

**BIOÉTICA: UN PUENTE DESDE LA MEDICINA DEFENSIVA HACIA LA
MEDICINA ASERTIVA**

LUZ ANGELA SANABRIA ROJAS

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MAESTRIA EN BIOÉTICA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y SALUD

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: DILEMAS Y PROBLEMAS EN LAS PRÁCTICAS
CLÍNICAS**

BOGOTÁ, D.C.

2018

**BIOÉTICA: UN PUENTE DESDE LA MEDICINA DEFENSIVA HACIA LA
MEDICINA ASERTIVA**

LUZ ANGELA SANABRIA ROJAS

Trabajo de grado para optar al título de magister en Bioética

Tutores

Boris Julián Pinto Bustamante, *Ph.D.*

María Yaneth Pinilla Alfonso, *M. Sc.*

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MAESTRIA EN BIOÉTICA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y SALUD

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: DILEMAS Y PROBLEMAS EN LAS PRÁCTICAS
CLÍNICAS**

BOGOTÁ, D.C.

2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del tutor

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá, D.C, diciembre de 2018

Dedicatoria

A mis padres, por ser ejemplo para mí y quienes con su apoyo me han ayudado a cumplir mis metas.

A mi hermano Santiago por su incondicionalidad, por mostrarme otros puntos de vista, por las discusiones académicas y la motivación entusiasta a aprender.

Agradecimientos

A mis profesores Boris Pinto, María Yaneth Pinilla y Edgar Montoya por su disposición, paciencia, ayuda y gran contribución a mi formación académica en bioética.

A mis amigas y compañeros de la maestría por las experiencias de este camino llamado bioética, en un continuo aprendizaje, por las risas y el apoyo en los momentos difíciles, que nos permitió ser un equipo que superó las metas.

A mi familia que siempre me ha apoyado y acompañado en mis procesos de aprendizaje.

A mis pacientes, sus familiares y acompañantes, porque son mi motivación para crecer como persona y profesionalmente cada día para entregarles lo mejor de mí.

Al personal de enfermería y medicina que trabaja en las unidades de cuidados intensivos donde me forme, he trabajado y trabajo actualmente, por la disposición a enseñar por compartir y permitirme aprender de las experiencias positivas y negativas.

Contenido

Resumen.....	08
Palabras clave.....	08
Introducción.....	09
1. Medicina al estilo de Sherlock Holmes.....	12
1.1. Importancia de la relación médico paciente en la práctica clínica.....	12
1.1.1. medicina y aspectos fundamentales de la vida humana.....	13
1.1.2. ayudar a los pacientes, el objetivo fundamental de la medicina.....	14
1.2. Las cuatro edades de la medicina por Mark Siegler.....	14
1.2.1. edad del paternalismo médico.....	15
1.2.2. edad de la autonomía.....	15
1.2.3. edad de la burocracia médica o del “financiador”.....	16
1.2.4. edad de la toma de decisiones compartidas.....	16
1.3. Algunos factores condicionantes de la relación médico paciente.....	17
1.3.1. sistema de salud.....	17
1.3.2. normatividad – Ley de ética médica.....	20
1.3.3. desarrollo técnico-científico en medicina.....	20
2. Aportes de la ética médica a la atención del paciente.....	21
2.1. Principalísimo médico de Beauchamp y Childress.....	22
2.2. Ética de mínimos y máximos de diego gracia.....	22
2.3. Enfoque en la toma de decisiones médicas.....	23
3. Medicina defensiva.....	24
3.1. Iatrogenia.....	26
3.2. Incertidumbre y ética de la ignorancia.....	27
3.3. Error médico.....	28
3.3.1. negligencia.....	28
3.3.2. impericia.....	28
3.3.3. imprudencia.....	29

4.	Responsabilidad médica.....	29
4.1.	Valor jurídico de las historias clínicas.....	29
5.	Tensiones y conflictos éticos en los médicos.....	30
5.1.	Diferencia entre conflicto bioético y dilema bioético.....	31
5.2.	Tipos de conflicto bioético.....	32
5.2.1.	conflicto de obligaciones morales.....	32
5.2.2.	conflicto de intereses.....	32
6.	Crítica de la medicina defensiva bajo una visión de ética de mínimos.....	33
7.	Análisis de la medicina asertiva bajo una visión de ética de máximos.....	34
7.1.	Calidad, seguridad del paciente y ética profesional.....	34
7.2.	Humanización en salud.....	35
7.3.	Reacciones emocionales y ética de los sentimientos.....	36
8.	Conflictos de valores y toma de decisiones.....	36
9.	Estrategias bioéticas.....	37
9.1.	Comités de bioética hospitalaria.....	38
9.2.	Revista bioética.....	39
9.3.	Educación en bioética.....	40
9.4.	Interconsulta bioética.....	42
9.5.	Mediación bioética.....	43
	Conclusiones.....	45
	Referencias.....	47

Bioética: un puente desde la medicina defensiva hacia la medicina asertiva

Resumen

La base del ejercicio médico profesional se da en relación médico-paciente la cual se ve influida por factores tales como: el desarrollo técnico-científico, el sistema de salud, las normas o leyes, sin ignorar que éste vínculo se desarrolla bajo un Estado que busca garantizar el acceso a salud y la no maleficencia, brindando a los ciudadanos herramientas para exigir sus derechos tales como la tutela. Todo lo anterior ha favorecido la ruptura de la relación médico-paciente, así como el surgimiento de la medicina defensiva que es una medicina basada en la desconfianza con los consecuentes cambios en la práctica médica.

Es así que surge la necesidad de restablecer esta relación mediante prácticas tales como la humanización en salud, buscando calidad y ética profesional. Sin embargo, estas prácticas son insuficientes para la resolución de conflictos de valores, requeridos para una adecuada toma de decisiones, por lo cual desde la bioética se han propuesto estrategias que buscan la resolución de conflictos mediante los comités de bioética hospitalaria, revista bioética, educación en bioética y mediación en bioética, procurando así llevar hacia una medicina asertiva.

En este ensayo realizo un análisis crítico a la medicina defensiva bajo la visión de ética de mínimos de Diego Gracia pretendiendo atenuar su práctica. El presente trabajo retoma y unifica estrategias bioéticas propuestas por diversos autores, con el fin de ser aplicadas en la práctica médica para restaurar la relación médico-paciente en búsqueda de una medicina asertiva la cual se analiza bajo la ética de máximos de Diego Gracia.

Palabras clave: relación médico-paciente, bioética médica, medicina defensiva, medicina asertiva, estrategias bioéticas, ética de mínimos y máximos.

Luz Angela Sanabria Rojas. Médica de la Fundación Universitaria Sanitas, de Bogotá, Colombia. Correo: luz_angela90@hotmail.com

En mi experiencia como médica general de una unidad de cuidado intensivo en Bogotá, con las herramientas que me brinda el conocimiento obtenido como estudiante de la maestría en Bioética, identifico prácticas médicas conflictivas, que rompen la relación médico-paciente, las cuales se circunscriben bajo la práctica de *medicina defensiva*, chocando con las guías de práctica clínica, la ley de ética médica y la normatividad colombiana.

La evolución hacia una ruptura de la relación médico paciente es alarmante, ya que el ejercicio médico profesional se fundamenta en ésta relación, la cual, históricamente ha transcurrido por distintas etapas, desde una edad paternalista, hacia la edad de toma de decisiones compartidas que en términos bioéticos se da desde la deliberación y participación en la toma de decisiones, buscando consensos.

La evolución de la relación médico paciente va de la mano con el progreso de la sociedad, es así como en la edad médica paternalista (donde los pacientes carecían de información médica) las decisiones no eran cuestionadas, pero con el advenimiento del desarrollo técnico científico, estas sociedades conformadas por personas cada vez más informadas, empezaron a cuestionarse sobre las decisiones médicas y la aplicación de nuevas tecnologías, siendo más críticos y autónomos en la toma de decisiones, evolucionando hacia una edad de autonomía del paciente.

De forma similar con la evolución de las sociedades, Hottois plantea el surgimiento de la bioética como respuesta a los nuevos interrogantes por el uso de nuevas tecnologías en las que la ética clásica se torna insuficiente.

La relación médico-paciente se ve influenciada por los aspectos del entorno en el que se desarrolla, es por eso que avanzamos a la siguiente “edad de la burocracia”, contextualizada en un sistema de salud que regula el ejercicio médico, propio del gobierno en donde se da.

Éstas sociedades conformadas en el caso colombiano, por ciudadanos reconocidos como sujetos de derechos, en una medicina circunscrita en la deontología profesional (Ley de ética médica / Ley 23 de 1981) y en las demás leyes que la rigen, bajo un estado garante de derechos que intenta regular y responder a las necesidades de la sociedad.

En este ámbito el sistema favorece la atenuación de la autonomía médica gracias a la transformación de la salud en un sistema de aseguramiento, el aumento de las demandas de atención, lo que favorece una mala prestación del servicio médico (que también vulnera la

autonomía del paciente); adicionalmente el fácil acceso sin ningún acompañamiento, a todo tipo de información médica (la cual no siempre es confiable, o no se puede contextualizar al caso específico), el uso de tecnologías en el proceso diagnóstico y terapéutico, lo que lleva a algunos pacientes a reclamar todo lo tecnológicamente viable, mediante pesquisas a los médicos, utilizando incluso herramientas legales creadas como mecanismos para proteger los derechos fundamentales vulnerados (tal como la figura de la tutela para el caso colombiano – art. 86 de la constitución) reclamados ante un juez, para exigir todo lo legalmente posible.

Con lo anterior quiero exponer como el problema no es solamente de sujetos, sino del sistema de salud que favorece una inadecuada relación médico-paciente, generando insatisfacción, distanciamiento, vulnerando la autonomía del médico y del paciente, generando un ejercicio médico circunscrito en la desconfianza y el recelo.

Es así que surge el ejercicio de la *medicina defensiva* que consiste en el “cambio en la práctica médica para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional” Paredes (2000). Ésta práctica médica genera prácticas inadecuadas desde el punto de vista bioético y profesional.

Algunas de estas problemáticas bioéticas se enmarcan en la ruptura de la autonomía médica, pérdida de la confianza del médico y del paciente, esta desconfianza favorecen el uso indiscriminado de herramientas diagnósticas y terapéuticas, ya sea por miedo del médico a no ser demandado o por exigencia del paciente quien tal vez crea que “ese mal médico de la EPS no me quiere mandar la radiografía que necesito, sino solo acetaminofén”.

Este intervencionismo en salud secundario a un ejercicio de medicina defensiva genera una *mala praxis* (práctica médica dañina-maleficente) con consecuencias tales como la iatrogenia (que se define como un daño a la salud producido por un acto médico) el aumento del costo médico, aumento de las demandas y la desconfianza, forjando así un círculo vicioso.

Estas problemáticas no son algo nuevo, es más, ya han sido criticadas y abordadas por múltiples autores desde la ética profesional, el derecho y la bioética, sin embargo pesar de ser descritas y analizadas, se siguen presentando como una práctica médica deshumanizada, agotando la relación médico-paciente.

Es entonces que se hace imperativo restaurar la relación médico-paciente, y surgen estrategias como la humanización en salud así como calidad de atención y seguridad del paciente que minimizan el intervencionismo indiscriminado y la iatrogenia sin embargo son insuficientes para la solución de conflictos de valor.

La bioética busca la resolución de conflictos y llegar a consensos mediante la deliberación, su herramienta tradicional en medicina ha sido el comité de ética hospitalaria; no obstante diversos autores desde la bioética han propuesto otras estrategias que se recopilan y analizan en el presente ensayo, tales como los *comités de bioética*, *la revista bioética*, *educación en bioética*, *la interconsulta bioética*, *la mediación bioética*.

Éstas estrategias bioéticas se han puesto en práctica por separado, pretenden minimizar el ejercicio de la medicina defensiva restaurando la relación médico-paciente, así como la búsqueda de una práctica de *medicina asertiva* que se enmarca en la buena comunicación, confianza mutua, siguiendo la *Lex artis*, favoreciendo la autonomía del médico y del paciente.

Cabe resaltar que aunque el objetivo ideal sería superar la práctica de medicina defensiva, por lo menos en la actualidad no es posible, ya que el sistema de salud favorecedor de esta ruptura permanece intacto, si el sistema no cambia, estas estrategias solo permiten atenuar las malas prácticas.

Teniendo en cuenta este contexto, surge la siguiente pregunta: *¿Cómo algunas estrategias desde la bioética contribuyen a minimizar la práctica de medicina defensiva?* Considero que el entendimiento y puesta en práctica de dichas estrategias en conjunto como un *servicio de bioética*, ayudará a mejorar la calidad de atención en salud mediante un ejercicio médico bioético aplicado a la clínica, contribuirá a minimizar la práctica de medicina defensiva con sus respectivas problemáticas, evitando la vulneración de los derechos de los pacientes y sus familiares que ayudará a identificar la importancia de llenar vacíos en el conocimiento médico sobre bioética.

Medicina Al Estilo De Sherlock Holmes

El ejercicio de la medicina se asemeja a una tarea detectivesca al estilo Sherlock Holmes, donde el criminal es la enfermedad la cual debemos perseguir y descubrir entre una gran cantidad de síntomas, signos, factores desencadenantes, donde debemos individualizar cada caso, hacer las preguntas apropiadas para lograr deducciones acertadas y nuestro principal testigo es usted, el paciente, entonces es así que una buena relación basada en la confianza nos permitirá obtener las respuestas que nos lleven a una correcta deducción, “elemental mi querido Watson”.

Si usted como paciente no siente confianza con su médico, tal vez no se sentirá tranquilo al confesar algunas conductas o síntomas que pueden parecerle vergonzosas o irrelevantes y que sean imprescindibles para llegar a un diagnóstico clínico, de la misma manera si el “investigador” en este caso el médico no confía en su testigo deberá valerse de las pistas, buscar más herramientas o elementos de prueba (pruebas de sangre, imágenes, incluso cirugías) diferentes a los testimonios (entrevista médica) para llegar a resolver el enigma.

Con esta analogía pretendo mostrar como la relación médico-paciente se basa en una relación de confianza y ayuda mutua que favorece un correcto ejercicio de la medicina, además de la confianza hay otros elementos de esta relación que son importantes en la práctica médica.

Importancia De La Relación Médico Paciente En La Práctica Clínica

Hace más de 2500 años Platón expone en un pasaje del Libro IV de *Las leyes* una comparación entre dos tipos de médicos, aquellos libres que aprendían por vocación que hacen un buen ejercicio y aquellos médicos esclavos que aprendían el arte por rutina sin preguntar por su paciente; proponiendo que para alcanzar las metas de la medicina, era imprescindible una buena *relación médico-paciente*.

El médico de esta clase (esclavo – mala relación) no entra en pormenores con el enfermo a propósito de su mal, ni sufre que él razone sobre el mismo; después de haberle prescrito, a modo de verdadero tirano y dándose aire de hombre entendido, los remedios que la rutina le sugiere, le abandona bruscamente para ir a visitar otro enfermo, descargando así a su maestro de una parte de los cuidados de su profesión. Por el contrario, el verdadero médico (libre-buena relación) sólo visita y cuida de los enfermos que son de condición libre como él; se informa de

ellos mismos o de sus amigos acerca del origen y del progreso del mal; después de haber obtenido todas las aclaraciones convenientes, instruye al enfermo hasta donde le es posible, no prescribiéndole remedios sino después de haberle decidido con buenas razones a tomarlos; y procura volverle poco a poco la salud, dulcificando su espíritu y disponiéndole para todo por medio de la persuasión (1872, p.221).

Como expuse anteriormente la relación médico paciente es la base fundamental del ejercicio médico, esta afirmación se basa en que el ejercicio profesional se da a través del encuentro entre seres humanos (médico-paciente), que mediante la interacción busca cumplir su objetivo principal que es ayudar a otros usualmente en situación de vulnerabilidad, ocupándose de los aspectos fundamentales de la condición humana.

Esta es una relación social y antropológica, que algunos filósofos llaman “coloquio singular”, aunque la medicina basada en la evidencia pretenda que no trata con pacientes (realidades subjetivas), sino con fenómenos patológicos (realidades objetivas). (Márquez, 2014).

Tal como propone en su texto *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente* (2011), el pionero de la ética clínica Mark Siegler afirma lo siguiente:

...hay tres motivos por los cuales la relación médico paciente y la toma de decisiones compartidas sobrevivirán incluso a los retos actuales que presentan las instituciones públicas y privadas que financian la sanidad:

1. La medicina atiende una necesidad humana universal e inalterable.
2. La medicina tiene el objetivo fundamental e inalterable de ayudar a los pacientes.
3. La mayor parte de la ayuda médica se procura durante el encuentro directo entre médico y paciente; es decir, en el seno de la relación médico-paciente (p.20).

medicina y aspectos fundamentales de la vida humana.

La medicina está presente en los momentos fundamentales de la condición humana desde el inicio (nacimiento), al fin de vida (muerte), pasando por los procesos de vulnerabilidad enmarcados en la enfermedad, discapacidad, pérdida.

Al ser inherentes a la condición humana, van a estar presentes independiente del desarrollo técnico-científico, las políticas en salud, cambios en la sociedad, no quiere decir que no puedan ser modificados sus impactos, por ejemplo con el transhumanismo e inteligencia artificial las condiciones humanas pueden llegar más allá de lo esperado, sin embargo estas condiciones básicas estarán presentes.

ayudar a los pacientes, el objetivo fundamental de la medicina.

La medicina a través del tiempo surge como una necesidad de ayudar al otro, pero no solo la ayuda física, de hecho al inicio la medicina cumplía gran parte de su labor tratando las dolencias mentales/psicológicas, en lo que se destaca su función de ayuda desde la escucha al otro, el trato digno, sin dejar de lado el alivio del dolor físico y la posibilidad de tratar o curar las enfermedades.

Estos objetivos de ayuda van evolucionando por ejemplo ya no solo se enfoca a una medicina curativa, sino preventiva en sus inicios, paliativa cuando reconocemos que es momento de parar y sobre todo ejercer una medicina que busca mejorar calidad de vida.

La relación médico paciente es la forma principal en la que se genera la ayuda, ya que antes de cualquier intervención, ya sea formular un medicamento, administrar un tratamiento, realizar un procedimiento, entre otros, se requiere previamente una interacción o relación donde un paciente pide ayuda a un médico que la brinda.

Las cuatro edades de la medicina por Mark Siegler

Históricamente la relación médico paciente ha estructurado el ejercicio médico profesional, es un encuentro entre el paciente quien solicita ayuda en la enfermedad y el médico que está dispuesto a brindarla, formando vínculo de confianza y confidencia.

Esta relación ha tenido diferentes expresiones de acuerdo a la época en la que se da, tal como expondré a continuación, siguiendo la visión de Mark Siegler, quien es un reconocido médico, que ha realizado importantes aportes a la bioética, acuñó y difundió la expresión “ética clínica” para referirse a la ética aplicada a la práctica médica.

Este autor divide conceptualmente en cuatro edades la historia de la relación médico paciente, así:

1. Paternalismo médico
2. Autonomía del paciente
3. Burocracia médica “edad del financiador”
4. Toma de decisiones compartida por el médico y el paciente.

Las líneas del tiempo de estas edades se cruzan entre sí, no desaparece una y empieza la otra, porque según las circunstancias puede que se aplique el enfoque (paternalista, autónomo, burócrata o de decisiones compartidas) en la situación concreta.

edad del paternalismo médico.

Los orígenes de la relación médico-paciente se reconstruyen en la Grecia del siglo VI a.C. hasta aproximadamente la década de 1960, con gran auge en la década de 1950. En esta edad el médico actuaba como un “curandero con poderes mágicos”, quien buscaba lo mejor para el paciente desde su punto de vista, no se cuestionaban sus decisiones y el acompañamiento se daba más desde la prevención.

El paternalismo médico estructuró la beneficencia como valor moral. Según Montoya “el enfermo era un inválido moral porque no tenía la capacidad de decidir por él y la obediencia hacía parte de una exigencia cultural incorporada en los valores sociales de la época...” (2013, p.33)

edad de la autonomía.

Surge desde 1950 gracias a los avances en la comprensión de la enfermedad y desarrollo de terapias médicas y quirúrgicas. En esta edad el médico era un profesional de la ciencia aplicada; se transforma de una relación vertical de obediencia a una relación horizontal donde el médico acepta las decisiones del paciente desde el respeto a la libertad y derecho de autodeterminación.

Se favorecía el tratamiento de enfermedades sobre la prevención de las mismas, los médicos actúan como proveedores de salud para los pacientes usando sus conocimientos según los preceptos del paciente, sin derecho a opinar o influir en las toma de decisiones, es una época libertaria y consumista que encareció la atención en salud.

Este modelo se ve influenciado por la introducción en 1946 del consentimiento informado que para Beauchamp y Childress (1999) es la única forma de fortalecer la confianza mutua, garantizando una forma de respeto al otro y a su autonomía, otorgando validez al mismo por la veracidad de la comunicación.

edad de la burocracia médica o del “financidor”

Aparece aproximadamente en 1960, gracias al encarecimiento de la medicina que genera cambios en la forma de administrar servicios de salud a través de organizaciones en su mayoría privadas que dan importancia la rentabilidad y eficiencia económica, la atención se mide en términos de costo-beneficio, sopesando las necesidades de la sociedad sobre el bien del paciente.

Se ve al médico como un administrador de servicios de salud, ya que finalmente de alguna forma el médico controla los recursos a través de las decisiones individuales que toma. Sin embargo esta burocracia no está en el médico sino en los administradores que someten al médico a sus requerimientos.

edad de la toma de decisiones compartidas.

Se distorsiona la relación médico-paciente al enfrentarla en una falsa dicotomía entre la autonomía con paternalismo, los cuales en vez de ser adversarios son aliados con un consenso que encamina a una toma de decisiones compartidas, buscando un fin común que es ayudar al paciente, basado en la comunicación, discusión y respeto mutuo.

Es así que a principios de la década de 1980 surge esta edad, propuesta por Mark Siegler quien critica el enfrentamiento artificial entre paternalismo y autonomía, también cuestiona sobre quien tiene derecho a la toma de decisiones o determinar las preferencias del paciente. Esta edad

también es conocida bajo los términos “atención centrada en el paciente, toma de decisiones participativa, toma de decisiones sensible a las preferencias, medicina colaborativa y modelo de autonomía avanzada” (2011, p.18).

Algunos Factores Condicionantes De La Relación Médico Paciente

Son múltiples los factores condicionantes de esta relación, que se enmarca en aspectos sociales, sistemas de creencias, aspectos políticos, desarrollo técnico científico, entre otros, de los cuales me enfocare en los que considero más relevantes.

sistema de salud.

La relación médico paciente se desarrollan en un contexto social determinado por un sistema de salud y su posibilidad de acceso a este, tal como afirma Jorge Márquez en su artículo “Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia” (2014):

Debemos reconocer esta actual doble cara del acceso a la salud: contractual-rentable y contractual-ciudadana. Ello es visible en varios aspectos: La garantía de la salud depende de actores sociales privados y estatales. En el mundo globalizado, la salud se concibe a la vez como una mercancía, un servicio y un derecho. La salud sigue siendo un concepto individual, pero solo puede ser garantizada a cada sujeto por vías institucionales, es decir, colectivas (p.610).

En el caso colombiano, el sistema de salud está basado en principios neoliberales de mercado, que impulsan la creación de instituciones para prestar servicios sociales, por lo cual considero relevante realizar una descripción de la evolución de la salud en Colombia hacia un sistema de mercado.

En la década de 1940 opera un sistema de responsabilidad entre el Estado, empleador y trabajador en el aseguramiento de la enfermedad y discapacidad de trabajadores, mediante el Instituto Colombiano de Seguros Sociales donde cada uno en diferente proporción financiaba la posible enfermedad o discapacidad. Surge el derecho a enfermarse, enmarcado en la Ley 90 de 1946 que establece “el seguro social obligatorio de los trabajadores contra los siguientes

riesgos: a. Enfermedades no profesionales y maternidad; b. Invalidez y vejez. c. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y d. Muerte”.

Este es el camino de un sistema asistencialista hacia una política de salud con el reconocimiento de la reparación de la salud como un derecho, primero de los trabajadores y, más tarde hacia la década de 1960, con el surgimiento de la epidemiología social y la salud pública, de los ciudadanos en general.

Hacia la década de los 90 el gobierno mediante políticas de privatización manipuladas por intereses de multinacionales y empresas locales del mercado de los seguros, busca aumentar la cobertura en salud en el país y convertir la salud en un servicio financiado por los propios usuarios, convirtiendo así la salud en una mercancía.

- Constitución de 1991, declaración de derecho a la salud por lo que se da un cambio de la relación paternalista por una en la que se reconozca la autonomía del paciente.
- Ley 100 de 1993, se instauró el sistema de salud privatizado de gran cobertura, con la obligación de afiliarse y cotizar mensualmente a empresas privadas o EPS, las cuales debían reinvertir los recursos en el mejoramiento del sistema de atención.

En las últimas décadas bajo el mandato de Álvaro Uribe Vélez, entre 2002 y 2010, se fortalece la privatización de la salud que es un negocio muy rentable. Estas empresas obtienen ganancias mediante la restricción de servicios en salud (consultas, exámenes) y entrega de medicamentos a los pacientes, llevándolos a usar la tutela como único método para obtenerlos y poder tratar sus enfermedades.

Con el cambio de gobierno al de Juan Manuel Santos y la crisis de salud en la que se encontraba el país, sale a la luz pública el escándalo de la salud con el robo de millonarias sumas por parte de poderosas EPS como SaludCoop, siendo noticia de portada de importantes medios de comunicación tales como la revista Semana, que puede ser consultada en su versión digital, donde hace afirmaciones tales como:

Palacino, quien terminó de la peor manera una ambiciosa historia empresarial que pudo haber tenido otro rumbo, pero que, en cambio, agravó el cáncer que padece la salud en Colombia. Bien dice el senador Robledo: "Por donde se le haga presión, a la salud le sale pus", y SaludCoop es la herida más grande y reciente de un escándalo que apenas comienza. (Mayo 2011)

Ante esta crisis y los múltiples escándalos de corrupción en el sistema de salud surge la necesidad de una reforma para mejorar el sistema y se crea la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751, Febrero 2015) por medio de la cual se reglamenta el derecho a la salud, consagrado como derecho fundamental por las sentencias T760 y C252, ésta es una ley garantista, es la primera ley estatutaria para un derecho social fundamental, establece unos mínimos básicos. Sus alcances se definen en las siguientes 4 características:

1. Da mayor claridad sobre el acceso a los servicios
2. Se fortalece el control de los precios de medicamentos
3. Define el “plan de beneficios” con exclusiones explícitas.

Estas exclusiones son definidas por el Gobierno que puede eliminar del plan de salud cualquier servicio que considere no viable, no pertinente o no financiable. De esta manera los jueces de tutela no pueden aceptar como derecho sino lo que esté incluido por el Gobierno.

4. Mayor claridad en las obligaciones del estado.

Algunas de las críticas a la Ley Estatutaria afirman que no se soluciona el problema de la intermediación financiera (el verdadero cáncer del sistema) sino que les cambia de nombre de EPS (Entidad Promotora de Salud) a GSS (Gestores de Servicios de Salud) para los que la salud sigue siendo un negocio de gran utilidad.

El desarrollo del sistema de salud colombiano como un sistema de mercado es inverso a los objetivos de la medicina, ya que altera la relación médico-paciente transformándola en una relación comercial donde el paciente “compra” un bien (la salud) volviéndose un “cliente” y el médico un “vendedor”.

Como cliente, el paciente se siente con pleno derecho de reclamar si el servicio o bien comprado no cumple con sus expectativas, tales como rapidez en la recuperación de la salud de manera efectiva, segura, indolora y con garantía de no volverse a enfermar, lo cual es insostenible por la condición de incertidumbre que rodea la salud y enfermedad, generando insatisfacción del “cliente” quien se siente “estafado”.

Se vulnera la relación médico-paciente, en un sistema de salud que ha desvalorizado la práctica médica, donde el profesional se encuentra limitado en su ejercicio por los tiempos de consulta,

desabastecimiento de insumos, entre otros, incidiendo en la predisposición ante la mala actitud y agresión de pacientes quienes vienen desgastados por la dificultad de acceso a los servicios de salud aumentando la desigualdad e inconformidad.

normatividad - Ley de ética médica.

Dentro de la evolución del sistema de salud vemos como el ejercicio médico se rige por la normatividad que se enmarca en leyes, decretos, reglamentos.

Además de las mencionadas anteriormente, cabe destacar en la relación médico paciente el papel de la Ley 23 de 1981 que se fundamenta en la declaración de principios, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, que afirma en el artículo 4 “la relación médico-paciente es el elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y autentico, el cuál impone la más estricta reserva profesional” y dedica un capítulo completo (Capítulo I) “De las relaciones del médico con el paciente” para especificar las actuaciones de esta relación.

desarrollo técnico científico en medicina

La influencia de los avances técnico científicos afectan la relación médico paciente y así mismo llevan al surgimiento de la bioética con la evolución de la relación entre ética y medicina.

Según Hottois (2007), “la medicina se practica en sociedades heterogéneas, individualistas y multiculturales, donde no predomina un único concepto de valores”, en ese contexto “se completa con el reconocimiento de los derechos de los pacientes con énfasis en su autonomía y cuestionamiento de la autocracia paternalista tradicional” (p.16).

Lo anterior nos lleva a una sociedad que ya no acepta imposiciones, lo que genera reflexiones éticas e inquietudes alrededor de la interpretación, aplicación e impacto de los avances y nuevos conocimientos, en este plano surge la bioética, por el agotamiento de la ética médica como respuesta a estas nuevas inquietudes.

A partir del planteamiento de Hottois veo como el desarrollo técnico-científico concede a la medicina herramientas para enfrentar la enfermedad, la muerte y el inicio de la vida, abriendo puertas a niveles previamente no manipulables, dotándola de un gran poder, generando nuevos interrogantes precisamente en su poder y en los límites de éste.

Algunos de los avances médicos más importantes se relacionan con diferentes procedimientos de sustitución de funciones orgánicas vitales (la diálisis y el trasplante renal en donante vivo 1954; la ventilación mecánica en 1975; las técnicas de reanimación, desfibrilación; la alimentación parenteral, donación de hígado, pulmón de donante cadavérico, etc.) las cuales han permitido manipular el periodo final de vida, dotando de “poder” al médico y replanteando la definición de muerte.

Pero no solo era el “poder” de frenar la muerte, sino aquellas tecnologías que permiten la manipulación de su comienzo como la tecnología reproductiva que surge en 1978 con la primera niña probeta les da el “poder” de crear vida fuera del cuerpo humano, la ingeniería genérica, fecundación in vitro etc.

Aportes De La Ética Médica A La Atención Del Paciente

Habrán escuchado la frase “un gran poder, conlleva a una gran responsabilidad” y esto no es ajeno al ejercicio médico, cuyo poder permitió que se diera un abuso en las investigaciones médicas comprobado en la segunda guerra mundial con los médicos nazis en el conocido juicio de Núremberg, o el experimento de Tuskegee sobre sífilis no tratada en varones negros donde a pesar de existir tratamiento no se brindó con el fin de conocer la evolución natural de la enfermedad hasta la muerte.

Casos así evidencian la necesidad de proteger a las personas de los abusos del ejercicio médico con el consecuente surgimiento de un código ético:

- El Código de Núremberg en 1947 que da las bases del principalísimo biomédico.
- En 1964 la Asociación Médica Mundial redacta la Declaración de Helsinki que adopta los principios fundamentales de Núremberg.

Principalísimo médico de Beauchamp y Childress

En el año de 1978 se publica el Informe Belmont, en donde se promulgan estos principios éticos básicos: 1) respeto a las personas; 2) beneficencia; 3) justicia.

Tom L. Beauchamp y James F. Childress publican su libro *Principios de ética biomédica* en 1979, y proponen cuatro principios que son:

1. el respeto a la autonomía: capacidad de autogobierno, establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas autónomas para tomar decisiones.
2. no maleficencia: evitar causar daños y perjuicios.
3. beneficencia: hacer el bien, se hace un análisis de perjuicio-beneficio y coste-beneficio.
4. justicia: normas que garantizan la distribución justa de beneficios, riesgos y costes.

Estos niveles son *prima facie* del mismo nivel, por lo que no tienen prioridad sobre otros y en caso de conflicto, ante una situación concreta deben ser ordenados jerárquicamente de acuerdo a circunstancias y consecuencias particulares.

Ética de mínimos y máximos de Diego Gracia

Diego Gracia considera necesario ponderar los principios de Beauchamp y Childress, para deliberar y resolver conflictos morales particulares. Es así que jerarquiza los principios en dos niveles en lo que denomina ética de mínimos y máximos morales, así:

- El primer nivel o “ética de máximos” definen la ética “privada” de las personas, donde están los principios éticos materiales de carácter deontológico que son la autonomía y la beneficencia, ya que son obligaciones morales intransitivas, las que pueden imponerse a sí mismos, marcan el máximo moral a que aspiran – exigible por cada individuo a sí mismo-, buscan el respeto a la diversidad de códigos éticos.
- El segundo nivel o “ética de mínimos” definen la ética “pública” de una sociedad, por lo que el Estado es garante de los mínimos deberes comunes a todos que deben cumplirse por igual, se plasman en el derecho (cuyo principio es igualdad de todos ante la ley), incluye los principios de no maleficencia (respeto de la integridad física de las personas) y de justicia

(igual consideración), ya que son obligaciones transitivas en las relaciones entre los seres humanos, exigen el respeto de un mismo código de reglas mínimas de convivencia (aunque sea coactivo).

Puede decirse que el primer nivel es la ética del “deber” propio del Derecho, de lo “correcto” (o incorrecto); en tanto que el segundo es el específico de la Moral, propio de lo “bueno” (o malo) o también la ética de la “felicidad”.

Es por esto que en caso de conflicto se da prioridad al nivel 1, ya que “las obligaciones públicas siempre tienen prioridad sobre las privadas. A los mínimos morales se nos puede obligar desde fuera, en tanto que la ética de máximos depende siempre del propio sistema de valores, es decir, del propio ideal de perfección”.

Enfoque en la toma de decisiones médicas

La ética médica además de brindar protección ante los abusos de poder evoluciona hacia la bioética mediante la ayuda en la toma de decisiones. Es así como en 1980 Mark Siegler, Al Jonsen y William Winslade proponen el modelo de cuatro compartimentos para ayudar a la “toma de decisiones éticas y médicas”.

Este modelo se divide en cuatro compartimentos que reflejan las consideraciones que los médicos deben estudiar cuando toman decisiones acertadas con los pacientes.

Figura 1. Modelo de cuatro compartimentos para la toma de decisiones éticas y médicas.

INDICACIONES MÉDICAS	PREFERENCIAS DEL PACIENTE
<p>Beneficencia / No Maleficencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia y diagnóstico médico • Pronóstico clínico: Problema agudo, crónico, crítico, emergente, reversible • Metas de tratamiento • Probabilidades de éxito • Plan terapéutico/alternativa en caso de falla • Beneficio del cuidado médico y de enfermería 	<p>Respeto a la autonomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la capacidad para decidir • Opiniones y preferencias del paciente <ul style="list-style-type: none"> ○ Actuales (paciente capaz) ○ Previas (paciente incapaz) • Directivas de Voluntad Vital Anticipada • Representante/ sustituto <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación, opiniones, preferencias

DELIBERACIÓN

CALIDAD DE VIDA	FACTORES SOCIALES Y ECONOMICOS
<p>Beneficencia / No Maleficencia/ Respeto a la autonomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prospectos con tratamiento o sin este, para retronar a una vida normal • Déficits físicos, mentales y sociales • Evaluación de la calidad de vida del paciente • Condiciones presentes o futuras indeseables • Plan de confort y cuidado paliativo 	<p>Lealtad y Justicia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexto familiar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Red de apoyo emocional ○ Conflictos intrafamiliares • Contexto socioeconómico del paciente • Contexto jurídico • Contexto institucional y profesional: <ul style="list-style-type: none"> ○ Problemas de conciencia en los profesionales ○ Desacuerdos profundos entre profesionales ○ Conflictos de interés ○ Autorizaciones, problemas administrativos y de recursos.

Fuente: Elaboración propia adaptada de: Jonsen, Siegler y Winslade; Lorda Pablo Simón. 1980

Los compartimentos arriba de la línea incluyen las indicaciones médicas y las preferencias del paciente; la mayoría de las decisiones se toman en función de estos dos factores, estas decisiones no tienden a ser controvertidas solo requieren una negociación o toma de decisiones compartidas.

Los compartimentos debajo de la línea son la calidad de vida y las cuestiones sociales y económicas. Cuando los médicos se enfocan en los elementos bajo la línea para la toma de decisiones, los problemas de ética médica se acentúan favoreciendo conflictos.

Medicina Defensiva

Como se enmarco previamente la relación médico-paciente es la base del ejercicio médico, esta relación se modifica según la evolución en el tiempo y diversos factores que ya expuse anteriormente, todo esto para contextualizar los elementos que llevaron a la ruptura de esta relación.

Es así que surge la *medicina defensiva* que se define como los “cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional” Paredes y Rivero (2010. p.79). Surge hace más de 50 años secundaria a la transformación de la

práctica médica derivada de la evolución de las sociedades, el desarrollo y uso de nuevas tecnologías empleadas en procesos de diagnóstico y tratamiento, el fácil acceso a la información, lo que derivó en una relación médico-paciente distanciada, basada en el recelo y desconfianza.

En el caso colombiano la práctica médica se da en un sistema de salud que es un sistema de mercado con la respectiva masificación en la medicina, que ha llevado al “usuario” (paciente) quien se afilia a una EPS donde desconoce quién es el médico que le “presta un servicio” en un tiempo limitado de atención, lo que lleva al médico a realizar un examen físico superficial, sin detenerse mucho en el interrogatorio, subordinando la clínica a procedimientos diagnóstico-terapéuticos sofisticados.

En esta lógica de mercado toma valor el contrato jurídico, “entendiéndose éste como un intercambio de bienes y servicios, en donde las partes aceptan de común acuerdo los beneficios que se van a obtener y las sanciones e indemnizaciones por el incumplimiento de lo pactado”. Montoya (2013, p.13).

A pesar de ello el contrato jurídico no soluciona el problema, ya que se perpetúa una desconfianza mutua tanto del paciente por miedo a la mala práctica médica, como del médico por miedo a las demandas que reclaman la protección del cuerpo como un bien jurídico.

La medicina defensiva trae como resultados:

- Uso indiscriminado de recursos de diagnóstico, que surgen de las nuevas tecnologías médicas como por ejemplo resonancias, gammagrafías, tomografías, nuevos procedimientos quirúrgicos, prótesis, equipos de soporte vital artificial, nuevos fármacos, entre otros. Que pueden ser por orden del médico para “no dar lugar a dudas de diagnóstico” como por petición del paciente en un ejercicio de “medicina satisfactiva” (satisfacer al cliente).
- Cambios en el uso de tratamientos tanto médicos como quirúrgicos, donde el paciente exige recibir el último tratamiento que fue anunciado o que leyó en internet, y el médico a quien probablemente la empresa farmacéutica o tecnológica le ha vendido el producto considera brindarlo para evitar problemas con el paciente.
- Selección de pacientes, el médico deriva los pacientes conflictivos o aquellos muy demandantes a otras especialidades para evitar demandas o cuestionamientos, pierde valor

el médico general “quien no sabe nada y solo debe encargarse de remitir al especialista que si sabe”.

- Aumento del costo médico, derivado del uso excesivo de herramientas diagnósticas y terapéuticas, donde el sistema de aseguramiento es malo y para poder obtener accesos a salud se afilian a sistemas de “medicina Prepagada”.
- Seguros contra demandas, se vuelve en algunos casos requisito y en otros una necesidad para poder trabajar o realizar especialidades médicas adquirir seguros de protección médico-legal o afiliarse a sociedades que ofrecen asesorías legales y abogados en caso de litigio.

Con lo anterior no pretendo satanizar el uso de herramientas diagnóstico-terapéuticas las cuales son elementos de ayuda, pero si criticarlas en un ejercicio de medicina defensiva que subordina la clínica ante las nuevas tecnologías para evitar demandas, además se expone al paciente a un riesgo desproporcionado por el aumento de intervenciones.

Iatrogenia

La iatrogenia se refiere a una alteración producida por el médico en el estado de salud del paciente, que usualmente se asocia con errores y negligencias de los profesionales, pero que pueden derivarse de efectos secundarios inevitables de intervenciones adecuadas.

Puyol y Segura en su texto sobre *Iatrogenia y Medicina Defensiva* afirman:

“En cualquier caso, el intervencionismo sanitario, que, en cierto modo, es reflejo del consumismo general, fomenta la iatrogenia al no tener en cuenta que no hay intervención médica o sanitaria absolutamente exenta de potenciales consecuencias indeseables. Así, antes de tomar cualquier decisión médica o sanitaria, se deberían sopesar las ventajas y los inconvenientes de cada intervención” (2017, p.09).

De lo anterior es posible afirmar como la iatrogenia se exagera con el ejercicio de medicina defensiva que aumenta el intervencionismo sanitario.

Esta práctica es tan antigua como la propia medicina, Puyol y Segura relatan como en el código de Hammurabi (1800 a.C) donde se pagaban honorarios por las prácticas benéficas y se sancionaba económica o físicamente por las prácticas perjudiciales (2017, p.07).

La ley de ética médica (Ley 23 de 1981) pareciese advertir en cierto modo el ejercicio de medicina defensiva con riesgo de solicitar exámenes o tratamientos injustificados y los regula en el artículo 10 y 15, así:

ARTÍCULO 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

PARÁGRAFO: El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.

Conc. D. 3380/81. Art. 7°. – “Se entiende por exámenes innecesarios, o tratamientos injustificados: a. Los prescritos sin un previo examen general. b. Los que no corresponden a la situación clínicopatológica del paciente”.

ARTÍCULO 15. – 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.

Conc. D. 3380/81 Art.9°. –“Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y no correspondan a las condiciones clínicopatológicas del mismo”.

Incertidumbre Y Ética De La Ignorancia

La medicina al tratar con seres humanos maneja un alto grado de incertidumbre, ya que hay menos probabilidad de controlar sus variables que en otras disciplinas, es por eso que a pesar del avance técnico científico es importante tener claro tal como expone Margarita Boladeras en el capítulo *La ética de la ignorancia y la práctica sanitaria*.

“Los profesionales sanitarios y el público en general deberíamos tener claro que la Medicina no tiene respuestas para todo, no puede explicar con precisión las causas de muchos estados patológicos, ni todas las reacciones producidas por ciertos fármacos, ni puede actuar en muchas ocasiones. Y, ciertamente, también, puede causar daño cuando se practica sin calibrar bien sus limitaciones” (2017, p.19).

Esta autora se basa en la “ética de la ignorancia” la cual propone que ante la incertidumbre del ejercicio sanitario, se deben reconocer los límites del conocimiento médico y la ignorancia de la ciencia al respecto siendo algo fundamental en la práctica médica ya que se brinda tranquilidad al paciente pero no mediante una falsa certeza diagnóstica sino con un curso de acción prudente, dando tiempo a la “espera expectante”.

Error Médico

“Errar es humano”, equivocarse es intrínseco de la condición humana, y en situaciones tan inciertas como la medicina ocurren múltiples y pequeños fallos (que no solo dependen de la conducta del médico) que al sumarse pueden llegar a causar daño. Y aunque los errores son esperables, también pueden ser evitables mediante la construcción de entornos seguros en un ejercicio de moderación.

Los factores condicionantes de una mala práctica médica que constituyen un error médico, se pueden dar por: negligencia, impericia o imprudencia médica que en conjunto constituyen la vulneración a la *lex artis*.

negligencia.

La negligencia médica es la omisión al cumplimiento del deber y descuido. Está relacionada con el incumplimiento de las normas al no proteger a los pacientes de los riesgos previstos, sufriendo daño por omisión. Medicamente puede darse mediante la aplicación superficial de procedimientos clínicos o la falta de actualización de tratamientos.

impericia.

La impericia es la carencia de conocimientos técnicos, habilidades y destrezas, un ejemplo es la utilización inadecuada de un medicamento para el tratamiento de una enfermedad por desconocimiento.

imprudencia.

La imprudencia se refiere a realizar un acto sin tomar las adecuadas precauciones para evitar un riesgo o actuar de forma precipitada, puede suceder cuando hay exceso de confianza.

Responsabilidad Médica

En el ejercicio médico se configura implícitamente un contrato cuyo valor primordial es la confianza, donde el médico se compromete a actuar de acuerdo a las guías de buena práctica clínica y deontología profesional. La exigencia de responsabilidad médica se da por mala práctica, contrario a la *lex artis*.

El consentimiento informado es parte de este contrato, donde se da un ejercicio moral de protección de autonomía, se relaciona con la calidad de información como forma de establecer vínculos e confianza. La sentencia de la Corte Constitucional, T216 del 2008 establece:

Concluyó la Corte que el consentimiento informado adquirió con la puesta en vigencia de la Constitución de 1991 una particular importancia y resaltó que junto con la idea del consentimiento informado debía tratarse el tema de la información que debía suministrarse a los/las pacientes. De este modo el derecho a la información se constituye en una manifestación concreta del derecho a la protección a la salud y por ende a la vida, puesto que la información resulta imprescindible para el/la paciente.

Valor jurídico de las historias clínicas

En los procesos de responsabilidad médica, las historias clínicas tienen un papel fundamental, ya que como lo define el Artículo 34 de la ley 23 de 1981 "es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley"(p.05).

El descuido en su elaboración y manejo lleva a consecuencias jurídicas importantes, porque tal como afirma Ana María de Brigard, “se trata de un documento obligatorio y, por consiguiente, siempre va a estar sujeto a la posibilidad de que un juez ordene su exhibición procesal”...“no sólo dentro de un proceso de responsabilidad médica sino en aquellos procesos penales relacionados con los llamados documentos privados” (2010, p.02).

La historia clínica es un documento privado ya que puede ser “destinado a comprobar un hecho jurídico” por lo que su contenido debe ser legible y debe contener una firma. Esta clasificación jurídica implica que “lo que se incluya en una Historia Clínica está vigilado por el Código Penal” (2010, p.03).

Su credibilidad se basa en los principios de buena fe donde “la obligación correlativa es exigir a su autor no violar la fe ciudadana manipulando o falseando su forma y contenido” (2010, p.03) por lo que la ley penal garantiza su legitimidad mediante dos tipos de controles:

- Sobre la integridad física del documento: se consagra el delito de Falsedad Material, que se presenta cuando se destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir de prueba.
- Sobre el contenido del documento: corresponde al delito de Falsedad Ideológica, que se presenta cuando en un documento genuino se consignan hechos o declaraciones falsas.

De esta manera Brigard afirma:

La vigilancia de la Historia Clínica existe "*per se*", en forma independiente incluso de los procesos de Responsabilidad Médica. Pretender socavar el valor real de una historia clínica sobre el supuesto de que es una prueba fabricada por los médicos, para su propio beneficio y que por lo tanto puede ser manipulada por ellos, es desconocer la forma en que la propia ley toma correctivos para impedir que ello suceda (2010, p.03).

Tensiones Y Conflictos Éticos En Los Médicos

La transformación del sistema de salud colombiano en un sistema de mercado plantea nuevas tensiones y conflictos éticos a los médicos, secundarios a la desconfianza sobre los intereses

de las EPS, que generan restricción de acceso, inducción de la demanda para obtener acceso a intervenciones y procedimientos negados.

Esta desconfianza también afecta a los profesionales cuyo juicio clínico se ve influenciado por las restricciones de las EPS que buscan reducir costos, quienes del mismo modo desconfían del sistema sanitario en el que están inmersos. Gloria Arango (2015) contextualiza las tensiones y conflictos éticos en los médicos así:

1. El aseguramiento de los pacientes: Limita la cobertura a los procedimientos que de proporcionarse al paciente será glosado (es decir la EPS no paga la factura a la institución). En ese caso los médicos deben optar por remitir al paciente, esperar que sea autorizado el procedimiento con el tiempo en contra, por lo que refiere Arango en “los médicos exageran la condición del paciente para que les aprueben el procedimiento o medicamento, informan a los pacientes de sus derechos o refuerzan científicamente el argumento clínico para que el asegurador haga la autorización pertinente” (2015, p.112).
2. Las altas cargas laborales: Las presiones de las empresas privadas a los médicos por atender un alto volumen de pacientes afectan la calidad de la atención, el paciente y el médico se convierten en objetos, lo cual origina en los profesionales el síndrome de Burnout (síndrome de desgaste profesional) por insatisfacción en el trabajo.
3. Los vínculos de poder: donde se da prevalencia o se atiende a los pacientes según la orden del superior y no con base en su condición clínica, los llamados “recomendados”.
4. Condición de cliente de quien recibe los servicios: Estas situaciones aparecen cuando los pacientes y familiares tienen exigencias y solicitudes desmedidas mediante una forma de maltrato permitido que lesiona moralmente a los profesionales.

Diferencia Entre Conflicto Bioético Y Dilema Bioético

Existen situaciones problemáticas en la práctica médica bioética; usualmente se usa el término “dilema bioético” para definir estas situaciones que no son propiamente dilemáticas sino conflictivas, la falta de claridad en los términos hace que se usen de forma indiscriminada como sinónimos.

Para aclarar el termino, las situaciones conflictivas, pueden tomar cursos alternos de acción mientras que como afirman Beauchamp & Childress, (1999) “en un verdadero dilema la única forma de cumplir con la obligación es infringir otra obligación”, el dilema además se presenta en una situación crítica y urgente cuyos desenlaces son no deseados.

Tipos de conflicto bioético

Los conflictos a los que actualmente se enfrentan los médicos no solo corresponden a la relación médico-paciente sino a la relación profesional-organización. Las dos formas de conflicto son:

conflicto de obligaciones morales

El conflicto de obligaciones morales se presenta cuando el profesional debe dar respuesta a las necesidades del paciente pero está limitado por factores propios de la entidad, como escases de médicos para atender las necesidades de los enfermos.

La incertidumbre a la hora de realizar juicios morales nos lleva a cuestionarnos sobre que se debe hacer y que recomienda la moral. Lo primero que se hace es deliberar para llegar a una conclusión y considerar cuál de los posibles sistemas de acción esta moralmente aceptado para así poder demostrar que se está haciendo lo correcto, lo que Beauchamp & Childress (1999) denominan justificación moral, sin embargo hay que tener en cuenta que no todas las razones son buenas, y no todas las buenas razones son suficientes como justificación.

conflicto de intereses

El conflicto de interés se da cuando los médicos atienden a los pacientes según los incentivos para la prestación de la atención, lo cual puede acarrear inequidades por la prevalencia de un interés secundario sobre un interés primario.

- Interés primario: bienestar del paciente (beneficencia – no maleficencia)
- Interés secundario: económico, estabilidad laboral, necesidades personales y familiares, prestigio/renombre.

Debe mantenerse el profesionalismo médico que radica en valores y conductas profesionales cuya motivación son los intereses de los pacientes y a la sociedad por encima del interés personal del médico.

Critica De La Medicina Defensiva Bajo Una Visión De Ética De Mínimos

Muchas de las demandas médicas se originan en el contexto de una relación mercantilista en la cual el ejercicio médico es un encuentro entre extraños, donde prima la desconfianza, surgen así herramientas jurídicas que intentan crear vínculos de credibilidad sobre el cuerpo como bien jurídico, con el consecuente aumento de las demandas y la práctica de medicina defensiva.

Tal como afirma Francesc Borrell, algunas de las críticas a la medicina defensiva pretenden considerarla como un delito, sin analizar el contexto en el cual se presentan, ya que el médico “no actúa «sabiendo» que su conducta es defensiva. En realidad, en las decisiones de Atención Primaria pocas veces se da una reflexión de tipo ético, sino más bien en términos de riesgo para el paciente” (2017, p.37).

No pretendo con esto afirmar que la medicina defensiva es ética, por el contrario hago una crítica a su practica desde la ética de mínimos, donde considero que la medicina defensiva surge como una estrategia contestataria ante un estado como garante de esos mínimos (no maleficencia y justicia) mediante herramientas jurídicas, en un sistema de salud mercantilista e insostenible, donde el médico busca auto protegerse de las demandas o cuestionamientos de su práctica profesional.

La cual como vimos antes se ve influenciada por factores como el sistema de salud, una deficiencia de conocimientos médicos evidentes en la inseguridad diagnostica que llevan al uso excesivo o inadecuado de herramientas diagnóstico-terapéuticas, desconociendo las guías de práctica clínica, una falta de formación bioética, entre otros.

Análisis De La Medicina Asertiva Bajo Una Visión De Ética De Máximos

El ejercicio de medicina defensiva ha generado múltiples propuestas desde ámbitos como el derecho, la ética, políticas institucionales para restaurar la relación médico paciente, y así superar esta práctica, dentro de estas propuestas se encuentran:

1. Normatividad en salud, ley de ética médica.
2. Calidad, seguridad del paciente y ética profesional.
3. Humanización en salud.
4. Ética de los sentimientos.

Estas propuestas se enfocan en generar un profesional hábil en conocimientos y destrezas, actualizado y apegado a las normas y guías de práctica clínica, con un componente humano propio del ejercicio profesional restaurando la relación médico paciente y de esta forma llegar a un ejercicio de medicina asertiva.

Para Tena y Sánchez un ejercicio de medicina asertiva requiere “1) mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada con cada paciente, 2) permanecer en continua actualización de conocimientos, habilidades y destrezas, 3) respetar los derechos de sus pacientes y 4) defender sus derechos como médico” (2005, p.553)

Algunos autores proponen superar la medicina defensiva mediante la medicina asertiva que brinda herramientas para restaurar la relación médico-paciente, así no se ejerce un ejercicio médico que teme a la demanda sino que empodera al médico quien además es un médico satisfecho y feliz con su práctica profesional quien se preocupa por obtener el mejor bien para su paciente, es decir hacer medicina de la mejor manera enmarcado en un contexto de ética de máximos.

Calidad, Seguridad Del Paciente Y Ética Profesional

En el ejercicio profesional que busca instaurar relaciones de confianza es esencial la calidad de atención, y seguridad del paciente que tiene en cuenta la evidencia científica disponible con el fin de minimizar el riesgo de producir un evento adverso en el proceso de atención en salud (iatrogenia) y así ofrecer un entorno seguro.

Los eventos adversos asociados a la práctica médica son bien conocidos, por lo que como estrategia para brindar promoción de la calidad asistencial y seguridad del paciente, Edward Armony Codman implanta la notificación de eventos adversos, siendo el pionero de la acreditación de los centros sanitarios y la creación en 1951 de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, pretendiendo disminuir la alta mortalidad asociada a la práctica médica insegura.

Dentro de los programas de calidad y seguridad del paciente se busca una acreditación que involucre la preparación académica de los profesionales de salud y los programas de capacitación y actualización, el uso adecuado de la tecnología, tratamientos médico-quirúrgicos con indicación precisa.

Humanización En Salud

La humanización en salud ha sido un estándar de calidad que se ha venido buscando hace muchas décadas, sin embargo el sistema de salud deteriora estas políticas convirtiendo al médico en una máquinas deshumanizadas quien “encuentra la presión de los enfermos críticos y aquellas cuyas enfermedades son una amenaza para la salud pública. En tales casos, primero debe tratar la enfermedad específica, y luego queda poco tiempo para cultivar más que un contacto personal superficial con los pacientes” (Peabody, 1927, p.878).

Sin embargo en esta relación asimétrica del paciente que busca ayuda en un sistema de médicos desconocidos, acude a un centro de atención donde confía le sea garantizado el profesionalismo médico, generando implícitamente una relación de confianza sobre el médico quien es la mejor persona disponible para ayudarlo esperando adicionalmente que se dé un interés humano en él.

Una de las cualidades esenciales del clínico es el interés en la humanidad que favorece el cuidado del paciente. La práctica deshumanizada se identifica como problemática hace mucho tiempo, es así que en 1927 Peabody propone como política de humanización dedicar al paciente “tiempo, la simpatía y la comprensión”, cuya recompensa se refleja “en ese vínculo personal que constituye la mayor satisfacción de la práctica de la medicina” (p.880).

Reacciones Emocionales Y Ética De Los Sentimientos

Múltiples funciones fisiológicas pueden alterarse por los estímulos emocionales (angustia, ansiedad, enojo, tristeza), de manera que directa o indirectamente, afectan de una forma u otra a los órganos que son bajo control voluntario o involuntario, lo que se manifiestan como síntomas (taquicardia, dificultad para respirar, sudoración, diarrea, entre otros).

El éxito en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, dependen casi totalmente del establecimiento de una adecuada relación médico paciente que permita identificar estados emocionales. Para Pedro Lain Entralgo (citado por Siegler) el éxito de la relación médico paciente, se conforma en la amistad en donde prima la beneficencia, la confianza y la benevolencia.

Beauchamp y Childress definan la función de las emociones en la ética del cuidado que les un papel moral, ya que “tener una actitud emocional determinada y expresar la emoción apropiada son factores moralmente relevantes, como también lo es tener un motivo apropiado” (1999, p.84).

Quien actúa siguiendo la razón sin prestar atención a las emociones (que los vuelven empáticos pensando en sus necesidades y entorno) tiene una deficiencia moral. “Los agentes morales, además de expresar sus sentimientos, también deben tener en cuenta los sentimientos de las personas con las que mantienen las relaciones morales” (1999, p.84).

Como señalaba Hume, citado por Beauchamp y Childress, “las emociones nos motivan y explican mucho sobre el carácter de las personas, pero es el conocimiento el que nos dirige y el que hace que elijamos un determinado curso de acción” (1999, p.84).

Conflictos De Valores Y Toma De Decisiones

La medicina asertiva implica un ejercicio médico profesional seguro, cuya seguridad proviene del conocimiento siguiendo la *lex artis*, con herramientas de comunicación donde prevalece la expresión honesta directa, cortés y apropiada, respetando los derechos. Sin embargo esto es insuficiente, ya que algunas necesidades de ayuda pueden quedar por fuera de esta propuesta,

sobre todo en condiciones donde el desenlace no es deseado y se presentan situaciones como sufrimiento o angustia que son importantes, situaciones de toma de decisiones.

Y es que no debemos olvidar que la práctica médica se da entre seres humanos (médicos y pacientes) los cuales tienen diversos valores religiosos, culturales, políticos, estéticos, sociales, entre otros; estos valores pueden entrar en conflicto con los valores del profesional, presentándose un “conflicto de valores” y es allí donde se hace necesaria la bioética.

Estrategias Bioéticas

En la búsqueda de la restauración de la relación médico paciente surgen diversas estrategias tales como humanización, atención en calidad y seguridad del paciente, teniendo en cuenta una ética de los sentimientos, sin embargo estos componentes eran insuficientes para alcanzar una medicina asertiva ya que no tenían en cuenta los conflictos de valor que son inherentes a la práctica clínica.

Es allí donde la bioética cumple su rol en la búsqueda de medicina asertiva, ya que no busca evitar los conflictos sino analizarlos para llegar a consensos y una adecuada toma de decisiones, a fin de que la decisión que adopte sea óptima no sólo desde el punto de vista de los hechos clínicos sino también desde el de los valores implicados.

Múltiples autores desde la bioética han propuesto e implementado diversas estrategias bioéticas que ayudan a la mediación en conflictos, facilitando así la toma de decisiones, dando respuesta a las inquietudes y dificultades que los profesionales de la salud enfrentan en el día a día del ejercicio profesional.

Los comités de ética asistencia/hospitalaria han sido la herramienta clásica de consultoría para analizar y asesorar en la resolución de conflictos éticos que se presentan en la práctica clínica. Actualmente hablamos de comités de bioética dentro de los que se encuentran los comités de ética hospitalaria; otras estrategias desde la bioética incluyen la revista bioética, educación en bioética, interconsulta bioética todas siguiendo estrategias de mediación.

Comités De Bioética Hospitalaria

La UNESCO en su guía *Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas* (2006), realiza una revisión de los diferentes comités de bioética dentro de los cuales se encuentran los comités de ética asistencial y distingue de estos a los comités de asociaciones de profesionales de la salud. Así mismo establece los objetivos de cada uno así:

1. Comités normativos y/o consultivos: establecer políticas científicas y de salud adecuadas para los ciudadanos de los Estados Miembros, en materia de salud pública, bienestar y derechos.
2. Comités de asociaciones de profesionales de la salud: establecer prácticas profesionales adecuadas para la atención a pacientes de parte de médicos, enfermeros, farmacéuticos y profesionales afines.
3. Comités de ética asistencial: mejorar la atención centrada en el paciente en hospitales, clínicas de consulta externa, instituciones de asistencia prolongada y hospicios.
4. Comités de ética de la investigación: proteger a participantes de estudios de investigación en seres humanos, al tiempo de adquirir conocimientos biológicos/biomédicos, conductuales y epidemiológicos generalizables sobre productos farmacéuticos, vacunas e instrumental.

El comité de ética tal como plantea Hottois “es la instancia en la cual el sujeto plural de la tecnociencia discute en vez de desgarrarse. También es la instancia en donde puede adquirir una "transcultura" científico-técnica y una "metacultura" del multiculturalismo, al sensibilizar hacia los otros y hacia la diversidad” (2007), estos comités siguiendo su planteamiento deberían ser, pluridisciplinarios y pluralistas e incluir representantes de las asociaciones de intereses que componen la sociedad.

Ya que se desempeña en situaciones ambiguas además de los representantes de asociaciones de intereses que componen la sociedad, también requiere estar conformado por profesionales de salud expertos en bioética, contar con un profesional en salud mental que permita brindar apoyo emocional, sin olvidar el rol del trabajador social y la participación según el caso del guía

espiritual, finalmente debe contar con un experto en conocimientos jurídicos y políticas institucionales.

La función de los comités se enfoca en la resolución de conflictos para evitar un litigio o una intervención judicial, buscando consensos a través de la mediación para lograr una adecuada toma de decisiones.

A pesar de la existencia del comité de ética asistencial, existe un vacío en el proceder del diario vivir que no solo se enfocan a la resolución de conflictos, Paula Prieto esboza estas dificultades de los profesionales el que hacer, “la forma adecuada de relacionarse con ellos teniendo en cuenta su autonomía y su participación cada vez más activa en el cuidado de su salud, de cuándo reorientar el manejo terapéutico hacia aquel enfocado en el manejo de síntomas” (2017, p.03).

A lo anterior se suma que los comités no se reúnen a diario, dificultando la asesoría en escenarios complejos que se presentan en la hospitalización del día a día con situaciones difíciles y urgentes de resolver.

Es así que para complementar los comités de ética hospitalaria surgen diferentes estrategias bioéticas propuestas y llevadas a cabo para acompañar a los profesionales de la salud en situaciones problemáticas, retomar canales de comunicación, informar malas noticias, identificar situaciones conflictivas, asesorar y acompañar a los pacientes y sus familias en un rol cada vez más activo de toma de decisiones en un ejercicio de su autonomía, entre otros.

Se toma en el caso colombiano como punto de partida experiencias internaciones como la del Hospital MedStar de Washington, el Instituto Berman de Bioética, adscrito a la Universidad Johns Hopkins donde son “instituciones cuentan con programas de bioética que incluyen actividades de consultoría ética clínica y ética de investigación con seres humanos, programas de educación continuada y apoyo en la creación de políticas institucionales” Prieto (2017, p.02).

Revista Bioética

Para concebir el concepto de revista bioética, es importante entender que es una revista o ronda médica, ya que su objetivo es asemejarla y acompañar la revista médica.

La revista médica es el proceso que se realiza a diario en cada cambio de turno asistencial, mediante el cual el equipo interdisciplinario de cada servicio recibe información de lo ocurrido en el turno, conoce al paciente, su evolución clínica, los pendientes, y de acuerdo a exámenes paraclínicos y evolución clínica si es el caso conceptos de otros especialistas, todo esto registrado en la historia clínica, se toman decisiones en el paciente, determinando si continúa igual plan de manejo o se realizan cambios siguiendo las guías de práctica clínica.

El objetivo de la revista bioética es acompañar, asesorar en los servicios que tienen mayor complejidad clínica, tales como las unidades de cuidado intensivo adulto y pediátrico, cuidado paliativo, oncología, unidad renal, servicios de donación y trasplante.

Se pasa una ronda o revista bioética donde se conoce al paciente, su condición clínica y se identifican situaciones donde se pueden presentar conflictos de valor o donde se toman continuamente decisiones realizando un acompañamiento continuo para garantizar el respeto a sus decisiones, evitar conflictos o ayudar a su resolución. Los casos más complicados o aquellos que requieren un mejor análisis se escalan al Comité de Ética Hospitalaria.

Las asesorías que se realizan desde la revista bioética por ejemplo en las unidades de cuidado intensivo han demostrado, como lo cita Prieto en su trabajo “que las estancias de los pacientes disminuyen y ayudan al empleo racional y adecuado de recursos” (2017, p.05).

Educación En Bioética

La práctica de medicina lleva al profesional a enfrentarse con muchas situaciones para las cuales no está preparado, ya que los currículos, contenidos programáticos y estrategias pedagógicas se han centrado más en lo técnico y científico que en lo social y humano; preocupantemente la formación en bioética es escasa y en algunos casos ausente.

Esta formación carece también en el currículo oculto (aquellas cosas que los alumnos aprenden a través de la experiencia) que es una poderosa red de enseñanza con más valor dentro del ámbito de la práctica clínica que la teoría abstracta tal como afirman los profesores Martin F. McKneally y Peter A. Singer (citado por Prieto) “los docentes de los temas bioéticos deberían

ser aquellos clínicos interesados y respetados por sus alumnos quienes, al expresar sus valores y su aproximación a los dilemas éticos, conformarían una red informal pero poderosa”.

La carencia de educación en bioética no es una problemática nueva, en un texto de JAMA de 1927 el Dr. Francis Peabody afirma “se les ha enseñado mucho sobre el mecanismo de la enfermedad, pero muy poco acerca de la práctica de la medicina, o, para decirlo más claramente, son demasiado "científicos" y no saben cómo cuidar a los pacientes” (p.877).

En universidades extranjeras la enseñanza de la bioética para los médicos en formación ya hace parte de la realidad mediante “módulos de enseñanza en los dos primeros años de residencia a profesionales en medicina con temas como autonomía, consentimiento informado, confidencialidad y secreto profesional, entre otros” Prieto (2017, p.04).

Una vez contextualizada la carencia de educación en bioética formal e informal vemos como es una estrategia muy importante para abordar desde la práctica clínica donde su principal objetivo no es formar profesionales en bioética, sino en formar al profesional en contacto con el paciente con conocimientos en bioética que permitan mejorar la calidad de la atención y toma de decisiones.

Mark Siegler (2005) reconoce que el nivel asistencial actual exige conocimientos prácticos sobre cuestiones éticas como el consentimiento informado, respeto por la verdad, la confidencialidad, las decisiones de fin de vida, uso de tratamientos innovadores. Sin olvidar temas como la muerte encefálica, limitación de tratamiento de soporte vital incluyendo órdenes de no reanimación, directivas y documentos de voluntades anticipadas o “testamentos vitales”.

Se espera una formación bioética transversal a la formación académica comenzando en el pregrado con aspectos básicos y en posgrado con más experiencia clínica reforzar la formación bioética. Desde la clínica se puede aportar a una formalización de la educación en las rotaciones y prácticas clínicas, promoviendo las actividades docente-asistenciales, mediante el análisis casos reales o hipotéticos, talleres, conversatorios, congresos y simposios.

Interconsulta Bioética

Tal como se abordó antes se presentan situaciones difíciles o que requieren de acompañamiento por parte del asesor en bioética, es así que además de las estrategias anteriormente mencionadas las cuales se suman y complementan, existe la figura de la interconsulta bioética, donde gracias a la educación en bioética y la revista bioética se permea sobre bioética a distintos profesionales, equipo asistencial y por supuesto los pacientes y sus familias quienes identifican situaciones problemáticas o conflictivas donde el especialista en bioética puede realizar una mediación.

Es por esto que se requiere disponibilidad y accesibilidad permanente para el contexto clínico en toma de decisiones. El bioeticista debe estar al tanto de los detalles clínicos (diagnostico, pronostico, tratamientos realizados y alternativos posibles) para estar preparado para aplicar su juicio y discernimiento a cada caso al poseer experiencia en la toma de decisiones médicas urgentes complejas y rodeadas de sentimientos.

Algunos centros hospitalarios privados a nivel nacional en cabeza de bioeticistas como Paula Prieto y Cesar Enciso ya han implementado esta estrategia, con resultados favorables. Prieto describe su ejercicio bioético así:

Estas interconsultas permiten hacer reuniones con el grupo tratante y también con los pacientes y familias para lograr entender la situación en conflicto y poder llegar a consensos y planes de acción acordes con las expectativas y creencias de los pacientes y la práctica médica ética y profesional. Simultáneamente se hace el registro correspondiente de las recomendaciones en las historias clínicas. Estas interconsultas pueden ser solicitadas por los diferentes servicios asistenciales y no asistenciales o por los mismos pacientes y familias (2017, p.05)

Gracias a la experiencia internacional, se han logrado identificar algunas dificultades tales como expone Juan Pablo Beca (2017, p.49):

- El consultor en bioética es percibido como una forma de autoridad moral que establece criterios o decisiones.
- En los análisis o recomendaciones de las consultorías puede predominar la perspectiva o los sesgos del consultor.
- En ocasiones los médicos, los pacientes o sus familiares confían en que el consultor responda a sus dudas y sea él quien finalmente tome las decisiones.

Los especialistas en bioética deben tener conciencia de estos riesgos para actuar de tal manera que se evite el predominio de sus opiniones personales, dejando claro que el rol del bioeticista es generar acompañamiento, y recomendaciones a través del análisis de los hechos, valores y alternativas, pero que la decisión está en manos de los profesionales y pacientes.

Mediación Bioética

Antes de abordar la mediación, es importante aclarar términos fundamentales tales como la deliberación y el consenso, cuyas definiciones se toman del cuaderno de los *Comités de ética asistencial* (Morlans, 2017).

- La deliberación moral es la ponderación de los argumentos a favor o en contra de las diferentes opciones ante un problema moral, analizadas a la luz de los principios éticos identificados como relevantes, previendo las consecuencias y respetando las convicciones de las personas implicadas (p.68).
- El consenso se logra cuando las propuestas adoptadas, sin reflejar propiamente cada una de las posiciones, resultan satisfactorias para todos o, al menos, no les incomodan. Se favorece respetando el derecho de las opciones minoritarias a oponerse mientras no estén conformes con las recomendaciones mayoritarias y ampliando el número de opciones o cursos de acción intermedios entre los extremos (p.73).

La mediación es el punto de partida para los procesos de resolución de conflictos en bioética. Estos conflictos se dan porque en bioética médica tratamos con personas: la vida y muerte de los pacientes en el contexto de sus familias y amigos, así como sus actitudes, sentimientos como el miedo, la culpa y los vínculos que han establecido; sin olvidar el aumento de conflicto secundario a la desconfianza en un sistema de salud basado en el mercado y la financiación de los servicios de salud.

Los comités de ética asistencial (comités de bioética) son un equipo de consultores que “abordan las cuestiones éticas involucradas en un caso clínico específico. Su propósito central es mejorar el proceso y resultados de la atención al paciente ayudando a identificar, analizar y resolver problemas éticos” Dubler (2011, p.09).

A menudo esto se enmarca en la mediación de conflictos entre el equipo de atención médica, o entre los médicos y los pacientes y sus familias. La mediación se define como “un proceso privado, voluntario, informal en el que una tercera persona imparcial facilita una negociación entre personas en conflicto y les ayuda a encontrar soluciones que satisfagan sus intereses y necesidades”. Dubler (2011, p.11).

Nancy Dubler en su texto *Bioethics Mediation* (2011) afirma que la mediación se basa en tres principios: autonomía de las partes, toma de decisiones informada y confidencialidad (p.11). Así mismo resalta su importancia en que:

- La mediación es un conjunto de conocimientos y habilidades que se pueden enseñar.
- Los expertos en mediación están disponibles para capacitar, y generan relaciones mutuas de apoyo con los profesionales de bioética.
- La mediación es una herramienta ante conflictos que se presentan por imposición de directivas, interferencia de compañías de seguro, reformas de salud.
- Una mala comunicación entre el personal médico con el paciente y su familia son factores desencadenantes de posibles litigios y la mediación es una ruta para estructurar la comunicación (p.01).

Es así que el marco teórico de las estrategias bioéticas se basa en una mediación bioética que combina las herramientas clínicas, al realizar una discusión informada revisando la historia clínica, *lex artis*, bases científicas de información; con la perspectiva ética, identificando las partes en conflicto o problemas bioéticos, entrevistando las partes médicas relevantes, visitando al paciente y su red de apoyo, buscando conflictos de interés y de obligaciones morales, teniendo presente dimensiones éticas y bioéticas en la práctica clínica en un escenario de incertidumbre, dilucidando la viabilidad de las opciones, abriendo líneas de comunicación, buscando puntos en común o áreas de consenso compatibles con los principios de la bioética y la normatividad establecida, para así articular una toma de decisiones en situaciones médicas complejas.

Conclusiones

La relación médico paciente es la base del ejercicio médico profesional, surge con la misma medicina y se ve influenciada por múltiples factores sociales, de educación, políticos, económicos, donde tiene especial relevancia el sistema de salud, que determinan su evolución.

La ruptura de esta relación médico paciente se da como consecuencia de un entorno donde predomina la desconfianza, en la que el Estado como garante de derechos protege el cuerpo como un bien jurídico brindando herramientas legales a los ciudadanos para la defensa de sus derechos.

Es así que se perpetua la medicina defensiva, como estrategia contestataria por parte de los médicos que se protegen de las demandas, con el consecuente cambio en la práctica médica que genera practicas inadecuadas desde el punto de vista bioético y profesional en el que se resalta el intervencionismo clínico que favorece la iatrogenia con el consecuente aumento y preservación de esta medicina defensiva.

Se hace imprescindible restaurar el vínculo entre el médico y el paciente a través de la recuperación de la confianza regulando este intervencionismo desmedido y mitigando la iatrogenia mediante herramientas como la calidad de atención y seguridad del paciente, humanización en salud con el componente ético de los sentimientos.

Sin embargo a pesar que estas estrategias han generado impactos positivos, no son suficientes para atenuar la medicina defensiva, lo que genera una voz de alerta y hace que se reconozca la bioética.

La bioética identifica conflictos de valor inherentes a la práctica médica y permite la resolución de conflictos en el ámbito clínico mediante diversas estrategias que han sido abordadas y puestas en práctica por bioeticistas.

La práctica de medicina defensiva se analiza desde una ética de mínimos morales ya que se enmarca en el derecho, en un estado garante de esos mínimos pero que evidentemente su práctica no llega a ser ética y tampoco cumple esos mínimos morales.

La práctica de medicina asertiva que incluye la humanización en salud, seguridad y calidad de atención en el paciente, ética de sentimientos y por supuesto las estrategias bioéticas, se analizan

desde una ética de máximos morales que busca un ejercicio de la “mejor medicina” de acuerdo al máximo moral de cada médico.

Desde la bioética se proponen estrategias tales como revista bioética, comité hospitalario de bioética, educación en bioética, interconsulta en bioética las cuales se complementan y su marco de acción es la mediación a través de la deliberación, buscando llegar a un consenso. Así favorecen una adecuada toma de decisiones, ayudando a la resolución de conflictos de valor para los cuales otras estrategias como la humanización y la calidad son insuficientes. De esta forma minimiza la práctica de la medicina defensiva, no la desaparece, porque depende de factores que no podemos cambiar tales como el sistema de salud.

Mi propuesta va encaminada a formar un servicio de bioética clínica siguiendo experiencias internacionales y nacionales, donde se ponga en práctica no solo una propuesta (clásicamente el comité de ética hospitalaria) sino todas las estrategias planteadas, conformado por bioeticistas, cuyo eje de acción sea la mediación de conflictos de valores evitando llegar a instancias legales (demandas, tutelas) en un ejercicio de medicina defensiva.

Referencias

- Arango, Bayer. G. (2014). Conflictos éticos que se presentan a médicos de tres centros hospitalarios de Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(28-1), 108-119. Recuperado de <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/527/1096>
- Azcárate, P. (1872). Platón, *Obras completas*, tomo 9, Madrid. Libro IV p 220-221. Recuperado de <http://www.filosofia.org/cla/pla/img/azf09193.pdf>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1999). Principios de ética biomédica (4a ed.). Barcelona: Masson.
- Beca, J. (2017). Experiencia en consultoría ético-clínica en Chile. Fundación Grifols. Comités de Ética y consultores clínicos ¿complemento o alternativa en la ética asistencial? Número 46. Recuperado de <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/38984368/q46/808236c3-e716-4e85-95e3-552a6544265b>
- Boladeras, M. (2017). La ética de la ignorancia y la práctica sanitaria. Cuaderno Iatrogenia y medicina defensiva. Fundación Grifols. Número 42. Recuperado de <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/42-iatrogenia-y-medicina-defensiva-pub->
- Borrell, F. (2017). La perspectiva del clínico. Cuaderno Iatrogenia y medicina defensiva. Fundación Grifols. Número 42. Recuperado de <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/42-iatrogenia-y-medicina-defensiva-pub->
- Brigard, Pérez A. M (2010). Valor jurídico de las historias clínicas. *Revista de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE*. Recuperado de http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2010/Vol1/No4/valor_juridico_v1_r4.pdf
- Congreso de Colombia. *Ley 90 DE 1946*. Diario Oficial No 26.322, del 7 de enero de 1947. Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Recuperado de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0090_46.pdf
- Dubler, N., & Liebman, C. (2011) *Bioethics Mediation: A guide to shaping shared solutions*. Vanderbilt University Press.

- Gracia D., & Rodríguez S. J. (2006). *Ética en Cuidados Paliativos*. Fundación Ciencias de la salud. Madrid. Recuperado de http://www.fcs.es/publicaciones/etica_cuidados_paliativos.html
- Gracia, D. (1995). Ética médica. Capítulo 33 del Libro *Medicina Interna*, Farreras Rozman, 13ª ed. Editor Mosby Doyma Libros
- Hottois, G., & Aristizábal Tobler, C. (2007). *¿Qué es la bioética?* Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Jonsen, A. Siegler, M. & Winslade, W. (1986). *Clinical Ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 2ed. New York: MacMillan Pub Co.
- Márquez, J. (2014) Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Epub 18(50):609-617 Doi: 10.1590/1807-57622014.0066
- Montoya, Angel. E. (2013) *Principios de la bioética principalista de Beauchamp y Childress implícitos en la ley 23 de 1981, de ética médica, a la luz de 3 estudios de casos analizados y fallados por el tribunal de ética médica de Cundinamarca*. Universidad El Bosque. Trabajo de grado para optar el título de Magíster en Bioética.
- Morlans, M. (2017). La deliberación en los Comités de Ética Asistencial. Fundación Grifols. Comités de Ética y consultores clínicos ¿complemento o alternativa en la ética asistencial? Número 46. Recuperado de <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/38984368/q46/808236c3-e716-4e85-95e3-552a6544265b>
- Paredes, S. R., & Rivero, S.O. (2000). Medicina Defensiva. En: *Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos*. JGH Editores. México, pp. 89-91
- Peabody, F. (1927). The care of the patient, JAMA, 88, p 877-882. Doi:10.1001/jama.1927.02680380001001
- Portada. 14 de mayo 2011. SaludCoop: la caída de un imperio. *Revista Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/saludcoop-caida-imperio/239794-3>
- Prieto, P. (2017). Servicio de humanismo y bioética de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. Dos años de experiencia. *Acta Médica Colombiana*, 42(2), 129-135. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482017000200129&lng=en&tlng=es

- Puyol A., & Segura A. (2017). Iatrogenia y medicina defensiva. Fundación Grifols. Número 42. Recuperado de <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/42-iatrogenia-y-medicina-defensiva-pub->
- República De Colombia – Presidencia De La Republica. Ley 23 de 1981. *Diario Oficial No. 35.711* de 27 de febrero de 1981. Normas en materia de ética médica. Congreso de Colombia. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0023_1981.htm
- Sentencia de la Corte Constitucional, T216 del 2008. Procedencia para proteger derecho a la salud. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-216-08.htm>
- Siegler, M. (2011). *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*. 26. <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/26-the-three-ages-of-medicine-and-the-doctor-patient-relationship>
- Simón L, P. Esteban L, M. Cruz P, M. (2014). *Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales*. Junta de Andalucía. Recuperado de: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf
- Tena, T., & Sánchez, G. J. (2005). Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Medigraphic Revista Ginecol Obstet Mex*; 73:553-9 Volumen 73, Núm. 10. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom0510g.pdf>
- UNESCO, (2006). Nro 2. *Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147392s.pdf>