el cuidador, su nivel de preparación, experiencia y posición (Garzón, 2014).

El cuidado del ser humano es indispensable desde la concepción hasta la muerte, en los estados de salud, como los de enfermedad; lo mismo que en las etapas de duelo por diferentes pérdidas que exigen comprensión, respeto y cuidado bondadoso. La enfermería es la ciencia y el arte de cuidar seres humanos; es decir, cuidar es la esencia de la práctica profesional, fruto del conocimiento formal, técnico y científico recibido en la formación académica; es una disciplina que actúa en varias dimensiones: en el cuidado, en la investigación, en la gestión y en la educación (Piscoya y Leyva-Moral, 2017).

Janice Morse (Morse et al., 1990) identificó cinco categorías de cuidado: 1) el cuidado como una característica humana, 2) el cuidado como un imperativo moral, 3) el cuidado como una forma de afecto, 4) el cuidado como una relación interpersonal, y 5) el cuidado como una intervención terapéutica. Identificó también el cuidado como una experiencia subjetiva del paciente y el cuidado como una respuesta física. Morse, utiliza esta clasificación como un proceso, para clarificar el significado de cuidar; en este proceso, identifica las relaciones que existen entre las diferentes categorías de cuidado observadas, en todas las categorías se hace evidente la dimensión ética. En este proceso, cita el constructo teórico de Leninger en el cual reitera que los humanos son seres que reciben y dan cuidado, y que el tener la necesidad de ser cuidado es una característica vital para la supervivencia humana.

Según el Código Internacional de Ética para Enfermeras (Consejo Internacional de Enfermería, 2012), las enfermeras tienen cuatro deberes

fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Así mismo, en el cumplimiento de esos deberes, la enfermera brinda cuidado a la persona que lo necesita con unas características individuales propias de la persona que recibe el cuidado, respetando los derechos del ser humano, el valor de su vida, su dignidad y sus valores. El cuidado comprende también el respeto a la autonomía, la privacidad, la confidencialidad, confiabilidad y la fidelidad. Para brindar ese cuidado, la enfermera requiere hacer uso de un elemento fundamental, la relación enfermera-paciente, que se construye sobre la ética del respeto al otro como interlocutor válido, y la intersubjetividad y comunicación efectiva, respetando los aspectos culturales, valores y creencias de la persona cuidada (Garzón, 2005).

Esta dimensión ética y de humanización del cuidado de enfermería cobra cada día más importancia. Los adelantos científicos, tecnológicos y los cambios socioeconómicos que influyen en la salud, plantean situaciones de bioética, que requieren el diálogo y la acción interdisciplinaria para su estudio y decisión y la enfermera como responsable del cuidado no puede ser ajena de este diálogo interdisciplinario (Velázquez Aznar y Dandicourt Thomas, 2010).

El “Acto de cuidado de enfermería”, es definido en el artículo 3 de la Ley 911 (Congreso de la Republica de Colombia, 2004), que reza:

Artículo 3. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

Para que el profesional de enfermería brinde este cuidado, es necesario que tenga capacidad para resolver los problemas identificados en la persona que cuida, a partir del conocimiento teórico, la enfermería basada en la evidencia, la investigación científica y la fundamentación teórica de la práctica, así como también de la eficacia de su práctica, del conocimiento abstracto y del procedimiento concreto (Abbott, 1988). En este contexto, las intervenciones de cuidado, no deben encaminarse únicamente hacia el conocimiento de la enfermedad, sus riesgos, secuelas y estrategias de tratamiento por parte del paciente y de su cuidador, sino también en promover la autonomía en el manejo de la salud o enfermedad en la persona cuidada, incluyendo la adherencia al tratamiento, y promoviendo actitudes de optimismo, resiliencia y compromiso con su propio estado de salud. Estas situaciones muestran cómo las teorías de enfermería se derivan de estudios de la práctica y la práctica se enriquece con los resultados de las investigaciones realizadas para dar evidencia científica a las prácticas de cuidado de enfermería.

Además de lo anterior, en el acto de cuidado, se debe mostrar la relación del conocimiento con los valores y los principios éticos/bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería como práctica social, como lo afirma Garzón (2005):

(...) de la evolución que ha tenido la enfermería al pasar de un oficio o trabajo artesanal con labores de cuidado basadas en el espíritu de servicio y en la intuición, (...) a un proceso de acción sistematizado, sustentado en conocimientos con fundamentos teóricos y aplicación progresiva de los adelantos de la tecno-ciencia y de la ética que hoy, con los cambios y progresos alcanzados, le imprimen a dichas prácticas de cuidado el carácter de una disciplina y práctica profesionales con su propia naturaleza, su carácter disciplinar e interdisciplinar y su dimensión ética.

Finalmente, el acto de cuidado de enfermería, debe entenderse como propiedad del quehacer profesional e investigativo de enfermería, donde asume una postura analítica, crítica y transformadora de la práctica; revisando constantemente sus valores personales y los principios de ética, profundizando en el estudio de la ética, bioética y desarrollando habilidades en la toma de decisiones éticas, para brindar un cuidado humanizado, digno y eficiente a las personas que cuida;

lo cual se logra mediante un proceso formativo que exige esfuerzos permanentes de estudio y aplicación en la práctica diaria.

El acto de cuidado y la responsabilidad profesional de enfermería

La responsabilidad es definida como deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal; también se define como un cargo u obligación moral que resulta para quien es culpable del posible error en cosa o asunto determinado (Real Academia Española, 2019). Jurídicamente, la responsabilidad es la obligación de asumir las consecuencias de un hecho, de un acto o de una conducta inapropiada que causa un menoscabo patrimonial o extramatrimonial a la víctima o sujeto pasivo de dicha alteración, con la consecuente obligación del responsable de reparar los perjuicios (Zambrano, 2014).

La enfermería ha adquirido un considerable desarrollo como disciplina y como profesión, lo que trae consigo un incremento de la responsabilidad. Hoy en día, los profesionales de la enfermería se ven, cada vez con mayor frecuencia envueltos en situaciones complejas desde el punto de vista ético, en las que es necesario llevar a cabo un análisis para elegir la conducta moralmente más aceptable. Cuando el profesional de enfermería causa un daño en el acto de cuidado, ya sea por impericia, imprudencia, negligencia, omisión o violación de reglamento, deslegitima al Estado, porque transgrede uno de los fines cruciales del mismo (Zambrano, 2014), preceptuados en el artículo 2 de la Constitución Política de Colombia (República de Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991); de la misma manera en el artículo 95 se consagra dicha responsabilidad al establecer que “El ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en esta Constitución implica responsabilidades. Toda persona está obligada a cumplir la Constitución y las leyes. (...)”, manifiesta además que se deben respetar los derechos ajenos y no abusando de los propios. Por lo tanto, su espíritu mandatorio de la responsabilidad de enfermería en el acto del cuidado depende del hecho de ser Ley, sino porque estos deberes siempre han sido evidentes y se mantiene su fundamentación ética

y bioética en la naturaleza misma del cuidado humano, de respeto a la persona, su vida, sus derechos, valores y el compromiso social del profesional de enfermería en lo largo de la historia.

El profesional de enfermería en ejercicio, se hace responsable de los actos propios de su profesión, considerada una obligación de medio. Esta responsabilidad es de dos tipos: la responsabilidad jurídica, y la responsabilidad ética. La responsabilidad jurídica, no es tema de análisis en este apartado; en cuanto a la ética, existe el deber de formarse en el conocimiento de los diferentes modelos de práctica ética (Alvarado García, 2004) y de esta forma los profesionales, podrán asumir su propia percepción sobre el tema, acorde a su persona y su profesión, comprendiendo y respetando a los sujetos de cuidado (Busquets Surribas, 2004).

Los cambios actuales como el desarrollo de las nuevas tecnologías en la asistencia sanitaria, los elevados costos sanitarios y el aumento de las enfermedades, entre otros, generan dificultad en la toma de decisiones y la posibilidad de un trato humanizado se diluye en medio de las presiones por la necesidad de optimizar los recursos que, paradójicamente, buscan garantizar la universalización de la atención en el contexto de la justicia social (Pardo, 2011). La deshumanización, no solo trae consigo la insuficiente atención a las necesidades de los pacientes, sino que también supone la falta de respeto hacia sus derechos y autonomía, y prestación incompleta de los servicios sanitarios (Escuredo Rodríguez, 2003), ocasionando quejas sobre los profesionales, por incumplimiento de su responsabilidad profesional.

La Ley 911 de 2004 (Congreso de la Republica de Colombia, 2004), en el artículo 7, define en qué condiciones el profesional de enfermería es responsable por el cuidado directo o por la administración del cuidado y dice:

ARTÍCULO 7o. El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación del número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea tal, que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado.

Esta responsabilidad que está directamente relacionada con la naturaleza y fundamentación científica y humanizada del acto del cuidado del profesional de enfermería, hace referencia al actuar directo o indirecto del profesional de enfermería y a la calidad y oportunidad del mismo. Esta responsabilidad obedece a un mandato constitucional de Colombia, por lo tanto los principios éticos y valores que respaldan el acto de cuidado de enfermería, son su responsabilidad profesional y personal y se relacionan con la naturaleza humanitaria, de respeto al ser humano y sus derechos (Garzón, 2014).

El artículo 7 de la Ley 911 de 2004, aborda el punto álgido de las condiciones laborales de la enfermería en Colombia, además de las garantías para ejercer la profesión; si bien describe que la responsabilidad por el cuidado o por la administración del mismo, en relación del pacientes asignados por enfermero con participación del personal auxiliar, no es taxativo en decir cuántos pacientes deberían ser asignados por enfermero para disminuir posibles riesgos a la salud de los sujetos de cuidado y al mismo tiempo cumplir con los estándares de calidad y oportunidad del cuidado.

El determinar la responsabilidad del profesional de enfermería por el cuidado brindado a los pacientes, a la luz del artículo 7 de la Ley 911, amerita realizar un análisis particular en cada caso de responsabilidad ética. Las faltas a la responsabilidad ética se presentan por desconocimiento de normas establecidas para el ejercicio de la profesión. Esta responsabilidad supera el aspecto interno, espiritual y psicológico, para alcanzar el aspecto externo pero limitado al campo profesional; por lo tanto, es una responsabilidad personal e intransferible; no se puede sustituir, desistir, transar o conciliar, dado el carácter inajenable del contenido ético (Zambrano, 2014).

Uno de los temas a tener en cuenta en la responsabilidad ética es el relacionado con la planeación del equipo de enfermería, porque la calidad y oportunidad del cuidado están relacionados con complejidad de la situación de salud y número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar. Por lo tanto, la planeación del talento humano en enfermería, interfiere en diferentes procesos, como los relacionados con la oferta y demanda del personal en el marco del sistema de se-

guridad social en salud, el financiamiento del sector salud agravado por las condiciones laborales con una alta rotación y flexibilización, los diferentes tipos de contratación por cooperativas, la disponibilidad de un equipo de enfermería capacitado y con liderazgo para afrontar los lineamientos de la acreditación en salud y la poca reglamentación sobre la dotación del recurso humano de enfermería para garantizar la calidad del cuidado, entre otros (Gaviria-Noreña, 2013, Puerta Cataño, Gaviria Noreña & Duque Henao, 2017). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define la planeación del recurso humano, como un proceso analítico que determina el personal según las necesidades de los pacientes, es contar con el número y tipo correcto de personas en el lugar y momento indicado, con las capacidades para realizar las acciones que mejoren la salud de la población y logren su bienestar (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

El Código Internacional de Ética para Enfermeras de la CIE (Consejo Internacional de Enfermería, 2012), en el segundo elemento se refiere a la enfermera y la práctica, y manifiesta que la enfermera será responsable y deberá rendir cuentas y al dispensar los cuidados, se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas, por tanto la suficiencia de personal posibilita contar con el talento humano necesario para garantizar la calidad. Para el CIE, es claro que brindar cuidados de enfermería con personal suficiente, garantiza la calidad del mismo.

Esta máxima organización de enfermería a nivel internacional –CIE– ha instado a todos los gobiernos y organizaciones de enfermería para analizar y establecer políticas que garanticen: entornos laborales saludables, la salud de las enfermeras y el personal adecuado para mantener y sostener las poblaciones sanas (Consejo Internacional de Enfermeras, 2006). Dentro de las directrices de este mismo organismo sobre la planificación de recursos humanos, hace un llamado para que se consoliden y establezcan estrategias eficaces de planificación y desarrollo de recursos humanos, manifiesta que en las investigaciones revisadas desde la década de los 90, existe una estrecha relación entre los niveles de capacitación del personal y la dotación de enfermería con los resultados en los cuidados a los pacientes en términos de calidad y de seguridad y con disminución en la morbilidad y la mortalidad (Consejo Internacional de Enfermeras, 2009).

Conocer cuál y cuánto personal de enfermería se requiere para brindar el cuidado que disminuya posibles riesgos, permite cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado; esto ha estado marcado por análisis de oferta y demanda del recurso humano, el cálculo de coeficientes y promedios de tiempo para la ejecución de actividades, la carga laboral que incluye el estudio de tiempos y movimientos, además de las reglamentaciones de la profesión en cada país. A pesar de todo lo anterior, todavía no existen consensos con respecto a este proceso, es claro que es una acción política que requiere de la reglamentación, regulación, la investigación y del trabajo colectivo de enfermería para visibilizar y legitimar el cuidado como un servicio público que mantiene la vida y la salud de los seres humanos (Gaviria-Noreña, 2013). Mientras esta reglamentación sobre el número de pacientes por enfermero no exista, los profesionales de enfermería se verán enfrentados a las quejas originadas por la prestación del cuidado y tendrán que argumentar ante los tribunales de ética de enfermería que actuaron con diligencia y brindando el mejor cuidado a sus pacientes asignados, sin contar con los recursos necesarios en muchos casos.

El ente encargado de llevar los procesos disciplinarios, ético-profesionales, es el Tribunal Departamental Ético de Enfermería, en primera instancia y el Tribunal Nacional Ético de Enfermería en segunda instancia. Al demostrarse la responsabilidad del profesional de enfermería en estos procesos, proceden las sanciones de amonestación verbal de carácter privado, amonestación escrita de carácter público y suspensión temporal del ejercicio de la enfermería hasta por tres años. Durante el proceso, al profesional de enfermería se le debe garantizar el debido proceso, por lo tanto, puede plantear su defensa, solicitar pruebas y nombrar un abogado, si así lo considera necesario, para que lo asista durante el proceso. Las decisiones de primera instancia admiten el recurso de reposición y apelación (Congreso de la Republica de Colombia). La determinación que tome el tribunal ético, no compromete, limita o determina la de los funcionarios públicos que deban conocer de la responsabilidad penal, o civil que se originen por el mismo hecho que se investiga al profesional de enfermería (Zambrano, 2014).

Los tribunales de ética en enfermería

Mediante la Ley 266 de 1996 (Congreso de la Republica de Colombia), se reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, se define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

En el Capítulo IV, de esta misma Ley se hace referencia al Tribunal de Ética de Enfermería; crea el Tribunal Nacional Ético de Enfermería (TNEE), con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia.

El TNEE, está integrado por siete miembros, profesionales de enfermería, de reconocida idoneidad profesional y solvencia ética y moral, con no menos de diez años de ejercicio profesional. La elección de los miembros está a cargo del Consejo Técnico Nacional de Enfermería y los presenta al Ministerio de Salud para su ratificación en un tiempo no mayor de 30 días.

Dentro de las funciones del Tribunal Nacional Ético de Enfermería, se encuentran las siguientes:

- Abrir las investigaciones de oficio, o solicitadas por las personas naturales o jurídicas, debido a faltas en el ejercicio de enfermería.
- Seleccionar peritos idóneos para realizar las investigaciones de los casos relacionados con las faltas en la práctica de enfermería.
- Establecer el procedimiento para que las personas naturales y jurídicas eleven sus quejas y solicitudes de investigación y sanción.
- Establecer las categorías de sanciones y criterios para su aplicación.
- Notificar al Ministerio de Salud, a las entidades formadoras del personal de enfermería y a las asociaciones de profesionales de enfermería, las faltas de mayor ocurrencia en el ejercicio de la práctica, a fin de que se adopten medidas preventivas o correctivas que aseguren la calidad de la misma.

- Establecer los procedimientos, recursos y fallos necesarios para la investigación y juzgamiento.
- Mantener coordinación con los Tribunales de Ética de las profesiones de salud y afines.
- Crear y reglamentar la creación de los Tribunales de Ética de Enfermería Departamentales.
- Presentar al Ministerio de Salud y a los entes territoriales, el presupuesto anual para el funcionamiento de los Tribunales de Ética de Enfermería Nacional y Departamentales
- Darse su propio reglamento y organización.

Mediante esta misma Ley, se crean los Tribunales Éticos Departamentales de Enfermería en las capitales de los departamentos.

La Ley 911 de 2004 (Congreso de la Republica de Colombia), en su Título IV, Capítulo I, ratifica que tanto el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, están instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de enfermería en Colombia, sancionar las faltas deontológicas establecidas en la presente ley y dictarse su propio reglamento.

En cuanto a las instancias del proceso disciplinario ético-profesionales, estipula que el Tribunal Nacional Ético de Enfermería actuará como órgano de segunda instancia y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, conocerán los procesos disciplinarios ético-profesionales en primera instancia.

Para su organización y funcionamiento, los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería están organizados por regiones del país que agruparán dos o más departamentos o distritos capitales; a la fecha en Colombia existen seis tribunales departamentales en las siguientes regiones:

- Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Central (Caldas, Risaralda, Quindío Y Tolima),

- Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Centro Oriental (Cundinamarca, Bogotá, D.C., Boyacá, Meta, Casanare, Vichada, Guaviare, Guainía, Vaupés y Amazonas)
- Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Norte (Magdalena, Guajira, Atlántico, Bolívar, Cesar; Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta; Barranquilla Distrito Especial Industrial y Portuario; Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias)
- Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Noroccidental (Antioquia, Córdoba, Chocó, Sucre, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina) Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Nororiental (Santander, Norte de Santander y Arauca)
- Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental (Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Putumayo, Huila y Caquetá)

Conclusiones

Al brindar los cuidados de enfermería, debe primar el respeto por el otro, partiendo de las necesidades inherentes a sus expectativas. Estas necesidades deben estar presentes en la gestión del cuidado y en la administración de los recursos existentes mediante la optimización de recursos humanos, conocimiento, sabiduría, tecnología y servicios dispuestos al individuo y a la comunidad.

El código de ética (Ley 911 de 2003), establece las normas y valores de todos quienes profesen a la enfermería como profesión. Por lo tanto, en los diferentes comportamientos, conductas e intervenciones del profesional de enfermería y de su equipo, al realizar el acto de cuidado se debe tener en cuenta la dimensión ética, bioética y científico-técnica que fundamentan su conocimiento y su actuar. Cabe resalta que desafortunadamente, en ocasiones el contexto de la práctica y el sistema de salud no permiten brindar un cuidado de enfermería bajo los estándares éticos y del saber de enfermería, esperados por el sujeto de cuidado, traducándose en mal cuidado o cuidado deshumanizado.

El acto de cuidado como responsabilidad del ejercicio profesional de enfermería, exige una sólida preparación, actualización continua, aplicación de los resultados de investigación, aplicación de teorías de enfermería, desarrollo teórico, capacidad de liderazgo para lograr el conocimiento y habilidades necesarias para el acto de cuidado brindado a las personas que lo necesiten.

Frente a las realidades que enfrenta el cuidado de enfermería, el reto es promover los cambios necesarios para salvaguardar la calidad ética, científica y técnica del cuidado de enfermería e incentivar a los profesionales para que mediante la investigación se muestre la bondad del cuidado directo y del cuidado brindado con la participación del equipo auxiliar de enfermería con su permanente dirección y liderazgo.

Referencias bibliográficas

- Abbott, A. (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alvarado García, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichan*, 4(4), 30-39.
- Busquets Surribas, M. (2004). *La ética del cuidar*. 5º Congreso Virtual en Psiquiatría y Neurociencias, Intersalud.
- Consejo Internacional de Enfermeras CIE. (2006) Personal Fiable vidas salvadas Carpeta de herramientas de información y de acción Día Internacional de la Enfermera 2006 [Internet] Disponible. <http://www.icn.ch/indkit2006sp.pdf>.
- Consejo Internacional de Enfermeras CIE (2009) *Directrices para la planificación de recursos humanos de enfermería*. Ginebra, Suiza. 2009. p. 1-21.
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2012). *El código internacional de enfermería*. Ginebra, Suiza
- Escuredo Rodríguez, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería Clínica*, 13(3), pp. 164-170.
- Fry, S. (1994) *La ética en la práctica de enfermería*, Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermería.

- Garzón, N. (2014) El acto del cuidado profesional de enfermería. En: *La práctica del deber ser de enfermería. Consideraciones éticas*. Cali: Editorial USC, pp. 21-54
- Garzón, N. (2005) Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichan*. 2005;5(1):64-71.
- Gaviria-Noreña, D. L. (2013) Planning the required nursing personnel to respond to care needs. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(1)
- Gaviria-Noreña, D. L. (2013) Planning the required nursing personnel to respond to care needs. *Invest Educ Enferm*. 2013;31(1): 116-124.
- Leddy, S. y Peppler J (1989) *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional*. 1ª ed. México: OPS.
- Lolas, F. (2008). "El Imperativo bioético de Fritz Jahr y la neobioética estadounidense". *Revista JANO*. N°. 10. Elsevier.
- Morse, J. M. et al. (1990) Concepts of Caring and caring as a concept, *Advances of Nursing Science* 1990; 3-4.
- Organización Panamericana de la Salud (2001) *Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería*. Ginebra: OPS; 2001. p. 4- 52
- Pardo, A. (2011). La ética en la medicina. En: *Persona y Bioética*, 15(2), pp. 166-183.
- Piscoya, N., Leyva-Moral, J. M. (2017) Intercambio internacional para la adquisición de competencias en la enseñanza de la Enfermería: un análisis reflexivo bajo la teoría de Patricia Benner. *Index Enferm*. 2017; 26(1-2):96-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100021&lng=pt
- Potter, V R. (1971) *Bioethics bridge to the future*. New York: Prentis Hall
- Puerta Cataño, A.M., Gaviria Noreña, D. L., & Duque Henao, S (2017). Tiempo requerido de enfermería para un cuidado con calidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(2), 145-159. (2017). doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.trec>
- Quintanas, A. (2009). "Reseña de Bioethics Bridge to the future". En *Revista electrónica Sinéctica*. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. N° 32. México

Real Academia Española (2019) Diccionario de Lengua Española. Disponible en: <https://dle.rae.es/cuidar>

República de Colombia. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia y se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 45.693, 6 de octubre de 2004.

República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1966, por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 42.710, 5 de febrero de 1966.

República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá: Legis

Schmidt, L. (2008) "Van Rensselaer Potter: Un paradigma de vida". En *Revista de Bioética Latinoamericana*. Vol. 001, N°. 1. Mérida, Venezuela.

Velázquez Aznar, A., Dandicourt Thomas, C. (2010) Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). *Rev Cubana Enferm.* 2010; 26(4):166-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000400001

Zambrano, R. (2014) Responsabilidad legal del profesional de enfermería. En: *La práctica del deber ser de enfermería. Consideraciones éticas*. Cali: Editorial USC; p. 147-167

Ética y bioética en Fisioterapia

Ethics and Bioethics in Physiotherapy

Sonia Amparo Muñoz Fernández*

© <https://orcid.org/0000-0002-1992-5252>

Diana Yasmín Perafán González**

© <https://orcid.org/0000-0002-2042-1246>

Resumen

Este capítulo se propone relacionar la fisioterapia con la bioética, a través de la revisión del concepto de la persona humana y los principios de la bioética; el desempeño clínico permeado por criterios bioéticos de todos y cada uno de los profesionales en salud redonda en ganancias para el dúo profesional de la salud - usuario; se visualiza la fisioterapia como profesión liberal que es relativamente nueva; es necesario comprender de qué se trata y conocer un poco del desarrollo de su historia en Colombia. Objetivo: Socializar el estado del arte de la bioética en nuestro país, específicamente en el gremio de la fisioterapia. Visto desde la relación con el usuario y la sensibilización hacia ella por parte de los estudiantes de esta profesión. Desarrollo: Se retoman los elementos para la atención del paciente que publicó la Guía Práctica

*Universidad del Valle. Cali, Colombia.

✉ samf2609@gmail.com

**Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ diana.perafan00@usc.edu.co

Cita este capítulo

Muñoz Fernández, S. A. y Perafán González, D. Y. (2020). Ética y bioética en Fisioterapia. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 195-225). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Clínica, tales como examen, evaluación, diagnóstico, intervención y revaloración. Se exponen conceptos clave de la fisioterapia con su historia y las funciones que desempeñan los profesionales de esta área en relación con el surgimiento de la bioética, iniciando con la bioética y su razón de ser: la persona humana, relacionan la bioética y la persona humana, continuando con la relación bioética, persona humana y fisioterapia, los principios de la bioética y su relación con la fisioterapia y finalizando con la bioética personalista y sus principios. Por otra parte se aborda el principalismo que enfoca la atención en la salud y sus posibles complicaciones desde una manera muy general.

Conclusiones: Los trabajos de investigación aún son muy pocos y los que existen se dedican en su mayoría a la experiencia clínica, desde las áreas de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Se debe continuar investigando en “crear conocimiento y validarlo”.

Palabras clave: ética, bioética, bioética en fisioterapia, ética y fisioterapia.

Abstract

This chapter proposes to relate physiotherapy with bioethics, through the review of the concept of the human person and the principles of bioethics, the clinical performance permeated by bioethical criteria of each and every one of the health professionals results in earnings for the healthcare professional duo - user. Physiotherapy is visualized as a liberal profession that is relatively new, understanding what it is about and a bit of the development of its history in Colombia; Objective: To socialize the state of the art of bioethics in our country, specifically in the field of physiotherapy. Seen from the relationship with the user and the awareness towards it by the students of this profession. Development: the elements for patient care published in the Clinical Practice Guide are retaken, such as examination, evaluation, diagnosis, intervention and reassessment. Key concepts of physiotherapy are exposed with its history and the functions performed by professionals in this area in relation to the emergence of bioethics, starting with bioethics and its reason for being: the human person, they relate bioethics and the human

person, continuing with the relationship bioethics, human person and physiotherapy, the principles of bioethics and its relationship with physiotherapy and ending with personal bioethics and its principles. On the other hand, the Principal is addressed, which focuses attention on health and its possible complications from a very general way.

Conclusions: Research works are still very few and those that exist are mostly devoted to clinical experience, from the areas of evaluation, diagnosis and treatment. Research should continue to “create knowledge and validate it.”

Keywords: ethics, bioethics, bioethics in physiotherapy, ethics and physiotherapy.

Introducción

Para cualquier profesional de otra disciplina, el impartir clases de ética y bioética a los estudiantes de Fisioterapia, significa afrontar el reto de lo desconocido; generalmente relacionan Fisioterapia con los ortopedistas y los fisiatras, que ayudan al alivio del dolor y a recuperar el movimiento físico cuando presenta alteraciones; sin embargo, poco a poco van aprendiendo más desde sus estudiantes de los diferentes roles académicos y sociales de la fisioterapia. En su mayoría los grupos de estudiantes de Fisioterapia son pequeños y mixtos, en su mayoría mujeres aunque ya en los últimos años ha aumentado la proporción de hombres interesados en formarse en esta profesión. Es característico en los grupos de estudiantes que sean muy laboriosos, cumplidores de su deber, inquietos, creativos, críticos, aportan ideas al curso y además saben enseñar a otros acerca de sus conocimientos, con todas estas cualidades es evidente que en su mayoría viven muy bien los objetivos que propone la profesión. Otra característica es que al paciente se le llama usuario del servicio.

Entre los objetivos de la Fisioterapia (Univalle, 2020) están “abordar la condición de salud en el campo del movimiento corporal humano y contribuir a la transformación de la realidad de las personas con alteración motora o en riesgo de adquirirla”, además de la investigación,

la innovación académica y técnica y el trato humano que le dan a sus “usuarios”, mal llamados pacientes.

Este capítulo se propone relacionar la Fisioterapia con la bioética, a través de la revisión del concepto de la persona humana y los principios de esta; el desempeño clínico permeado por criterios bioéticos de todos y cada uno de los profesionales en salud redundan en ganancias para el dúo profesional de la salud - usuario. En este caso el fisioterapeuta se vuelve más consciente del otro, de la importancia de la escucha y de la empatía que se desarrolla debido al tiempo relativamente largo que comparte con sus usuarios, al mismo tiempo que la atención se realiza en forma más efectiva, competente y científica. El usuario, a su vez, también se beneficia porque encuentra alivio a su dolor o recuperación de su movilidad parcial o total, e igual de importante, se siente escuchado, comprendido en su cosmovisión personal, social, espiritual y familiar.

Para llegar a este fin, se visualiza la Fisioterapia como profesión liberal que es relativamente nueva, se busca comprender de qué se trata y ver un poco del desarrollo de su historia en Colombia; además repasar los principios de bioética, aplicados al quehacer de la fisioterapia, y revisar su legislación y normatividad actual en Colombia. Para así terminar con las conclusiones pertinentes a la problemática que presenta la fisioterapia en la resolución de los diferentes dilemas éticos y para los cuales aún no hay mucho escrito. Es frecuente que el fisioterapeuta genere admiración por su oficio, que en su actuar transdisciplinar propone autónomamente medidas que mejoran la situación de vida del usuario. Aunque falta aún vincular todos los aspectos bioéticos a su práctica clínica específica y se deben hacer muchos más estudios de investigación que no sea sólo clínica, sino con respecto al deber ser de su práctica clínica.

Fisioterapia

El término *fisioterapia* (Reyes, 2006) proviene de los vocablos griegos *physis* (naturaleza) y *therapehia* (tratamiento), entendiéndose como tratamiento a partir de la naturaleza. Según el *diccionario de la RAE* (2019) *fisioterapia* significa “Tratamiento de lesiones, especialmente

traumáticas, por medios físicos, como el calor, el frío o el ultrasonido, o por ejercicios, masajes o medios mecánicos”. La Organización Mundial de la Salud –OMS– (Colfisiocant, 2020) define en 1958 a la fisioterapia como: “El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”. La Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT) en 1987 la define como: “El conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud”.

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas (CGCF) la define en el Estatuto General (Título I, Capítulo I. Artículo 1), como: “la ciencia y el arte del tratamiento físico; es decir, el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan y previenen las enfermedades, promueven la salud, recuperan, habilitan, rehabilitan y readaptan a las personas afectadas de disfunciones psicofísicas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud”. La Asociación Americana de Fisioterapia --APTA-- (Reyes, 2001), la define como “una práctica profesional autónoma, que se caracteriza por el juicio profesional en el trabajo independiente”. En el 2001 publicó la Guía Práctica Clínica, que define los elementos para la atención del paciente, como examen, evaluación, diagnóstico, intervención y revaloración.

Funciones del fisioterapeuta

Asistencial: es la función del fisioterapeuta en interacción con el usuario, para prestarle un servicio donde contribuya al bienestar de la persona afectada por una patología, un trauma o porque desea mejorar en relación con sus movimientos corporales. En la valoración del usuario es necesario tener en cuenta una mirada integral del paciente considerando sus aspectos personal, familiar, cultural, religioso y socioeconómico. Esta rama asistencial tiene diferentes perfiles tales

como el osteomuscular, el cardiorrespiratorio y el neológico, estos perfiles intervienen en cualquiera de los grupos etarios.

Docencia: es la función que desempeñan los fisioterapeutas en la enseñanza de la profesión a nivel universitario o en la investigación clínica, ética y ontológica.

Gestión - administración: son las funciones administrativas que desempeña el fisioterapeuta en los centros de rehabilitación o en el área de la salud a nivel de políticas públicas.

Investigación: son las diferentes funciones que con fines de estudio y profundización en el conocimiento específico del movimiento corporal humano realizan los fisioterapeutas en todas las áreas pasando por las ciencias básicas hasta la generación de nuevas técnicas específicas.

Todas estas funciones tienen cabida en las diferentes áreas de desempeño de los profesionales en fisioterapia cuyo campo de acción incluye el área deportiva, ocupacional, clínica y comunitaria entre otras.

Historia de la fisioterapia

Se puede esbozar la historia general de la fisioterapia en tres grandes etapas: La primera etapa comprende la aplicación desde la época primitiva, de terapias a nivel experiencial curativo con sentido mágico y religioso. La segunda etapa es la terapéutica con el objetivo de preparar mejor físicamente a los soldados para la guerra y a los deportistas para las competencias. Incursionando en el uso de terapias con diferentes medios para aliviar y fortalecer el estado físico. Y la tercera etapa es el desarrollo y reconocimiento de la fisioterapia como profesión en la edad moderna (Grillo, López, 2016; Gómez, Colado, Rebollo y Villafaina, 1996).

En el nivel empírico:

- iar la enfermedad, asociados a rituales mágicos y religiosos.
- En Mesopotamia y el antiguo Egipto se utilizaban medios vegetales en forma terapéutica.

- Los aztecas y los mayas en América utilizaban el vapor de agua en sentido curativo.

En el nivel terapéutico:

- En Grecia, Hipócrates, Herodio, Aristóteles y otros, aportan al nacimiento de la fisioterapia, con la terapia física y la terapia por vendaje neuromuscular, para fortalecer los músculos y preparar el cuerpo para la guerra, la caza y el deporte. Aristóteles estudia también la marcha humana y las descargas eléctricas como tratamiento para la gota por medio del “pez torpedo”.
- Posteriormente la civilización romana aporta los conceptos básicos de masoterapia (masajes), la hidrocinesiterapia (el agua como agente terapéutico), la poleoterapia (cuerdas y poleas que facilitan el movimiento articular) y los ejercicios terapéuticos.
- En la edad media, un grupo de cirujanos-barberos se dedicó a la terapia física de sus pacientes.

En la modernidad:

- Estocolmo, 1813. P. Henrik Ling funda el Instituto Real de Gimnasia donde practica el llamado “Masaje sueco” y publica el libro Principios Generales de la Gimnasia.
- En 1847, Georgil, alumno de Ling, crea el término kinesiterapia.
- En 1864 en EEUU, Taylor Still propone la osteopatía (sistema músculo-esquelético) para la comprensión de la salud y la enfermedad.
- En 1895 Palmer también en EEUU, inicia la quiropraxia (relación entre la columna y los nervios), como tratamiento para el dolor. Iniciándose con estos últimos la Terapia Manipulativa Articular.
- El alemán S. Kneipp populariza el uso de la hidroterapia. Más adelante también se utiliza la balneoterapia (uso del agua en balnearios).
- G. Zander escribe en 1883 la obra Mechanical Exercise: A Means of Cure e inicia la mecanoterapia con el uso de aparatos de resistencia muscular gradual.

- En 1913 se establece en Nueva Zelanda “la Escuela de Fisioterapia” en la Universidad de Otago.
- En 1915 en Inglaterra, se inicia el desarrollo de la Fisioterapia Respiratoria después de la primera guerra mundial, para atender a los pacientes afectados por el gas mostaza.
- En 1917, durante la primera guerra mundial (1914-1918), se utilizan en EEUU las máquinas de Zander y el movimiento sueco de Ling para tratar a los soldados heridos con lesiones físicas.
- En 1920 un brote de poliomielitis en Suecia, Noruega, Países Bajos y EE.UU, dejó secuelas físicas y mentales en niños y adultos.
- Entre 1939 y 1944, como consecuencia de la segunda guerra mundial, se presentó otra gran demanda de los servicios de fisioterapia, debido a la gran cantidad de heridos.
- Como resultado de las guerras y de la epidemia de polio, se resignifica el concepto de discapacidad y de rehabilitación humanas, para velar por la recuperación o el restablecimiento de una función perdida.
- Estos hechos nos hablan del tronco común histórico, que une a la medicina en sus ramas de ortopedia, neurología y neurocirugía con la fisioterapia. Y se toma conciencia entre la comunidad médica de la necesidad de profesionalización de la fisioterapia, con lo cual se inician las primeras carreras en las universidades, con las posteriores especializaciones, maestrías y doctorados.
- A partir del siglo XX se profesionaliza la fisioterapia como una disciplina liberal que realiza valoración diagnóstica y tratamientos propios, con sus diferentes especializaciones y maestrías.

El surgimiento de la bioética

El primer dilema, en general, es diferenciar la ética de la moral (Ortiz Millán, 2016). Se podría realizar una aproximación diciendo que la ética es la ciencia que estudia el comportamiento moral humano y la moral es el estudio de las costumbres o comportamientos humanos en sociedad. La ética siempre se ha ocupado de analizar quién es el hombre, como

debe ser su comportamiento para que viva feliz dentro de su entorno, su profesión y sus condiciones de vida. La deontología a su vez, es el arte de comportarse como debe ser dentro de la profesión u oficio. En las profesiones de salud, la deontología o normativa ética habla de las características que debe tener la persona para vivir esa profesión de servicio con la mejor disposición, y qué debe tener en cuenta para esa realización: los deberes y derechos de los pacientes, la autonomía del propio profesional, tener claro a qué se compromete y a que no en el ejercicio profesional, y ante todo el respeto por la vida humana y la dignidad de los pacientes o usuarios de los servicios de salud. Hay que tener muy en cuenta la máxima de “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre” (Matijasevic, 2011), que aplica principalmente a los médicos, pero que también es muy útil en el caso de las profesiones afines a la salud y en especial al caso de la rehabilitación humana.

La bioética es una novísima disciplina ética que se inicia con el intento de entrelazar las ciencias y la tecnología con las humanidades y las artes, que históricamente iban por caminos diferentes y hasta se contradecían. Pero debido al desarrollo de nuestras civilizaciones, empiezan a ocurrir hechos que ya no se pueden explicar solamente desde la ética profesional, porque tocan con proyectos que modifican positiva o negativamente otras vidas humanas en su búsqueda por encontrar: la salud o la longevidad, impedir el nacimiento, modificar la genética de los seres humanos, encontrar tratamientos para muchas enfermedades que antes no eran curables y un largo etcétera (bioética clínica) (León Correa, 2009).

También con estos nuevos proyectos tecnocientíficos afectamos los ecosistemas y las demás formas de vida en la tierra y actualmente en el universo (bioética global) (Borgoño Barros, 2009).

El surgimiento la bioética como la conocemos hoy tuvo entre sus primeros escritos a Fritz Jahr (Garzón, 2009) teólogo protestante, en 1927, quien utiliza por primera vez el término bioética y sugiere que las plantas y los animales merecen el mismo respeto que los seres humanos. El habla del “imperativo bioético en un artículo titulado Bioethics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants”, publicado en la revista *Kosmos*. Este autor es nombrado por algunos y no es tenido en cuenta por otros en las reseñas acerca de la historia

de la bioética, porque era un investigador biológico que trabajaba con animales únicamente, pero contribuyó, con su antecedente, a los derechos de los animales en investigación, que serían proclamados más tarde (Capacete, 2018). Luego ocurren múltiples hechos importantes en la historia del siglo XX, que no se pueden resolver solamente desde la ética personal o profesional.

Entre ellos se destacó el holocausto nazi (ocurrido entre 1939 y 1945) y la gran paradoja bioética que surgió, al observar como las ciencias y la tecnología avanzaron a pasos agigantados, pero a costa de la vida de muchos seres humanos con quienes se experimentó en vivo y en contra de su voluntad. En ese momento se puso en evidencia que no había normativas para la investigación en seres humanos, además de la clara violación a los derechos de la población. En 1945 estallan las bombas nucleares sobre Hiroshima y Nagasaki, surgiendo el dilema acerca de si el desarrollo de la ciencia y la tecnología bastan por sí mismos o necesitan progresar de la mano de las humanidades y las normas éticas. Se puso en evidencia que no todo lo que el ser humano es capaz de hacer lo debe hacer, como lo proponía Kant (González Vallejo, 2010). Estos dos hechos suscitan en 1948 la proclamación de los Derechos Humanos por parte de la Organización de Naciones Unidas. En 1957 el Tribunal Médico de California utilizó el término consentimiento informado (Collazo, 2002), en busca de defender los derechos de los pacientes (usuarios) y su autonomía. En 1964 la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000), habla sobre las normas para la experimentación con humanos.

En 1970, Van Rensselaer Potter publica el neologismo bioético, en su libro *Bioética: un puente hacia el futuro* (Quintanas, 2009). Donde habla de tender un puente entre las ciencias y técnicas con las humanidades para que trabajen en conjunto, y así tratar de evitar posibles catástrofes mundiales. Además, sugiere que la bioética nos proporcionará “el conocimiento de cómo usar el conocimiento”. En 1973 se publica la carta de los derechos de los pacientes (Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales, 1973). En 1978 el Informe Belmont (1979) normatiza la experimentación sobre seres humanos. En 1979 se publica el libro *Los Principios de Ética Biomédica* de Beauchamp y Childress (2001) acerca de la justicia y la no maleficencia, la autonomía y la beneficencia.

A partir de esta década se sigue trabajando en todos los proyectos sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los seres humanos con parámetros bioéticos que intentan dar nuevas miradas sobre los dilemas que se presentan en torno a la salud de las personas y la vida en general.

Como hecho importante y relacionado con nuestro tema del movimiento y la rehabilitación humanas, en el 2005 se publica la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y la Discapacidad emanada de la Unesco. Podemos observar cómo en bioética y en todas las profesiones en torno a la salud, el centro es el ser humano. Un ser humano que atiende a otro ser humano, uno poseedor del conocimiento y las habilidades que está dispuesto a servir y el otro, un ser doliente que necesita orientación y quiere recibir ayuda.

La bioética y su razón de ser: la persona humana

Entonces viene la pregunta por la persona humana: *¿Quién es la persona humana?* y la respuesta desde la visión antropológica dirá que es un ser humano que conforma una unidad corpóreo espiritual, que se expresa a través de tres dimensiones, la biológica, la psicológica y la espiritual (Beltramo Álvarez, 2018).

Esa unidad corpóreo-espiritual es fácilmente observable por todos, somos un cuerpo animado o un espíritu corpóreo, que tiene una parte tangible, que es el cuerpo y una parte intangible o espiritual que es capaz de pensar sobre sí mismo. El ser humano es una unidad porque no podemos coexistir una parte sin la otra, soy mi cuerpo y soy mi espíritu.

Para un mejor entendimiento tenemos tres campos de acción o tres niveles de expresión:

- El nivel biológico: que se expresa a través de nuestro cuerpo con la fisiología y la biología, define al ser humano con el sexo masculino (xy) o femenino (xx) y contiene la impulsividad sexual.
- El nivel psicológico: área donde se expresan los sentimientos, afectos, pasiones y pensamientos. Es una intersección de unión entre el nivel biológico y el nivel espiritual.

- El nivel espiritual: Es finalmente la definición de la persona como ser humano y la diferencia del resto de las especies de seres vivos. Tiene la capacidad de razonamiento y la capacidad de decisión, a partir de la voluntad libre.

Relacionando la bioética y la persona humana

La bioética al conectar las ciencias con las humanidades tiene su esencia a partir de las propias vivencias y actos de las personas. Unos crean la ciencia, realizan la investigación, desarrollan la tecnología y los otros sufren las consecuencias positivas o negativas de estas primeras. Ahora vemos como la aplicación del binomio ciencia-tecnología incide sobre todas las formas de vida y en este tema que nos ocupa, sobre todo en la vida humana.

Es el hombre quien ha descubierto las ciencias y las está investigando; por eso se dice que las ciencias no son neutras, dependen de los intereses del investigador, de quienes patrocinan la investigación, o de intereses políticos y económicos (en busca del poder).

Los eventos científicos que son analizados por la bioética en sus diferentes problemáticas, de no fácil solución, afectan a la humanidad en general, en forma positiva o negativa, haciéndole un bien a la humanidad completa cuando estos hallazgos se vuelven patrimonio de la humanidad, como en el caso del genoma humano; haciéndole un bien a una parte de la sociedad, como en el caso de las vacunas, que favorecen sus beneficiarios pero no siempre a aquellas poblaciones en las cuales se realizan las pruebas. O haciéndole un perjuicio a la humanidad cuando son mal utilizados, como en el caso de las bombas atómicas o de los agentes letales fabricados en el laboratorio.

Entonces bioética y persona humana siempre están y estarán ligadas como un binomio que funciona en doble vía y del cual siempre saldrán beneficiadas o perjudicadas las personas humanas, llámense profesionales de la salud, usuarios-pacientes o sociedad en general. Y siempre se cumplirá el análisis de los actos éticos según Fernández de Córdova en su libro *30 lecciones de iniciación filosófica*:

El objeto hace la acción buena o mala intrínsecamente. Si el objeto es malo no lo hacen bueno ni el fin ni las circunstancias. El objeto bueno puede volverse malo por el fin y las circunstancias. El fin nunca justifica los medios. Y los actos que son indiferentes por su objeto pueden volverse buenos o malos por el fin y las circunstancias (Fernández de Córdova, 2006).

Relación bioética, persona humana y fisioterapia

La fisioterapia es la disciplina que se ocupa del movimiento humano, “su campo de acción se proyecta a todos los escenarios, ámbitos y lugares en donde el hombre se mueve a lo largo de su ciclo vital” (Congreso de Colombia, Ley 528 de 1999). Orgánicamente los movimientos dependen de fuentes neurofisiológicas que afectan los músculos y los huesos produciendo el desplazamiento de un miembro del cuerpo o de todo el cuerpo. Esos movimientos dependen de órdenes de la voluntad del ser humano aunque algunos son movimientos involuntarios.

El movimiento es la parte del ser humano que le permite comunicarse, realizar actos concretos como desplazarse, practicar deporte, trabajar, divertirse y hasta conquistar en forma amorosa. Por medio de los movimientos la persona utiliza su corporeidad para ser quien es, por eso la persona no tiene cuerpo, es su cuerpo (como una de las dimensiones esenciales del ser humano). Con la mente, se piensa y razona sobre la vida y por medio de la voluntad libre se decide que hacer y luego se ejecutan las acciones, que van acompañadas de movimientos propios.

El profesional de la fisioterapia se ocupa del movimiento de las personas humanas en forma preventiva, como en el caso de tener una buena postura o en forma curativa o de rehabilitación en los casos de afecciones cardiorrespiratorias, neurológicas y/o osteo-musculares; también desempeña funciones didácticas y educativas, cuando se enseñan medidas de protección para la recuperación del movimiento o en el caso de los fisioterapeutas dedicados a la enseñanza. En tales casos se requiere del fisioterapeuta una conducta profesional ética que: valore el respeto y la dignidad de los usuarios del servicio, respete sus propios derechos y la confianza depositada en él/ella durante el tiempo de las consultas; que cumpla las normas legales vigentes en cada país y desarrolle el proceso de una adecuada y clara información al usuario. Además, se requiere que el profesional esté actualizado

científicamente y sea competente y que se cobren honorarios justos, entre otros.

Para este propósito la Asociación Americana de Fisioterapia (American Physical Therapy Association –APTA–) publica con cierta periodicidad “una guía para la conducta profesional que tiene como propósito ayudar a interpretar el código de ética que esta misma asociación ha generado desde 1935” (Cruz Palacios, 2018). La más reciente es de 2015, donde se recomienda consignar la información general del usuario, la revisión por sistemas en el examen (cardiovascular, musculoesquelético, tegumentario y neuromuscular), aplicación de test y medidas para evaluar las alteraciones del movimiento, realizando posteriormente un diagnóstico, pronóstico, propuesta de intervención, revaloración y probabilidad de resultados.

Los principios de la bioética y su relación con la fisioterapia

La bioética reflexiona sobre los actos técnico-científicos aplicados al paciente, en la atención prestada por el profesional en Fisioterapia, guiada siempre por los principios y las normas asociados a la profesión (León, 1997; García, 2013).

Se observan cuatro modelos para la aplicación de los principios bioéticos:

- En el primer Modelo Liberal-Radical, su centro es la libertad que antecede a la vida; lo cual es éticamente equívoco, porque “tengo que estar vivo como ser humano para poder ejercer la libertad”.
- En el segundo Modelo Pragmático-Utilitarista, se justifica el utilitarismo social, seleccionando el servicio a los individuos de acuerdo a sus posibilidades. También es un modelo no ético, aunque se utiliza en la actualidad “como un utilitarismo mitigado” en vista de la falta de recursos económicos en el área de la salud.
- En el tercer Modelo Sociobiológico, la vida y la sociedad con sus valores morales, deben modificarse de manera evolutiva, y por tal

motivo todo lo que esté a favor del progreso estará bien y lo que dañe el equilibrio estará mal, se le llama “egoísmo biológico”.

En estos tres modelos predomina el individualismo sobre el personalismo. Recordemos que un individuo es uno más del grupo; según la RAE (2020) un individuo es “cada ser organizado, sea animal o vegetal, respecto de la especie a que pertenece”, “persona cuyo nombre o condición se ignoran”. Cuando se considera que los usuarios son individuos, se constituyen en un objeto de atención al cual brindarle nuestros saberes científicos exclusivamente y dejamos de verlos como personas íntegras, como un alguien particular y especial, a quien atender; no interesa su realidad de vida, solo su órgano, músculo o articulación afectada.

Bioética personalista

Queda el Modelo Personalista que deseo ampliar, porque respeta la vida humana y su dignidad, desde la concepción hasta la muerte natural de la persona. Aquí el ser humano es considerado un alguien y no algo, una persona íntegra y valiosa y no un individuo, pese a la condición de discapacidad que tenga. Se aprecia a la persona humana por lo que es, por lo que vale en sí su vida; sin distinciones de raza, edad, posición social, cultura, sexo o género, credo religioso o político, procedencia, etc. La persona humana vale por ser persona humana, única e irreplicable, según el estudio del genoma humano (Marqués, Sanz, Villa, García et. al, 2011).

La dignidad del ser humano se fundamenta antropológica, ontológica y socialmente, en su existencia, en que posee la capacidad de razonar y de decidir libremente como ningún otro ser vivo en el planeta. De esta reflexión objetiva surgen los Derechos Humanos, teniendo en cuenta que el primer derecho es el derecho a la vida, si no estamos vivos, vanos serían nuestros derechos, no existirían.

Este es el modelo propuesto para poner en práctica en todas las áreas de la salud, porque “promueve el bien íntegro de la persona”. La fisioterapia como profesión no tiene relación directa con intervenciones frente al derecho a la vida, lo respeta por sí mismo. Pero en cambio, tiene relación con el respeto a la persona humana, a sus principios, valores y

creencias. También se relaciona con el área del dolor y el sufrimiento humanos, donde además de la terapia física, la parte de la escucha es esencial con los usuarios.

Principios de la bioética personalista

- **Principio de defensa de la vida física:** la vida física es el valor fundamental de la persona, porque ella no puede existir sin el cuerpo.
- **Principio de totalidad:** la persona es una unidad corpóreo-espiritual. De aquí deriva el principio terapéutico, por el cual es lícito intervenir una parte del cuerpo para curar o sanar la totalidad del cuerpo.

La fisioterapia interviene muy especialmente aplicando este principio en la recuperación y rehabilitación del usuario que ha perdido una parte de su cuerpo, ya sea por amputación congénita, traumática o quirúrgica asociada a traumas o patologías. También tiene un papel preponderante en los casos de pérdida de la funcionalidad por dolor y/o por disminución parcial o total de la sensibilidad que impide el movimiento. Y aplica el principio terapéutico en la valoración, diagnóstico, tratamiento, revaloración y prevención de complicaciones, así como del pronóstico de sus pacientes.

- **Principio de libertad y responsabilidad:** la persona es libre para actuar, pero debe responder por las consecuencias de sus actos. Este es un principio aplicable no solo en fisioterapia, sino en todas las profesiones relacionadas con la salud. Tiene que ver con el respeto a la autonomía del paciente en las decisiones que tome y en la comunicación asertiva entre el fisioterapeuta y el usuario-paciente del servicio. Aquí las preguntas bioéticas son numerosas; enumero algunas: ¿Como fisioterapeuta, me comunico con el usuario con un lenguaje no clínico, claro, eficiente y suficiente? ¿Se le explican al usuario todas las posibilidades de recuperación en forma veraz y al mismo tiempo sensible? ¿Se logra hacerle entender al usuario porque son necesarias múltiples citas donde se repiten las terapias y se explica su efectividad?

Por tanto, el fisioterapeuta debe responder frente al usuario, a la familia de éste y a la sociedad por todos los diagnósticos y procedimientos que aplique.

Como profesión de salud la fisioterapia requiere cada día mayor responsabilidad en la parte de la enseñanza a nivel de pre y posgrados y en el ejercicio de sus actividades, debido a que cada vez es más autónoma e independiente, sobre todo del campo de la medicina.

- **Principio de sociabilidad y subsidiaridad:** la persona es un ser social por su naturaleza humana y como tal, se tiene el deber y la responsabilidad de dar ayuda al que lo necesita (solidaridad). Este principio es aplicable a todas las profesiones de salud, incluida la fisioterapia, porque es parte de la vocación de servicio el ser solidarios con los usuarios, entender su situación, respetar su dolor, sufrimiento y preocupaciones. Estar seguros de que conoce claramente su diagnóstico y los objetivos de la terapia. Ser realistas y veraces frente a sus expectativas, pero siempre con amor y optimismo frente a ellos.

En cuanto a la atención de los usuarios algunos de los problemas detectados en los estudios de J. Sore es “la sobreexplotación o sobrecarga de los servicios de fisioterapia”, que se constituye en una de las quejas de los fisioterapeutas; atienden entre seis y ocho personas en turnos de 30-45 minutos, simultáneamente, lo que no permite brindar mejor calidad en la atención, e impide la atención personalizada y la escucha atenta de la problemática de los pacientes.

El Principialísimo

Son los principios enumerados en su libro por Beatchamp y Childress (2010), que surgen de la conjunción de un utilitarismo mitigado o suavizado y la deontología “prima facie” (deber a primera vista, el primer deber, la primera obligación). Estos principios se categorizan en principios de primer orden o públicos llamados “ética de mínimos” y corresponden a la no maleficencia y la justicia. Y principios de orden privado, la beneficencia y la autonomía que corresponden a la ética de máximos o verdadera ética donde se considera al hombre en su totalidad y humanidad.

El principalísimo enfoca la atención en la salud y sus posibles complicaciones desde una manera muy general. Se hace necesario especificar dichos principios y ponderarlos de acuerdo al caso específico de cada usuario, determinando cuál principio, norma, derecho o deber tiene más peso en esa situación concreta. Estos principios no son absolutos, implican la obligatoriedad moral, por parte del profesional de la salud de un análisis ético responsable, que incluya su relación fisioterapeuta-usuario, donde se ponderen las indicaciones médicas, la valoración del fisioterapeuta, las preferencias del usuario, la calidad de vida en cuanto a funcionalidad del paciente, las posibilidades reales de recuperación y hasta la espiritualidad del mismo.

Los aspectos más relevantes de estos cuatro principios son (Beatchamp y Childress, 2010):

- **No maleficencia (primun non nocere):** Primero no hacer daño, es un deber y una responsabilidad del fisioterapeuta con el usuario-paciente. Es un principio prioritario junto al de justicia.
- **Justicia:** Es el principio ligado al hecho de que las personas son seres sociales por naturaleza y forman parte de la sociedad. Este principio indica que por ser parte de la sociedad todos tienen iguales derechos frente “a la vida, la salud y la distribución de los recursos sanitarios”. También requiere equidad frente a la atención en salud. Este principio es de difícil cumplimiento en los países en desarrollo, por la falta de recursos económicos, para brindar el cuidado que cada paciente necesita de acuerdo a su patología.

En fisioterapia, la dificultad se presenta principalmente en el número de terapias que autorizan los servicios de salud, que no siempre son las necesarias y requeridas para la recuperación del paciente-usuario. Proceso que se ve interrumpido frecuentemente por la necesidad de renovar autorizaciones por parte del servicio de salud al que pertenece, trámite que frena el desarrollo y consecuente avance en su proceso de rehabilitación.

- **Beneficencia:** Además de no hacer daño, este principio recuerda que se debe hacer el bien con el paciente, siempre actuar en su beneficio. Aquí el problema que se presenta en general es entender

el significado del bien, ¿Aquello asociado al concepto utilitarista de calidad de vida? o ¿Se entiende adecuadamente y se asocia a la solidaridad con el paciente? Otro de los problemas que se puede presentar es la fijación de límites entre el usuario y su fisioterapeuta, debido a la cercanía que se presenta entre ellos con las terapias, además del intercambio de confianzas que podrían propiciar sentimientos de transferencia o contratransferencia (De León de Bernardi, 2010).

- **Autonomía:** Habla del respeto al paciente, teniendo en cuenta sus “valores, criterios y preferencias”. Genera distancia de la atención paternalista y pone al usuario en condiciones de reflexionar por sí mismo con base en la información dada y tomar decisiones responsables. Este principio está relacionado con el proceso-firma del documento de consentimiento informado. En cuanto a los fisioterapeutas uno de los problemas que se presenta es la claridad en cuanto a los límites de su función, con respecto principalmente a los médicos y también a los otros miembros del personal de salud.
- Recordemos que la fisioterapia como profesión nueva dentro del campo de la salud, cada vez adquiere más relevancia y mayor autonomía.

La fisioterapia en Colombia

En Colombia la historia de la fisioterapia se puede dividir en cuatro períodos, para su mejor comprensión (De León, 2010; Ramírez y Escobar, 2010; Herrera, Rivera, Prada y Sánchez, 2004)

Primer periodo de prácticas dispersas (1920-1951):

En la primera mitad del siglo se inician las prácticas de fisioterapia en Colombia, a partir de masajistas-sobanderos y enfermeras-entrenadoras-voluntarias. Se realiza la cinesiterapia con masajes suaves a los músculos, se utiliza el vapor de aire y la corriente eléctrica. Además, se empieza a considerar el movimiento humano como un elemento de desempeño de las labores del ser humano.

En 1936: Se crea el Instituto Nacional de Educación Física INEF, que les proporciona a los enfermos medios terapéuticos de rehabilitación, con “formación instrumental centrada en las técnicas y estrategias de abordaje”.

En 1940: El concepto de fisioterapia es propuesto por los organismos internacionales.

Segundo período. Proceso de institucionalización y consolidación profesional, (1952-1975):

- En 1952: Se crea la Escuela Nacional de Fisioterapia en Bogotá, es la primera institución educativa de fisioterapia en el país, a nivel técnico y exclusivamente femenina.
- En 1953: Se crea ASCOFI (Asociación Colombiana de Fisioterapia)
- En 1954: Se reglamenta el ejercicio de la profesión, mediante el decreto 1.056
- En 1963: Es creada la Fundación Nacional de Rehabilitación y empezó a ofrecerse la Fisioterapia en la Universidad Femenina de Santander como una licenciatura
- En 1964: Se realiza el primer Congreso Nacional de Fisioterapia.
- En 1967: La Fundación Nacional de Rehabilitación se afilia con la Universidad Colegio de Nuestra Señora del Rosario.

Tercer período. Consolidación profesional (1976 - 1989):

- En 1976: Se promulga la declaración del carácter universitario de la profesión, con la Ley 9.
- En 1984: Inicia la utilización de medios físicos como la inhaloterapia, las movilizaciones y la electroterapia.

Además, la profesión quiere ampliar su campo de acción, con la formulación de nuevas habilidades y la vinculación del componente investigativo.

Cuarto período. Reubicación profesional y desarrollo disciplinar (1990-a la actualidad):

- En 1992: La ley 30/92 garantiza la autonomía universitaria y el Estado se ocupa de la inspección y vigilancia universitaria. Con esta Ley se aumentaron los programas de Fisioterapia en el país.
- En 1993: Se promulga la Ley 100 y el fisioterapeuta debe articularse al sistema de seguridad social para fomentar la salud, promocionarla y actuar en el campo de la prevención.
- En 1998: Se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI), para unificar los programas a nivel nacional.
- En 1999: Se reglamenta la Fisioterapia en el país con la Ley 528.
- En 2010: Las publicaciones pasan de 5 en 1993 a 40 en 2010, con mayor número de publicaciones en las áreas de postgrado (maestrías y doctorados).
- En 2011: Se cuenta con 36 programas universitarios de pregrado inscritos en la base de datos del SNIES.
- En 2015: Se institucionaliza el día internacional de la fisioterapia. Y el Colegio Colombiano de Fisioterapia (COLFI) asume las funciones públicas de la fisioterapia.
- 2020: En la actualidad la fisioterapia en Colombia tiene diversos campos de acción como la fisioterapia cardiopulmonar, la fisioterapia musculoesquelética, la fisioterapia neuromuscular, la fisioterapia de piso pélvico, la fisioterapia oncológica, la fisioterapia en deporte adaptado y convencional, la fisioterapia comunitaria y la fisioterapia en ergonomía, entre otros. En estas áreas los fisioterapeutas pueden trabajar en la consulta externa, en la hospitalización, en cuidados intensivos, en escenarios educativos, en la comunidad y en la industria. Además pueden desempeñarse en la docencia universitaria, la docencia en instituciones educativas y las funciones de gestión administrativas y de investigación; uno de los más recientes campos de desempeño profesional es la fisioterapia en salud mental.

- Todos y cada una de estos campos de acción están soportados en formación posgradual a nivel de especialidades, maestrías y doctorados que se dictan a nivel regional, nacional y mundial. Siendo así como durante la situación pandémica generada por el COVID-19, el rol del fisioterapeuta ha cobrado vital importancia tanto en la rehabilitación intrahospitalaria como en la ambulatoria y domiciliaria, debido a todas las secuelas respiratorias y neuromotoras que deja en el cuerpo humano la infección viral.

Legislación y normatividad de la fisioterapia en Colombia

- **Ley 528 de 1999:** define la Fisioterapia como “una profesión liberal del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente donde se desenvuelve. Determina como objeto de estudio, la comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y bienestar del hombre. Además, orienta las acciones del fisioterapeuta al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social”.
- **Resolución 1995 de 1999, sobre la historia clínica:** en Colombia este decreto es genérico para todos los profesionales de la salud y los fisioterapeutas deben aplicarla, de acuerdo a su criterio, en cumplimiento a las condiciones requeridas. Pero se observa en las revisiones de historias clínicas que estas carecen de buenas descripciones acerca de cada una de las terapias (Molina, 2017).

Se describen las condiciones que debe cumplir la historia clínica y que son: consignar todos los aspectos tanto científicos como administrativos referentes a la atención del paciente (integralidad); deben apuntarse todos los eventos en forma cronológica (secuencialidad), la historia clínica debe estar disponible cuando sea necesario (disponibilidad), los registros deben realizarse en el momento que ocurren (oportunidad), los registros deben realizarse en forma obligatoria (obligatoriedad); todo lo consignado en la historia clínica debe hacerse con letra legible, aunque ahora se realizan la mayoría de registros en el sistema digital.

Tampoco debe haber siglas, ni espacios en blanco, debe contener los datos completos del usuario, registrar todos los eventos con fecha y hora, aún los acuerdos verbales que se hagan con el paciente y el nombre completo, registro y firma del fisioterapeuta o la firma electrónica.

En forma adicional se deben registrar en la historia clínica, las pruebas estandarizadas que evalúan las alteraciones del movimiento en forma objetiva, según lo establecido por la APTA.

- **Consentimiento Informado:** En el consentimiento informado se explica el diagnóstico y el procedimiento terapéutico con todos los riesgos que puede conllevar, los efectos secundarios de las técnicas aplicadas, las prescripciones, instrucciones y recomendaciones posteriores. Se deben explicar tanto en forma oral como escrita todas las reacciones molestas e inevitables, por leves que sean.

El consentimiento informado de fisioterapia se sustenta bajo el principio de autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y en los Códigos de Ética de la Profesión (Ley 528 de 1999) según el Ministerio de Salud en sus artículos 23, 44 y 45 principalmente; así como, de la norma de manejo de la historia clínica según la Resolución 839 del 2017 y la Resolución 13437 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

La Asociación Colombiana de Fisioterapia, en el año 2004, publicó los lineamientos para la elaboración del consentimiento informado. Uno de los problemas que se presenta en la actualidad es que aún no se comprende el consentimiento informado como un proceso bioético que se inicia desde la llegada del usuario hasta que termina todo el procedimiento en la totalidad de las terapias, sino sólo como un documento para firmar. No es un requisito administrativo, tiene carácter obligatorio.

- **Situaciones que pueden llevar a demandas:** Son las que conllevan riesgos asociados al uso de determinados dispositivos médicos, especialmente equipos de electroterapia y mecanoterapia, presencia de productos defectuosos o no acordes con las normas, además de las fallas humanas y las deficiencias en el sistema.

El fisioterapeuta “puede verse involucrado en casos de demandas de responsabilidad profesional, no directamente, sino por su trabajo en equipo con los demás profesionales de la salud” (Sore, 2020).

- **Dilemas éticos en fisioterapia:** En la práctica, la falta de registros en la historia clínica dificulta identificar la periodicidad de las terapias o el cumplimiento de las recomendaciones por parte del paciente.

Las áreas de fisioterapia cardiopulmonar y neuromuscular son las que se enfrentan a más dilemas éticos debido a la gravedad y las complicaciones que pueden presentar estos usuarios.

En la tabla 1 se describen los principales dilemas éticos descritos en los estudios realizados en el sistema sanitario público y privado. De allí se destacan principalmente, la falta de recursos económicos que impiden la adecuada dotación de los consultorios y la falta de contratación de un mayor número de fisioterapeutas. También la interrupción en las terapias por falta de compromiso y/o entendimiento del usuario acerca de su importancia y la diferente apreciación entre lo que el fisioterapeuta considera importante en la terapia y lo que la sociedad considera esencial para la salud.

Tabla 1. “Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta”.

Dilemas éticos descritos en estudio realizados en el sistema sanitario público y privado	
Sistema de salud privado	Sistema de salud público
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer prioridades para el tratamiento del paciente cuando el tiempo o los recursos son limitados • La interrupción del tratamiento por falta de compromiso del paciente • La continuación del tratamiento con enfermos terminales • La continuación del tratamiento para proporcionar apoyo psicológico después de alcanzar los objetivos del tratamiento de fisioterapia • Responsabilidad profesional cuando los objetivos del paciente difieren de los de la familia (pediatría) • Límites en el rol del fisioterapeuta en la educación inicial del diagnóstico y pronóstico • Informar al paciente sobre los límites del tratamiento • Conocimiento y formación del fisioterapeuta • Beneficios del tratamiento en comparación con las molestias creada por el procedimiento • Intimidad y dignidad del paciente durante el tratamiento • Diferencia entre lo que un fisioterapeuta puede valorar como necesario para los pacientes y lo que la sociedad considera esencial para la salud • Mantener la confianza del paciente y su familia • Criterios para delegar deberes al personal de apoyo • Informar de prácticas inadecuadas de otros fisioterapeutas, médicos u otros profesionales de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos • Efectividad del tratamiento • Equipo de salud poco profesional • Ocultar la verdad a un paciente • Falta de respeto por las opiniones de los terapeutas • Tratamiento de pacientes complejos • Sentimientos y reflexiones al tomar una decisión • Presión de los pacientes y sus familiares u otros profesionales de la salud • Autonomía del paciente • Calidad de vida • Límites y rol del profesional • Colegiatura profesional • Conflictos de interés • Igualdad en la relación paciente-terapeuta • El deber de hacer lo mejor • Formación continua • Ignorar las reglas de sistemas de sanidad para beneficiar al paciente • Obligación de documentar el proceso de atención • El beneficiar al paciente en comparación con el obtener beneficios de negocios • Reclamaciones de los seguros. • Sobrepasar límites físicos durante la intervención del profesional • Falta de consideración de los aspectos culturales del paciente • Falta de respeto por la privacidad del paciente • Inequidad en la atención de salud • Falta de tiempo que afecta la calidad de la atención
<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado • Protección de la confidencialidad, prevención e identificación del abuso sexual y físico • Empleo de guías éticas para el uso de seres humanos en investigación • Atender a todos los pacientes según sus necesidades sin tener en cuenta sus factores personales o sociales • Límites del terapeuta • La sobrecarga de los servicios de fisioterapia • Actualización de las competencias clínicas • Adecuado nivel de entrenamiento del personal de soporte al fisioterapeuta • Responsabilidad con el medio ambiente de los contaminantes y peligros asociados con la atención de terapia física • Tarifas justas • Veracidad en la publicidad • Adquisición de equipos o productos en que los fisioterapeutas tienen interés financiero • Fraudes en las cuentas de terapia física. • Auto-referencia en el contexto de clínicas propiedad de médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal uso de los recursos • Juicio profesional en contra de lo que dice alguien con mayor autoridad • Violación de la conducta profesional (denuncia de irregularidades) • Problemas de integridad profesional • Rivalidad entre colegas • Confidencialidad de la información de los pacientes • Defensa del paciente en un contexto de escasos recursos del sistema de salud • Relaciones íntimas o comerciales con pacientes • Consentimiento informado

Fuente: revista Bioética y Derecho.

Esta tabla presenta la revisión de bibliografía compilada por la fisioterapeuta Jadrana Sôre Galleguillos en Barcelona, España. En ella se resumen, hasta mayo de 2020, las principales causas de los problemas encontrados en la práctica de fisioterapia.

En general los dilemas de bioética clínica relacionados con la práctica de la fisioterapia ya son conocidos, pero poco estudiados en general. Tampoco se ha estudiado a profundidad la aplicación directa de los principios de la bioética personalista y principialista en la atención del usuario del servicio.

Aún falta conocer y estudiar los dilemas en las áreas de la docencia universitaria, la investigación clínica y del conocimiento y área de gestión.

Conclusiones

La bioética aplicada a la práctica profesional de la fisioterapia permite que la persona usuaria del servicio sea tratada con verdadera humanidad. No bastan el conocimiento de las técnicas o el conocimiento científico del saber, que son muy importantes; esas necesidades de movimiento del ser humano con o sin situación de discapacidad deben estar satisfechas, al mismo tiempo que se respetan la vida y dignidad del paciente, su proyecto de vida, sus intereses e inquietudes. Es aquí donde hay que hacer énfasis en la formación bioética (humanística), unida al excelente trabajo técnico que se viene haciendo en Colombia.

La verdad es que aún no se analizan los diferentes dilemas que se presentan en la práctica clínica del fisioterapeuta desde la mirada de la bioética, y no existen muchos escritos aún, según el análisis bibliográfico. Por tanto, los problemas que surgen entre el fisioterapeuta y su usuario, siguen sin resolución clara desde la bioética (Molina, 2007) y el profesional no tiene elementos guía en los dilemas de la cotidianidad.

Los trabajos de investigación aún son muy pocos y los que existen se dedican en su mayoría a la experiencia clínica, desde las área de evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Se debe continuar investigando en “crear conocimiento y validarlo”.

Si bien es cierto que todas las disciplinas en salud requieren de un trabajo mancomunado en pro de alcanzar una condición óptima de salud y funcionalidad de los usuarios, la fisioterapia, cada vez más, se visibiliza como líder de procesos de rehabilitación generando propuestas que son tomadas como referencia por el colectivo de profesionales a cargo del usuario. Lo que la posiciona tanto frente al usuario, su familia y comunidad como un agente relevante del proceso, evidenciando esta situación la necesidad de tener directrices claras frente a la resolución de los problemas bioéticos propios de la profesión.

Es necesario mejorar el registro en la historia clínica, sobre todo en la parte de los controles. Generalmente se encuentra un registro completo al inicio y al finalizar la terapia, pero no en cada una de las terapias realizadas entre esos dos sucesos.

También se han encontrado en las historias clínicas, apreciaciones subjetivas y no el registro de pruebas de medición, como por ejemplo “mejoría en la condición del paciente”.

En cuanto al registro del consentimiento informado, el hallazgo más frecuente es que, aunque se haya llenado el documento, no hay constancia en la historia clínica de las explicaciones previas y de la firma del documento que se anexa a la historia.

Finalmente es importante concluir que se debe continuar con el trato humano y cordial a los pacientes, tanto como con la aplicación de las técnicas para la rehabilitación funcional del movimiento del usuario. Aspectos en los que el fisioterapeuta se desempeña demasiado bien. Y se debe continuar reforzando o innovando en la investigación, y en el estudio de la bioética aplicada específicamente a la fisioterapia, teniendo en cuenta los problemas inherentes a la profesión.

Referencias bibliográficas

- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2001) *Principios de ética biomédica*. 5ª edición, EE.UU: Oxford University Press.
- Beltramo Álvarez, C. E. (2018) *Apasionados por amar al mundo*. España: Eunsa (1a edición).
- Borgoño Barros, C. (2009) Bioética global y derechos humanos: ¿una posible fundamentación universal para la bioética? *Problemas y perspectivas. Act bioeth.* 2009 (consultado en septiembre 18 de 2020), 15(1): 46-54. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100006.
- Capacete-González, F. J. *La declaración universal de los derechos del animal*. da (internet). 2018 (consultado en septiembre 19 de 2020); vol 9, n. 3. Disponible en: <https://revistes.uab.cat/da/article/view/v9-n3-capacete>
- Colfisiocant.org. Ilustre colegio profesional de fisioterapeutas de Cantabria, *Definiciones*. (2020) (consultado en septiembre 20 de 2020). Disponible en: <https://www.colfisiocant.org/definiciones.php#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,%2C%20agua%2C%20masaje%20y%20electricidad>.
- Collazo, E. (2002) Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. *Rev cirugía española*. 2002 (consultado en septiembre 21 de 2020); vol. 71, n. 6: 319-324. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X0271988X>
- Congreso de Colombia. Ley 528 de 1999 (septiembre 14), diario oficial 43711: Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0528_1999.html
- Cruz Palacios, D. J. y Pilamunga Cunishpuma, S. V. (2018) Evaluación clínica-funcional del sistema fundamental del cuerpo humano según la Asociación Americana de Terapia física (APTA) en pacientes con patologías músculo-esqueléticas de origen traumático en la articulación de la rodilla, que asisten al Centro de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil. *Repositorio digital UCSG*. 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10029>
- De León de Bernardi, V. (2010) Transferencia, contratransferencia y vínculo: enfoque clínico. *Revista uruguaya de psicoanálisis* (en línea) 2010;

vol.111:168-181. ISSN 1688-7247. Disponible en: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/1688724720101111.pdf>

Declaración de derechos del paciente. Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales. (6 de febrero de 1973). Reproducido con autorización de la Asociación Americana de Hospitales. (Traducción realizada el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del original en inglés). Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Comit%20de%20tica/Declaraciones%20Internacionales%20C3%89tica%20de%20Investigaci%3%B3n/Declaraci%3%B3n%20Derechos%20del%20Paciente%20-%20Asociaci%3%B3n%20Americana%20de%20Hospitales.pdf>

Fernández de Córdova, P. (2006) *30 lecciones de iniciación filosófica*. Bogotá: Universidad de la Sabana.

García, J. J. (2013) Bioética personalista y bioética principialista. *Perspectivas. Rev. Cuadernos de bioética*, 2013; vol. 24, n. 80. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/bioactica-personalista-y-bioactica-principialista-perspectivas/>

Garzón, F. A. (2009) Fritz Jahr ¿el padre de la bioética? *Rev Lat de Bioet.* 2009 (consultado en septiembre 18 de 2020); vol. 9, n. 2: 6-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020306001.pdf>

Gómez Hernández, B., Colado Suarez, R., Rebollo Roldán, J. y Villafaina Muñoz, M. (1996) *Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia*. 1996; Vol 3, n. 3: 91-112. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6687653>

González-Vallejos, M. (2010) El concepto de leyes prácticas en la ética kantiana. *Revista de filosofía* (internet). 2010 (consultado en septiembre 20-2020). Vol. 66:107-126. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-43602010000100007

Grillo, P.M. y López, P.A. (2016) La Fisioterapia: sus orígenes y su actualidad. *Acta Med Cent.* 2016; 10(3):88-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66555>

Herrera Villabona, E., Rivera Celis, L.R., Prada Pérez, A. y Sánchez Ramírez, D. C. (2004) Evolución histórica de la fisioterapia en Colombia y en la Universidad Industrial de Santander. *Rev Salud UIS.* 2004 (consultado en septiembre 21 de 2020); vol. 36:21-31. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/230209798.pdf>

- Informe Belmont, principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos en investigación. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. EE UU, (abril 18 de 1979). Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- León, F. J. (1997) Dignidad humana, libertad y bioética. *Rev persona y bioética*, 1997; n.1: 126-147. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/589/675>
- León-Correa, F. J. (2009) Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*. 2009 (consultado en septiembre 18 de 2020).15 (1):70-71.
- Manzini, J.L. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Análisis de la 5ª Reforma, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre del año 2000, en Edimburgo Respecto del texto aprobado en Somerset West (Sudáfrica) en octubre de 1996. *Acta Bioética*. 2000; año VI, n. 2: 323-334. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
- Marqués Negredo, M.L., Sanz Samarro, M.I., Villa Rodríguez, L., García Tejerina, R. et al. (2011) Identificación sanitaria: la huella genética. *Sanid. Mil.* [online]. 2011 (consultado en septiembre 20 de 2020), vol.67, n.3:317-320. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000400011&lng=es&nrm=iso.
- Matijasevic, E. (2011) Aliviar siempre “To relieve always”. *Act med Colomb*. Januar 2011; vol. 36, n.1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482011000100002
- Molina, V. E. (2007) Aspectos de responsabilidad profesional en fisioterapia. *Rev Médico-legal. Colombia*, 2007; N°2:46-49.
- Molina, V. E. (2007) Aspectos de responsabilidad profesional en fisioterapia. *Rev Médico-legal. Colombia*, 2007; N°2:46-49.
- Ortiz Millán, G. (2016) Sobre la distinción entre ética y moral. *Isonomía*. 2016 (citado septiembre 18 de 2020); n. 45:1-3. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182016000200113
- Quintanas, A. (2009) Reseña de V.R. Potter: una ética para la vida en la sociedad tecnocientífica. *Rev electrónica sinéctica*. México, 2009; n. 32:1-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/998/99812141010.pdf>

Rae.es. Actualización 2019 (consultado en septiembre 20 de 2020). Edición 23.
Disponible en:<https://dle.rae.es/fisioterapia>.

Rae.es. Actualización 2020 (consultado en septiembre 20 de 2020). Edición 23.
Disponible en: <https://dle.rae.es/individuo>

Ramírez-Vélez, R. y Escobar Hurtado, C. (2010) Análisis crítico de la educación de la fisioterapia en Colombia. *Rev Iberoamericana de fisioterapia y kinesiología*. 2010 (consultado en septiembre 21 de 2020); vol.13, n. 2: pp. 31-57. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-analisis-critico-educacion-fisioterapia-colombia-S1138604511000037>

Reyes A. (2001), Fisioterapia: pasado, presente y ¿futuro? de la fisioterapia. *Efisioterapia.net*. España, 2001. Última actualización 2020 (consultado en septiembre 20 de 2020). Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-pasado-presente-y-futuro>

Robayo, A. L. (2019) La Fisioterapia en Colombia- editorial. São Paulo 2019 (consultado en septiembre 21 de 2020); *Fisioter. Pesqui.* vol. 26 n.3. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502019000300218&tlng=pt

Sore Galleguillos, J. (2020) Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Rev. Bioética y Derecho*, n. 48 Barcelona 2020 Epub 11-mayo-2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100014

Sore Galleguillos, S. (2020) J. Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Rev. Bioética y Derecho*, n. 48 Barcelona 2020 Epub 11-mayo-2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100014

Univalle (2020) La oferta académica: Fisioterapia. (consultado en septiembre 20 de 2020). Disponible en: <http://salud.univalle.edu.co/pregrados/fisioterapia>

Ética y bioética en Fonoaudiología

Ethics and Bioethics in Speech Therapy

Gloria Stella Lizarralde Gómez*

© <https://orcid.org/0000-0001-9544-4648>

Resumen

Introducción: Las disciplinas del área de la salud se encuentran influenciadas por circunstancias, necesidades o políticas establecidas por cada país o ente regulador que se encarga de determinar escenarios de atención de cada profesión. En el caso de la fonoaudiología, su influencia está dada por corrientes norteamericanas, europeas y escenarios latinoamericanos, que permiten en sus miembros además del conocimiento, la formación como seres humanos integrales. **Objetivo:** Reflexionar sobre la aplicabilidad de la ética y la bioética, en la disciplina de Fonoaudiología. **Desarrollo:** La información contenida en esta revisión documental hace énfasis en el análisis del estado actual de la profesión, problemáticas y normatividad establecida que le permita a los profesionales prácticas seguras y autónomas que brinden al usuario atención oportuna, eficaz y de calidad que impacte en los derechos humanos fundamentales y el desarrollo del ejercicio profesional en las diferentes áreas de desempeño. **Conclusiones:** Aunque se encuentra poca información de documentación que refleje el estado actual de las condiciones éticas y bioéticas de fonoaudiología y las problemáticas

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ glizarralde@usc.edu.co

Cita este capítulo

Lizarralde Gómez, G. S. (2020). Ética y bioética en Fonoaudiología. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 227-258). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

propias de la profesión, las diferentes asociaciones que la conforman, han contribuido en los avances del quehacer fonoaudiológico, logrando mejoras en el ejercicio profesional y científico que requiere mejorar lo referente a la legislación del código deontológico, fundamentado desde los programas académicos.

Palabras clave: ética profesional, bioética, fonoaudiología, Derechos Humanos.

Abstract

Introduction: The health area are influenced by circumstances, needs or policies established by each country or regulatory entity that is in charge of determining care scenarios for each profession. In the case of speech therapy, its influence is given by North American and European currents and Latin American scenarios, which allow its members, in addition to knowledge, the training as integral human beings. Objective: To reflect on the applicability of ethics and bioethics in the discipline of Speech Therapy. Development: The information contained in this documentary review emphasizes the analysis of the current state of the profession, problems and established regulations that allow professionals safe and autonomous practices that provide the user timely, effective and quality care that impacts on fundamental human rights and the development of professional practice in the different areas of performance. Conclusions: Although there is little documentation information that reflects the actual state of the ethical and bioethical conditions of speech therapy and the problems of the profession, the different associations that make it up have contributed to the progress of speech therapy, achieving improvements in speech therapy professional and scientific exercise that requires improvement of the legislation on the code of ethics, based on academic programs.

Keywords: ethic professional, bioethics, speech, language and hearing sciences, Human Rights.

Introducción

Cuando un aspirante ingresa a un campus universitario a ser parte de una institución educativa buscando formación académica, tiene las posibilidades de capacitarse en alguna disciplina de acuerdo con el pensum que elija; pero también tiene la oportunidad de continuar su proceso de formación como ser humano, con valores, principios y diversos aspectos que faciliten al profesional demostrar su competencia y su calidad humana. Las disciplinas del área de la salud se encuentran influenciadas por circunstancias, necesidades o políticas establecidas por cada país o ente regulador que se encarga de determinar escenarios de atención de cada profesión. En el caso de la fonoaudiología, su influencia está dada por corrientes norteamericanas y europeas, como también por áreas de desempeño propias de países latinoamericanos, que dan cuenta del desarrollo de la ética de la profesión y establecen tendencias adoptadas en nuestro país para el ejercicio profesional (Dottor, 2015).

En la formación profesional de Fonoaudiología, se busca que el estudiante adquiera conceptos en las diferentes áreas del quehacer fonoaudiológico, desarrolle competencias y habilidades prácticas, que permitan un ejercicio profesional adecuado; durante este proceso hace una inmersión con las diferentes formas de ser, actuar, enseñar, exigir de cada uno de sus docentes, que le brindan un sin número de ejemplos, oportunidades y aprendizajes, permitiendo también formar a la *persona*. El ser *persona* nos incluye en las condiciones propias del ser humano, de la especie humana, pero también abarca la inclusión de aspectos básicos fundamentales como la calidad humana con principios, valores, elementos que nos permitan no solo vivir en comunidad, sino hacer parte de un tejido social que aporte a otros; que además de con la razón, actué con inteligencia y responsabilidad de sus propios actos, que sea sensible a las necesidades particulares de su entorno, para dar aportes que permitan ese constructo desde sus posibilidades.

El fonoaudiólogo además de ser profesional, debe ser esa persona, que hace en su labor y de su labor, lo mejor que pueda para aportar al otro, que cree, explore, dinamice, potencie y facilite cada una de las posibilidades que le permitan evolucionar en las dificultades en

la medida de lo posible, que aporte desde su saber y que entregue productos positivos desde la claridad conceptual, que fundamente su actuar en cada una de sus intervenciones desde la evaluación, diagnóstico y tratamiento, ya que en este ejercicio profesional se toman decisiones que involucran aspectos de la vida de otro y las posibilidades de mejorar su calidad comunicativa entre otras.

Es fundamental entonces, para este ejercicio profesional, desarrollar la sensibilidad humana, para generar en el paciente-usuario, la confianza y la empatía, elementos básicos que se requieren y que le permiten exteriorizar aspectos importantes de su vida, sus preocupaciones, sus sensaciones, como aspectos valiosos, que faciliten al profesional establecer un plan de tratamiento –protocolo– ajustado a las necesidades y realidades del paciente para su posterior abordaje. Según la Real Academia de la Lengua Española –RAE– (2014) la palabra empatía viene del griego “*empátheia*” que significa “emocionado”. La empatía es “la capacidad que tenemos de ponernos en el lugar de alguien y comprender lo que siente o piensa”. Por lo cual la empatía debe sentirse desde el profesional y desde el usuario-paciente para que existan las posibilidades de brindar información y de recibirla de la mejor manera.

Es necesario consolidar esta relación médico-paciente, terapeuta-paciente, profesional-paciente, que pretende de forma objetiva entender al otro, para poder tomar una postura profesional, opinión o conducta de la mano con las capacidades del paciente, con el debido respeto a su autonomía, el máximo beneficio y el menor riesgo, bajo todos los parámetros de la justicia social y sanitaria que permitan un momento terapéutico de calidad y eficacia en pro del paciente; estos aspectos fundamentan los aspectos éticos y bioéticos de nuestra profesión. Por ello, esta profesión tiene en cuenta la complejidad y trascendencia que implica la concepción psicosocial del hombre, los valores morales que fortalezcan la relación terapeuta-paciente, vínculos de respeto y moral intachable; fundamentales y prioritarios para la comunidad, la familia, la individualidad y el desarrollo humano con el fin de construir bienestar para todos (Perfil y Competencias del Fonoaudiólogo en Colombia, 2014; Montes, 2015).

La RAE (2014), define la ética de dos formas: conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de

la vida (ética profesional), y por otra parte de la filosofía que trata del bien y del fundamento de sus valores al hacer referencia al saber ético (Montes, 2015). Si retomamos esta definición y la aplicamos a nuestra fundamentación fonoaudiológica, partimos de la premisa de que el profesional de la fonoaudiología además de ser competente, debe ser ético en su actuar, lo que representa un buen comportamiento en su vida y en su ámbito profesional, no solo con su paciente, sino con su familia y su contexto.

Las acciones de intervención fonoaudiológica implican la aplicabilidad de los conceptos y principios bioéticos, protegiendo el acceso de los usuarios y los valores éticos establecidos en la práctica de salud, que permitan autonomía y determinación en la terapéutica para afrontar y corregir desigualdades que puedan presentarse en los diferentes escenarios. Esto, establecido por los entes reguladores en cada país, en este caso la Asociación Colombiana de Fonoaudiólogos (ASOFONO), la Asociación Colombiana de Audiología (ASOAUDIO), la Asociación Colombiana de Facultades de Fonoaudiólogos (ASOFON) y el Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos (CCF) (Perfiles y Competencias Profesionales en la Salud, 2016; Montes, 2015).

Las normas y leyes son fundamentales en los diferentes escenarios en los que se desenvuelve una persona, de esta manera es como se reconocen los derechos y deberes de los sujetos participantes de una sociedad. Precisamente de la condición moral individual, de la construcción social, de los acuerdos, parten las normas que se establecen para ser cumplidas en una institución; si se tornan generales se pueden volver leyes, lo que acarrea a su vez no solo el cumplimiento de esta, sino sanción por no cumplirla. Asimismo, ocurre con las profesiones. En el caso de la fonoaudiología es la Ley 376 de 1997, la que reglamenta la profesión y determina las normas para el ejercicio de ésta en Colombia; entiende la profesión como disciplina autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio: los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones (Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 376 de 1997).

Esta Ley no ha tenido ningún cambio desde el momento en el que fue publicada, sin embargo, los entes reguladores de la profesión han propuesto actualizaciones de ella sin obtener modificaciones hasta el momento de publicación del presente escrito; cabe resaltar que el perfil y las competencias del fonoaudiólogo han tenido ajustes que fueron publicados en un documento en construcción del año 2014 apoyado por Asofono, Asoaudio, Asofon y el CCF. Estos ajustes, se realizaron con el fin de actualizar y estructurar aspectos propios del ejercicio profesional en las diferentes áreas de desempeño, que posteriormente serán revisadas por el Ministerio de Salud para su aprobación.

En la actualidad el fonoaudiólogo desempeña su ejercicio profesional sin contar con una normativa clara que contenga los lineamientos exactos para desarrollar la atención terapéutica, convirtiéndose esto en una problemática para los profesionales y usuarios que están involucrados con la rehabilitación humana (Perfiles y Competencias Profesionales en la Salud, 2016; Montes, 2015; Domínguez y Quirós, 2019). Esto significa que el pensum para formar fonoaudiólogos, sí cuenta con las actualizaciones y directrices que Asofon permite a los diferentes programas de fonoaudiología en Colombia, como ente regulador de los procesos académicos que se requieren para formar este profesional; pero la normativa que nos rige, esta desactualizada y está aún en proceso de ser actualizada.

Este factor puede generar problemas en nuestro quehacer, por las implicaciones de no contar con una normativa completa y actualizada para la profesión; ya que si se generan consecuencias negativas en los usuarios, el profesional de fonoaudiología no tendría el respaldo y soporte de su intervención para efectos de tipo legal. Este aspecto genera preocupación en los profesionales que trabajan en los nuevos campos y áreas que nuestra profesión ha ido ganando con el tiempo.

Esta revisión de la normativa se hace importante en la profesión de fonoaudiología, ya que contribuye a su vez a la interiorización de buenas prácticas como lo son, la participación voluntaria de los pacientes con la obtención del consentimiento explícito e informado, con la exploración clínica estrictamente necesarias, bajo el respeto por la intimidad y confidencialidad de la información, entre otras; guardando sintonía con las exigencias éticas y legales dentro de la sociedad, que garantiza la pre-

caución, prevención, el cuidado y la responsabilidad con las personas que acudan al servicio. También, liderar equipos inter, multi y transdisciplinarios que favorezcan el bienestar de un individuo (Perfil y Competencias del Fonoaudiólogo en Colombia, 2014; Montes, 2015).

Es posible que haya desconocimiento de la normativa por parte de los mismos profesionales para su ejercicio, que puede conllevar a la toma de decisiones frente al abordaje de un usuario y no darse cuenta que puede estar en riesgo. Por ello las diferentes instancias como asociaciones y colegiados buscan de manera mancomunada facilitar los procesos de nuestra profesión y se encuentran en este momento buscando la actualización de dicha normativa. Por ello, es de radical importancia de agremiarse para la defensa de derechos y deberes como profesionales con el fin de mejorar el posicionamiento en cualquiera de los campos de acción haciendo énfasis a los profesionales y fonoaudiólogos en formación, que facilite la idoneidad social e interrelación de los sistemas económicos, políticos y tendencias de desarrollo (Perfiles y Competencias Profesionales en la Salud, 2016; Domínguez, Quirós, 2019; Mogollón, Vargas, Sepúlveda & Jaimes, 2013).

Por ello, la profesión ha perdido fuerza en algunos campos de acción como la foniatría, la terapia miofuncional y el ámbito educativo, aun cuando las habilidades y competencias se lo permiten, esto influenciado por la falta de acciones que permitan a los profesionales potencializar su participación en los ámbitos mencionados y desarrollar el ejercicio profesional correspondiente según la severidad que presente (Quirós, 2019). Esto implica que los avances que se han hecho en estas y otras áreas, se vean apocados en sus procesos de intervención, reflejados también en la poca población especialista y subespecialista en áreas de alta complejidad; esto puede ser por desconocimiento de su existencia o por no haber tantas oportunidades como el mercado requiere.

El objetivo de esta revisión documental sobre la aplicabilidad de la ética y bioética en la fonoaudiología se basa en la búsqueda de referentes internacionales, latinoamericanos y nacionales de la profesión, que permitan analizar el desarrollo de la fonoaudiología como ejercicio profesional con principios éticos; para ello se usaron las bases de datos científicas, archivos y documentos publicados por las instituciones y que corresponden a la regulación de la profesión.

Criterios éticos

La ética, según Audi (1999), es el estudio filosófico de la moral; mientras que Cortina y Martínez (2008) la consideran parte de la filosofía que se dedica a la reflexión de lo moral. Por otra parte, etimológicamente ética y moral provienen del término griego “ethos” que significa costumbre y del latín “mores” que tiene la misma significación. Sin embargo, para diferenciarlos bastaba con decir que la moral tenía que ver con el nivel práctico y la ética con el nivel teórico o de reflexión. No obstante, hoy se hace una distinción semántica entre ambos términos: la ética “saber racional y crítico sobre el hecho de la vida moral” y la moral como aquellos códigos normativos vigentes en diversas comunidades (Montes, 2015).

Según Cuervo (1999) el término experticia fonoaudiológica hace referencia al saber, las habilidades, las actitudes y el razonamiento crítico que posee el profesional para obtener eficiencia laboral. El profesional en fonoaudiología además de ser un buen ser, debe saber ser y saber hacer; esto requiere del complemento de la fundamentación teórica y práctica que le permita escuchar, captar, entender, asociar, explicar, describir el comportamiento comunicativo normal y sus alteraciones, con las habilidades y técnicas procedimentales para intervenir sujetos con y sin alteraciones en la comunicación, así como con el juicio clínico para la toma de decisiones correctas o éticas. Finalmente, el profesional de fonoaudiología debe tener un conjunto de comportamientos profesionales que lo acreditan como identitario de la profesión, así como las habilidades y actitudes interpersonales y terapéuticas que le permiten una adecuada convivencia profesional (Montes, 2015; Muñoz y Guerrero, 2013) .

La misma autora, menciona que la ética en fonoaudiología se considera imprescindible para ejercer la labor profesional de manera eficiente. De ahí que el profesional experto se caracteriza por: “(...) su disposición afectiva de interés, atención y cuidado hacia otro ser humano. Ser entusiasta y desarrollar empatía con los usuarios desde el primer encuentro. Ser sensitivo a las necesidades de las personas, cálido, sincero, flexible, creativo y de buen humor, sus acciones no se interpretan como amenazantes, pues demuestra confianza en sí mismo y se comunica de manera asertiva y honesta” (Montes, 2015).

Los constructos éticos son de suma importancia para el profesional como virtudes básicas e ineludibles en el cuidado a un ser humano. El terapeuta debe comprometerse con el paciente y vivir el proceso con él, respetar el nivel de autonomía personal y estar capacitado para generar una terapia efectiva y derivar cuando sea pertinente, mantener en secreto todo lo que respecta al paciente y lo que suceda entre ellos, generar un vínculo de confianza terapeuta-paciente y ser reflexivo en las decisiones que se tomen en torno al usuario (Montes, 2015; Seminario de Fonoaudiología y los problemas éticos y bioéticos 2014). Para ello, la relación terapeuta-paciente debe estar basada en el respeto y en el mejor proceder para el logro de los objetivos, sin dejar de lado el apoyo y la relación con la familia como mediadores primordiales en toda recuperación del paciente.

Los códigos de ética de fonoaudiología constituyen uno de los instrumentos diseñados para el resguardo de los derechos de los pacientes. Los códigos creados internacionalmente establecen en sus normativas un conjunto de derechos y deberes que buscan garantizar un desarrollo de las tareas fonoaudiológicas regidas por criterios éticos. Estos deberes deben estar en concordancia con los principios bioéticos (Dottor, 2015; Montes, 2015). Se hace importante que no solo los códigos de un profesional se basen en los deberes y derechos de otros, sino que se hace pertinente incluir que el profesional también requiere de unos derechos y deberes que el paciente debe tener y cumplir, con el fin de poder ejercer bajo la seguridad, el respeto, el pago acorde, los medios y el contexto adecuado para actuar.

Referente al código de ética de fonoaudiología, en Colombia Asofono en el año 2008 decidió convocar a los profesionales para agremiarse y constituir el Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos CCF, como respuesta a la Ley 1164 de Talento Humano en Salud de 2007, que tiene como objetivo establecer los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud (Dottor, 2015; Congreso de Colombia. Ley 1164). Es de resaltar que el CCF realiza funciones que el gremio requiere en regulación ético-profesional a nivel gubernamental, que permiten fundamentar el trabajo digno y acorde que como profesionales de la salud se requiere, nos invita a la agremiación para generar mayor visibilidad a nivel nacional e internacional y es el que está encargado de

proporcionar la tarjeta profesional, después de evaluar el cumplimiento de los requerimientos para trabajar en Colombia como fonoaudiólogo. Bajo la Resolución 086 de 2015 el Ministerio de Salud y la Protección Social, se delega al CCF la inscripción de fonoaudiólogos en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS), la expedición de la tarjeta profesional y la expedición de los permisos transitorios u homologación de título para profesionales que ingresen al país para misiones científicas o prestación de servicios humanitarios, sociales o investigativos (Dottor, 2015; Decreto 4192 de 2014).

El CCF trabaja en la consolidación de infraestructura y recursos logísticos para recibir las funciones públicas (Dottor, 2015; Muñoz, Guerrero, 2013), se presenta a convocatoria de acuerdo a las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas con el Decreto 4192 de 2010, reglamentado por la Resolución 5549 de 2010; cumplió con las condiciones del Decreto mencionado, siendo uno de los primeros colegios de profesionales de la salud en cumplir con las condiciones para la delegación de funciones públicas (Dottor, 2015; Decreto 4192 de 2014). Durante el mismo año, el CCF decide conformar el Comité de Redacción del Código de Ética para el ejercicio profesional de fonoaudiología. En él, se trabajó por cuatro años y se realizó la socialización con agremiaciones, profesionales e instituciones educativas, radicando el documento en el 2015 y presentándolo como proyecto de ley para su discusión. Actualmente el documento se encuentra en trámite en el Ministerio; pasó el primer debate y desde junio de 2015 se encuentra archivado por tránsito de legislatura (Dottor, 2015).

Disposiciones generales del Código de Ética para el ejercicio profesional de la Fonoaudiología en Colombia

El fonoaudiólogo observará estos principios como obligación y bajo toda condición en la actividad propia de la vida profesional (Congreso de la Republica de Colombia, 2018). La Fonoaudiología es una profesión universitaria, cuyos estudios duran entre 4 y 5 años, según la universidad de donde egrese, la cual otorga un título de idoneidad profesional, que demuestra que ese egresado cumplió con los requerimientos bási-

cos necesarios para ser fonoaudiólogo; el egresado debe saber que adquiere un compromiso de actualización constante que le permita hacer mejor su trabajo.

El profesional en Fonoaudiología se enmarca en un proceso de formación científica, investigativa, humanística, liberal, administrativa, autónoma e independiente, con principios éticos, morales y de responsabilidad social, que buscan la relación del tiempo necesario para la atención de individuos o colectivos, con una buena intervención desde la evaluación completa, buscando estrategias que complementen el diagnóstico, facilitando la claridad terapéutica, los planes y programas que se requiera según el entorno, para obtener un adecuado manejo de la condición comunicativa y la función oral-faríngea de la población. Es claro que el profesional de Fonoaudiología se compromete, bajo el juramento, a anteponer el bienestar comunicativo y la superación de las dificultades de la comunicación de los usuarios a intereses personales y propender por resultados óptimos del ejercicio profesional (Congreso de la Republica de Colombia, 2018).

Entre los requisitos más importantes para ejercer la profesión de Fonoaudiología, se encuentra el secreto profesional; este aspecto es una obligación profesional y legal, que indica salvaguardar la información que ha recibido del usuario, su familia, el entorno y de todo aquello que en el ejercicio hayan conocido, visto o escuchado. La historia clínica fonoaudiológica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones y evolución del usuario, los procedimientos fonoaudiológicos y los que sean ejecutados por el equipo que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del usuario o el representante legal. Para efectos de la presente Ley, se consideran de obligatorio acatamiento los preceptos que en materia de historia clínica dispone la Resolución número 1995 de 1999 y todas aquellas normas que la deroguen, sustituyan o complementen. (Congreso de la Republica de Colombia, 2018). En los diferentes programas de Fonoaudiología en Colombia y en el mundo en general, se debe tener claridad en contenido y forma, no solo de la construcción en sí misma y de lo que representa una historia clínica (consentimientos, hallazgos, exámenes, datos personales, solicitudes, remisiones, informes, planes o protocolos de tratamiento, secuencias

etc.), sino de la forma en que deben ser custodiadas; todo esto hace parte del proceder ético. Esta información solo debe ser entregada al paciente o a un familiar con su debida autorización, o a una instancia superior (solicitud de su entidad de salud o de carácter judicial).

Es importante no confundir el secreto profesional, con la omisión de información importante que la familia debe saber, esto respecto al mayor beneficio del paciente (recomendaciones de comunicación, socialización, alimentación, educación) y disminución del riesgo (comentar las preocupaciones que se tienen como profesional, para poder solucionar las dificultades: seguridad del paciente en todos los aspectos). Es contrario a la ética, observar, detectar, evidenciar y guardar reserva sobre situaciones que atenten contra el paciente o el bien común.

El Código de Núremberg de 1947, consagra el principio de la necesidad del libre consentimiento de toda persona a someterse a un experimento médico, el paciente puede tomar decisiones relacionadas con su salud, de acuerdo con sus principios, valores y prioridades que pueden o no coincidir con las del profesional, derecho que pretende reconocer el consentimiento informado (Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, 2010; Ministerio de la Protección Social, 2009). Es por ello que como profesional de la Fonoaudiología, inmerso en el gremio de la salud, se debe solicitar al paciente el consentimiento informado como documento legal para dar inicio a cualquier intervención.

Por ello, sugiero respetuosamente tener un consentimiento informado aplicado a la fonoaudiología donde se especifique al usuario que su autonomía se tendrá en cuenta a lo largo del tratamiento, en donde debe autorizar: 1. Toma de datos personales y familiares (identificar el nivel social, educativo, cultural, religioso para las debidas explicaciones en caso de ser necesario). 2. Aceptación de incluir hallazgos clínicos obtenidos en evaluaciones objetivas y subjetivas 3. Aprobación para la toma de fotos, videos, y todos aquellos requerimientos que se necesiten en la consulta o intervención y cuál será el uso de esa información (secuencia del tratamiento o fines investigativos). 4. En el consentimiento debe estar especificada la forma en que el paciente autoriza la toma de datos, (verbal o escrito) 5. Nivel de intervención:

(habilitación, rehabilitación) 6. Tipo de intervención (evaluación, diagnóstico, tratamiento, y replanteamiento del tratamiento de ser necesario) 7. Especificar el área de intervención fonoaudiológica (voz, habla, función oral faríngea etc.), 8. Campo de intervención (clínico, investigativo etc.) 9. Compromisos del paciente ante la intervención para su evolución, (asistencia puntual, llevar los recursos solicitados, etc.) 9. Saber sobre la suspensión del tratamiento cuando crea conveniente o el terapeuta lo crea necesario sin repercusión alguna, con su debida fundamentación. 10. Estipular claridad del lenguaje a lo largo del consentimiento para su comprensión, incluyendo el horario asignado, el tiempo, valor del pago por sesión o tratamiento según la entidad que lo cubra, o si no la tiene, lugar de la atención; se especifican los derechos y deberes, 11. Beneficios que obtendrá el paciente (informe, remisión, tratamiento, evolución etc.), la descripción de lo que se realizará en general: 12. La explicación de las dudas que tenga el usuario, trato digno, respetuoso, normas de bioseguridad, equidad, igualdad, en términos de justicia social y sanitaria y 13. Los riesgos: donde se le proporcionan recomendaciones al usuario y a la familia con el fin de manejar lineamientos de seguridad del paciente; se especifica aquí si existe algún riesgo y cómo se solucionaría. Finalmente, el paciente está en la capacidad y tiene autonomía de decidir si firma o no el consentimiento para la continuidad de la intervención.

En Colombia, la Corte Constitucional en su Sentencia T-401/94 establece “que toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida”. Como parte de la ética profesional fonoaudiológica, se encuentra el consentimiento informado como un documento ético-legal utilizado para dejar constancia en la historia clínica de la información que se proporciona acerca de la intervención. También, busca comunicar al usuario y su familia sobre los riesgos presentes y brindar la oportunidad para tomar decisiones sobre su salud, como derecho del paciente (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Es fundamental que la fonoaudiología en Colombia y en el mundo, estén bajo los mismos parámetros de competencias, prácticas, intervenciones, no solo similitudes desde el punto de vista conceptual, evidenciado por los pensum que manejan las diversas universidades, para que pueda haber una homologación entre universidades o la debida homologación en relación a la intervención del fonoaudiólogo

en cualquier lugar del mundo, sino también a los requerimientos éticos y comportamentales que un fonoaudiólogo debe tener para laborar en Colombia o en el exterior. A nivel científico la Asociación de Lenguaje, Habla y Audición (ASHA), en su Código de Ética identifica la confidencialidad de la información relativa a clientes, pacientes, estudiantes y sujetos de investigación con carácter de obligación ética y no solo como un requisito legal. Describe como un problema ético el manejo inadecuado de la confidencialidad, el manejo de datos, la falsificación, errores, ausencia del consentimiento informado, difusión inadecuada de hallazgos que incluyan imágenes, video, grabaciones y otras irregularidades (Montes, 2015).

Otro rol que los fonoaudiólogos pueden tener en Colombia, apoyado por la Ley 376 de 1997, es el de ser investigador; este rol se encuentra inmerso en el campo de la investigación en las diferentes áreas del que hacer fonoaudiológico, con el fin de crear nuevos caminos de nuestro quehacer o profundizar sobre una temática puntual con una población definida. La mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos (mínimos para la profesión de fonoaudiología), y posibles consecuencias que deben quedar descritas igualmente en el consentimiento informado. Es por esto que en la investigación biomédica se debe regir por los principios de la Declaración de Helsinki (1964) que adoptó la comunidad médica para demostrar que era posible la autorregulación en el control ético de la investigación con seres humanos; se tienen en cuenta los siguientes principios: proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano (Abajo, 2001). En Colombia está la Ley 8430 de 1993 para salvaguardar los derechos de los participantes en investigación, a la cual los fonoaudiólogos deben recurrir en sus diferentes capítulos, artículos y párrafos según su tema de investigación y población objeto de estudio con el fin de garantizar la seguridad del participante y la integridad científica.

De igual manera, en la actual intervención fonoaudiológica, parece estar siendo más valorado el concepto de una “toma de decisión compartida” entre profesionales de la salud y pacientes. En este sentido, los profesionales contribuyen a la investigación basada en la evidencia, incluyendo el impacto de los beneficios y los riesgos de la praxis, lo que proporciona a los pacientes la posibilidad de manifestar

lo que desean en relación a su cuidado, incluyendo los riesgos a los que decidan someterse. De esta forma, la toma de decisiones clínicas debe basarse en evidencias científicas sólidas y en las preferencias de los pacientes con el fin de aportar el mayor beneficio posible del usuario (Feldens y Kramer, 2012).

Bioética en fonoaudiología

La bioética representa “un conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible resolver preguntas de tipo ético, suscitadas por la I y D biomédicos y biotecnológicos en el seno de las sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas (Hottois, 2007). Según Rueda (2002), la bioética se hace cargo de la vida del ser humano como ser biológico, lo que muestra la necesidad de tener derechos y deberes (Montes, 2015). La bioética juega un papel importante en la vida de las personas; Beauchams y Childress, describen cuatro principios fundamentales como son: el respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Beneficencia: Definida como la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios al prójimo por encima de los intereses particulares. Respeto a la autonomía: Entendido como el respeto a las personas que impone la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que actúen de forma autónoma. No maleficencia: Concebido como no causar daño o mal de manera intencional. Justicia: Su significado radica en tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (biológicas, social, cultural, económicas, etc.) (Perfiles y Competencias Profesionales en la Salud 2016; Montes, 2015).

En el ámbito de la salud y de la bioética, se puede afirmar sin duda alguna, que el rol del profesional siempre debe ser acorde a los principios éticos, pues estos están consolidados en los derechos humanos y los de los pacientes. Es por esto por lo que el profesional debe tener claro en su rol ético el respeto mutuo y buscar la máxima beneficencia para el paciente. Conforme a esto, Suarez (2012) plantea que el rol ético del profesional consiste en: reconocer al otro como

sujeto moral, educar sobre la problemática, valorar estado de salud del paciente, velar por la calidad de la atención, ofrecer el mejor tratamiento para este, defender el buen trato a las personas y velar por condiciones hospitalarias dignas. Además, denunciar cualquier maltrato, gestionar desde las asociaciones científicas los recursos humanos y físicos para la beneficencia de todas las personas (Montes, 2015; Seminario de Fonoaudiología y los problemas éticos y bioéticos, 2014). La fonoaudiología tiene dos corrientes: la influencia europea y la perspectiva de norteamericana. Bajo estas dos influencias se reflejó el desarrollo de la profesión en Colombia. A través del tiempo, se ampliaron los campos de acción hasta llegar al dominio de la rehabilitación; fue así como esta corriente se desplegó a países latinoamericanos y se formaron agremiaciones de profesionales y fundaron la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) en 1925. Con ello la fonoaudiología se desarrolló internacionalmente (Dottor, 2015; Cuervo, 1998). La corriente europea aportó mucho sobre los diversos aspectos que debe tener un fonoaudiólogo en asuntos relacionados con la intervención, la logopedia, el tratamiento de las alteraciones del habla, el lenguaje, la comunicación y las formas de interactuar con el otro. Esta fundamentación arroja fundamentos desde el ser, para saber cómo intervenir al otro, la actuación del fonoaudiólogo y su forma de abordaje desde la creatividad, diversidad, cultura y arte. La corriente norteamericana nos aporta la tecnología, el avance científico para las evaluaciones objetivas en los ambientes clínicos. Esta tecnología hizo que, de alguna manera, se dieran nuevos aportes a las intervenciones evaluativas en diferentes áreas del quehacer fonoaudiológico, que permitieran profundizar y obtener nuevos hallazgos para mejorar el diagnóstico y contribuir al tratamiento. La bioética aporta y apoya la fundamentación en el manejo e interacción adecuados con el ser humano desde los diferentes roles, niveles de intervención y campos de acción, buscando en todo momento el respeto y aplicabilidad de los principios bioéticos.

A nivel internacional la bioética se ha empezado a fundamentar desde diferentes instancias. El Comité de Educación de la Asociación Internacional de Logopedia y Foniatría IALP, acordó “dar los pasos necesarios para la preparación de unos lineamientos que con carácter internacional pudiesen ser las bases para la educación inicial en logopedia”. Más adelante, la ASHA en colaboración con IALP, publicó

“Un directorio internacional de programas de formación para patólogos de habla y lenguaje”. Esto contribuyó a que se consolidara la comunidad profesional a nivel global (Dottor, 2015; Cuervo, 1998). Estos aportes fueron permitiendo que los fonoaudiólogos pudiéramos tener puntos de encuentro, avances científicos significativos y parámetros de manejo más adecuados con nuestro usuario.

En el ámbito latinoamericano también se registra la iniciación de un proceso de globalización. En 1993 se llevó a cabo el Primer Encuentro Iberoamericano de Fonoaudiología en la Universidad del Valle (Cali, Colombia). En este se propusieron temáticas referentes a la calidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios fonoaudiológicos; la formación de los profesionales; la evolución en lo relativo a la ética en el ejercicio; la influencia y el impacto de la fonoaudiología en los diferentes países; la importancia de los gremios en la consolidación de las profesiones y la presentación del Código de Ética correspondiente a la profesión por parte de la Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia de Lenguaje (ACFTL) (Cuervo, 1998).

A partir de allí, el estudio de la ética y la bioética ha sido un pilar en los pensum académicos en la carrera de Fonoaudiología en Colombia, en donde se convirtió requisito básico para esta profesión, y en donde se busca transversalizar la bioética en los diferentes semestres y en los diferentes cursos, para buscar el mejor actuar con ese ser humano, población o comunidad en sus diferentes niveles o acciones de intervención.

Atención en salud desde la fonoaudiología

Las funciones del fonoaudiólogo en su quehacer profesional se encaminan en procedimientos de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico e intervención según las necesidades que se identifiquen; abordando con herramientas éticas, morales y sociales al sujeto desde un enfoque biopsicosocial. Asimismo, desempeña un rol asistencial, docente, investigativo y administrativo. Desarrolla su ejercicio con sentido crítico, ético y competente, saberes que sustentan su acción en diferentes escenarios profesionales que corresponden al sector público

o privado (Cuervo, 1998 Perfil y Competencias del Fonoaudiologo en Colombia, 2014). A su vez se reconocen otros aspectos que hacen parte de nuestra intervención en instituciones o comunidades que se relacionan con la consultoría, auditoría, asesoría, entre otras

Según Cuervo (1999), el acto de la comunicación humana requiere de procesos como la cognición, el lenguaje, el habla y la audición; estos procesos están inmersos en todos los ciclos vitales y cualquier alteración en ellos desencadena riesgos que afectan a un individuo en lo personal, lo familiar y lo social, incrementando incluso el costo al país (Muñoz y Guerrero, 2013). A estas áreas del quehacer fonoaudiológico, se suman otras no menos importantes como son la comunicación humana en general, el aprendizaje, la voz, función oral faríngea, fonoaudiología forense, asuntos profesionales, y otras que podrán llegar, gracias a las fusiones que se hacen con otras disciplinas y a las necesidades de la población.

La fonoaudiología se puede catalogar como una profesión del área de la salud, dado el campo de estudio y su aplicación, pues uno de sus múltiples desempeños procura el correcto funcionamiento de los procesos comunicativos, aspecto fundamental en el bienestar y desarrollo humano. En efecto, el artículo 3° de la Ley 376 de 1997 contempla entre los campos de trabajo en fonoaudiología los siguientes: la gerencia de servicios fonoaudiológicos en los sectores de la salud, educación, trabajo, comunicaciones, bienestar y comunidad, y su participación en “el diseño, ejecución, dirección y control de programas fonoaudiológicos de prevención, promoción, diagnóstico, intervención, rehabilitación, asesoría y consultoría dirigidos a individuos, grupos y poblaciones con o sin desórdenes de comunicación (Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 376).

En relación con el perfil y competencias de atención primaria fonoaudiológica, se crean las condiciones y capacidad de gestión de los servicios para mejorar la accesibilidad y la atención integral. Conforme a esto, se incluye la promoción y prevención de salud auditiva y comunicativa, la cual se encuentra definida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, según la Resolución 1841 de 2013 que busca equidad en salud y desarrollo humano sostenible (Muñoz y Guerrero, 2013; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En ese mismo año se

expide el *Manual de buenas prácticas auditivas y comunicativas “somos todo oídos”*, que contiene información relevante para el cuidado de la salud, conductas protectoras, medidas para intervenir los riesgos, fomento de estilos de vida saludable y cambio de conductas para que las personas tomen decisiones conscientes de su salud (Manual de Salud y Protección Social. Buenas Prácticas en Salud Auditiva y Comunicativa “Somos Todo Oídos”, 2013). Existen en las diferentes áreas del quehacer fonoaudiológico, los medios, recursos y estrategias para llevar estos programas de educación en salud, proporcionando lineamientos claros de promoción y prevención, por lo cual las alcaldías y gobernaciones podrían establecer estrategias que permitieran a los fonoaudiólogos trascender en términos de educación con el fin de aminorar los riesgos desde los diferentes campos.

Asimismo, se encuentran los lineamientos para la promoción y gestión integral de salud auditiva y comunicativa; para este ejercicio, se deben incluir protocolos e instrumentos, como las rutas de atención específicas de la profesión (ruta integral de las alteraciones de habla y lenguaje) y la guía de práctica clínica de estos trastornos (Asociación Colombiana de Fonoaudiología, 2016). Instrumentos de valoración auditiva y comunicativa de cero a doce años, VALE (Responsabilidad profesional médica: factores de riesgo no asistencial en las demandas por mala praxis, 2017), y otros test estandarizados, si el profesional lo considera pertinente. Esto con el fin de apoyar la detección temprana de posibles alteraciones y favorecer los procesos de intervención integral. Finalmente, es importante tener en cuenta que el seguimiento y monitoreo de los programas de salud auditiva y comunicativa deben estar bajo la rectoría de un profesional en fonoaudiología. Se pretende entonces que el fonoaudiólogo participe como profesional activo en los procesos de construcción de rutas que disminuyan los riesgos en la población de neonatos, niños, adultos y adultos mayores, en las diferentes áreas del que hacer fonoaudiológico y en los diferentes campos, en donde se vea claramente que la intervención a tiempo, mediante brigadas, visitas, programas y que sea un profesional que aporte a la comunidad desde su participación en las instituciones.

Riesgos de una mala praxis

La práctica médica está ligada al derecho, por lo que la seguridad del paciente y el riesgo de reclamaciones por presunta mala praxis o mala práctica por parte de un profesional de la salud en relación a un paciente ya sea en consulta privada o servicio de salud pública, se han visto en aumento. Es por esto por lo que se hace fundamental establecer protocolos de manejo adecuados, desde que el paciente ingresa de primera vez para proporcionarle todos los elementos necesarios para su intervención como lo es el consentimiento informado; por ende la debida explicación y consignación de datos debe ser completa y veraz en la historia clínica. Esto hace que la responsabilidad profesional sea un tema de orden primario en el área de la salud (Responsabilidad profesional médica: factores de riesgo no asistencial en las demandas por mala praxis, 2017).

En nuestro país existe una sólida decisión de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura y documentada en la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en atención en salud” (Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, 2010; Muñoz y Guerrero, 2013). Este aspecto es seguido de manera estricta en cada una de las practicas del quehacer fonoaudiológico, en donde se le proporcionan a los usuarios las explicaciones de la intervención, la documentación, así como de manera preventiva la adquisición de pólizas de responsabilidad civil, por aquellas situaciones que no están o se salen de las manos en la atención de los usuarios (caídas, golpes con algún elemento del consultorio, reacción adversa, entre otras). El ejercicio profesional de fonoaudiología, presenta cambios actualmente que han desarrollado problemáticas en el tiempo y contexto histórico de la profesión desde el ámbito político, gubernamental, económico y social que han generado discordias en la calidad de atención en los servicios de salud (Dottor, 2015). Por eso se han creado las agremiaciones y colegiados, con el fin de tener un poco más de soporte en el proceder profesional, para actuar con convicción, tranquilidad y con la seguridad de aplicar los protocolos adecuados al usuario con los requerimientos debidos, de acuerdo al avance científico.

Entre los problemas éticos más frecuentes se encontraron: competencia desleal con relación a las tarifas, acciones que afecten la calidad de vida y anteponen lo económico, las malas prácticas sobre la calidad del servicio y el bienestar de los pacientes, la falta de compromiso con el desarrollo de la profesión y la falta de formación, que también se consideran infracciones éticas. Así mismo la falta de respeto y reconocimiento por los colegas, suprimir aspectos importantes en los procesos de atención, aunque sea de forma involuntaria y tratamientos incompletos o innecesarios; no son consideradas acciones éticas (Dottor, 2015; Muñoz y Guerrero, 2013). Infortunadamente en Colombia y en el mundo, pueden existir profesionales que no se ajustan a los lineamientos nacionales de buenas prácticas, haciendo intervenciones innecesarias, cobrando un valor por debajo del establecido para que se le adjudique un beneficio, un contrato o atención a pacientes, cobrar por jornadas o procedimientos que no se han realizado, no dar el uso de tiempo adecuado al usuario, entre otras. Esto no es una cuestión del profesional de fonoaudiología, es una situación humana, que se puede presentar por cuestiones diferentes y en cualquier profesión. Es fundamental a su vez tener la claridad de los acontecimientos, tener todos los recursos a la mano, en caso de que el paciente este solicitando algo que no corresponde o que tenga otros intereses.

En el Código de Ética de Fonoaudiología se establecen el procedimiento y las sanciones en caso de incurrir en una infracción o mala praxis que vulnere los derechos del usuario al que se presta la atención u otro profesional (Congreso de la Republica de Colombia, 2018). Estas sanciones pueden ir desde avisos de comunicación hasta la cancelación de la tarjeta profesional.

Sanciones

La sanción disciplinar debería ser el último recurso que el profesional sufre, después de haber hecho el suficiente análisis por parte de las diferentes instancias que se encuentran involucradas y aquellas que nos prestan servicios de agremiación y respaldo ético-legal. Entrar en un problema ético-legal puede ser muy fácil, salir de él puede resultar muy complejo y en algunas circunstancias requiere el abandono de su

profesión, de su país, y repensar su forma de vida de allí en adelante. Es por ello fundamental conocer el código de ética de las profesiones durante la formación universitaria, a fin de que se aminoren los riesgos por desconocimiento de la norma, que de ninguna manera nos exime de nuestras responsabilidades. En caso de infracción al Código de Ética, los profesionales de fonoaudiología asociados a la ACFTL se ven en la obligación de actuar y cumplir a cabalidad las obligaciones profesionales e informar posibles violaciones del estatuto establecido; se debe tener en cuenta que el ente regulador no actúa de manera aislada, sino que debe existir una queja o reclamación que indique la infracción. Para dar continuidad al procedimiento e imponer sanciones la asociación cuenta con dos órganos; la Junta Directiva y el Comité de Ética, son los encargados de imponer la sanción respectiva en el menor tiempo posible; el involucrado puede apelar la decisión en caso de no estar de acuerdo (Ortega, 2011; Congreso de la Republica de Colombia, 2018).

En este orden de ideas, se exponen las sanciones que el Código de Ética contempla para los infractores; se encuentran las siguientes (Ortega, 2011):

- 1. Reprimenda o llamado de atención:** Corresponde al nivel mínimo de castigo para una violación del código. La notificación de la violación y la sanción se restringe al miembro de la asociación y al denunciante.
- 2. Requerimientos de cesar y desistir:** Esta sanción se impone de manera escrita y el Comité de Ética ordena al infractor adquirir un compromiso de no volver a incurrir en la infracción, además de la publicación de la sanción en el periódico de circulación nacional de la Asociación.
- 3. Suspensión miembro asociado:** Alcanza un mínimo de seis meses o máximo de doce meses. El asociado se encuentra obligado a continuar con el cumplimiento de sus deberes morales y económicos con la Asociación.
- 4. Expulsión del miembro asociado:** Corresponde al máximo castigo para una infracción al Código de Ética y no se permitirán reintegros u honorarios.

Análisis y reflexión

La política pública de atención integral en salud, contempla como objetivo orientar el sistema hacia la equidad y mejora de condiciones de salud de la población mediante acciones de regulación en la intervención, facilitando el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, respondiendo a las necesidades de cada profesión de la salud que puedan acogerse a los planteamientos de ésta y garantizar los derechos fundamentales de una persona (Ministerio de la Protección Social, 2016). Estos programas y estrategias de atención integral en salud, son desarrollados desde los cursos teóricos de salud pública y aplicados en las prácticas académicas de los programas de fonoaudiología, mediante acciones aplicadas a la población o comunidad en las prácticas comunitarias, educativas, clínicas e investigativas, entre otras.

En la actualidad la fonoaudiología percibe al hombre de una manera holística e integral como un ser psicosocial, teniendo en cuenta el contexto de la persona dentro de un sistema social, su diversidad, las posibilidades de la tecnología e innovación como aportes a la comunicación. Consecuentemente, los fonoaudiólogos enfrentan el deber de profundizar su objeto de estudio, los avances en la disciplina, la definición de sus campos de acción específicos, ejecución de prácticas basadas en evidencia científica y desde el marco de funcionamiento, capacidades y participación de un individuo. De la misma manera, promover el ejercicio profesional desde el enfoque ético velando por los derechos humanos, la equidad y la justicia social (Seminario de Fonoaudiología y los problemas éticos y bioéticos, 2014). Cada docente universitario está en la obligación de afianzar los conceptos éticos aplicados en su curso teórico o práctico, a fin de que el estudiante sepa cómo abordar diferentes situaciones, y cómo salir adelante sin cometer ninguna falta que pueda afectar la vida de una persona o población, que pueda afectar su hoja de vida o en su defecto ser expulsado de su ambiente universitario.

Las problemáticas fonoaudiológicas en Colombia se enfrentan en aspectos profesionales, económicos, políticos y éticos que requieren de

la atención del gremio. Sin embargo, existe poca información frente a estos problemas o por lo menos poca documentación hasta el momento. El 51% de los fonoaudiólogos conoce el proyecto de ley para la legislación del código de ética del ejercicio. El 70% menciona haber escuchado sobre bioética, pero no tiene claridad frente a los alcances y beneficios que aporta a la profesión o praxis (Dottor, 2015; Ministerio de la Protección Social, 2016). Sin duda, la ética es una disciplina que ha sido trabajada y concebida desde hace muchos años, que tuvo que ser vista en educación secundaria, pregrado o postgrado, por lo cual el estudiante en formación tiene alguna base de formación ética, aunque no conozca el código ético de su ejercicio profesional, y además trae un constructo social que forma parte de su comportamiento para actuar de determinada manera en su vida personal y en su profesión.

El Código de Ética de Fonoaudiología se encuentra como proyecto de ley para legislación; además, referente al bagaje conceptual de los profesionales sobre esto surgen hipótesis relacionadas a la ausencia de conocimiento por baja divulgación en la socialización; poca participación y compromiso de los profesionales para promover el cambio en el desarrollo de la profesión en el país. Por lo tanto, queda la preocupación que el desinterés profesional pueda ser uno de los factores negativos en el desarrollo y seguimiento de este proyecto (Ministerio de la Protección Social, 2016; Congreso de la Republica de Colombia, 2018).

Al indagar sobre la aplicabilidad y aportes de un código de ética profesional, se obtienen respuestas que apuntan a la necesidad de divulgación y aplicación del mismo. En este caso, los profesionales en fonoaudiología manifiestan, a través de una encuesta, la necesidad de trabajar en la divulgación del proyecto de ley del Código, ya que la aplicabilidad de éste debe dirigirse a la práctica profesional, las demandas, problemáticas y necesidades del ejercicio, para garantizar calidad en los servicios de atención relacionados con el objeto de estudio fonoaudiológico. La legislación del Código serviría como guía de acción y herramienta para sancionar a quienes actúen por fuera de éste (Mac-Kay y Valles-González, 2018). Es importante resaltar que se requiere educar a los estudiantes de manera puntual en temas éticos con el fin de aminorar sanciones. Este trabajo en cabeza de los colegios profesionales, en este caso CCF, buscaría que participen en jornadas

de socialización y aportes al Código en las diferentes universidades, a fin de que no solo lo conozcan, sino que busquen complementarlo, ajustarlo, según las necesidades, o generalidades de la población.

En congruencia con las problemáticas y la aplicabilidad de los principios bioéticos en fonoaudiología que se encontraron en la revisión documental, se considera necesario mencionar algunas propuestas de mejora dirigidas a favorecer la conducta ética en el ejercicio profesional correspondiente.

Como parte de las propuestas de mejora referentes a los problemas encontrados, se considera importante la legislación e implementación del Código de Ética, el fortalecimiento del gremio, actualización, estandarización de tarifas, sensibilización social, aportes desde política pública y fortalecimiento de la academia (Dottor, 2015; Responsabilidad profesional médica: factores de riesgo no asistencial en las demandas por mala praxis, 2017).

El trabajo para el fortalecimiento de la profesión debe empezar desde una reflexión interna por parte del profesional frente a su participación y compromiso con la situación actual, teniendo en cuenta que cada profesión implica gran responsabilidad moral y profesional para proveer una atención de calidad a las personas que consultan estos servicios, a partir de principios científicos, técnicos y éticos. Se pretende entonces llevar al estudiante a ser más consciente de su actuar, de la aplicabilidad ética del contenido del curso que está viendo, de cómo relacionarlo con su intervención, con el fin de que el profesional salga nutrido en estos aspectos de aplicabilidad ética en su actividad profesional.

Cabe mencionar que el incremento en el interés y compromiso profesional aumenta las posibilidades para la legislación e implementación del Código de Ética necesario para vigilancia y sanción de infracciones relacionadas con el ejercicio. Es por esto que se considera importante impartir en los currículos académicos del pregrado cursos o asignaturas que incluyan temas de la ética en la fonoaudiología, convirtiéndose en un componente transversal en el proceso formativo. Asimismo, fortalecer la formación académica en cuanto a bases conceptuales y técnicas que aporten en la calidad de la atención de los pacientes (Dottor, 2015). No es solo dar un curso

de ética o bioética a lo largo de la carrera, lo que dará las bases del conocimiento de la ética, sino de su aplicabilidad en cada curso o práctica universitaria.

Uno de los aspectos éticos que con mayor frecuencia puede verse en el actuar del fonoaudiólogo, (no queriendo decir que sea el más importante, o el más complejo, pero si el que se puede presentar) es regalar el trabajo, prestarse a trabajar por muy poco y a no darle el valor respectivo al trabajo, para poder trabajar en un determinado lugar. Por ello con relación a los colegios profesionales en Colombia, que son los encargados de responder a las políticas nacionales y trabajar por y para el gremio, es relevante la organización gremial con el fin de estandarizar tarifas, posicionar la profesión y darle prestigio haciendo su ejercicio trascendental en el país (Dottor, 2015; Domínguez y Quirós, 2019).

Es importante contar con legislaciones y comités de políticas públicas que velen por la ética en fonoaudiología; disponer de normatividad incluye la divulgación a todos los prestadores de salud o empleadores para que respeten la integridad de los profesionales y de los usuarios. A pesar de que en la política pública de atención integral en salud y en el plan decenal de salud pública se tiene en cuenta el ejercicio fonoaudiológico en el primer nivel de atención, aún se requiere fortalecer la intervención en campos de acción que no consideran y son de competencia en el quehacer del profesional en fonoaudiología (Ministerio de la Protección Social, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; Responsabilidad profesional médica: factores de riesgo no asistencial en las demandas por mala praxis, 2017).

Los profesionales requieren constante actualización en relación a programas de intervención que se desarrollan fundamentados en la práctica basada en la evidencia, así como diferentes avances de la ciencia y la tecnología relacionadas con el área de desempeño, por lo cual se sugiere que el CCF y de las instancias que rigen la profesión en Colombia, puedan hacer los debidos ajustes para que la Ley 376 d 1997 se mantenga actualizada y que los nuevos campos de acción no queden descubiertos por tanto tiempo.

Es importante implementar estrategias de sensibilización social que correspondan a promoción, prevención e intervención temprana. Ya

que la prevención es uno de los pilares fundamentales para disminuir el origen de demandas por responsabilidad profesional (Dottor, 2015; Mac-Kay y Valles-González, 2018). Es función de los programas académicos, de la mano con las entidades que rigen la educación en Colombia, incluir en sus currículos la forma de disminuir los riesgos con jornadas de intervención temprana con la población que se maneja en las diferentes etapas cronológicas y en las diferentes áreas de intervención.

Desde la deontología profesional, se esclarece la necesidad de seguir la normatividad y ejercicio de cada profesión. Sin embargo, no es claro para el caso de fonoaudiología la importancia de la bioética en la praxis, por lo cual se considera que la integración e implementación de estos aspectos permitiría a la profesión crecer, visibilizarse y ganar prestigio en los procesos de atención en salud bajo un trato holístico y humanizado para los usuarios.

Conclusiones

Se concluye que, las agremiaciones como la Asociación Colombiana de Fonoaudiólogos y Terapia del Lenguaje y el Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos, han contribuido en los avances del quehacer fonoaudiológico, logrando mejoras en el ejercicio profesional y científico. Sin embargo, se hace necesario involucrar a todos los fonoaudiólogos para la toma de decisiones que favorezcan la calidad del servicio con una perspectiva humanística, integral, equitativa y justa que posibiliten el respeto y prestigio de la profesión. Esta agremiación podría traer beneficios en aspectos como salario, unificación de tarifas, calidad de la atención y la normatividad que dé cuenta de los alcances de la profesión.

Además de lo anterior, se resalta la importancia de tener mayor compromiso e interés por el conocimiento de los aspectos bioéticos que influyen en la atención y el trato digno hacia los usuarios, teniendo en cuenta que la problemática que se presenta lleva a una mala praxis que hace que se vulneren los derechos del paciente.

Asimismo, La falta de legislación del Código de Ética en Fonoaudiología y la poca socialización de documentos relacionados con la regulación del quehacer profesional y la información correspondiente a la bioética aplicada a la profesión, aumentan la posibilidad de ejercer una práctica irresponsable cayendo en la infracción del Código.

Durante la revisión documental se evidenció poca información de documentación que refleje el estado actual de las condiciones éticas y bioéticas de fonoaudiología y las problemáticas propias de la profesión.

Para finalizar, se considera importante que se dé continuidad a investigaciones relacionadas con la aplicabilidad de la bioética fonoaudiológica y cómo esto beneficia a los usuarios, a la comunidad y al profesional.

Es deber de los programas académicos y las instancias como Asofono, CCF, Asoaudio, entre otros, estar en comunicación directa, para los avances científicos, retroalimentar a los programas, y generar espacios para la aplicabilidad de nuevas políticas, conceptos, recursos, manejos, avances tecnológicos y científicos entre otros.

Referencias bibliográficas

Abajo, F. J. (2001) La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente? *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2001 [citado 2020 julio 08]; 75(5): 407-420. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002

Asociación Colombiana de Fonoaudiología (2016) *Rutas de atención (RIAS) para las enfermedades no transmisibles* [Internet]. Bogotá: Asociación Colombiana de Fonoaudiología; 2016 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <https://asofono.co/wp-content/uploads/2017/06/diagrama-de-capas-salud-auditiva.pdf>

Beauchamp, T. L. y J. F. Childress, J. F. (1979) "Principles of Biomedical Ethics". *Los principios de la bioética*. Nueva York: Oxford University Press.

Congreso de Colombia. Ley 1164 "tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de

la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos” [internet]. Bogotá D.C: Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos; 2007 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

Congreso de la Republica de Colombia. Proyecto de Ley “por medio del cual se establece el código de ética para el ejercicio de la profesión de la fonoaudiología en Colombia y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Bogotá DC: Congreso de la Republica de Colombia Senado de la república; 2018 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/imagenes/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2018%20-%202019/PL%20120-18%20Codigo%20de%20Etica%20Fonoaudiologia.pdf>

Congreso de Colombia. Ley 376 “Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia” [internet]. Bogotá D. C.

Ministerio de Salud y Protección Social; 1997 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66195

Cuervo, C. (1998) *La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional*. [Tesis] ed. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia; 1998. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2344/2/clemenciacuervoecheverri.1998.pdf>

Decreto 4192 “Por medio del cual se establecen las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas en Colegios Profesionales del área de la salud, se reglamenta el Registro Único Nacional y la Identificación Única del Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones” [internet]. Bogotá D. C: Diario Oficial No. 47888; 2010 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40749>

Domínguez, A. N., Quirós, A. R. (2019) *Revisión documental de la normativa internacional y nacional en fonoaudiología como sustento teórico para la renovación de la ley 376 de 1997 del ministerio de educación nacional 2019* [Tesis]. Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali; 2019. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/2855/5/REVISI%C3%93N%20DOCUMENTAL%20.pdf>

Dottor, L. L. (2015) *El ethos de la fonoaudiología en Colombia: un análisis desde la bioética*. [Tesis de maestría] Bogotá D.C: Pontificia Universidad

Javeriana; 2015. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18871>

Feldens, C.A., Kramer, F. P. (2012) Práctica clínica basada en evidencia: porqué y como aplicarla en odontopediatría. *Rev. Odontopediatría latinoamericana* [Internet]. 2012 [citado 2020 julio 8];2(1): 13-15. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/1/art-2/#>

Giraldo, C. P. (2006) Caracterización del ejercicio profesional del fonoaudiólogo de la Corporación Universitaria Iberoamericana. *Areté* [Internet]; 2006 [Citado 2020 julio 07] 5(1): 7-10. Disponible en: <https://arete.ibero.edu.co/article/view/540/501>

Hottois, G (2007). *¿Qué es la bioética?* Bogotá: Universidad del Bosque.

León, C. Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. *Rev Med. Chile* [Internet]. 2012 [citado 2020 julio 08]; 140(11): 1490-1494. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001100017

Mac-Kay, M. G. A., Valles-González, B. (2018) Fonoaudiología y derechos humanos. *CASUS* [Internet]. 2018 [citado 2020 julio 07]; 3(2):117-22. Disponible en: <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/download/59/80?inline=1#ref12>

Manual de Salud y Protección Social. Buenas Prácticas en Salud Auditiva y Comunicativa “Somos Todo Oídos” [Internet]. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/manual-buenas-practicas-salud-auditiva-comunicativa.pdf>

Ministerio de la Protección Social (2009) Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento informado. República de Colombia: Ministerio de la Protección Social 2009 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Política Publica de Atención Integral en Salud [Internet].; 2016 [citado 2020 julio 07] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Instrumento de valoración Auditiva y del lenguaje para niños de 0 a 12 años- VALE [Internet]. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/cartilla-vale-msps.pdf>

Mogollón, M., Vargas, M., Sepúlveda, N. & Jaimes, V. (2013) La fonoaudiología en Colombia: una mirada posgradual en sus áreas de desempeño. *Areté* 2013 [citado 2020 julio 06]. 13(1) P6. Disponible en: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/91/65>

Montes, M. (2015) La etica del Fonoaudiólogo: reflexión y desafíos. *Areté* [Internet]. 2015 [citado 2020 julio 06]; (15)2: 22-24. Disponible en: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/1011>

Muñoz, A., Guerrero, H. (2013) La fonoaudiología en el sistema de salud colombiano. *Areté* 2013. 13(1), P 7. Disponible en: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/77/52>

Organización Mundial de la Salud-OMS- OPS- DECS. (2020) Descriptores en ciencias de la salud. Biblioteca Virtual de Salud. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> 2020

Ortega, D. A. (2011) Ética y responsabilidad en fonoaudiología: critica a la normatividad existente en Colombia. *Areté* [Internet]; 2011 [Citado 2020 julio 07] 11(1) 5-19. Disponible en: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/372/339>

Perfil y Competencias del Fonoaudiologo en Colombia. (2014) [citado 2020 Julio 07]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Fonoaudiologia_O.

Perfiles y Competencias Profesionales en la Salud. (2016) [citado 2020 Julio 07]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Resolución 086 “Por medio de la cual se delegan funciones públicas en el Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos y se dictan otras disposiciones”

[Internet]. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social: 2015 [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0086-de-2015.pdf>

Responsabilidad profesional médica: factores de riesgo no asistencial en las demandas por mala praxis. *Rev. Med. La paz* [internet]. 2017 [citado 2020 julio 07]. 23(2) 3-5 Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-89582017000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Seguridad del Paciente (2008) [citado 2020 julio 07]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>.

Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (2010) [citado 2020 julio 06]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

Seminario de Fonoaudiología y los problemas éticos y bioéticos (2014). [citado 2020 julio 06]. Disponible en: <https://conoces-tu-ethos.webnode.cl/news/seminario-fonoaudiologia-y-los-problemas-eticos-y-bioeticos/>

Ética y bioética en Psicología

Ethics and Bioethics in Psychology

María del Carmen Martínez Cardona*

© <https://orcid.org/0000-0001-9108-4702>

Luzora Mondragón Joaqui**

© <https://orcid.org/0000-0002-2669-0359>

Resumen

Introducción: La ética y bioética en la profesión de psicología, cada vez más, se convierten en una necesidad en el actuar de esta misma; la psicología se encuentra enmarcada en el trabajo con el individuo desde las ciencias de la salud, ciencias sociales y las humanidades, lo que conlleva a favorecer el desarrollo del ser humano en todas sus dimensiones y así garantizar un ejercicio profesional que garantice los derechos del paciente. Objetivo: Describir los alcances de la ética y bioética en la profesión de psicología en Colombia. el ejercicio de la Metodología: Se llevó a cabo una revisión teórica no sistemática de literatura sobre ética y bioética en la profesión de psicología consultando bases de datos como Google Scholar, Redalyc así como libros científicos y manuales de códigos éticos. Resultados: La

*Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ maria.martinez11@usc.edu.co

**Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ luzora.mondragon00@usc.educ.co

Cita este capítulo

Martínez Cardona, M. C. y Mondragón Joaqui, L. (2020). Ética y bioética en Psicología. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 259-276). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

normatividad en la profesión de Psicología en Colombia, a partir de la Ley 1090 de 2006 (Por la cual se reglamenta profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones), viene cumpliendo con una postura propia desde referentes normativos históricos retomados en otros países donde se muestra la importancia de incluir esta temática en los procesos de formación de la profesión. Conclusiones: En los diferentes campos de acción de la psicología, se asume la pertinencia del manejo de principios éticos y bioéticos desde la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia como ejes fundamentales en el ejercicio profesional.

Palabras clave: ética profesional, bioética, psicología.

Abstract

Introduction: Ethics and bioethics in the profession of psychology are increasingly becoming a necessity in the work of psychology, which is framed in the work with the individual from the health sciences, social sciences and humanities, which leads to promote the development of human beings in all its dimensions and thus ensure a professional exercise towards the rights of this. Objective. To describe the scope of ethics and bioethics in the profession of Psychology in Colombia. Methodology. A non-systematic theoretical review of literature on ethics and bioethics in the Psychology profession was carried out by consulting databases such as google scholar, redalyc, scientific books and ethical code manuals. Results. The regulations in the Psychology profession in Colombia with the law 1090 of 2006 of the deontological and bioethical code, have been fulfilling an own position from historical normative references taken up again in other countries and the importance of including this subject matter in the formation processes of the profession. Conclusions. In the different fields of action of Psychology, the pertinence of the handling of ethical and bioethical principles is assumed from autonomy, benefit, nonmaleficency and justice as fundamental axes in the professional exercise.

Key words: professional ethics, bioethics, psychology.

Introducción

La psicología ha sido entendida como el estudio científico de la conducta humana y procesos cognitivos. La ley 1090 de 2006 reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y la define en su artículo primero como:

“La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: la educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida” (Congreso de la República. Ley 1090 de 2006).

En una mirada general, la psicología puede definirse como una disciplina que se encarga del comportamiento humano de manera integral en la que se cumplen objetivos tales como describir, explicar, predecir e intervenir y/o modificar con control de la conducta humana, producción de ideas, manejo de instrumentos o métodos para el diagnóstico e intervención psicológica (Tortosa y Civera, 2006); se enmarca en el método científico (Ministerio de Salud. Ley de Salud Mental 1616 de 21 enero de 2013).

De esta manera, un gran avance ha tenido esta profesión en la que vienen aportando conocimientos y evidencias científicas, lo que hace contemplarla como una disciplina científica.

La psicología como ciencia organizada existe desde hace aproximadamente cien años. En el siglo XIX se inicia con el estudio del ser humano en diferentes laboratorios psicológicos hasta constituirse como una disciplina en la que podía demostrarse y evidenciarse

como ciencia. Ya en 1989 planteaba una serie de fenómenos como la percepción, la emoción, el deseo, el sentir y el pensar que sean de comprobación empírica y experimental como parte del método y la conducta humana como el objeto de estudio en la psicología, desde un enfoque de disciplina científica autónoma e independiente con un crecimiento en la investigación, una evolución y aporte a la profesión desde su historia (Geoff, 2009).

Es así como lleva a esta profesión a contemplar que el actuar en el estudio y ejercicio de la práctica de la psicología, debe estar presente el manejo de la ética y bioética como forma de regular el abordaje del sujeto como objeto de estudio y de conocimiento.

Por lo tanto, para que la psicología pudiera cumplir con un manejo de la ética, se crearon inicialmente dos organizaciones de psicólogos que trabajaron en torno al desarrollo de códigos éticos. Unas de ellas son la Asociación Americana de Psicología (APA) y la Sociedad Británica de Psicología (BPS) (Geoff, 2009).

La Asociación Americana de Psicología (APA) fue fundada en 1892 y es la organización científica y profesional y representa a los psicólogos en Estados Unidos (American Psychological Association, 2020). La Sociedad Británica de Psicología fue fundada en 1901 y es la organización responsable de la práctica ética y representa a los psicólogos del Reino Unido (Geoff, 2009; The British Psychological Society. BPS, 2000-2020).

Desde el inicio del desarrollo del primer código ético de la APA se encontró la oposición radical de Hall en 1952 (citado por Geoff, 2009) quien argumentaba que es de esperar que en la disciplina de psicología se adopten comportamientos y principios éticos sin la necesidad de tener un determinado código el cual podría servir para dobles interpretaciones morales.

Sin embargo, no obstante el pensamiento idealista de Hall (1952), hoy en día se demuestra que si es necesario construir un código ético que regule el comportamiento de los psicólogos tanto en su ejercicio profesional como investigativo (Geoff, 2009). Tanto la APA como la BPS reciben cada año denuncias sobre mal manejo y fallas en la ética de

profesionales de la psicología (Geoff, 2009; The British Psychological Society, BPS, 2000-2020).

Por otra parte, los conocimientos y habilidades de la práctica psicológica e investigativa se ven permeados por un componente de ética, aunque no es exclusivo de esta profesión sino de muchas otras profesiones, en especial en áreas de salud; se destaca que la psicología presenta un marcado desarrollo científico desde la observación, descripción y experimentación (Geoff, 2009). Aunque siga existiendo un parámetro de aspectos en común con otras disciplinas científicas la psicología se enfoca en el estudio del comportamiento y la mente humana (Tortosa y Civera, 2006; Geoff, 2009) con la participación en estudios de investigación con seres humanos y animales abarcando varios contextos en el manejo ético (Geoff, 2009).

En el manejo ético de la profesión de psicología, se encuentran principios en el estudio de investigación con personas, como el beneficio, el respeto, y la justicia; se debe utilizar el consentimiento informado y el adecuado manejo de los datos, algo que la ciencia hoy en día exige (Richaud, 2008).

Uno de los problemas que se presenta con mayor frecuencia respecto a la ética en la profesión de psicología, es la subjetividad del profesional desde el abordaje de lo moral, siendo esto la esencia de la ética. También está la subjetividad en el tema de la libertad de decisiones y los valores que tienen las personas frente a diferentes situaciones como el aborto, la eutanasia y la religión como búsqueda de espiritualidad, entre otras. La psicología al estar relacionada con la subjetividad humana, requiere contemplarse desde principios morales que no afecten la integridad del paciente.

De esta manera el manejo de la ética profesional en la psicología puede verse permeada por la ética impostada y la ética idealista. El comportamiento ético y no ético del ejercicio psicológico se define en cada profesional desde el seguir un procedimiento en normas éticas y desde la mirada subjetiva que se tenga al entender la naturaleza humana en la forma y modo y no desde el significado del contenido y la percepción (Martin-Baro, 2015).

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la forma de entender los deberes de los profesionales desde la ética, debe recaer en un código deontológico, que tiene una diferencia en cuanto a los principios éticos y que determinan el comportamiento profesional (Alfaro y K. R. ,2012; Escuela de Psicología; Colegio de Psicólogos de Chile). En el caso de la psicología estos principios son fundamentales en el ejercicio de la enseñanza y formación de la profesión en el que ésta misma debe encargarse de que sus estudiantes puedan adquirir diversas competencias, haciendo énfasis en sus creencias individuales.

Tanto la ética como la deontología terminan siendo un complemento en el abordaje del psicólogo en el manejo de la profesión, ya que desde la ética se determinan las conductas correctas o incorrectas. Permite también, tener presente de manera equilibrada la relación entre psicólogo-cliente, siendo este último un sujeto de derechos, pero también de deberes. La deontología se enfoca en la normatividad de una buena práctica psicológica (Alfaro y K. R. ,2012).

La profesión de psicología, para dar cumplimiento y regular la buena práctica, desarrolló el Código de Ética Profesional que responde a la exigencia de la psicología como disciplina cuyo trabajo permanente es la relación con las personas donde debe garantizar un ejercicio profesional que respete los derechos de éstas, haciendo un trabajo digno que favorezca el desarrollo del ser humano en todas sus dimensiones (Escuela de Psicología; Colegio de psicólogos de Chile). Por lo tanto, se espera que los actos en la ética y la deontología en el ejercicio de la psicología, sean requisitos de carácter obligatorio. En Colombia esto está estipulado la Ley 1090 de 2006 con el Manual Deontológico y Bioético que indica el manejo de principios que regulen la actividad, entre ellos la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia entre otros (Colegio Colombiano de Psicología, 2019).

En Colombia se estableció el primer Código de Ética para la profesión de Psicología el 1º de febrero de 1974; fue desarrollado por un comité de psicólogos, Rubén Ardila fue el representante de la Asociación de Psicólogos de ese entonces, la cual tuvo vigencia hasta el año 2000. Este Código de Ética aportó algunas normas contenidas en la Ley 58 de 1983 que se refieren a la normatividad que deben cumplir los psicólogos (Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2000).

Este capítulo es un apoyo en la consulta de estudiantes y profesionales de la psicología en el ejercicio de su profesión y en la investigación formativa y aplicada, en lo que se refiere al manejo de la ética y bioética en esta disciplina. La Corte Constitucional, reconoce y establece normativas para regular los servicios y el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, que se encuentran enmarcados en el sistema legislativo y normativo a nivel nacional en la Ley 1090 de 2006 que reglamenta establece el Código Deontológico y Bioético, conformando así un ente regulador como es el Colegio Colombiano de Psicólogos.

De esta manera este capítulo tiene como objetivo describir los alcances de la ética y bioética en la profesión de psicología en Colombia.

Fundamentación teórica

La ética viene de la palabra griega “ethos” que significa carácter, temperamento (Ojeda, Arizmendi y Rivero, 2007). Se relaciona con una forma de pensar frente a sistemas de valores o juicios morales que se reflejan en actitudes y comportamientos de las personas (Ramos, 2020). Kant hizo una aproximación a la forma de ver lo ético respaldado desde la “conciencia” y las convicciones de ideología propia de cada persona (Ramos, 2020). La ética se convirtió en una disciplina de la filosofía que hace aporte al estudio de la conducta humana sin ser su objeto de estudio como tal. La ética hace referencia a la conducta humana desde el valor y juicio moral. Es por eso, que su objeto de estudio es la moral desde la construcción del sujeto en su desarrollo humano (Ojeda, Arizmendi y Rivero, 2007).

La ética y el juicio moral, se articulan una con el otro; la ética se considera una ciencia que estudia el comportamiento moral en la sociedad. La psicología es una disciplina que trabaja de la mano con la ética para dar respuesta a conductas y acciones morales de los sujetos (Alfaro y K. R. ,2012; Trujillo, 2018).

La ética y la bioética se basan en principios que delimitan el comportamiento humano. Desde la investigación y la práctica profesional psi-

cológica se manejan unos principios que permiten darle poder, respeto, derecho y libertad a las personas.

Como se expuso anteriormente, los principios bioéticos se convierten en eje central de esta profesión; uno de ellos es el de autonomía, que se refiere al derecho que tiene cada persona de elegir y opinar de manera libre. Otro principio es el de beneficencia, que tiene como propósito ofrecer beneficios y ayudas desde la profesión de psicología a las personas atendidas y/o estudiadas. El principio de no maleficencia que tiene como lema no causar daño ni perjuicio alguno y no ir en contra de la voluntad de la persona. Por último, el principio de justicia que procura el trato de igualdad y equidad de oportunidades en las personas (Colegio Colombiano de Psicología, 2019).

Estos principios éticos son fundamentales en el ejercicio del psicólogo y denotan una necesidad en la intervención de la salud mental.

Desde la salud mental el principio de autonomía es uno de los fundamentales; también lo es desde la ética y la bioética, ya que es un inicio de reconocimiento y respeto a los derechos, libertad y voluntad del otro ante unos valores morales. Este principio, desde la profesión de psicología, se enmarca en un componente legal que es el de derecho de las personas a tomar decisiones acerca de su salud mental, su forma de pensar, sentir y actuar, esto se expresa en un documento que da validez a lo anterior y es el consentimiento informado utilizado en el ejercicio de la profesión (Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2000).

Con respecto a los referentes normativos en la profesión de psicología (ver tabla1) se encuentran: el Código de Ética de la APA, el Metacódigo de la Ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicología –EFPA–, el Protocolo de Principios Éticos de Mercosur y países asociados y la Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogos, que delimitan aquellos principios con los que cada referente normativo se identifica.

Tabla 1. Referentes Normativos en la Profesión de Psicología.

Referente Normativo	Principios que contempla
Código de Ética de la APA	Actualizado en el 2002. Beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia y respeto por los derechos y dignidad de las personas
Metacódigo de la Ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos – EFPA.	Actualizado en el 2005. Respeto por los derechos y dignidad de las personas, competencia, compromiso profesional y científico, integridad y responsabilidad social.
Protocolo de Principios Éticos de Mercosur y países asociados	Publicado en 1997. Respeto por los derechos y dignidad de las personas, competencia, compromiso, profesional y científico, integridad y responsabilidad social.
Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogos.	Publicado en 2008. Respeto por la dignidad en las personas y los pueblos, cuidado competente por el bienestar de las personas y los pueblos. Integridad, responsabilidades profesionales y científicas hacia la sociedad.

Fuente: elaboración propia. Tomado de Trujillo, S (2018).

La Ley 1090 de 2006 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones”, establece la normatividad de la conducta profesional del psicólogo, desde los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones, en cualquier ejercicio de esta profesión. Determina con rigor los principios éticos que rigen la psicología que son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Dentro de estos principios éticos, otro de los deberes de los psicólogos es guardar el secreto profesional y adecuado manejo de la información, tanto en las historias clínicas como en la investigación como parte del ejercicio de la confidencialidad que debe practicar.

El secreto profesional es la forma de tener control de la información acerca de lo consignado en un servicio desde el ejercicio profesional

psicológico al paciente. Este tiene derecho a que el psicólogo guarde su intimidad y privacidad siendo una obligación del profesional a cumplirla (Colegio Colombiano de Psicología, 2019).

El cumplimiento del secreto profesional se remonta al Código de Hammurabi (1750 ac), que sería el primer código normativo y legal; otros fueron: el Juramento Hipocrático en el siglo V ac y el Convenio de Oviedo en 1997 en el que hacía énfasis en la privacidad y secreto profesional como formas de guardar la intimidad de la persona (Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2000). Es así como la confidencialidad del psicólogo es la base de la confianza establecida con el paciente y no sólo se traduce como deber profesional. La confidencialidad se podrá revelar cuando la persona da su consentimiento o cuando existe un daño al mismo usuario o a terceros (República de Colombia. Ley 1090 de 2006).

El secreto profesional y el consentimiento informado son de los compromisos y deberes principales y deben estar presentes tanto en el ejercicio del psicólogo en la atención de usuarios, como en la investigación.

Importancia de la bioética en psicología

El tema de la bioética es relativamente nuevo en nuestros contextos educativos, su aparición data de los años 70 cuando Potter introduce el término, el cual fue reforzado posteriormente por Beauchamp y Childress, en su teoría principialista norteamericana; parten de éticas teóricas y prácticas de la filosofía. Propuestas que inicialmente se abordaron para el ámbito médico y que poco a poco han ido tomando fuerza en todas las áreas de la salud, dada su importancia, pertinencia y necesidad. Es así como la psicología precisa de lineamientos claros frente a su quehacer; no solo en el campo de aplicación clínica, sino también en los procesos de investigación y debe caminar de la mano de la bioética para que los profesionales en salud tengan una mirada más amplia sobre diversos aspectos éticos a considerar cuando se piensan una investigación o una intervención clínica.

Es así que el profesional de psicología, deberá tener en cuenta que en la intervención psicológica hay una persona, un grupo o una institución que requiere ser observada, escuchada y en aras de apoyar en la

búsqueda de soluciones para la problemática exhibida se puede incurrir en errores que atentan contra el individuo, los grupos o instituciones si se llegan a pasar por alto esos principios tan ampliamente abordados (Beauchamp y Childress, 1979) a los que los profesionales en Psicología se han acogido. Estos se irán abordando en este apartado y son los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La importancia de la bioética tanto en la investigación como en la práctica psicológica, es amplia; sin embargo, podrían enumerarse algunos aspectos o valores que enriquecen el ejercicio y la investigación, como el status que se adquiere con el adecuado obrar cuando los proyectos propuestos o la intervención se realizan bajo la observancia y acatamiento de la bioética; si se trata de investigación, ésta deberá ir orientada al bien común, a la búsqueda de soluciones o respuestas que aporten a la sociedad en general; si se habla de intervención individual o grupal, irá encaminada a que él o los individuos mejoren su calidad de vida; ahora, si se interviene una institución o comunidad, se buscará regular las actuaciones de los agentes para que dicha organización fluya en beneficio de sus integrantes. Por tales motivos, dichas búsquedas pueden implicar toma de decisiones éticas, que deberán ser observadas bajo la lupa del Código Deontológico, en este caso en particular, la Ley 1090 de 2006 que da cuenta del quehacer profesional del psicólogo en Colombia bajo los parámetros de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, acatados por el Colegio Colombiano de Psicólogos y enunciados con amplitud en dicha Ley.

Si bien es cierto que estos principios deberían considerarse inherentes a los campos de aplicación psicológica, el psicólogo, obrando en diversos ámbitos, deberá ser conocedor de ellos a profundidad para evitar transgresiones, ya que pueden surgir necesidades frente a la toma de decisiones éticas, cuyo desconocimiento no eximirá de responsabilidades y podrá generar graves daños.

Cuando los sujetos acceden a participar en alguna investigación, pueden surgir algunos costes psicológicos, que los investigadores deberán mitigar, ya que las investigaciones propenden a proteger al sujeto de investigación; esta norma data desde la aparición del Código de Núremberg (1947), que marca las primeras normas de protección hacia los participantes de las investigaciones, y si bien es cierto que dicho

Código fue propuesto en 1947, luego de los juicios de Nüremberg, también lo es que muchas investigaciones pasaron por alto el llamado de la comunidad científica y con ello se transgredió la dignidad de la persona, con consecuencias nefastas para grupos poblacionales, como lo ha señalado la historia, tal es el caso del experimento tuskeggi, o muchos otros experimentos que atentan contra los principios bioéticos y que pueden mostrar al lector diversas formas de agredir al ser humano, aun mostrando objetivos que para los investigadores podrían parecer loables: Bajo el amparo de la ciencia, en búsqueda de respuestas a múltiples problemas investigativos, se puede caer en situaciones delicadas, delictivas y quebrantar el bien común del que tanto se ha hablado.

Es importante hablar del principio de autonomía y su máxima representación que es el consentimiento informado, donde se confiere al paciente la capacidad de decidir y elegir, derrocando de esta manera el paternalismo manejado hasta entonces en el ámbito médico; el consentimiento informado se convierte en un acto imprescindible en el que el sujeto de investigación acepta de manera voluntaria participar de un estudio en particular. Cuando un investigador o clínico lo usa, está reconociendo la capacidad del sujeto para la toma de decisiones, está velando por el principio de autonomía, reconocido como la capacidad de un individuo de tomar sus propias decisiones, sin coacción, sin manipulación y sin coerción.

En el Código de Nüremberg (1947) , que surge luego de los juicios del mismo nombre, se hizo evidente que “Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano”; esto fue ratificado posteriormente en Informe Belmont, donde se le llamó “respeto a la persona”, ampliando el requerimiento del consentimiento informado no solo a la investigación, sino también a la práctica clínica. Actualmente, el consentimiento informado se apoya en la normatividad internacional de la Declaración de Helsinki, cuya última actualización data de 2013. A nivel nacional está ratificado por la Resolución 8430 de 199319 en sus artículos 14, 15 y 16 y corroborado por el Código Deontológico Psicológico consignado en la Ley 1090 de 2006.

El siguiente principio bioético que deberá observar el psicólogo es el de beneficencia, que de acuerdo a Beauchamp y Childress es “la acción realizada en beneficio de otros”; este principio, que tiene como objeto

hacer el bien. Sin embargo este bien depende tanto del individuo como de las comunidades, gira en torno a la regla “haz a los demás lo que ellos quieran que les hagan”, y va encaminado a realizar actos que promuevan el bienestar del individuo, de la sociedad, de los sujetos de investigación o de los clientes, sin que sufran mal, este principio depende de las demandas de los sujetos o pacientes, según sea el caso (Beauchamp y Childress, 1979).

Respecto a la no maleficencia, consiste en una adecuada práctica, donde el individuo, consultante o sujeto de investigación esté exento de cualquier daño, o situación que le pongan en riesgo y se pueda evitar; así, el psicólogo observante, está velando por la protección constante del sujeto, a tal medida que si en el transcurso del estudio o de la intervención terapéutica surgiese algún imprevisto que pudiera generar algún efecto nocivo, el psicólogo tendría que interrumpir el proceso. O dado el caso, en que el paciente requiere experticia mayor a la que tiene el psicólogo y este continúa con la intervención, pudiese sobrevenir un daño mayor al beneficio esperado; en este caso debería suspender el procedimiento y remitir a otro profesional con competencias para el caso en particular.

Cuando se habla sobre el principio de justicia, el tema inicialmente se direcciona hacia las justicias distributivas, que, según lo referido por Beauchamp y Childress, debe ser una “distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad”, lo cual el psicólogo debe asegurar cuando observa a sus consultantes sin ningún tipo de discriminación. Los individuos deben ser tratados en igualdad de condiciones, aplicando los protocolos de atención de acuerdo a las demandas individuales o requerimientos particulares de los sujetos o individuos participantes, de esta manera entran en juego el campo de la filosofía social y política en cuanto a la asignación de recursos (Beauchamp y Childress, 1979).

Es imperiosa necesidad de los psicólogos el mantener criterios éticos elevados en las prácticas y en las investigaciones psicológicas, respetando los principios bioéticos porque deben velar por el respeto a la persona, pero también, como dice Wadeley (Wadeley y Blasso, 1995), para “proteger la reputación de la psicología y permitir que la investigación pueda continuar”.

Análisis de la revisión o reflexión de autores

La profesión de psicología tiene una responsabilidad frente a sus acciones, por tal razón, el psicólogo debe tener presente que sus actos deben realizarse de manera correcta, cumpliendo con todos los criterios éticos que dan cuenta de su adecuado obrar; independiente del ámbito donde se lleve a cabo la intervención, es decir, el psicólogo debe velar por los más altos estándares de atención tanto en el ámbito público como en el privado e independiente de los roles que esté desempeñando como psicólogo.

Si se piensa en la responsabilidad que tiene el psicólogo frente a su proceso de intervención, se debe pensar, desde el comienzo, en establecer empatía con su paciente, con el manejo o abordaje adecuado de la problemática, el registro minucioso y en tiempo real de la historia clínica, así como también la remisión a otro profesional si el tratante considera no contar con las competencias suficientes para llevar a cabo el proceso terapéutico. Lang (2001) refiere “Los psicólogos serán conscientes de las responsabilidades profesionales y científicas de cara a sus clientes, a la comunidad y a la sociedad en la que trabajan y viven. Evitarán producir daños, serán responsables de sus propias acciones y se asegurarán, en la medida de lo posible, de que sus servicios no sean mal utilizados”.

El psicólogo debe entonces, hacer un llamado a la prudencia en cada uno de sus actos; la historia ha mostrado en diferentes épocas el desbordamiento del comportamiento de personas en el afán por descubrir e innovar, impidiéndoles prever como mínimo algunos daños, teniendo en cuenta que resulta casi imposible en el proceso prever todos los daños posibles. Por ello la prudencia y adecuada observancia de la reglamentación, de los códigos deontológicos y bioéticos permitirán la ejecución idónea del ejercicio profesional.

Una mala praxis puede traer daños irreparables tanto a la dignidad del individuo como al ejercicio de la psicología, en tanto que faltas cometidas pueden generar procesos deontológicos disciplinarios, en los cuales se investiga el comportamiento o faltas que suponen desacatamiento a la ley del psicólogo (Ley 1090 de 2006), que pueden

implicar sanciones que van desde ejercicios pedagógicos, como el referido en artículo 79 de dicha ley, en que “el sancionado realiza una presentación en la cual se demuestre a la Sala Probatoria que hizo una reflexión respecto a la falta ética por la cual se le investigó y sancionó” (Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia, 2016) hasta demandas de tipo penal cuyas implicaciones dependerían del grado de la falla cometida.

Para el estudiante de psicología el conocer y entender los principios bioéticos y su aplicabilidad, permite que se conviertan en aspectos inherentes de su ejercicio profesional, de allí la importancia que en los procesos de formación, queden estos criterios claros, que dan cuenta del respeto que tiene la profesión hacia el ser humano, hacia la persona que exhibe una demanda y espera hallar soluciones a la misma, o del sujeto que aceptando participar de una investigación debe ser conocedor del por qué y para qué se va a llevar a cabo la investigación, conociendo su libertad tanto como participe o como desistente en caso de considerarlo necesario.

La revisión de los documentos se realizó a la luz de los cuatro principios propuestos por la teoría principialista: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; sin embargo, se podría pensar en otro documento que complementa otros principios bioéticos, tales como algunos citados por Hottois: “(...) vulnerabilidad, el de seguridad, el de proporcionalidad, de dignidad” (Hottois, 2007). Otros principios aportados son el “respeto por la dignidad de las personas y los pueblos, cuidado competente del bienestar del otro, integridad y responsabilidades científicas y profesionales con la sociedad” (Declaración Universal de Principios Éticos para los Psicólogos, 2008).

El profesional en salud siendo conocedor de los cuatro principios abordados en este documento, extraídos de la teoría principialista norteamericana, también debe tener claros aspectos anteriormente mencionados, así como las actualizaciones que pueden hacerse tanto a los principios como a las normas, que exigen revisiones periódicas pensadas con respecto a los avances técnico-científicos

Conclusiones

El psicólogo obra como agente moral ya que cuenta con capacidad para la toma de decisiones, basado en principios éticos, valorando sus acciones en su código deontológico, velando por la preservación de los principios bioéticos revisados al interior del documento: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Dicha agencia moral adquirida por el psicólogo le permite no solo realizar intervenciones con altos estándares de calidad, en aras de preservar la dignidad del consultante o del sujeto de investigación, sino que le brinda reconocimiento al campo de la psicología; así la praxis da respuesta a requerimientos del ser humano o de la sociedad, evitando el ejercicio defensivo.

Cada vez más, se hace imperiosa la necesidad de intervenciones interdisciplinarias en el campo de la salud, que incluyen por supuesto a la psicología; su reconocimiento lo ha ganado por la pertinencia de sus intervenciones en el área clínica, por sus aportes en el campo de la investigación, tanto en el ámbito clínico, educativo, organizacional como comunitario. Todas ellas con requerimientos que hacen que los procesos e investigaciones sean revisados a la luz de los avances tecno-científicos, exigiendo constante evaluación y actualización del ejercicio profesional.

Referencias Bibliográficas

Alfaro, A. K. R. (2012) *Ética y Psicología*. México: Red Tercer Milenio. ISBN.9786077330790.

American Psychological Association. APA. (2020). EEUU. Recuperado de <https://www.apa.org/>

Beauchamp y Childress (1979). *Principios de ética Biomédica*. Barcelona: Bioética & Debat.

Código de Nüremberg (1947) Traducción adaptada de Mainetti, J.A. (1989), *Ética médica*, Quirón, La Plata, Argentina. 1947 Recuperado de http://www.hospitalsantjoan.cat/wp-content/uploads/2018/07/Codigo_Nuremberg.pdf

Colegio Colombiano de Psicología – COLPSIC (2019) Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo. Acuerdo No 15. Séptima versión Colombia. 2019.

Congreso de la República. Ley 1090 de 2006. Reglamento de la profesión de Psicología.

Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. (6 de septiembre de 2006). Recuperado de http://colpsi.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf

Código Ético del Psicólogo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2000; Vol 32, num 1. Pp.209 – 225. Bogotá Colombia. Recuperado de www.redalyc.org.

Colegio Colombiano de Psicólogos – COLPSIC (2016) Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia. -6ta ed. - Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos, Manual Moderno.

Corte Constitucional de Colombia (1993) Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Bogotá. Recuperado de

Declaración Universal de Principios Éticos para los Psicólogos 2008. Recuperado de https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/DeclaracioUniversaldeprincipioseticos.pdf en julio de 2020

Escuela de Psicología; Colegio de psicólogos de Chile. *Código de Ética Profesional*. Fundación Universitaria Konrad Lorenz (2000)

Geoff, L. (2009) Ética profesional y Psicología. Comité Permanente de Ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos – EFPA. *Papeles del Psicólogo*. Sección Monográfica. 2009; Vol 30(3), pp.184-194. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>.

Hottois, G. (2007) *¿Qué es la Bioética?* Traducido por Chantal Aristizabal. Paris: Vrin; Bogotá: Universidad del Bosque.

Lang, F. (2001) El principio de responsabilidad. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 2001. Vol. 80. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es> <http://www.psychologistpapers.com>

Martin-Baro, I. (2015) Ética Profesional. Ética y Psicología. *Revista Internacional sobre subjetividad, política y arte*. Universidad Centroamericana “José S. cañas”. *Esthethika*. 2015; Vol. 11(1) pp 55- 86.

Ministerio de Salud. Ley de Salud Mental 1616 de 21 enero de 2013. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ojeda, M. E.; Arizmendi, P. y Rivero, E. (2007). *Ética. Una visión global de la conducta humana*. México: Editorial Pearson – Prentice Hall. ISBN 970-26-0781-7.

Ramos, M. J. (2020) *Ética y Salud Mental. Éticas aplicadas*. Barcelona-España: Editorial Herder ISBN digital 97884-254-3848-6. 2018.

República de Colombia. Ley 1090 de 2006. Reglamento del ejercicio de la profesión de Psicología- Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial. Edición 46.383.

Richaud, M. C. (2008) La Ética en la Investigación Psicológica. *Revista Enfoques XIX*. CONICET. Universidad Adventista del Plata. Argentina. 2008, Vol 1(2) pp. 5-18.

The British Psychological Society. BPS. (2000-2020). Gran Bretaña. Recuperado de <https://www.bps.org.uk/public>

Tortosa, F., Civera C. y Vera, J. A. (2006). *Historia de la Psicología*. España: Univ Valencia. Mc Graw Hill

Trujillo, S. (2018) *Ética: Código Deontológico en Psicología*. Bogotá: Editorial Preandina. Miembros de la red Ilumno.

Wadeley, A., Blasso T. (1995) *La ética en la investigación y en la práctica psicológicas* Barcelona: Talleres gráficos Duplex, S. A.

Ética y bioética en Instrumentación Quirúrgica

Ethics and bioethics in Surgical Instrumentation

Catalina Estrada González*

© <http://orcid.org/0000-0002-8323-0973>

Stephanye Carrillo González**

© <https://orcid.org/0000-0001-8056-3361>

Beatriz Alejandra Maldonado Rincón***

© <http://orcid.org/0000-0002-3567-4879>

Resumen

La ética y la bioética son transversales en la formación del profesional en Instrumentación Quirúrgica por cuanto desarrollan un perfil axiológico, pensamiento crítico y reflexivo. Objetivo: Describir la importancia que tiene el instrumentador quirúrgico como integrante en los comités asistenciales de ética o bioética. Desarrollo: La incursión en diversos campos ocupacionales diferentes al asistencial y en los procesos de investigación, han permitido a estos profesionales un salto cualitativo en su perfil ocupacional influenciado por el desarrollo científico y

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ catalina.estrada00@usc.edu.co

*** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ beatriz.maldonado00@usc.edu.co

** Corporación Universitaria Rafael Núñez.

Cartagena, Colombia.

✉ stephanye.carrillo@curvirtual.edu.co

Cita este capítulo

Estrada González, C.; Carrillo González, S. y Maldonado Rincón, B. A. (2020). Ética y bioética en Instrumentación Quirúrgica. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 277-302). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

tecnológico. Conclusión: El instrumentador quirúrgico se encuentra en capacidad para tomar decisiones que garantizan el bienestar y la seguridad del paciente.

Palabras clave: ética y bioética, formación, investigación.

Abstract

Ethics and bioethics are transversal in the training of the professional in Surgical Instrumentation because they develop an axiological profile, critical and reflective thinking. Objective: Describe the importance of the surgical instrument as a member of the ethics or bioethics health care committees. Development: The incursion into various occupational fields other than healthcare and research processes, have allowed these professionals a qualitative leap in their occupational profile influenced by scientific and technological development. Conclusion: The surgical instrumentation is able to make decisions that guarantee the well-being and safety of the patient.

Keyword: ethics and bioethics, training, research.

Introducción

La Instrumentación Quirúrgica en Colombia es una joven profesión que nace en los años 40 y emerge por la necesidad de los cirujanos de recibir asistencia durante el procedimiento quirúrgico; se ha enfrentado a las transformaciones particulares del campo de la salud, donde se requiere cualificación permanente dada las exigencias que demandan los avances científicos y tecnológicos. La necesidad de formación del instrumentador quirúrgico ha estado orientada desde sus inicios hacia el manejo y control de las técnicas asépticas y estériles, la participación activa dentro del equipo quirúrgico durante la fase pre, trans y post operatoria inmediata y la prevención y el control de la infección intraquirúrgica.

La Ley 784 de diciembre de 2002, (Congreso de la República de Colombia, 2002) reglamenta el ejercicio profesional del instrumentador quirúrgico

y proyecta la formación del instrumentador en el contexto quirúrgico, donde ha estado circunscrito en tiempo y espacio, hacia el desarrollo de competencias que le permiten desenvolverse en campos laborales complementarios como el área administrativa, asistencial, mercadeo, salud ocupacional, consultorios especializados donde se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos no invasivos, industria hospitalaria, la comunidad y la investigación. Todo ello con la finalidad de garantizar el cuidado del paciente quirúrgico y la calidad en la prestación del servicio.

En esta dirección, el salto cualitativo en el perfil ocupacional del instrumentador quirúrgico, influenciado por el desarrollo científico-tecnológico, amplía las necesidades en la construcción de competencias para la formación de este profesional y le corresponde entonces desenvolverse ya no sólo como un miembro acompañante del equipo de salud, sino como un profesional responsable de procesos que beneficie la atención de la salud en la comunidad, enmarcado dentro de principios éticos y bioéticos, lo que lleva implícito compromiso y dedicación en el ejercicio profesional (Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 3 de octubre de 2007).

En el campo de las ciencias de la salud por tradición, la ética se interpreta como un conjunto de exigencias institucionales de la conducta profesional, que están implícitas en la práctica, a partir de normas de comportamiento que otorgan reconocimiento profesional. En tal sentido, la ética ha sido adoptada en el sector salud más como una cuestión práctica que como una verdadera reflexión sobre la práctica real, es decir, existe una mayor preocupación por definir los límites de una buena praxis, que por generar evidencia científica orientada hacia su perfeccionamiento (Rojas y Lara, 2014).

En este orden de ideas, la ética en el campo de las ciencias de la salud se ha limitado al practicismo en el ámbito asistencial, olvidando la complejidad de las relaciones humanas desarrollando actitudes y cualidades inmersas en la vocación de servicio y en la sensibilidad humana.

La atención sanitaria en la actualidad está orientada al trato científico del paciente, fundamentado en el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad definido. El uso de la tecnología ha permitido mejores resultados en términos de

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Sin embargo, no reemplaza la atención que se acompaña de la interacción social entre el paciente y el profesional de la salud, lo cual brinda grandes beneficios, no solo al paciente sino también al profesional, que tiene la posibilidad de lograr un desarrollo integral de su profesión y reafirmar los valores morales que perfeccionan al hombre en lo más íntimo haciéndolo más humano y formando una mayor calidad en la persona.

Al instrumentador quirúrgico como profesional responsable de procesos coadyuvantes del tratamiento y la recuperación del paciente quirúrgico le corresponde desempeñarse con los más altos niveles científicos y éticos. Ser conscientes del ser profesional con deberes sociales y requerimientos personales por lograr la excelencia.

La nueva condición de la profesión del instrumentador determinada por la ley procura aportar al equipo de salud un profesional idóneo, con capacidad de enfrentar los retos que le generan los avances científicos y tecnológicos por lo que su cualificación integral ha de constituir su prioridad. Debe apropiarse de elementos conceptuales que caracterizan el conocimiento específico de la profesión y ejercer con los fundamentos deontológicos por ella exigida (Colegio Colombiano de Instrumentadores Quirúrgicos, 2007).

En consecuencia, el objetivo del presente capítulo es describir la importancia que tiene la ética y la bioética como área transversal para la formación del profesional en Instrumentación Quirúrgica, y el papel fundamental de ésta para el desarrollo de un perfil axiológico, pensamiento crítico y reflexivo, mediante la incursión en procesos de investigación, en los que el instrumentador participa como miembro activo del equipo de salud, para la toma de decisiones en procura del bienestar y la seguridad del paciente.

Fundamentación teórica

Ética y bioética en el instrumentador quirúrgico.

La Instrumentación Quirúrgica es una disciplina emergente que se origina desde el componente histórico de la necesidad de cuidar y

mantener el instrumental quirúrgico, fundamentado en el conocimiento de la anatomía del cuerpo humano, para contribuir al mejoramiento de patologías o traumas que necesitan intervención directa a un órgano o tejido (Díaz, 2018).

El avance de la ciencia y las tecnologías en salud, al igual que las tecnologías de la información y la comunicación han permitido la evolución del accionar del instrumentador quirúrgico a partir de nuevas concepciones y saberes, involucrando a este profesional en equipos interdisciplinarios, transdisciplinarios y multidisciplinarios, aportando su saber en diferentes contextos, para la solución de problemas relacionados con la profesión, fundamentados en la integridad, responsabilidad profesional y sentido de justicia social (Asociación Colombiana de Facultades de Instrumentación Quirúrgica, 2014).

En este sentido, la formación ética del profesional en instrumentación quirúrgica va más allá de la decisión de aplicar un protocolo quirúrgico, o mantener el instrumental quirúrgico apto para el tratamiento del paciente, dicha formación debe permear toda interacción, con la finalidad de permitir al profesional integrar valores, competencias y conceptos en situaciones en las cuales el actuar no está correcto y podría atentar contra la integridad del otro, en esos momentos es donde la ética profesional busca que el instrumentador quirúrgico sea responsable y dé razón de la acción u omisión de cada acto. Teniendo presente siempre que las tendencias liberales o fáciles arrastran y aún hacen tomar decisiones inoportunas; según Henry Cloud “No se pueden hacer buenas elecciones frente a las necesidades básicas del ser humano, a no ser que se desarrolle una conciencia madura y prudente que dé una cuenta precisa de mis motivos, mis intenciones y mis actos morales” (Cloud, 2003).

Se construye la ética desde el hogar, se fortalece en la academia y se orienta hacia la atención humanizada, la cual debe estar basada por principios y valores bioéticos que son fundamentales. Referente a esto, en la Ley de Talento Humano en Salud en Colombia (Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 3 de octubre de 2007) existen unos principios y valores que rigen a todo el personal de salud; a continuación, se mencionan para su aplicación en el ejercicio del instrumentador quirúrgico:

Veracidad: Orienta el desempeño del instrumentador quirúrgico desde una comunión entre lo que es, piensa, dice y hace, en referencia al trato con las personas en el ejercicio de su profesión.

Autonomía: Es la capacidad que tiene el instrumentador quirúrgico para deliberar, decidir y actuar, con base en un conocimiento científico, a favor de los demás.

Igualdad: El instrumentador quirúrgico reconoce el mismo derecho para todos los que se benefician de su servicio de recibir una adecuada atención en salud, acorde con las necesidades de cada ser humano.

Beneficencia: En el ejercicio de su profesión, el instrumentador quirúrgico debe hacer lo que conviene a cada ser humano respetando los derechos de los demás y procurando que el beneficio para el paciente sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos. Debe respetar de modo especial los derechos de grupos vulnerables limitados en el ejercicio de su autonomía.

No maleficencia: Orienta el desempeño del instrumentador hacia actos que, aunque no beneficien, puedan evitar daño, tratando siempre de defender los mejores intereses del paciente.

Mal menor: En el ejercicio de la profesión, ante una situación donde hay que actuar sin dilación, el instrumentador quirúrgico deberá elegir el menor mal, evitando transgredir el derecho a la integridad y las posibles consecuencias que se deriven de no actuar.

De totalidad: En el ejercicio profesional el instrumentador quirúrgico participa en actos donde se hace necesaria la extirpación de una parte del cuerpo que cause daño al organismo, siempre y cuando se apliquen las condiciones para la supresión del miembro y en beneficio de la conservación total del individuo.

De causa de doble efecto: Es éticamente aceptable participar en actos donde la acción en sí misma sea buena o indiferente, y tenga un doble efecto (uno bueno y uno malo), siempre y cuando: el efecto bueno sea inmediato, el fin de quien realiza la acción sea honesto, y exista una causa proporcionada para permitir el efecto malo.

Valores: El ejercicio de la profesión de Instrumentación Quirúrgica se realizará teniendo en cuenta los siguientes valores brindados por el

artículo 36 de la Ley 1164 de 2007, aplicados a las otras personas, la comunidad, la profesión y las instituciones. Sirven de fundamento a las disposiciones sobre ética profesional del instrumentador quirúrgico y son los siguientes:

Humanidad: El instrumentador quirúrgico debe dar un trato humano a cada paciente de acuerdo con una jerarquía razonablemente sustentada de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Dignidad: El profesional de instrumentación quirúrgica debe reconocer la dignidad de cada ser humano, entendida como la mayor excelencia entre los seres vivos, por lo que en su actuar no participa en ninguna forma de maltrato o discriminación, antes bien, promueve al ser humano dentro de las características especiales, tratándolo como fin, nunca como un medio.

Responsabilidad: Se debe analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones, en lo referente al ejercicio de la profesión.

Prudencia: El instrumentador quirúrgico debe tener sensatez en la conducta práctica; debe realizar una valoración acertada de los medios y de los fines de cada acto; ponderar previamente el fin que desea alcanzar, cuáles son sus consecuencias positivas y negativas para sí mismo, para los pacientes, el equipo de trabajo, y cuáles son los medios y el momento más adecuado para alcanzarlo.

Secreto: El instrumentador quirúrgico debe salvaguardar la confidencialidad en todo lo que viere u oyere en el ámbito donde se desenvuelve; de igual forma, debe evidenciar confiabilidad y credibilidad en el cumplimiento de los compromisos que adquiere en el ejercicio de su profesión (Carrillo-González, Lorduy-Gómez y Muñoz-Baldiris, 2018).

Con relación a este último valor fundamental en el ejercicio de la profesión, lo reafirma la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 74 “el secreto profesional es inviolable” (Constitución Política de Colombia, 1991). Este argumento valioso y fundamental respalda la estricta reserva del sigilo profesional y recuerda el deber de salvaguardar la intimidad del paciente que va ligada a la dignidad absoluta de la persona humana encarnada en el mismo. Al reflexionar

en este punto el compromiso ético de los “profesionales” de la salud en cuanto a esa prudencia de guardar el sigilo profesional que trascienden en el actuar diario con otros seres humanos; parte de entender el profesionalismo, según James Drane “(...) una práctica ética comienza por ser consciente de lo que significa ser un profesional. La palabra profesional procede de un verbo en latín: *profiteor, profiteri, professus sum*, que significa realizar una promesa pública; declarar una obligación, en este caso, de servir a los demás. Los profesionales prometen procurar una ayuda que se considere fundamental para los seres humanos y las sociedades” (Drane, 2008).

Dentro de ese servicio que se le brinda al paciente está la prudencia y la discreción para manejar toda la intimidad que se le confía y no solo el manejo de los síntomas de una enfermedad en el cual se deposita el mayor interés, sino ver más allá de esa corporeidad, a un paciente que también es ser humano espiritual, y que es capaz de mirar a ese profesional del campo de la salud como digno de confianza y admiración. El cual debe corresponderle con la profundidad de la palabra “profesional” y no quedarle grande el reto de guardar lo visto y escuchado por más presiones externas que reciba.

En tal sentido, el instrumentador quirúrgico en su evolución académica, ha consolidado su saber, asumiendo responsabilidades orientadas a preservar, prevenir y controlar la infección dentro y fuera del entorno quirúrgico, a fin de garantizar el cuidado y la seguridad del paciente quirúrgico. En este orden de ideas, su desempeño debe estar enmarcado dentro de principios éticos que en lo específico conforman sus fundamentos deontológicos en lo que se denomina; conciencia quirúrgica (Carrillo-González, Lorduy-Gómez y Muñoz-Baldiris, 2018).

La conciencia representa un estado de conocimiento sobre lo que somos y lo que influimos con nuestra capacidad de transformación. Por otra parte, la deontología representa el código ético que rige las relaciones de un individuo en función de su ejercicio profesional (Carrillo-González, Lorduy-Gómez y Muñoz-Baldiris, 2018).

La formación como instrumentador quirúrgico permite la transformación del ser y lo ubica con responsabilidades en el ámbito de la profesión de las cuales se debe ser consciente. Sentir, pensar, querer

y obrar con pleno conocimiento de lo que éticamente se debe hacer en beneficio de la comunidad, representa desde luego la conciencia quirúrgica, procedente del reconocimiento de un código ético inherente para las relaciones profesionales del instrumentador y los profesionales con responsabilidades afines. Tal reconocimiento es aprendido e incorporado como una habilidad de la memoria implícita que permite ejecutar acciones beneficiosas para los pacientes y a la vez exige velar por el cumplimiento de los más estrictos postulados del ejercicio profesional (Carrillo-González, Lorduy-Gómez y Muñoz-Baldiris, 2018).

Por consiguiente, el instrumentador quirúrgico debe tener cimientos firmes en la formación de valores y principios éticos adquiridos durante la formación familiar y académica, que permanentemente deben ser fortalecidos para la aplicación de su saber profesional, dado que en Colombia no existe un tribunal de ética, donde al profesional de Instrumentación Quirúrgica se le realice seguimiento y control de las actividades inherentes al ejercicio profesional y establezca sanciones en caso de mala praxis.

Bioética y mala praxis en el ejercicio del instrumentador quirúrgico

La condición de la profesión del instrumentador quirúrgico determinada por la ley procura aportar al equipo de salud un profesional idóneo, con capacidad de enfrentar los retos que le generan los avances científicos y tecnológicos por lo que su formación ha de constituir su prioridad. La prevención y el control de la infección nosocomial es el fundamento dentro del campo de investigación de este profesional. De igual manera, la tecnología de punta en equipos y dispositivos médicos cada vez más avanzados y sofisticados hacen que este profesional conozca la fundamentación biomédica y tecnológica para el manejo y uso preoperatorio de dichos dispositivos, mitigando los riesgos que pueden generar estos en detrimento de la salud del paciente quirúrgico.

Con base en lo anterior y fundamentados en las necesidades nacionales, acorde a la Ley (Congreso de la República de Colombia, 2002), las áreas de desempeño del instrumentador quirúrgico se enfocan hacia el

cuidado del paciente quirúrgico desde todos los campos de acción en que se desarrolle:

- Prevención de la infección quirúrgica por contaminación proveniente del medio externo.
- Cuidado, manejo y control de instrumental, elementos y equipos especializados en el pre, trans y posquirúrgico inmediato.
- Planeación, organización y seguimiento de los procesos quirúrgicos
- Participación activa y armónica en equipos interdisciplinarios en pro de la atención del paciente quirúrgico.
- Docencia e investigación en Instrumentación Quirúrgica, salud pública, ética y bioética, entre otros campos donde este profesional se desarrolla.
- Administración de recursos humanos y físicos en unidades quirúrgicas y centrales de esterilización.
- Asesorías a la industria hospitalaria e instituciones de salud en el manejo de procesos y procedimientos concernientes a asepsia, esterilización y procesos quirúrgicos.
- Mercadeo de dispositivos, equipos, e insumos médico quirúrgicos.

En consonancia con lo anterior, el desarrollo de la instrumentación quirúrgica en Colombia ha tenido un crecimiento sustancial con relación a la formación del instrumentador quirúrgico en el contexto internacional, puesto que en Colombia se desarrollan perfiles de formación más amplios, que le permiten al instrumentador desempeñarse en campos distintos al área asistencial (Colegio Colombiano de Instrumentadores Quirúrgicos, 2007).

Por tal razón, el crecimiento de la investigación en las áreas de desempeño de este profesional hace indispensable tener en cuenta a la bioética como el “estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, y su conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales” (Serrano, 1992).

Lo anterior, se relaciona y evidencia en los procesos asistenciales y en los diversos campos ocupacionales donde participa el instrumentador

para la toma de decisiones que garantizan la seguridad del paciente quirúrgico, proyectando a este profesional como parte fundamental en los comités éticos y bioéticos de cualquier institución de salud o institución académica.

Para ello, es indispensable formar al instrumentador quirúrgico en competencias orientadas al desarrollo de habilidades comunicativas que permitan establecer lineamientos de comunicación asertiva y terapéutica tanto con el paciente como con el equipo interdisciplinario de salud.

“La comunicación como una de las potencialidades de la persona, permite salirse de sí para comprender al otro, para consentirlo, ayudarlo o por lo menos acompañarlo” (Reese, 1994). Y esto debe darse en todas las relaciones, “la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir” (Pérez Porto y Gardey, 2012), genera la empatía, cualidad necesaria en todas las profesiones del campo de la salud para establecer relaciones e interactuar con los integrantes del equipo y con los pacientes.

Orientar el saber en función de una profesión cada vez más responsable de la vida humana y de la conducta profesional en beneficio del paciente quirúrgico, desde una perspectiva científica y humana, regida por el principio deontológico del instrumentador quirúrgico: la conciencia quirúrgica, es función indispensable en la formación profesional y responsabilidad de la academia, asimismo, es fundamental desarrollar capacidades de pensamiento crítico y reflexivo que le permita definir los ejes transversales del ejercicio profesional y los límites de su accionar cuando se enfrenta a situaciones problemáticas donde los principios éticos y valores morales deben prevalecer sobre otros.

En este orden de ideas, dichas situaciones problemáticas a las que se enfrenta el profesional en instrumentación quirúrgica pueden conllevar a una mala praxis, entendiendo que dentro de las funciones del instrumentador quirúrgico, por negligencia u omisión existe alta exposición de daño al paciente, dado que en las intervenciones quirúrgicas corre riesgo no sólo la salud del paciente sino también su vida.

Se define la mala praxis, como “lo contrario al bien, lo que se aparta de lo lícito y honesto” (Real Academia Española, 2020) entendiendo

que esta definición del concepto de mal, hace referencia a lo ilícito, es decir, que la mala praxis es una práctica alejada de la ley.

En consecuencia, el profesional en instrumentación quirúrgica debe apelar a obrar dentro de protocolos y normas que rigen la profesión, de tal manera que pueda accionar por el bien del paciente, coadyuvando a la preservación de la integridad física y emocional del paciente quirúrgico, minimizando el riesgo de que sufra un daño (evento adverso) durante el procedimiento.

Lo anteriormente descrito, evoca el papel de la universidad y el ejercicio profesoral en la formación del futuro egresado, la universidad cumple un papel trascendental en aportar las bases teóricas para el conocimiento del estudiante, potenciando la conciencia que lo acompañará durante su desarrollo profesional y posibilitando sea éste quien más adelante con el ejecutar de su profesión, adquiera con la experiencia de la práctica cotidiana fundamentos que le permitan proceder de la mejor manera con la finalidad de minimizar el riesgo de producir daño al paciente.

La praxis en salud consiste en anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico o tratamiento de las enfermedades de las personas o la recuperación y preservación de la salud de las mismas, así como las pericias que realiza el personal asistencial (Anaya-Prado, Aguilasocho, Schadegg et al., 2013). Por tanto, existirá mala praxis cuando se provoque un daño total, limitado en el tiempo o permanente, en el cuerpo o en la salud de una persona, como efecto de un accionar profesional realizado con imprudencia, negligencia o impericia en su profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable (Anaya-Prado, Aguilasocho, Schadegg et al., 2013).

Entre los tipos de mala práctica en el profesional del área de la salud se encuentran:

Negligencia: Incumplimiento de los principios de la profesión. Lo que se debe hacer no se hace o, sabiendo que no se debe aún lo hace.

Impericia: Falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad. Ineptitud para el desempeño profesional.

Imprudencia: El daño causado se produjo porque el acto médico se realizó sin las debidas precauciones ni medir las consecuencias (García-Solís, Gómez-Vásquez y Arispe-Castillo, 2018).

Ahora bien, el manejo del paciente quirúrgico requiere la participación de un equipo interdisciplinario y muchas veces el error no es el resultado de acciones individuales sino la consecuencia predecible de una serie de acciones y factores de un trabajo en equipo, en el cual participan anestesiólogo, cirujano, instrumentador quirúrgico, enfermera, técnicos, auxiliar de enfermería y otros profesionales de la salud que el acto quirúrgico así requiera (Águila y Quesada, 2015).

En este sentido el Decreto 3380 de 1981 en su reglamentario artículo 16 en relación a quienes son responsables del enfermo anota: “Son responsables del enfermo las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o en los registros médicos” (República de Colombia. Ministerio de Justicia. Decreto 3380 de 1981). Lo cual denota que la responsabilidad ya no es imputable a la institución de salud ni al cirujano únicamente, sino que corresponde a cada miembro que participa en la intervención acorde a la función que cada uno ejerce con el paciente.

Con base al planteamiento anterior, en el escenario quirúrgico los casos de mala praxis pueden ser de diferentes tipos:

- **Oblitos**

Un oblito es un cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante un procedimiento quirúrgico (Real Academia Española, 2020); entre ellos se puede encontrar: instrumental quirúrgico o partes de él, agujas, torundas, gasas, entre otros materiales que se utilizan.

La literatura refiere estudios relacionados con la retención de cuerpo extraño, atribuibles a procedimientos quirúrgicos de urgencia, complicaciones quirúrgicas que demandan tiempos prolongados y sangrados abundantes. El oblito también se relaciona con eventos derivados de factores asociados al equipo quirúrgico, como es el caso del ciruja-

no cuando hay fatiga, uso indiscriminado del teléfono celular durante el acto quirúrgico, y en los otros integrantes del equipo quirúrgico se atribuye también a la fatiga, rotación de personal de apoyo durante el procedimiento y factores relacionados con el paciente, como la obesidad (Balcázar-Rincón, Gordillo Gómez y Ramírez-Alcántara, 2016).

Cerca del 80% de los cuerpos extraños olvidados pertenecen a compresas y materiales que contienen fibras de celulosa no asimilables por el cuerpo. Fisiopatológicamente los cuerpos extraños olvidados pueden ocasionar: “formación de adherencias y granulomas, fibrosis exudativa, que forma un absceso con colonización bacteriana o sin ella” (Balcázar-Rincón, Gordillo Gómez y Ramírez-Alcántara, 2016).

El instrumentador quirúrgico y la enfermera circulante son responsables de hacer el conteo inicial y el conteo final de material médico quirúrgico las veces que sea necesario y velar porque este conteo se haga de manera correcta, pero, el médico especialista es quien introduce objetos en el paciente quirúrgico, de esta manera tiene el deber de informar lo que ingresa y sale de cavidad. De ahí la gran responsabilidad que estos dos miembros del equipo quirúrgico hagan su labor de manera correcta, sin que haya equivocaciones, dudas u olvidos.

• Quemaduras

Las quemaduras son complicaciones correspondientes a la electrocirugía (electrobisturí, láser, energía ultrasónica), al manejo de soluciones fisiológicas a temperaturas que los tejidos corporales no resisten, terapias para conservar la normotermia (mantas térmicas).

Las quemaduras en el quirófano suceden por desconocer el mecanismo funcional de los equipos biomédicos y la selección errada de las diferentes energías acorde al tejido en el que se requieran aplicar. Es esencial que el instrumentador quirúrgico como miembro fundamental del equipo interdisciplinario que participa en un procedimiento quirúrgico, conozca el correcto funcionamiento de las diferentes unidades electroquirúrgicas y su aplicabilidad, de esta manera hace un aporte considerable en las prácticas seguras para evitar lesiones en el paciente, como quemaduras, laceraciones en la piel o cortes indeseados.

- **Identidad del paciente y sitio operatorio**

Una incorrecta identificación de los pacientes, propicia errores en la medicación. Estos eventos pueden originar resultados devastadores que afectan negativamente a la salud y el bienestar del paciente de manera permanente o limitada en el tiempo, incluso causando la muerte, lo que conlleva a que los profesionales de la salud tengan repercusiones jurídicas.

Para evitar estas equivocaciones, el equipo quirúrgico debe verificar la historia clínica, procedimiento a realizar, comprobar la identificación del paciente y si las facultades del mismo lo permiten, debe manifestar su nombre, identificación, procedimiento a realizar y confirmar el lado a operar, así como dar cuenta de alergias a medicamentos o alimentos. Así mismo, es importante que el lado a intervenir este marcado con tinta indeleble y que se haga correlación con las ayudas diagnósticas.

- **Manipulación de muestras**

En muchas instituciones el instrumentador quirúrgico es responsable de rotular y embalar las muestras generadas de un procedimiento quirúrgico, en los casos en que esta responsabilidad la tiene la enfermera circulante, el instrumentador debe velar porque este proceso se lleve a cabo de manera correcta.

El paciente que es sometido a un procedimiento quirúrgico para diagnosticar o descartar una patología y suministrar el tratamiento adecuado, genera como parte del resultado una muestra anatomopatológica, la cual debe ser rotulada de manera adecuada y completa, además de estabilizar la estructura de los tejidos con las soluciones fijadoras indicadas para el estudio al cuál será sometido la muestra.

Un error por parte del instrumentador quirúrgico o de la enfermera circulante en la manipulación, rotulación y embalaje de las muestras anatomopatológicas, puede repercutir en un diagnóstico errado para el paciente o en su defecto conducir al deterioro de la salud y calidad de vida.

- **Errores en la medicación**

El instrumentador no está facultado para suministrar medicamentos, pero sí debe conocer su farmacodinamia y recibirlos a la enfermera

circulante cuando ella los entregue por orden del médico especialista o por el anestesiólogo. El instrumentador siempre debe confirmar con el médico que ha ordenado el fármaco, el nombre, dosis y dilución en que lo requiere y corroborar que el medicamento proporcionado por la circulante, tenga el nombre correcto, la concentración solicitada, así como la vigencia del mismo, la indemnidad del envase y la esterilidad del medicamento y la jeringa. Todo ello a fin de evitar eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos.

- **Verificación de equipos biomédicos y existencia de insumos**

El instrumentador quirúrgico debe verificar el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos que vayan a ser empleados en el paciente como parte de su intervención quirúrgica, así como la existencia e integridad de insumos requeridos para aplicar en el paciente antes de ser anestesiado. Lo anterior, para evitar contratiempos dentro del procedimiento quirúrgico que puedan desencadenar un evento adverso.

Otra medida a tener en cuenta por el instrumentador quirúrgico antes de la anestesia del paciente, es verificar que los indicadores de esterilidad que vienen incluidos dentro de cada contenedor de instrumental quirúrgico, han pasado de manera correcta por un proceso de esterilización, garantizando la ausencia de todo microorganismo viviente en los instrumentos, lo cual indica que está libre de biocarga.

Esta acción es fundamental llevarla a cabo en el momento indicado ya mencionado y no después, por tanto, si el profesional se percató que los instrumentos a emplear no cumplen las condiciones de esterilidad una vez el paciente esté anestesiado y no haya en la institución un segundo instrumental con el cual reemplazarlo (esto aplica sobre todo en equipos de instrumental especializado o material implantable como placas, tornillos, entre otros), debe informarlo de inmediato al equipo quirúrgico puesto que el procedimiento no podría realizarse, y se debe despertar al paciente de la anestesia. Esto implica la ocurrencia de eventos que pudieron ser evitados si hubiera aplicado el protocolo de verificación de todos los indicadores de esterilidad previo a la inducción anestésica.

- **Diligenciamiento correcto de formatos institucionales y registros**

Es de gran importancia que el instrumentador diligencie la hoja de registro de instrumentación quirúrgica que se encuentra dentro de la historia clínica, teniendo en cuenta que este documento cobra gran importancia médico legal en los casos de responsabilidad, debe registrar de manera clara los conteos de material e instrumental, insumos, medicamentos, veracidad de los indicadores de esterilidad, nombre de piezas anatómicas y eventos que surjan en el acto quirúrgico. Debe cumplir con la normatividad utilizada para diligenciar la historia clínica: no enmendaduras, sin espacios en blanco, debe llevar los datos completos del instrumentador que asiste a la cirugía o registrar si el procedimiento es continuado por otro instrumentador por cambio de turno, registrar fecha y hora. Cada detalle debe ser consignado de forma precisa. El mal diligenciamiento de esta información es una de las causas que puede generar demandas en caso de que un evento cause daño al paciente.

La mala praxis también se presenta, desde aspectos relacionados con la limpieza y esterilización de instrumental y dispositivos médico quirúrgicos. Las infecciones del sitio operatorio causadas por este tipo de elementos sucios (contaminados) o sin someterse correctamente el proceso de esterilización, pueden tener consecuencias a largo plazo, como recuperación prolongada, infecciones, pérdida de extremidades o incluso la muerte. No necesariamente se desarrollará una infección del sitio operatorio, también se pueden adquirir enfermedades infectocontagiosas como el VIH, hepatitis o sífilis, entre otras.

Las instituciones de salud, deben contar con manuales, procedimientos y protocolos que aseguren la limpieza adecuada de su instrumental y los correctos procesos de esterilización. El instrumentador quirúrgico como profesional encargado de propender por la prevención y el control de la infección, tiene un papel fundamental en la central de esterilización y en el quirófano para velar por la seguridad del paciente quirúrgico. Teniendo presente que la infección de sitio quirúrgico es la infección relacionada con la asistencia sanitaria más prevalente en el entorno sanitario y con una considerable morbilidad que se puede desarrollar en las tres fases asistenciales del paciente quirúrgico (preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria). Asimismo, otros factores que propician la infección son aspectos como fallas de la

técnica aséptica, protocolo inadecuado de lavado de manos en los integrantes del equipo quirúrgico y falta de aseo en los quirófanos durante los recambios quirúrgicos (Estrada y González, 2018).

Estudios muestran que en Estados Unidos para el año 2014, la infección del sitio operatorio (ISO), se presentó entre 2% a 5% de los pacientes hospitalizados, aproximadamente 160,000 a 300,000 cada año, de esta manera, la ISO se constituye como el evento adverso más común y más costoso (Anderson, Podgorny, Berríos-Torres, Bratzler, Dellinger, Greene et al., 2014).

Se estima que el 60% de las ISO se pueden prevenir mediante el uso de estándares basados en la evidencia, cada ISO se asocia con aproximadamente 7-11 días adicionales de hospitalización postoperatoria. Los pacientes con ISO tienen un riesgo 2 a 11 veces mayor de muerte en comparación con pacientes quirúrgicos sin infección (Anderson, Podgorny, Berríos-Torres, Bratzler, Dellinger, Greene et al., 2014). Los costos atribuibles de ISO varían según el tipo de procedimiento quirúrgico y el tipo de patógeno infeccioso. Esto denota la responsabilidad ética que tiene el instrumentador quirúrgico con el cumplimiento de las técnicas asépticas y estériles durante las fases pre, trans y post operatorio inmediata, para mitigar los fallos en el proceso.

En este sentido, estudios evidencian que la negligencia del equipo de salud sigue en aumento, y ello se genera por factores internos y externos como: fatiga, descuido, falta de conocimiento y de experiencia, fallos en la comunicación intra y extra equipo, demasiada confianza y el síndrome de agotamiento profesional “burnout”; generando una enorme presión sobre el sistema de salud (Alianza Mundial para la seguridad del paciente, 2008).

Las complicaciones quirúrgicas son comunes y en muchas ocasiones prevenibles, puesto que están relacionadas directamente con las prácticas de cuidado del personal de salud, quienes deben cumplir los protocolos indicados para garantizar la seguridad el paciente (Superintendencia Nacional de Salud Colombia (2016).

En este orden de ideas, con la finalidad de reducir las complicaciones operatorias, la OMS implemento la lista de verificación para la seguridad

de la cirugía, aplicable a los equipos quirúrgicos en cada intervención realizada. La lista de chequeo o verificación es una herramienta que fomenta las prácticas de seguridad durante el procedimiento y mejora la comunicación y el trabajo en equipo (Alianza Mundial para la seguridad del paciente, 2008).

Lo anterior, debido a que entre los años 2017 y 2018, se recibieron reclamos de negligencia en 10.673 instituciones de salud en el mundo, de los cuales el 40% están asociados a las especialidades quirúrgicas. Las especialidades quirúrgicas que recibieron el mayor número de reclamos de negligencia médica fueron: cirugía ortopédica (12%), obstetricia (10%), cirugía general (9%) y urología (4%) (Chan y Oo Shwe. 2019). Otro estudio realizado en una institución de salud de tercer nivel de Cali Colombia, muestra que los eventos adversos presentados en especialidades como cirugía general (26%) y ortopedia (13.07%) correspondieron a infección de sitio operatorio (Estrada y González, 2018).

En este sentido, es importante resaltar que todas las medidas que se puedan implementar para disminuir los riesgos de alterar la salud y la vida de un paciente deben ser tenidos en cuenta y convertirlos en parte de la cultura de seguridad dentro del ámbito laboral. El profesional de instrumentación quirúrgica está directamente implicado en proporcionar acciones seguras a los pacientes quirúrgicos, y como se mencionó anteriormente, su responsabilidad es fundamental durante las tres etapas del proceso quirúrgico (pre, trans y posoperatoria inmediata).

Consideraciones finales y la importancia de la bioética en la profesión.

La bioética aborda el estudio ético de los problemas relacionados a la vida y al sistema propio de la época como son: consecuencias de la revolución tecnológica mal aplicada, el ultra desarrollo, la desigualdad y la globalización (González Pérez, 2002). Asimismo, esta área del conocimiento tiene el interés por la reflexión y el debate de los valores morales vinculados al espacio profesional de las ciencias de la salud y las consecuencias del desarrollo científico de las últimas décadas (García Guerra y Pinto Contreras, 2011).

Por tal razón, la bioética se constituye en una herramienta importante para hacerle frente al cuestionamiento de los problemas morales que surgen en la sociedad en el contexto donde se desempeña el profesional de salud (Suárez Obando y Díaz Amado, 2007).

Sin embargo, estudios señalan que, durante la formación de las disciplinas de la salud, “la educación en valores queda reducida a una fracción infinidadesimal de la clase, el profesor dedica el mayor tiempo posible en la clase a los contenidos específicos”. De esta manera, los espacios de reflexión para debatir los dilemas éticos relacionados con la profesión son pocos o casi nulos (Román Collazos, Ortiz Rodríguez y Hernández Rodríguez, 2008).

Con base en lo anterior, es de resaltar que la bioética en la formación del instrumentador quirúrgico en Colombia no ocupa el espacio rector que le corresponde, ni en lo teórico ni en lo práctico, está supeditada a enseñar a cumplir con normas y protocolos fuera y dentro del quirófano, sin considerar el diálogo y el debate tan pertinentes durante el ejercicio profesional, para cultivar los valores que permitan dar una respuesta en colectivo a los dilemas a los cuales se enfrenta el instrumentador diariamente.

Como se mencionó anteriormente, en Colombia el ejercicio profesional se encuentra reglamentado desde el año 2002, mediante la Ley 784, sin embargo, en la actualidad la profesión aún no cuenta con código deontológico que incluya los criterios normativos y valores que debe asumir el instrumentador quirúrgico durante el ejercicio profesional.

Igualmente, la participación del instrumentador quirúrgico en otros campos ocupacionales diferentes al quirófano, todavía es muy baja, pese a que por sus competencias y capacidades se ha involucrado en otros contextos, donde hace un gran aporte con responsabilidad y profesionalismo para la seguridad del paciente.

Es así, como desde la formación universitaria de este profesional se requiere inculcar dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje valores que permitan al futuro profesional comprender que el ejercicio profesional va más allá de lo asistencial, es un ejercicio integral, donde la capacidad del instrumentador quirúrgico debe estar permeada

transversalmente por dos aspectos primordiales: la vocación de servicio y la conciencia quirúrgica, como fundamento deontológico que enmarca la actividad profesional en el contexto donde se desarrolle.

La vocación de servicio entendida como la pasión que permite al ser humano sentirse pleno con lo que hace y provee al ser humano de una sensación insuperable mientras se realiza esa actividad que tanto apasiona (Pérez Porto y Gardey, 2012).

La conciencia quirúrgica es la voz interior que permite actuar de la mejor manera, pensando en el beneficio permanente del prójimo, en este caso los pacientes, y orienta que todos los actos que se realicen durante su asistencia dentro y fuera del quirófano se encuentren enmarcados en principios y valores que no atentan contra su calidad de vida y la salud (Torregrosa, Tawii, Ayala, Ochoa y Gil, 2009).

En este orden de ideas, la formación del instrumentador quirúrgico debe trascender el saber disciplinar, igualmente el instrumentador debe involucrarse de una manera más activa en los procesos de investigación, no sólo desde la academia, sino también dentro de los proyectos que se generan al interior de las instituciones de salud, por cuanto ello permitirá aportar desde su saber a la resolución de problemáticas relacionadas con sus competencias y campos de interacción.

Un comité de bioética clínico está conformado por “un grupo interdisciplinario que se ocupa de la docencia, investigación y consulta de los conflictos éticos que se presentan en la institución” (Hackspiel Zárate, Maldonado Castañeda, Posada González, y Rueda Barrera, 1998).

Por tanto, la oportunidad de que el instrumentador quirúrgico haga parte activa de los comités asistenciales de ética o bioética permite que los profesionales aporten desde sus competencias centradas en el paciente quirúrgico, en la elaboración de protocolos de atención humanizada, resolución de casos éticos presentados en quirófano, protección de sujetos en procesos de investigación y desarrollo tecnológico y argumentación de dilemas presentes durante las fases de intervención del instrumentador, asimismo pueden ejercer una función pedagógica haciendo respetar los derechos fundamentales de los sujetos, ya sea estos un paciente, un voluntario sano, o un animal en experimentación.

Por otra parte, en la composición del comité es importante que cada uno de sus miembros tenga como características: buena conducta ética, disposición de estudiar Bioética con profesionalismo y capacidad de pensar críticamente. Los miembros de los comités de bioética necesitan estar abiertos a ideas diversas. Deben tener la capacidad de dejar a un lado sus propios juicios mientras evalúan la lógica y el razonamiento de juicios que ostentan valores diferentes y quizás poco atractivos (Carrillo González, 2013). Por esta razón el instrumentador quirúrgico ejerce en equipos de trabajo, y por ello deben ser profesionales autocríticos y autorreflexivos con responsabilidades específicas y deben poseer capacidades y habilidades para comunicarse de forma asertiva, hablar en pro del paciente, argumentar con sus conocimientos, tomar decisiones siendo críticos y coherentes, aportar por medio de sugerencias y acciones resolutorias, ser capaz de anticiparse a las posibles complicaciones, acompañar en el procedimiento al cirujano, al equipo quirúrgico y al paciente, y autocontrolarse en momentos de tensión (Loaiza Monsalve, 2018) .

La ética y bioética como áreas de conocimiento transversal en el currículo del instrumentador quirúrgico, son fundamentales no sólo para aportar conocimientos acerca de los principios deontológicos que debe tener el profesional durante su ejercicio laboral, sino también para generar en el estudiante una mirada crítica y reflexiva, que aporte no sólo al proceso de salud desde el ámbito clínico, sino también desde los valores axiológicos a partir de una atención humanizada y segura.

Referencias Bibliográficas

Águila, T. A.; Quesada, J. Á. M. (2015) Mala praxis médica en el quirófano. *Revista Cubana de Cirugía*, 2015, vol. 54, no 2. [Consultado el 09 de julio 2020] Disponible en: <http://www.revcurugia.sld.cu/index.php/cir/article/viewFile/210/130>

Alianza Mundial para la seguridad del paciente (2008). Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía Manual de aplicación. 1ª edición. [Consultado 05 de julio 2020] Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_manual_spanish.pdf

Análisis desde el enfoque histórico-cultural. *Panorama Cuba y Salud* [Internet].

- Anaya-Prado, R., Aguilasocho, G. C, Schadeegg, P. D., et al. (2013) Praxis médica. *Cir Gen.* 2013;35(Suppl: 2):164-166. [Consultado el 8 de julio de 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49007>
- Anderson, D. J., Podgorny, K., Berríos-Torres, S.I., Bratzler, D.W., Dellinger, E.P., Greene, L., et al. (2014) Estrategias para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico en los hospitales de atención aguda: actualización de 2014. *Control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Prensa de la Universidad de Cambridge;* 2014; 35 (6): 605-27. [Consultado 06 de julio 2020] Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/strategies-to-prevent-surgical-site-infections-in-acute-care-hospitals-2014-update/EE4D1EC09206F231C69CB0E1A3F4EAC9>
- Asociación Colombiana de Facultades de Instrumentación Quirúrgica ACFIQ (2014). Perfil y competencias del profesional en Instrumentación Quirúrgica en Colombia. [Internet] Citado 12 de julio 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Instrumentaci%C3%B3n_Quir%C3%B3nica_Octubre2014.pdf
- Balcázar-Rincón, L. E., Gordillo Gómez, E. A. y Ramírez-Alcántara, Y. L. (2016) Oclusión intestinal secundaria a oblitio quirúrgico. *Cirugía y Cirujanos* 84.6 (2016): 503-508. [Consultado el 07 de julio 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115002510>
- Benito-Revollo, L. (2008) *Ética y deontología en Instrumentación Quirúrgica.* Barranquilla. Universidad Libre
- Carrillo González, S. (2013) Situación actual de los comités de bioética clínico-asistenciales en la ciudad de Cartagena. *Pers bioét.* [Citado 16 de Julio de 2020]; 17(1):96-110. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v17n1/v17n1a08.pdf>
- Carrillo-González, S., Lorduy-Gómez, J., Muñoz-Baldiris, R. (2018) Profesional de Instrumentación Quirúrgica frente a la aplicación de los Principios y Valores Bioéticos de acuerdo a la Ley de Talento Humano en Salud en Colombia. *Pers.bioét.*[Internet] 2018. [Consultado julio 22 de 2020]; 22(1): 113-126. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.1.9
- Chan, J., Oo Shwe. (2019) "Fourteen years of litigation claims in cardiothoracic surgery in the United Kingdom National Health Service" *Journal of Cardiac Surgery*, 2019; vol 34, pág754-758 Willey periodicals. [Consultado 05 de julio 2020] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocs.14124>

- Cloud, H. (2003) *Cambios que sanan*. Colombia: Editorial Vida.
- Colegio Colombiano de Instrumentadores Quirúrgicos COLDINSQUI (2007). Competencias Laborales del Instrumentador Quirúrgico. Presentación en diapositivas en Simposio Nacional de Instrumentación Quirúrgica.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 3 de octubre de 2007. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- Congreso de la República de Colombia. Ley 784 de 23 diciembre de 2002. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0784_2002.html
- Constitución Política de Colombia (1991) Segunda Edición. Bogotá: Legis.
- Díaz, A. (2018) *Propuesta epistemológica para una práctica axiológica en la Instrumentación Quirúrgica*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.
- Drane, J. (2008) *Aproximación al problema de la competencia del enfermo. Ética médica profesionalidad y la competencia del enfermo*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols Lucas.
- Estrada, C., González, L.D. (2018) Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. *Revista Cubana de salud pública*. 2018. [Citado 21 de Julio 2020]; 44 (3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n3/1561-3127-rcsp-44-03-e998.pdf>
- García Guerra, Pinto Contreras, J. A. (2011) La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2011 [Citado: 27 julio 2020]; 33(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu08411.pdf>
- García-Solís, E., Gómez-Vásquez, P., Arispe-Castillo, L.M. (2018) Negligencia, imprudencia, impericia: Análisis de casos 2010 - 2014 en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Campeche. *Revista Conamed*, 2018, vol. 20, no 3, p. 111-116. [Consultado el 8 de julio de 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/con153c.pdf>
- González Pérez, U. (2002) Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2002. [citado 27 Julio 2020];28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300004

Hackspiel Zárate, M.M., Maldonado Castañeda, C.E., Posada González, N, Rueda Barrera, E. (1998) *Comités Bioéticos Clínicos*. Bogotá: Ministerio de Salud Colombia, Giro Editores.

http://www.panorama.sld.cu/pdf/publicaciones_anteriores/v3_n3/bioetica.pdf

Loaiza Monsalve, A. (2018) *Identidad Profesional del Instrumentador Quirúrgico*. Medellín: Universidad de Antioquia. Disponible en: https://teleduccion.medicinaudea.co/pluginfile.php/267701/mod_resource/content/1/MESS16%202018%20Adriana%20Loaiza.pdf 2008 [citado 27 junio 2020];3(3):22-8. Disponible en: OPS. [Internet] 2007. [Citado 21 de Julio 2020]; 13(1). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v13n1/art11.pdf>

Medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica*.

Pérez Porto, Gardey, A. (2012) Definición de empatía. [Internet]. 2012 [citado Julio 21 de 2020]. Disponible en: HYPERLINK “<http://definicion.de/empatia/>” <http://definicion.de/empatia/>.

Real Academia Española, (2020). [Consultado el 7 de julio de 2020] Disponible en <https://dle.rae.es/mal?m=form>

Reese, P. J, D. (1994) *La mediatización del mensaje: teorías de las influencias en el contenido de los medios de comunicación*. México: Diana.

República de Colombia. Ministerio de Justicia. Decreto 3380 DE 1981, Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981, Artículo 16. [Consultado el 31 de julio 2020] Disponible en: <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1525998>

Rojas, A., Lara, L. (2014) ¿Ética, bioética o ética médica? *Rev Chilena enfermería respiratoria* [Internet] 2014.[citado 27 de Julio 2020]; 30 (2)91-94. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-73482014000200005&lng=es&nrm=iso

Román Collazo, C.A., Ortiz Rodríguez, F., Hernández Rodríguez, Y. (2008) *La bioética y la educación en valores en estudiantes de Medicina durante la etapa preclínica: un análisis desde el enfoque histórico-cultural*. *Panorama Cuba y Salud* [Internet]. 2008 [citado 27 junio 2020];3(3):22-8.

Serrano, J. M. (1992) *Cuestiones de bioética*. Madrid: Editorial Speiro.

- Suárez Obando, F., Díaz Amado, E. (2007) La formación ética de los estudiantes de Medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica*. OPS. [Internet] 2007. [Citado 21 de Julio 2020]; 13(1). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v13n1/art11.pdf>
- Superintendencia Nacional de Salud Colombia (2016) Circular 012. 2016. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXT%20000012.pdf>
- Torregrosa, L., Tawii, M., Ayala, J. C, Ochoa, O. A, Gil, F. (2009) Excelencia en la enseñanza en salas de cirugía: Cuando los residentes hablan. *Rev Colombiana Cirugía* [Internet].2009. [Citado 27 de Julio 2020]; 24: pp. 165-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3555/355534491004.pdf>

Ética y bioética en Terapia Respiratoria

Ethics and bioethics in Respiratory Therapy

Freiser Cruz Mosquera*

© <https://orcid.org/0000-0001-7584-4636>

Anisbed Naranjo Rojas**

© <https://orcid.org/0000-0001-7676-8284>

Sandra Patricia Moreno Reyes***

© <https://orcid.org/0000-0001-6790-8644>

Resumen

La bioética estudia la conducta humana a la luz de los valores. Dada su importancia, es esencial para el desarrollo de múltiples profesiones siendo la terapia respiratoria una de ellas. Objetivo: Analizar la relación entre la bioética y la terapia respiratoria. Desarrollo: La íntima relación entre la respiración y la vida ha hecho que históricamente preservar lo segundo implique velar incansablemente por garantizar lo primero. Por lo anterior, resulta natural que sean muchas las disciplinas que de manera contemporánea giran alrededor del cuidado respiratorio, siendo la más importante de ellas la Terapia Respiratoria. En términos

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ freiser.cruz00@usc.edu.co

*** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ sandra.moreno04@usc.edu.co

** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ anisbed.naranjo00@usc.edu.co

Cita este capítulo

Cruz Mosquera, F.; Naranjo Rojas, A. y Moreno Reyes, S. P. (2020). Ética y bioética en Terapia Respiratoria. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 303-323). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

simples, la Terapia Respiratoria es una profesión que promueve la conservación de la salud en general y la respiratoria en particular; desde su aparición en el territorio colombiano, esta ha experimentado un crecimiento exponencial que se deriva de las exigencias en materia de salud asociadas a la cambiante dinámica social del país, y la amplia demanda de profesionales idóneos que respondan a la creciente frecuencia de enfermedades pulmonares y factores relacionados con las mismas. El posicionamiento de la terapia respiratoria no sólo ha traído consigo la necesidad de procurar un continuo desarrollo técnico y científico que soporte el quehacer de los expertos en esta materia, sino también la de incurrir en una reflexión de corte humanista que ha dejado como resultado la incorporación cada vez mayor de elementos éticos y bioéticos en el proceso formativo y la práctica profesional. Conclusión: La bioética es esencial para el crecimiento y perfeccionamiento del ejercicio de la terapia respiratoria.

Palabras claves: terapia respiratoria, ética, bioética.

Abstract

Bioethics studies human behavior in light of values. Given its importance, it is essential for the development of multiple professions, Respiratory Therapy being one of them. Objective: to analyze the relationship between bioethics and Respiratory Therapy. Development: The intimate relationship between breath and life has historically meant that preserving the latter implies tirelessly ensuring the former. Therefore, it is natural that there are many disciplines that revolve around respiratory care in a contemporary way, the most important of which is Respiratory Therapy. In simple terms, Respiratory Therapy is a profession that promotes the preservation of health in general and respiratory in particular; Since its appearance in the Colombian territory, it has experienced an exponential growth that derives from the demands in health matters associated with the changing social dynamics of the country, and the wide demand for qualified professionals who respond to the increasing frequency of lung diseases and factors related to them. The positioning of Respiratory Therapy has not only brought with it the need to seek continuous technical and scientific development that supports the work

of experts in this field, but also to engage in a humanistic reflection that has resulted in the incorporation increasing number of ethical and bioethical elements in the training process and professional practice. Conclusion: bioethics is essential for the growth and improvement of the exercise of Respiratory Therapy.

Keywords: respiratory therapy, ethics, bioethics.

Introducción

Desde siempre, el acto de respirar ha sido un fenómeno de especial atención, su íntima relación con la vida lo ha hecho objeto de innumerables reflexiones desde la antigüedad; sin embargo, la aparición de profesiones que a partir de una perspectiva científica velen por garantizarlo es relativamente reciente. Lo fundamental que resulta respirar para el óptimo desarrollo de diversas funciones biológicas exige que alrededor del cuidado de la respiración converjan muchas disciplinas, siendo la Terapia Respiratoria la más afín de todas ellas (Vado y Chanto, 2018; Wilkins, Stoller, Kacmarek, Egans, 2013).

En un sentido amplio, la Terapia Respiratoria es:

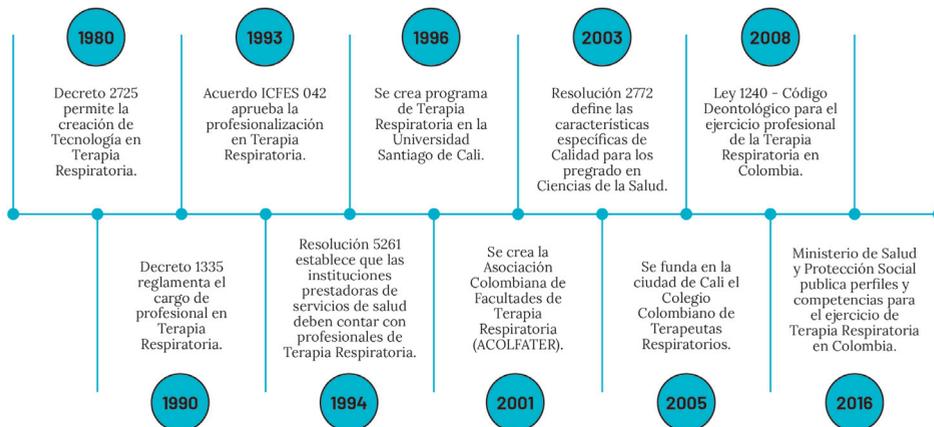
Profesión del área de la salud con formación científica y humanística a nivel universitario, que propende por la conservación de la salud en general y la cardiorrespiratoria en particular, mediante diversas modalidades de intervención como son la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, valoración, tratamiento y rehabilitación de alteraciones respiratorias y cardiacas, en las diferentes etapas de la vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tal como sucedió en distintos países del mundo y especialmente de Latinoamérica, en Colombia la terapia respiratoria ha experimentado un crecimiento exponencial (Sobando, Castro y Portocarrero, 2020). Pese a ser una disciplina relativamente joven, su incuestionable posicionamiento se fundamenta en la demanda cada vez mayor de profesionales con un perfil ocupacional que les permita responder de manera asertiva a los cambios sociales y el notable incremento de patologías cardiopulmonares en los distintos grupos poblacionales,

no sólo desde una perspectiva curativa, sino apelando a diversas estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, considerando el bienestar del individuo el resultado de diversos factores biopsicosociales (Arias, Becerra, Cruz, Quintero, 2020).

Lejos de pretender ser exhaustivos y con el ánimo de dar a conocer los elementos esenciales de la historia de la terapia respiratoria en Colombia, en la figura 1 se puede apreciar un breve recuento de su evolución.

Figura 1. Eventos históricos importantes de la terapia respiratoria en Colombia.



Fuente: elaboración propia (2020).

El rol preponderante del terapeuta respiratorio en el equipo multidisciplinario de la salud y el impacto de su ejercicio profesional en el desenlace del individuo sano o enfermo requiere que éste sea el producto final de una sólida formación no sólo técnica y científica (como tradicionalmente se ha buscado), si no también socio-humanística, situación apenas natural si se tiene en cuenta que el sujeto de atención o cuidado es el ser humano. En consonancia con lo anterior, el Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia considera esencial durante la etapa formativa al menos tres áreas, contemplando en una de ellas el ineludible e imperativo componente ético y bioético (Ver figura 2).

Figura 2. Áreas de formación del terapeuta respiratorio.



Fuente: diseñado a partir de: Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. Resolución 2772 de Noviembre 13 de 2003.

Aproximación conceptual a la ética y bioética

Ética

Desde una perspectiva etimológica la palabra ética proviene del término latino *ethicus* y del griego *ethicos* (ἠθικός) utilizado por el célebre filósofo Aristóteles para hacer alusión al comportamiento, modo habitual de ser, costumbre o en un sentido estricto al “carácter” (Cortina, 2013; Vilchez, 2012).

Al respecto, es importante tener en cuenta que el carácter es el producto de una construcción continua del sujeto, que se forja con el tiempo, en la medida que se toman decisiones en las que se refleja la clara predisposición a actuar en un sentido u otro, teniendo como patrón

de conducta la prudencia y justicia o por el contrario, algunas características que se ubican en el polo opuesto a las antes mencionadas.

Retomando las palabras de Polo Santilla, Betancur define la ética como:

(...) la reflexión del propio modelo de vida, acciones, comportamientos y actos en donde la razón tiene un papel importante en la toma de decisiones para comprender, justificar y argumentar. En este sentido, evaluar el interés y el gusto o disgusto personal, teniendo en cuenta no solo los derechos, lo individual, sino también los deberes para con los otros y también que el interés personal no rebase el interés general (Betancur, 2016).

La definición anterior deja en evidencia que la ética trasciende el plano individual, la adopción o no de una conducta relacionada con la misma trae claras repercusiones en el entorno del sujeto y quienes lo constituyen; por tal razón, reflexionar alrededor del ethos y sus implicaciones prácticas es sin duda alguna fundamental para el desarrollo del ser humano, las comunidades, las organizaciones, y por supuesto todas las profesiones (particularmente las que tienen como objeto de estudio el hombre).

Bioética

Si bien no hace justicia a las grandes implicaciones del término, desde una visión simple bioética se reduce a una palabra que resulta de la suma de dos (Bio + ética) la segunda constituye un sufijo ya definido en párrafos anteriores, la primera un prefijo derivado del griego bios (βίος) que alude a la vida humana digna. Partiendo de esa premisa, bioética hace referencia a la ética de la vida o estudio de la conducta humana la luz de los valores (Rojas y Lara, 2014; Garrad, 2003).

Si bien la ejecución de acciones encaminadas a preservar la vida y la integridad del otro están atadas a la génesis del hombre mismo y el establecimiento de relaciones entre este y sus pares, la bioética como disciplina es relativamente reciente y surge en el seno de la cultura estadounidense como respuesta a los no pocos conflictos suscitados por el acelerado avance del conocimiento científico y tecnológico en las distintas áreas de la medicina y la biología (Casillas, 2017).

Alrededor del uso por primera vez del término bioética existen algunas discrepancias históricas, sin embargo, por lo general se le atribuye al pastor y filósofo Fritz Jahr quien en los años 1920 lo usó en una editorial de la *Revista Kosmos* para referirse a la relación entre los seres humanos, los animales y las plantas (Rotondo, 2017). Desde la perspectiva de Molina N, Fritz Jahr no hizo más que inspirarse en los ya conocidos imperativos éticos de Kant para poner en relieve la necesidad de un imperativo bioético que orientara de manera correcta el comportamiento del hombre respecto a todos los seres vivos (Molina, 2013).

A pesar de lo anterior, fue el destacado bioquímico e investigador en el área de oncología, Van Rensselaer Potter quien popularizó el término a principios de 1970 en su publicación "Bioethics: The Science of Survival" publicado en la revista *Perspectives in Biology and Medicine* (Bilajac, Brkljacic, Ggas, Gajski y Tomislav, 2015). Desde la perspectiva de Van Rensselaer Potter (cargada de una visión un tanto apocalíptica) el riesgo al que se somete cada vez más la raza humana en razón al continuo desarrollo tecnológico era creciente, entre otras cosas, porque dicho desarrollo regularmente exige contemplar opciones que atentan de manera directa o indirecta contra la integridad del individuo y su medio ambiente, lo que hace de la bioética la ciencia de la supervivencia.

Sumado a Potter, el no menos reconocido ginecólogo Andrés Hellegers fundador del Instituto Kennedy para el estudio de la Reproducción Humana y Bioética insistió en lo fundamental de la ampliación de la bioética al campo de las ciencias biomédicas dado el riesgo que sin lugar a duda constituye la introducción de las biotecnologías.

Desde su aparición el concepto de bioética ha evolucionado, aunque su esencia permanece intacta. Pocos años después de Potter, Reich en la primera edición de la *Enciclopedia de Bioética* la define como:

El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores humanos (Reich, 1978).

Para 1995, en su segunda edición la definición se plantea desde una visión más amplia como se cita:

Bioética es un término compuesto derivado de las palabras griegas bios (vida) y ethike (ética). Puede ser definida como el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo visiones, decisiones, conductas y políticas morales de las ciencias de la vida y atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario (Reich, 1995).

Este breve panorama conceptual e histórico obliga meditar alrededor de varios aspectos de los cuales es importante mencionar al menos uno. Si bien la reflexión en torno a la ética era natural del área de las humanidades lo que hace comprensible que la paternidad del término bioética se le otorgue a alguien de este campo (Fritz Jahr) las bases conceptuales de la disciplina tal como la concebimos hoy descansan en planteamientos de un químico y un ginecólogo. Lo anterior refleja que desde aquel entonces (sin deseos de establecer un momento exacto en el tiempo) los profesionales de las ciencias biomédicas empezaban a reconocer en el marco del ejercicio de sus disciplinas, que preservar la vida del ser humano no sólo exigía procurar el desarrollo científico en aras de encontrar la mejor alternativa de intervención (lo cual es ético), sino también garantizar el cumplimiento de principios éticos mínimos en quien provee la atención.

Al margen de la discusión conceptual o de todas aquellas aristas que se generen teóricamente alrededor del binomio Bio + ética, la aplicación de los principios derivados de éste aportan enormemente al desarrollo de la terapia respiratoria y al perfeccionamiento del quehacer de los profesionales de este campo, lo que se traduce en el pleno bienestar de los individuos objetos del cuidado.

Bioética en el proceso formativo del terapeuta respiratorio

La importancia de la bioética plantea un reto para los actores involucrados en la formación de los terapeutas respiratorios:

Idear e implementar estrategias que permitan al estudiante desde el proceso formativo concebir la aplicación de principios bioéticos como una parte fundamental del quehacer profesional, tan fundamental como lo es contar con las competencias clínicas tradicionalmente promovidas.

Como bien se mencionó al principio de este capítulo, el Ministerio de Educación de Colombia a través de la Resolución 2772 de noviembre 13 de 2003 plantea dentro de las áreas de formación del profesional de Terapia Respiratoria el área socio-humanística en la que se estipula la bioética como elemento trascendental; aunque lo anterior constituye un espaldarazo para una disciplina necesaria para todas las profesiones de las ciencias de la salud, es apenas un lineamiento cuya materialización eficaz depende de las universidades y programas académicos.

En virtud de lo anterior, es menester que las facultades o programas de Terapia Respiratoria trabajen incansablemente para llevar la formación bioética más allá de un curso consignado en el plan de estudios. Algunos aspectos que se pueden considerar son:

1. Dada la íntima relación de la bioética con cada acción ejecutada durante la práctica clínica formativa y el ejercicio profesional, desde todos los cursos que constituyen el currículo se debe enfatizar continuamente en el actuar ético.
2. La enseñanza de la bioética debe superar el tradicional enfoque teórico en el que se recurre con frecuencia un discurso con un amplio contenido abstracto.
3. Durante la formación bioética es fundamental considerar enfoques pedagógicos como el “Aprendizaje de la Bioética Basado en Problemas” (ABBP).
4. El ABBP debe partir de problemas reales: el aula ha de convertirse en el “gran laboratorio”, en el cual el estudiante experimente las mismas sensaciones, retos y decisiones que deberá vivir cuando esté en la consulta con su paciente (Garzón y Zárate, 2015).
5. La evaluación de competencias éticas debe contemplar no sólo elementos conceptuales, sino también habilidades y actitudes.
6. Los docentes deben constituir el principal referente del actuar ético.
7. La identificación y resolución de dilemas éticos debe ser uno de los objetivos fundamentales de la práctica formativa.

A continuación, se presentan los distintos niveles de complejidad relacionados con la adquisición de competencias en materia de bioética. El presente esquema se toma a partir de lo planteado por Bosh et al como adaptación de la pirámide de Miller (Bosch, Briceño, Capella, Castro, Farres, Quintana et al., 2015).

Figura 3. Distintos niveles en la enseñanza de la bioética.



Fuente: Bosch J, Briceño H, Capella D, Castro C, Farres R, Quintana A, et al. Enseñar bioética a estudiantes de medicina mediante el aprendizaje basado en problemas (ABP). Cuadernos de Bioética. 2015; 26(2): 303-309.

Breve comentario sobre la deontología

Al hablar de ética y bioética un término que resulta difícil pasar por alto es el término acuñado por el filósofo inglés Jeremy Bentham en *Deontología or the Science of Morality* denominado deontología (Hardy y Rovelo, 2015). Esta palabra proviene de las raíces griegas deon (δεον) que significa deber y “logos” (λογος) que significa discurso o tratado, desde esta perspectiva la deontología es el tratado del deber.

Para Lega (1983) la deontología se define como:

Conjunto de reglas y principios que rigen determinadas conductas del profesional de carácter no técnico, ejercidas o vinculadas, de cualquier manera, al ejercicio de la profesión.

Como se puede apreciar, mientras la ética gira alrededor de lo bueno y lo malo como bien lo afirma Pantoja L (2012), la deontología se centra en el deber ser y las normas morales, enfatiza en el conjunto ordenado de deberes y obligaciones de corte moral a las que deben responder los profesionales de una determinada área. Con el fortalecimiento de la deontología y la preocupación por establecer pautas claras de conductas al interior de cada profesión, aparecieron los códigos deontológicos definidos por Banks (2011) como:

(...) un documento escrito producido por una asociación profesional con el propósito explícito de guiar a los especialistas, protegiendo a los usuarios del servicio y velando por la reputación de la profesión.

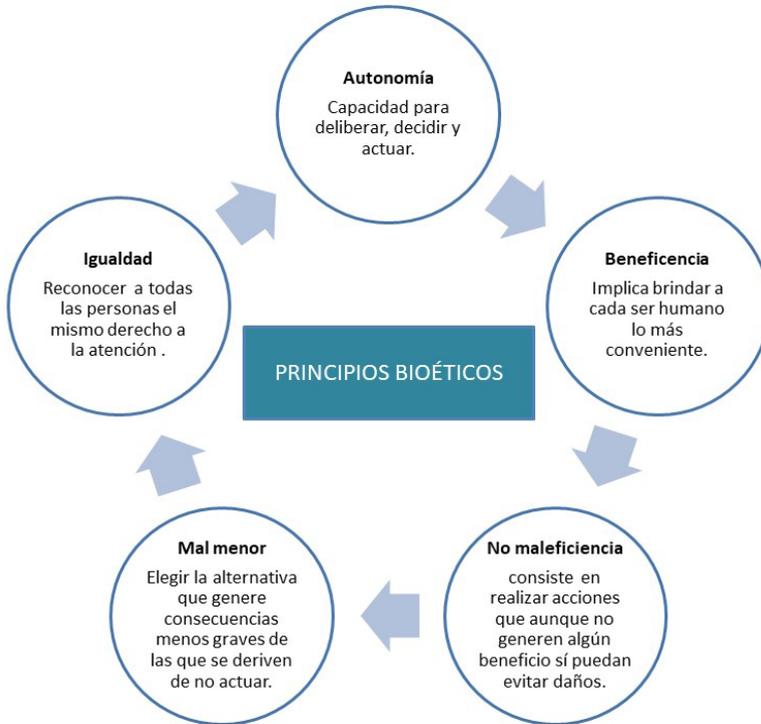
Uno de los hitos indudables de la historia de la Terapia Respiratoria en Colombia es la promulgación de la Ley 1240 de 2008 por la cual se dan a conocer todas las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la Terapia Respiratoria. Lo anterior, otorga un salto cualitativo a la profesión y refleja el claro deseo de perfeccionar el quehacer de quienes hacen parte de esta valiosa disciplina de las Ciencias de la Salud (Congreso de la República. Ley 1240/ 2008 30 de julio).

Ley 1240 de 2008 Código Deontológico del Terapeuta Respiratorio

Principios bioéticos

A continuación, se esquematizan y conceptualizan cinco principios bioéticos fundamentales tomando como referencia lo expuesto en la Ley 1240.

Figura 4. Principios bioéticos.



Fuente: elaboración propia (2020).

Una mirada a los principios bioéticos desde la práctica clínica

El trabajo del terapeuta respiratorio es determinante en todo el proceso salud-enfermedad, dado que fomenta la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud apostando a una cultura de autocuidado, realiza intervenciones terapéuticas que coadyuvan al tratamiento integral del paciente con afecciones cardiorrespiratorias, instaure estrategias de rehabilitación y suministra cuidados paliativos. Todo esto demanda que su labor deba ser integral apelando no solo a competencias clínicas sino también a los principios éticos y bioéticos (Conflictos bioéticos: atención fisioterapéutica domiciliaria a pacientes en condiciones terminales, 2017).

En primera instancia, es importante recordar que la ética es la disciplina que estudia las acciones humanas voluntarias categorizándolas como buenas o malas, correctas o incorrectas, legales o ilegales, justas o injustas. La ética como ciencia trata de demostrar y sustentar los juicios del individuo y de entender el proceso a través del cual se llega a la valoración de los actos (Sanchez, 2008).

Los principios éticos y bioéticos juegan un papel preponderante en todas las ciencias de la salud, la aplicación de éstos contribuye a la adecuada resolución de los dilemas que se presentan en el momento de tomar decisiones que impacten en la integridad de los pacientes (Šore, 2020).

La terapia respiratoria desde sus inicios ha sido una profesión ligada a la asistencia clínica, este aspecto ha traído consigo la exposición frecuente a situaciones complejas que deben ser enfrentadas para preservar la vida del sujeto enfermo y garantizar el reintegro de este a su entorno (como se lo propone en alguna medida la rehabilitación).

Por lo anterior, resulta significativo realizar un breve comentario sobre los principios éticos y bioéticos y la manera como estos se ven claramente reflejados durante el ejercicio de la terapia respiratoria en el entorno hospitalario. Se revisan los principios de igualdad, autonomía, beneficencia, mal menor y no maleficencia.

Igualdad

Como su nombre lo indica implica reconocer a todas las personas el mismo derecho a recibir una atención sin condiciones, provista de altos estándares de calidad, capaz de dar respuesta a sus necesidades y a las de su entorno inmediato.

La igualdad debe hacer honor al cubrimiento de cada necesidad de los pacientes sin importar etnia, condición social y cultural. Cada paciente (sin excepción alguna) debe ser valorado por el profesional de terapia respiratoria bajo los mismos estándares de calidad e integralidad. Desde esta perspectiva, es necesario que a los múltiples propósitos del ejercicio clínico de los expertos en esta disciplina (abordaje preventivo, proporcionar un diagnóstico funcional y tratamiento basado en las

distintas modalidades terapéuticas) se sume uno más, el actuar bajo el principio de igualdad (González, Salinas, Farías y Rodríguez, 2008).

Autonomía

Este principio hace referencia a la capacidad del profesional de terapia respiratoria para deliberar y tomar decisiones siempre y cuando no afecten de manera negativa a sí mismo y a los demás. El terapeuta respiratorio debe ser consciente y responsable de cada acción, dado que si bien se ejecutan de manera individual impactan a nivel multidisciplinar.

La autonomía también alude al respeto por las personas, se basa en que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y en caso de autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidos.

Al revisar la literatura el principio de la autonomía también es llamado “Principio de la libertad y de la responsabilidad”. Este principio, es legítimo para todos los ámbitos de la vida, en especial en la salud. La autonomía no solo se deberá cumplir en el ejercicio profesional del terapeuta respiratorio, también aplica para los pacientes, los cuales deben ser tratados como personas que tienen derecho a ser informados y a participar en las decisiones del profesional, sin embargo, hay situaciones complejas en que pueden surgir conflictos, en donde la comunicación y la buena información en una relación de confianza son claves, para evitar interpretaciones poco positivas en el tratamiento de los pacientes (Congreso de la República. Ley 1240/ 2008, 30 de julio; Sanchez, 2008).

Beneficencia

En este apartado es importante citar la institución Hipocrática y dos preceptos que dejan en evidencia lo esencial de este principio. El precepto positivo: “El sistema que adopto es para beneficiar a los pacientes con todas mis fuerzas y con lo mejor de mi inteligencia”. El precepto negativo: “No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente, tampoco proporcionaré a mujer alguna, un pesario abortivo.” Si bien es cierto no todas las profesiones de la salud realizan este juramento, sí existe de

manera genuina el cumplimiento de este en la práctica clínica, todos los terapeutas respiratorios tienen la responsabilidad de no generar daños en los pacientes y siempre deberán promocionar acciones para el beneficio de estos (Zelaya, 1997).

La beneficencia involucra ofrecer a cada ser humano lo más conveniente, donde predomina el cuidado y autocuidado, evitando a todo riesgo generar un mal en los pacientes, ya sea en términos físicos o psicológicos, procurando el mayor beneficio y la menor demanda de esfuerzo en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituyen motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano (Congreso de la República. Ley 1240/ 2008 30 de julio).

Lo interesante de este principio es que hace parte fundamental del quehacer profesional del terapeuta respiratorio, cuyo gran interés natural es propiciar en el paciente beneficios que permitirán el mejoramiento de la enfermedad y la calidad de vida, impactando de manera positiva en cada objetivo propuesto en el plan de manejo para el sujeto y su entorno.

El mal menor

De acuerdo a la Ley 1240 el mal menor consiste en “elegir la alternativa que genere consecuencias menos graves de las que se derivan de no actuar; y en obrar sin dilación en relación con la opción seleccionada, evitando transgredir el derecho a la integridad del atendido.” (Congreso de la República. Ley 1240/ 2008 30 de julio).

Este principio centra especial atención en no generar consecuencias derivadas de una intervención por parte del terapeuta respiratorio. Es importante que las decisiones tomadas por este profesional estén amparadas en minimizar consecuencias que pueden tener un desenlace grave, es decir, deben evaluarse todos los aspectos para una intervención que asegure ser siempre la mejor alternativa. En términos prácticos el principio mal menor según Vera O se “justifica en la elección de un mal con tal de evitar otro mal mayor” (Vera, 2013). No se podrá justificar bajo ningún contexto no priorizar la mejor atención y disminución de complicaciones y/o iatrogenias derivadas de la práctica clínica del profesional de terapia respiratoria.

La no-maleficencia

La no-maleficencia consiste en que el personal de terapia respiratoria realice acciones que, aunque no generen algún beneficio sí puedan evitar daños”. Este principio desde sus orígenes ha sido uno de los pilares de la ética en todos los profesionales de la salud, se basa en el principio hipocrático de “*Primum non nocere*,” es decir, “ante todo, no hacer daño” (Moreno, 2011; Tapiero 2011).

La no maleficencia es un principio muy evidente porque ningún profesional del ámbito de la salud debe utilizar sus conocimientos o su situación para ocasionar daños al paciente. El fundamento de la no maleficencia se basa en generar una intervención, que si bien por la naturaleza de la enfermedad del paciente no garantice mejoría, tampoco propicie o genere daño alguno. Este principio es esencial en la práctica clínica pues durante la misma se debe establecer el balance entre los riesgos y beneficios de cualquier actuación.

En este punto es menester recordar a la luz de la Ley 1240 de 2008 algunas responsabilidades del profesional en Terapia Respiratoria durante el ejercicio de sus funciones clínicas.

Artículo 9. El profesional de terapia respiratoria dentro de la práctica del cuidado debe procurar el respeto de los derechos de los seres humanos, especialmente de grupos vulnerables o que estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Artículo 10. El profesional de terapia respiratoria debe garantizar cuidados de calidad a quien realice sus servicios con la terapia respiratoria.

Artículo 11. El profesional de terapia respiratoria no debe participar en trato cruel o inhumano. Respetará el principio de la dignidad humana, y el derecho a la integridad espiritual, física y síquica. En lo relacionado con los medicamentos de terapia respiratoria, el profesional los administrará mediante protocolos establecidos y previa fórmula médica correcta, legible y actualizada.

Artículo 12. La actitud del profesional de terapia respiratoria estará sujeta al cuidado y será de apoyo teniendo prudencia y adecuada comunicación en su formación.

Artículo 13. El profesional de terapia respiratoria no hará a los usuarios o familiares pronósticos de las intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales.

El incumplimiento de los principios y responsabilidades mencionadas anteriormente puede traer graves consecuencia no sólo en quien recibe el cuidado respiratorio sino también en quien lo provee; para lo segundo se han establecido lo que habitualmente se denomina tribunales de ética.

Alcance de los Tribunales de Ética en Terapia Respiratoria
(Congreso de la República. Ley 1240/ 2008 30 de julio)

El Tribunal Nacional de Ética de Terapia Respiratoria y los Tribunales Departamentales de Ética de Terapia Respiratoria cuentan con la autoridad para realizar seguimiento a los procesos disciplinarios de profesionales en esta materia. Es importante tener en cuenta que la primera instancia siempre estará guiada por los tribunales departamentales y en segunda instancia el nacional.

Frente a una falta a la ética el terapeuta respiratorio tiene derecho al debido proceso de acuerdo con las normas establecidas y ser representado legalmente presumiendo su inocencia hasta tanto no exista un fallo. Todo proceso disciplinario se inicia con la presentación por escrito dirigida al Tribunal Ético de Terapia Respiratoria, por cualquier entidad pública o privada. Una vez se hayan realizado las investigaciones de rigor el magistrado ponente dispondrá de 15 días hábiles para presentar el proyecto de fallo, y el tribunal de 15 días hábiles para su estudio y aprobación. El fallo será absolutorio o sancionatorio.

Las sanciones derivadas de las faltas en materia deontológica pueden ser:

1. Amonestación verbal de carácter privado.
2. Amonestación escrita de carácter privado.
3. Censura escrita de carácter público;
4. Suspensión temporal del ejercicio de la terapia respiratoria.

De acuerdo al artículo 42 de la Ley 1240 de 2008 la suspensión consiste en la prohibición del ejercicio de la terapia respiratoria por un término hasta de tres años.

Para finalizar, es menester mencionar que los temas revisados en el presente capítulo dejan en evidencia lo fundamental que resulta la bioética en el ejercicio de la Terapia Respiratoria. Por lo anterior, la formación eficaz en este tópico es un desafío que deben asumir con diligencia los distintos actores que contribuyen a la educación de los terapeutas respiratorios en Colombia. Por otro lado, es vital que los profesionales de esta disciplina apuesten por una bioética que supere lo estrictamente discursivo y constituya una herramienta de uso frecuente durante la toma de decisiones y la ejecución de acciones en los distintos campos laborales. Indudablemente el crecimiento en los próximos años de la terapia respiratoria en Colombia estará atado tanto al desarrollo técnico y científico, como a la capacidad del gremio de ver en la bioética algo íntimamente relacionado con su quehacer que merece especial atención.

Referencias Bibliográficas.

- Arias, P., Becerra, L., Cruz, C., Quintero, D. (2020) Rol del terapeuta respiratorio frente al desplazamiento forzado en Colombia. Aproximación a sus representaciones sociales. *Revista Teoría y Praxis Investigativa*. 2010;5(2): pp. 57-67.
- Banks, S. (2011). De juramentos a libros de normas. Un examen crítico de los códigos de ética en las profesiones sociales. Comunicación presentada en el XV Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Educadores Sociales, 2011.
- Betancur G. (2016) La ética y la moral: paradojas del ser humano. *Revista CES Psicología*. 2016. 9(1): pp. 109-121.
- Bilajac, I., Brkljacic, M., Ggas, C., Gajski, D., Tomislav, R. (2015) Current perspectives of potter's global bioethics as a bridge between clinical (personalized) and public health ethics. *Acta Clin Croat*. 2015; 54(4):509-15.
- Bosch, J., Briceño H., Capella D., Castro, C., Farres, R., Quintana, A., et al. (2015) Enseñar bioética a estudiantes de medicina mediante el aprendizaje basado en problemas (ABP). *Cuadernos de Bioética*. 2015; 26(2): 303-309.

- Casillas, E. (2017) Por una historia de la Bioética. *Rev Méd Electrón.*2017; 39(5): pp. 1171-1178.
- Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios. Perfiles y competencias profesionales del terapeuta respiratorio en Colombia. Bogotá, Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social [Citado el 15 de agosto de 2020] Disponible desde: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/TerapiaRespiratoria_Octubre2014.pdf
- Conflictos bioéticos: atención fisioterapéutica domiciliaria a pacientes en condiciones terminales. *Revista Bioética.* 2017; 25(1): pp. 148-157.
- Cortina, A. (2013) *¿Para qué sirve realmente la Ética?* España: Ediciones Paidós.
- Garrad P. (2003) *Encyclopedia of bioethics.* 3ª ed. Italia: Editorial Board.
- Garzón, F., Zárate, B. (2015) El Aprendizaje de la Bioética Basado en Problemas (ABBP): un nuevo enfoque pedagógico. *Acta bioeth.*2015; 21(1): pp. 19-28.
- González, X., Salinas, P., Farías, A. y Rodríguez, C. (2008) Aspectos éticos de la ventilación mecánica domiciliaria. *Neumol Pediatr.*2008;3(Supl 1): pp. 83-6.
- Hardy, A. y Rovelo, J. (2015) Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Medicina e Investigación.*2015; 3(1): pp. 79-84
- Lega, C. (1983) *Deontología de la profesión de abogado.* Madrid: Civitas.
- Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. Resolución 2772 de Noviembre 13 de 2003. Por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud. Bogotá: Mineducación; 2003. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-86416_Archivo_pdf.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia (2016). Perfiles y competencia profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades. Bogotá: Minsalud; 2016. Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>
- Molina, N. (2013) La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Revista Colombiana de Bioética.* 2013; 8(2): pp. 18-37

- Moreno, R. (2011) La riqueza del principio de no maleficencia. *Revista Cirujano General*. 2011 33(S2): pp. 178-185.
- Pantoja, L. (2012) Deontología y código deontológico del educador social. *Revista interuniversitaria*.2012; 19: pp. 65-79.
- Reich, W. T. (1978) *Encyclopedie of Bioethics*. New York: Free Press-MacMillan.
- Reich, W. T. (1995) *Encyclopedie of Bioethics*. Vol 1, New York: Free Press-MacMillan.
- República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1240/ 2008 30 de julio. Por la cual se dictan disposiciones en materia de Responsabilidad Deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia. Bogotá DC. Diario oficial 47066, (30-07-2008). Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i= 31689>
- Rojas, A., Lara, L. (2014) ¿Ética, bioética o ética médica? *Rev Chil Enf Respir* 2014; 30: pp. 91-94.
- Rotondo, T. (2017) Introducción a la bioética. *Rev Urug Cardiol* 2017; 32: 240-248.
- Sanchez, I. (2008) Niños con enfermedades respiratorias crónicas y dependencia de tecnología: historia y ética. *Neumología Pediátrica*.2008;3: pp. 1-6.
- Sobando, E., Castro, R. y Portocarrero, A. (2020) Caracterización ocupacional de los profesionales en Terapia Respiratoria en Guayaquil. *Revista Identidad Bolivariana*. 2020;4(1): pp. 1-10
- Šore, J. (2020) Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Rev. Bioética y Derecho*. 2020; 48: pp. 193-207.
- Tapiero A. (2011) Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *Anales de Medicina Interna*. 2011; 18(12): pp. 650-654.
- Vado, M., Chanto, P. (2018) Terapia Respiratoria en Costa Rica: historia y evolución. *Rev. Ter*. 2018; 12(1): pp. 25-31
- Vera, O. (2013) Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista Médica La Paz*. 2013;19(2): pp. 73-82.
- Vilchez, Y. (2012) Ética y Moral, una mirada desde la Gerencia Pública. *Revista de Formación Gerencial* .2012; 11(2): pp. 232-247.

De la ética a la bioética en las ciencias de la salud

Wilkins, R., Stoller, J., Kacmarek, R., Egans (2013) *Fundamentals of Respiratory Care*. 10a ed. Missouri: Elsevier.

Zelaya, E. (1997) Ética e investigación. *Honduras pediátrica*. 1997; 18(1):1

Conclusiones

Conclusions

Es claro para el grupo de autores/as que hoy se requiere con la ayuda de la ética y la bioética, buscar cambios humanos de actitud, en cada espacio en el que los seres vivos están presentes; por ello es importante que a la estructura del conocimiento y a sus actualizaciones, se haga énfasis en los compromisos y las responsabilidades que cada disciplina del saber tiene, ya que se considera inadmisibles que el desconocimiento y la ausencia de principios y valores, conlleven a malas prácticas y que estas como es de esperarse repercutan en los seres humanos, en cualquier momento y circunstancia.

Igualmente, a juicio de este equipo de autores/as es necesario desglosar, desmenuzar y analizar en las diferentes profesiones los principios éticos y bioéticos de la praxis, estos se conocen y a menudo se citan teóricamente, pero hoy es necesario avanzar para que estos sean evidenciados, palpables, exitosos y pasen del deber ser de cada profesión o disciplina a las acciones, de tal modo que realmente sean transversales a todo el comportamiento humano de profesionales y del ser humano en sí mismo.

La dignidad inherente a cada persona, parece estar amenazada actualmente con incontenibles avances científicos y tecnológicos que no consideran a la Bioética, buena compañía.

Los valores morales que se fundamentan en los primeros años de vida, se definen a través de la vida, mediante representaciones sociales, vivencias, que le permiten al ser humano incluirlos o desecharlos en su estilo de vida. La libertad, autonomía y voluntad, son condiciones imprescindibles que deben acompañar al acto humano para ser juzgado desde lo ético; por lo cual, solo el ser racional libre y competente asume esta responsabilidad.

Conclusiones

La bioética cada día enfrenta mayores retos y dilemas éticos que en muchas circunstancias, expresan su incapacidad para mantener el respeto por los Derechos Humanos, en donde el principio de autonomía, marca la diferencia entre la ética médica tradicional y la naciente bioética. Los elementos que configuran la responsabilidad ética del personal de la salud en Colombia se encuentran en las faltas a los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, igualdad y autonomía.

En conclusión, la bioética es una herramienta eficaz para lograr el mejor bien común con los recursos existentes, basado en la mejor evidencia científica pero regulada por la mejor orientación filosófica. Herramienta que ha evolucionado rápidamente por el bien de la humanidad y que seguirá creciendo y buscando nuevas maneras de transformar el pensamiento del personal de salud en cada institución del planeta.

Por esto se deben generar estrategias enfocadas al paciente, desde la ética y bioética de cada una de las disciplinas, para un desempeño profesional y laboral exitoso; alcanzando estándares de calidad desde unos principios éticos como ser humano y profesional, caracterizados por la responsabilidad y el compromiso por la vida, analizando errores en la atención y las consecuencias o eventos que se ocasionan para implementar mejoras continuas en los procesos de la atención en salud tanto para el profesional como para la institución, consecuentes con los avances científicos y tecnológicos en el ámbito sanitario.

La bioética debe verse inmersa en los servicios de salud, con el fin de brindar un acto médico más ético, en donde el principio de autonomía y justicia primen tanto en el médico como en el paciente, y en donde la corresponsabilidad permita avanzar a una atención de salud segura, a la par de la comunicación y la empatía como mecanismo para el consenso entre las partes, partiendo de información veraz, clara, y oportuna para la toma de decisiones.

Glosario de términos

Glossary of terms

Autonomía. Libertad de la persona para decidir su conducta sobre sí misma, respetando su propia dignidad. Facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros.

Beneficencia. “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Principio de la bioética que postula siempre buscar hacer el bien a los pacientes.

Bioética. Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales de las profesiones sanitarias, y de la población, que incluye la consideración del entorno ecológico, demográfico y ambiental. Tiene por finalidad el análisis racional e interdisciplinario de los problemas morales de la biomedicina y su vinculación con el ámbito del derecho y las ciencias humanas. Implica la elaboración de lineamientos éticos con bases racionales y metodológicamente científicas.

Código de bioética. Guía de conducta en el ejercicio profesional, a fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y sus familiares, así como entre personas y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente relacionados con la medicina y la salud.

Código de conducta. Guía de comportamiento o conducta que delimita la actuación del personal en situaciones concretas, atendiendo a las funciones y actividades propias de la institución.

Consentimiento válidamente informado. Autorización que expresa, firma y documenta oficialmente el paciente o sus responsables legales ante testigos, para la realización en su persona de procedimientos o maniobras diagnósticos, terapéuticos o referidos a su participación en proyectos de investigación, habiendo sido informado previamente de manera amplia y comprensible de los beneficios, riesgos o complicaciones que pudieran presentarse.

Cuadros básicos y catálogos de insumos del sector salud. Conjunto ordenado de medicamentos, instrumental, equipo médico, material de curaciones y otros insumos, seleccionado por expertos interinstitucionales, para ser utilizados en el primero, segundo y tercer niveles de atención, respectivamente.

Deontología. Tratado de los deberes y reglas que rigen la práctica de una disciplina.

Derecho. Conjunto de normas jurídicas que encauzan la vida de la sociedad, que aseguran el concierto de paz y respeto de los unos por los otros y de éstos por aquellos que exige el Estado de la sociedad.

Derechos generales de los pacientes. Compromisos establecidos por el Estado para la debida, oportuna y eficiente atención de la salud.

Derechos humanos. El derecho del individuo a oportunidades culturales, sociales, económicas y educativas que brinda la sociedad, por ejemplo, el derecho al trabajo, el derecho a la educación y el derecho a la salud.

Dignidad humana. Cualidad constitutiva de la persona, que la singulariza y concretiza en un ser único no sustituible. Conjunto de valores que hacen merecer a la persona ante sí misma y los demás respeto, consideración y solidaridad en lo que se refiere a su integridad, bienestar, desarrollo y libertad.

Equidad y justicia. Valores sociales referentes a la distribución equitativa de recursos y servicios, en este caso para la atención de la salud, sin distinción de edad, género, grupo social, ideología y credo, estado de salud o enfermedad.

Ética. Parte de la filosofía que trata de la moral. Es la ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta del hombre y de los medios para lograrlo, de acuerdo con la naturaleza humana; es también la ciencia del impulso de la conducta humana.

Ética profesional. Los principios de una conducta apropiada acerca de los derechos y obligaciones del profesional, las relaciones con los pacientes o consumidores y colegas de profesión, así como las acciones del profesional y las relaciones interpersonales con las familias del paciente.

Integridad. Ceñir la conducta pública y privada, de modo tal que las acciones y palabras sean honestas y dignas de credibilidad, fomentando una cultura de confianza y de verdad. En la atención de la salud la aplicación oportuna y experta del conocimiento, destrezas y habilidades técnicas y humanísticas, vigentes y comúnmente aceptadas.

Justicia. Principio moral que inclina a obrar y juzgar respetando la verdad y dando a cada uno lo que le corresponde.

Moral. Conducta dirigida o disciplinada por normas. La moral, objeto de la ética, manda o prohíbe todo lo que el derecho ordena o prohíbe.

No maleficencia. Principio de la bioética que determina no causar daño. En la ética médica hipocrática, es un principio entendido como no hacer a los demás algo que es razonablemente inadecuado para el hombre.

Normas jurídicas. Disposiciones emanadas de los órganos legislativos, obligatorias a la obediencia general y en caso de inobservancia el poder público las hace cumplir por medio de los órganos judiciales.

Principlismo. corriente de pensamiento que privilegia principios abstractos, de validez aparente o absoluta, cuya formulación, especificación, justificación y aplicación son parte de la deliberación moral.

Principio. Fundamento de un razonamiento. Lo que contiene en sí la razón de alguna otra cosa. Máximas para la que cada cual se rige.

Respeto. Considerar sin excepción alguna la dignidad de la persona humana, los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable y tolerante.

Valores. Principios morales rectores internos que guían la conducta de las personas.

Acerca de los autores

About the authors

Myriam Bermeo de Rubio. Nacionalidad Colombiana. Magíster en Educación: Desarrollo Humano - Universidad de San Buenaventura Cali. Magíster en Comités de ética y bioética de las organizaciones: gestión y participación en diversos comités sanitarios - Universidad Nacional de Educación a Distancia. Especialización Ética y Pedagogía de Valores - Pontificia Universidad Javeriana - PUJ - Sede Cali. Odontóloga - Universidad del Valle. Profesora de tiempo completo de la Universidad Santiago de Cali, Facultad de salud, Departamento de Salud Pública. Profesora hora cátedra Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Salud Pública. Miembro del Comité Científico de Ética y Bioética de la Facultad de Salud, Universidad Santiago de Cali. Integrante del grupo de investigación en Educación y Salud - GINEYSA.

Entre sus publicaciones se encuentra el capítulo de libro «Educación y Bioseguridad en Personal de Centros de Tatuajes» (2020). La Geo referenciación en la Comprensión del Contexto Social» Región y Entorno Universitario. Unidos por la Promoción de la Salud (2019). Artículo “Estilo de vida de estudiantes en primer semestre de odontología de una universidad privada” (2018). Capítulo «Percepción de Violencia Obstétrica al Inicio de la Vida» (2019). Capítulo de libro «Formación integral: elementos axiológicos y socioculturales» (2018). Libro *Construcción de sentido en la práctica comunitaria odontológica* (2017). Capítulo de libro «Bioética en la Práctica Formativa» Sistematización de la Práctica Formativa en Salud Bucal (2017). «Fundamentación Epistemológica Para Las Áreas De Ética Y Bioética» En: Colombia 2012, Libro *Sexualidad en jóvenes universitarios. Perspectiva Desde las Actitudes* (2006), entre otras.

© <https://orcid.org/0000-0003-0204-9978>

✉ bermeo76@usc.edu.co

Ivanoba Pardo Herrera. Nacionalidad colombiana. Doctora Salud Pública- Atlantic International University. Magíster en Salud Pública- Universidad del Valle. Esp. Salud Ocupacional- Universidad Libre Cali. Odontóloga- Colegio Odontológico Colombiano. Directora Fundación FAHEPA. Integrante del grupo de investigación en Educación y Salud – GINEYSA. Investigadora Senior Colciencias. Par evaluador Colciencias.

Entre sus publicaciones se encuentra “«Percepción de la pasantía en promoción de la salud como estrategia de la atención primaria en salud» (2016). «APS rural en la región pacífico: caso Buenaventura, modelo diferencial en salud. Avances con enfoque de investigación acción participación»(2017). Libro *Control de riesgos ocupacionales en prácticas formativas en salud* (2017). Capitulo libro *Universidad Saludable* (2018). «Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano»(2018). «Factores de riesgo para caries en niños que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cal». (2019). “Adverse Events In Dental Procedures Related To Medication” (2019), entre otras.

© <https://orcid.org/0000-0003-4527-6775>

✉ ivanoba.pardo00@usc.edu.co

Catalina Estrada González. Nacionalidad colombiana. Doctora en Educación Universidad de Baja California (México). Magíster en Educación Superior Universidad Santiago de Cali. Magíster en Administración Universidad del Valle. Especialista en Docencia Universitaria Universidad Santiago de Cali. Instrumentadora Quirúrgica Fundación Universitaria del Área Andina, sede Bogotá. Profesora de tiempo completo de la Universidad Santiago de Cali, Facultad de salud, Departamento de Salud Pública. Integrante del grupo de investigación en Educación y Salud – GINEYSA.

© <http://orcid.org/0000-0002-8323-0973>

✉ catalina.estrada00@usc.edu.co

Anisbed Naranjo Rojas. Nacionalidad colombiana. Magíster en Gerencia en Servicios de Salud, de la Universidad Libre (Cali). Especialista en Docencia para la Educación Superior de la Universidad Santiago de Cali (Colombia), terapeuta respiratoria; cuenta con seis años de experiencia en coordinación de programas de atención domiciliaria, y ocho

en docencia universitaria, es Investigador Asociado, según categoría de Colciencias. Integrante del grupo de investigación en Educación y Salud – GINEYSA y del grupo de investigación Salud Integral- GISI.

© <https://orcid.org/0000-0001-7676-8284>

✉ anisbed.naranjo00@usc.edu.co

Oscar David Rubio Bermeo. Nacionalidad colombiana. Médico y cirujano Universidad del Valle, primera especialidad médica quirúrgica en Cirugía General en la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, segunda especialidad médica quirúrgica en Cirugía Vascolar, Endovascular y Angiología en la Universidad El Bosque de Bogotá. Teléfono: 3134043186.

© <https://orcid.org/0000-0002-7356-6131>

✉ dr.oscarrubio@gmail.com / contacto@droscarrubio.com

Sandra González González. Nacionalidad colombiana. Médica y cirujana en la Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá, especialista en Medicina de Emergencias en la Universidad El Rosario, actualmente miembro activo de IFM Medicina Funcional USA. Teléfono 3208598415.

© <https://orcid.org/0000-0002-4696-7423>

✉ sandragonzalez.g01@gmail.com / contacto@drasandragonzalez.com

Claudia Patricia Quiroga Vásquez. Nacionalidad colombiana. Odontóloga, magíster en Educación Superior y Especialista en Desarrollo Intelectual y Educación. Docente tiempo completo del Programa de Odontología y del Departamento de Salud Pública de la Universidad Santiago de Cali [USC] desde 1999. Se desempeña en las áreas de formación en Salud Pública y Ciencias Clínicas. Sus intereses en investigación son: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la Atención Primaria en Salud y el área de la educación en salud y salud pública. Grupo de investigación GINEYSA.

© <https://orcid.org/0000-0002-6222-2755>

✉ clapaqui@usc.edu.co

Mariela Sánchez Rodríguez. Nacionalidad colombiana. Trabajadora social de la Universidad de Valle. Especialista en Investigación social y magíster en Educación Superior de la Universidad Santiago de Cali. Docente del Departamento de Humanidades y del programa de trabajo social en la Universidad Santiago de Cali. Investigadora.

© <https://orcid.org/0000-0001-6780-8803>

✉ mariela.sanchez00@usc.edu.co

Freiser Eceomo Cruz Mosquera. Nacionalidad colombiana, magíster en Epidemiología de la Universidad Libre seccional Cali, terapeuta respiratorio de la Universidad Santiago de Cali, especialista en pedagogía y docencia de la Fundación Universitaria del Área Andina. Cuenta con ocho años de experiencia clínica y cinco años de experiencia en docencia universitaria. Docente programa de Terapia Respiratoria de la Universidad Santiago de Cali. Líder del grupo de investigación GISI.

© <https://orcid.org/0000-0001-7584-4636>

✉ freiser.cruz00@usc.edu.co

Luis Armando Muñoz Joven. Nacionalidad colombiana. Doctorado en Humanidades-Universidad del Valle. Maestría En Filosofía- Universidad del Valle. Especialización Pensamiento Político Contemporáneo-Universidad del Valle. Comunicación Social-Universidad Santiago de Cali. Docente universitario. Investigador Asociado Colciencias.

© <https://orcid.org/0000-0001-5084-5069>

✉ luis.munoz03@usc.edu.co

Rosa Nury Zambrano Bermeo. Nacionalidad colombiana. Doctorado Enfermería – Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Maestría Enfermería - Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Especialización Derecho Administrativo- Universidad Pontificia Bolivariana. Derecho- Universidad Santiago de Cali. Enfermería- Universidad Sur Colombiana. Líder del Grupo de investigación Cuidado en Salud.

© <https://orcid.org/0000-0001-6488-2231>

✉ rosa.zambrano00@usc.edu.co

Yeny Mabel Lara Parra. Nacionalidad colombiana. Magíster en Educación Superior- Universidad Santiago de Cali. Especialista en Administración en Salud - Pontificia Universidad Javeriana - PUJ - Sede Cali. Especialista en Control Integral de Gestión y Auditoría de Servicios de Salud - Universidad Santiago de Cali. Odontóloga- Colegio Odontológico Colombiano. Docente tiempo completo del Programa de Odontología y del Departamento de Salud Pública de la Universidad Santiago de Cali. Se desempeña en las áreas de formación en Salud Pública y Ciencias Clínicas. Integrante del grupo de investigación GINEYSA.

© <https://orcid.org/0000-0002-8009-8495>

✉ jennylara@usc.edu.co

Sonia Amparo Muñoz Fernández. Nacionalidad colombiana. Médico Universidad del Valle. Especialista Bioética Universidad del Valle. Máster en Matrimonio y Familia-Universidad de Navarra.

© <https://orcid.org/0000-0002-1992-5252>

✉ samf2609@gmail.com

Gloria Lizarralde Gómez. Nacionalidad colombiana. Doctorando en Bioética- Universidad del Bosque. Especialización en Foniatría - Universidad Católica de Manizales. Fonoaudiología- Universidad del Valle. Docente de Exclusividad Universidad Santiago de Cali. Líder del Grupo de investigación Fonoaudiología y Psicología.

© <https://orcid.org/0000-0001-9544-4648>

✉ glizarralde@usc.edu.co

Stephanye Carrillo González. Nacionalidad colombiana. Magíster Medicina- Universidad de la Sabana. Especialización Medicina- Universidad de la Sabana. Instrumentadora quirúrgica- Corporación Universitaria Rafael Núñez.

© <https://orcid.org/0000-0001-8056-3361>

✉ stephanye.carrillo@curnvirtual.edu.co

Alba Lineth Mena Romaña. Nacionalidad colombiana. Magíster Derecho Medico - Universidad Santiago de Cali. Médico- Universidad Santiago de Cali.

© <https://orcid.org/0000-0003-1676-9976>
✉ kafla23@hotmail.com

María del Carmen Martínez Cardona. Nacionalidad colombiana. Maestría Dirección Estratégica- Universidad Internacional Iberoamericana .Especialización en Desarrollo Humano y Organizacional Universidad Santiago de Cali. Psicóloga- Pontificia Universidad Javeriana - PUJ - Sede Cali. Docente de tiempo completo Universidad Santiago de Cali. Investigadora del Grupo de investigación Cuidado de la Salud.

© <https://orcid.org/0000-0001-9108-4702>
✉ maria.martinez11@usc.edu.co

Sandra Patricia Moreno Reyes. Nacionalidad colombiana. Magíster Salud- Universidad del valle. Terapeuta Respiratoria- Fundación Universitaria del Área Andina. Docente de tiempo completo Universidad Santiago de Cali. Investigadora Grupo de investigación GISI.

© <https://orcid.org/0000-0001-6790-8644>
✉ sandra.moreno04@usc.edu.co

Diana Yasmin Perafan González. Nacionalidad colombiana. Profesora de la Facultad de Salud de La Universidad Santiago de Cali y Universidad del Valle de Cali - Colombia. Maestría en Gestión Pública de la Universidad Santiago de Cali, especialista en Administración en Salud de la Universidad Javeriana, fisioterapeuta de la Universidad del Valle, formación posgradual en análisis biomecánico del movimiento. Experiencia clínica en el área de rehabilitación ortopédica.

© <https://orcid.org/0000-0002-2042-1246>
✉ diana.perafan00@usc.edu.co

Beatriz Alejandra Maldonado. Magíster en Educación Superior de la Universidad Santiago de Cali. Especialista en Administración Hospitalaria de la Universidad del Cauca-EAN. Instrumentadora Quirúrgica de la Universidad Santiago de Cali. Docente de Tiempo Completo en la Universidad Santiago de Cali y Coordinadora de prácticas del programa de instrumentación quirúrgica de la Universidad Santiago de Cali. Líder en Extensión del programa de instrumentación quirúrgica de la Universidad Santiago de Cali.

Publicaciones:

Capítulo 6 “Prácticas seguras en el Programa de Tecnología en Regencia en Farmacia” Autores: Myriam Bermeo de Rubio, Ivanoba Pardo Herrera, Beatriz Alejandra Maldonado Rincón y Jeferson Alexander Caicedo Galindez. En el libro *Medidas preventivas: identificación de riesgos ocupacionales en salud*.

Capítulo 7 “Prácticas seguras en Atención Prehospitalaria - APH” Autores: Myriam Bermeo de Rubio, Oscar David Rubio Bermeo, Ivanoba Pardo Herrera, Beatriz Alejandra Maldonado Rincón y Jeferson Alexander Caicedo Galindez. En el libro *Medidas preventivas: identificación de riesgos ocupacionales en salud*.

© <https://orcid.org/0000-0002-3567-4879>

✉ beatriz.maldonado00@usc.edu.co

Luzora Mondragón Joaqui. Nacionalidad colombiana. Licenciada en Bioquímica. Psicóloga. Especialista en Bioética. Mag. Neuropsicología y Educación. Docente Programa de Psicología y facultad de Humanidades de Universidad Santiago de Cali, Colombia. Teléfono: 3103828645.

© <https://orcid.org/0000-0002-2669-0359>

✉ luzora.mondragon00@usc.edu.co

José Eliecer Echeverri López. Nacionalidad colombiana. Abogado, teólogo. Profesor de Humanidades Universidad San Buenaventura y Javeriana. Profesor Ética y Bioética Universidad Santiago de Cali. Retirado.

© <https://orcid.org/0000-0002-1885-5336>

✉ joeleche70@hotmail.com.

Pares Evaluadores

Peer reviewers

Jorge Eduardo Moncayo

Investigador Asociado (I)
Universidad Antonio Nariño
© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

Lucely Obando Cabezas

Investigador Junior (IJ)
Universidad Libre
© <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>

Julián Andrés Zapata Cortés

Investigador Asociado (I)
Instituto de Química, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales
Universidad de Antioquia
© <https://orcid.org/0000-0002-8888-1521>

Ricardo Tapia

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México
Coordinador Editorial de El Colegio de Morelos, México
© <https://orcid.org/0000-0003-2750-1828>

William Fredy Palta Velasco

Investigador Junior (IJ)
Universidad de San Buenaventura-Cali
© <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

Carolina Sandoval Cuellar

Investigador Senior (IS)
Universidad de Boyaca
© <https://orcid.org/0000-0003-1576-4380>

Mildred Alexandra Vianchá Pinzón

Investigador Asociado (I)
Corporación Universitaria Minuto de Dios
© <https://orcid.org/0000-0001-9438-8955>

Kevin Alexis García

Investigador Asociado (I)
Universidad del Valle
© <https://orcid.org/0000-0002-8412-9156>

Jorge Ladino Gaitán Bayona

Investigador Junior (IJ)
Universidad del Tolima
© <https://orcid.org/0000-0001-9539-4660>

Arsenio Hidalgo Troya

Investigador Asociado (I)
Universidad de Nariño
© <https://orcid.org/0000-0002-6393-8085>

Marco Alexis Salcedo

Investigador Asociado (I)
Universidad Nacional de Colombia
© <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Ana Isabel García Muñoz

Investigador Junior (IJ)
Universidad de Boyacá
Centro de investigación de la Cultura física (CICFI),
de la Escuela Militar de Cadetes General José María Córdova
© <https://orcid.org/0000-0003-4455-4534>

Distribución y Comercialización
Distribution and Marketing

Universidad Santiago de Cali
Publicaciones / Editorial USC
Bloque 7-Piso 5
Calle 5 No. 62-00
Tel: (57+) (2+) 518 3000
Ext. 323-324-414
✉ editor@usc.edu.co
✉ publica@usc.edu.co
Cali, Valle del Cauca
Colombia

Diseño y Diagramación
Design and layout by

Juan Diego Tovar Cardenas
Universidad Santiago de Cali
✉ librosusc@usc.edu.co
Tel. 5183000 - Ext. 322
Cel. 301 439 7925

Impreso en el mes de noviembre.
Se imprimieron 100 ejemplares en los
Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.
Popayán-Colombia
Tel: (57+) 3136619756
2020

Fue publicado por la Facultad de Salud de
la Universidad Santiago de Cali.