

**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**

EDGAR MONTOYA ÁNGEL

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
2013**

**PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA IMPLÍCITOS EN LA LEY 23 DE 1981, A LA LUZ
DE 3 ESTUDIOS DE CASOS ANALIZADOS Y FALLADOS POR EL TRIBUNAL
DE ÉTICA MÉDICA DE CUNDINAMARCA**

EDGAR MONTOYA ÁNGEL

**Trabajo de grado para optar el título de
Magíster en Bioética**

Tutor

JAIME ESCOBAR TRIANA

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
2013**

ARTICULO 37°.

Ni la Universidad El Bosque, ni el jurado serán responsables de las ideas propuestas por el autor de este trabajo.

Acuerdo 017 del 14 de diciembre de 1989

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos al Doctor Jaime Escobar Triana, por la orientación y dedicación otorgada durante la Maestría para la culminación de este trabajo. A Luis Alberto Sánchez y María Yaneth Pinilla por la orientación metodológica para la culminación de esta tesis de grado. Al Doctor Boris Pinto, por sus opiniones y sugerencias durante nuestras charlas informales.

DEDICATORIA

A mis hijos y en especial a mis nietos Samuel y Sebastián Medina Montoya.

CONTENIDO

INTRODUCCION	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	14
MARCO TEORICO	15
1. METODOLOGIA	42
2. RESULTADOS	48
3. CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFÍA	91

INTRODUCCIÓN

Para la realización de este trabajo se revisaron tres procesos ético disciplinarios ya fallados, por el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, durante el período comprendido entre diciembre de 2008 a diciembre de 2012.

Los casos seleccionados muestran tensiones de acuerdo a los principios de la Bioética principialista, de Beauchamp y Childress.

Con relación al principio del respeto a la autonomía se presenta el caso de una mujer de 32 años de edad quien cursa con una hemorragia vaginal de 5 días de evolución. Se le practica legrado uterino, procedimiento indicado para corregir estos percances, se diagnóstica miomatosis (tumores benignos en útero). Presenta posible cuadro infeccioso local. El médico explica la posibilidad según la evolución clínica de realizar una histerectomía (extracción de útero).

La paciente no la autoriza por el deseo de mantener la fertilidad y deja consignado su consentimiento libre y voluntario. Durante la evolución clínica se presenta la posibilidad quirúrgica y el médico en ese momento se encuentra ante la tensión entre el principio del respeto a la autonomía y el de la no maleficencia al no encontrar para este caso evidencia macroscópica concluyente de miometritis consulta con el esposo (la paciente se encuentra bajo anestesia) difiere el proceso y 8 horas después se realiza el tratamiento quirúrgico y en el post operatorio la paciente fallece.

De acuerdo al principio de la no-maleficencia, se presenta el caso de una paciente de 34 años quien en una ciudad no capital de departamento. Acude a un Centro de medicina Estética para la realización de una liposucción. En el post-operatorio inmediato presenta convulsiones. La médica en su vehículo particular la transporta a un hospital de tercer nivel y, una hora después, al llegar al servicio de urgencias presenta nuevo episodio, acompañado de paro cardio-respiratorio, le realizan

maniobras de reanimación y fallece. Se solicita autopsia médico legal y reportan como causa de muerte sección de arteria renal izquierda. La médico no acredita estudios de pos grado en cirugía plástica y argumenta que con el título de Médico Cirujano, está habilitada para realizar estos procedimientos, de acuerdo a diplomados y ayudantías certificadas por cirujanos plásticos de escuela.

En relación al principio de justicia se presenta el caso de una paciente de 30 días de nacida, quien consulta al centro de salud, por cuadro de dificultad respiratoria y con diagnóstico clínico de bronquiolitis. Es remitida a institución de segundo nivel. Inicialmente la paciente se estabiliza. Posteriormente presenta falla respiratoria progresiva, se inicia traslado a tercer nivel, la ambulancia llega 11 horas después del primer llamado. Cuando se inicia el traslado el paciente presenta paro cardio respiratorio y fallece. La madre instaura demanda contra los médicos que atendieron al paciente con el fin de encontrar responsables de los hechos ocurridos.

Se plantea la tensión entre el principio de no hacer daño, que fundamenta el acto médico, y el principio de justicia en el caso de la salud. Se espera que todas las personas tengan acceso a un mínimo de asistencia sanitaria, digno e igual, como único criterio para proteger a las poblaciones más vulnerables.

Los objetivos propuestos en este estudio, consistieron en describir los principios bioéticos que se encuentran implícitos en la ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380, y, de esta manera, realizar un análisis de estas 3 demandas médicas que llegaron al Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca.

La metodología consistió en una investigación de tipo cualitativo de carácter hermenéutico. Se utilizó el análisis documental en un estudio delimitado a los casos propuestos.

Como marco conceptual se hizo necesario realizar una reseña histórica de la Bioética Principialista desde sus inicios, haciendo referencias de sus distintas acepciones a través del tiempo, resaltando la visión bioética en la Declaración de

la UNESCO, hasta hacer referencia de la ética discursiva pragmática trascendental de Karl Otto Apel.

Es importante revisar en esta reseña las formas más relevantes de la relación médico paciente en sus diferentes contextos, hasta llegar al momento actual en donde existe una medicina masificada en la cual se configura una relación entre extraños y el concepto de amistad en este trato se encuentra deteriorado.

En la presentación más extensa de los casos, se muestra cómo es viable desde la Bioética, realizar un análisis de los hechos, teniendo en cuenta los principios de Beauchamp y Childress, los cuales enriquecen la discusión y el análisis de las demandas médicas para fallar de acuerdo a Ley 23 de 1981.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Ley 23 de Ética Médica de 1981 contempla en su artículo 67, la conformación en cada departamento, intendencia o comisaría de un Tribunal Seccional Ético Profesional, para que actúe no sólo como órgano de control sino a su vez para proteger el ejercicio de la profesión médica y se cumplan los principios que fundamentan la relación médico paciente.

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca está integrado por cinco profesionales de la medicina, elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Médica, escogidos de listas enviadas por los Colegios médicos correspondientes, cuyo número, en cada caso no será inferior a diez profesionales, salvo cuando no existiera este número se tendrá en cuenta las calidades exigidas, como gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional y haber ejercido la medicina por espacio no inferior a diez años, durante, por lo menos, cinco años haber desempeñado la cátedra universitaria en facultades de medicina reconocidas por el Estado.

En el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, del cual hago parte desde noviembre de 2008 como magistrado, tiene jurisdicción sobre los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Huila, Caquetá y Amazonas. Es de anotar que los procesos del departamento del Amazonas fueron asignados por el Tribunal Nacional de Ética Médica a partir del 2010 y los procesos del departamento del Huila a partir del 1 de enero de 2012, fueron asumidos a partir de esta fecha por el Tribunal de Ética Médica de dicho departamento.

Las demandas médicas-ético-disciplinarias son instauradas a través de diversas vías; en algunas ocasiones el implicado, los familiares del paciente y en determinados casos los tutores, presentan su queja ante este tribunal. En su defecto, se emplazan ante un juzgado o en algún ente de control (fiscalía, procuraduría, superintendencia de salud o defensoría del pueblo) o en la entidad de salud, pública o privada en donde fue atendido (EPS o IPS tanto del régimen subsidiado como del contributivo), en todos los casos la persona que coloca la queja debe adjuntar una prueba sumaria, siendo la historia clínica el elemento probatorio por excelencia¹.

Posterior a su radicación y aceptada la denuncia, el presidente del Tribunal designará a uno de los magistrados, según su área de experticia, para que se instruya el proceso disciplinario y presente sus conclusiones dentro de un término no superior a 15 días hábiles.

El período que comprende desde diciembre de 2008 a diciembre de 2012, se radicaron un promedio de 800 demandas, en su mayoría por mala praxis médica, la mayoría de las demandas buscan indemnizaciones por daños físicos o morales, permanentes o parciales e incluyen en algunos casos el fallecimiento del paciente.

En términos generales, el problema por excelencia radica en la deficiente relación médico paciente. Esta relación se fundamenta en el respeto, como resultado de

¹ Es importante tener en cuenta que el proceso disciplinario ético-profesional podrá ser instaurado de oficio cuando cualquiera de los miembros del Tribunal (magistrados) conozcan casos y se considere que no han sido denunciados por otras personas y violan las normas de la ley de ética médica.

las cualidades morales del médico, si esto se cumple las causas judiciales de responsabilidad civil y penal se hacen menos probables². Ante la presunta trasgresión en dicha relación, se inicia un proceso ético disciplinario, el cual debe ser juzgado por un Tribunal de Ética Médica.

Abordar el análisis de estas demandas es complejo, si bien el marco de acción y decisión está dado por la norma, en ocasiones éste no es suficiente, por cuanto la rigidez de la norma plantea los hechos en blanco y negro, bueno y malo, limitando la toma de decisiones y un juzgamiento mas contextual izado sobre el sujeto acusado y la situación en que se da el hecho. De igual manera limita el aprendizaje que pude surgir de cada caso.

En la práctica del tribunal, y en mi caso particular, nos hemos visto forzados a recurrir en algunas discusiones a los principios de la ética principialista de Beauchamp y Childress, lo cual ha ayudado a mejorar el análisis de los casos, de forma contextualizada, de tal manera que cubre una gran y diversa escala de grises.

En este sentido la pregunta de investigación indaga por los aportes que los principios éticos de Beauchamp y Childress pueden brindar al análisis de 3 casos, particularmente complejos, que fueron abordados por el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca entre el 2008 y el 2012.

Por lo anterior es necesario precisar ¿qué principios de la Bioética principialista de Beauchamp y Chlidress están implícitos en la ley 23 de 1981 y en la práctica del Tribunal y fallar de acuerdo a los artículos que se encuentren en la presente ley?

² CARVALLO, Aurelio. "Consideraciones éticas sobre el error en medicina". [en línea] Rev. Med. Chile 2001, vol. 129. N. 12, pp. 1143-1465. [citado 15 noviembre,. 2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034.

JUSTIFICACIÓN

El ser humano es un ser ético por naturaleza. Estructura valores y principios que le sirvan para estimar desde la razón criterios para determinar cuáles acciones son malas y buenas y explicar así la vida moral y poder desarrollar de acuerdo a las consecuencias implícitas de su idea de persona, una sociedad bien ordenada³.

El médico ocupa un rol importante en la organización social, y el ejercicio de su profesión tiene características propias, que es necesario conocer para comprender mejor los términos de ética médica. La condición de profesión, implica un compromiso por el bien del otro, el cual se compromete en la búsqueda de la excelencia como una opción personal de vida, para favorecer así una adecuada y auténtica relación médico paciente.

Antes de La Ley 100 de 1993 en Colombia, los servicios médicos eran privados, prestados por galenos en sus consultorios, en cajas de compensación y con el Instituto Colombiano del Seguro Social, con poblaciones asignadas, en donde se configuraban valores de amistad en la relación médico paciente. La población no cubierta y la que no tenía capacidad de pago para acceder a una medicina particular, era atendida en la red pública bajo el valor moral de la caridad, en la cual se exigía en esta relación la amabilidad. La Constitución Nacional de 1991, conforma la salud en un derecho, en la cual hay un cambio de la relación paternalista por una en la que se reconozca la autonomía del paciente.

Es importante analizar cómo esta relación es un encuentro entre los deseos del enfermo y la autonomía del médico, quien propone el tratamiento. En esta tensión el médico cumple con el deber moral de cuidado, aceptando muchas veces las determinaciones del enfermo aunque no esté de acuerdo con los conceptos que él tenga acerca de su salud o de su enfermedad. Para resolver dicha tensión, Mark

³ GRACIA, Diego. La bioética en el centro del debate racional, plural y crítico. En: Fundamentación y enseñanza de la bioética. 2ed. vol. 1. Bogotá D.C., Colombia: Editorial El Búho Ltda., 2000. pp. 51-63.

Siegler propone un modelo de decisiones compartidas “en el cual hay un acuerdo entre el médico y el paciente, en donde dicho encuentro se basa en la comunicación, la discusión y la negociación entre ambos. Este modelo trae mejoras en la atención porque fortalece vínculos de confianza mutua y así lograr el cumplimiento de los tratamientos pactados⁴.

En la actualidad Colombia vive un proceso de cambios en los servicios médicos, con modificaciones en la relación médico paciente, como resultado de la masificación en la medicina. Esto ha llevado al usuario cuando cumple con su afiliación a un servicio de salud, a desconocer quiénes son los galenos y su equipo prestador. En esta relación prima la desconfianza y, por lo tanto, no hay elementos para formalizar valores de amistad. La sociedad inicia juicios diferentes para crear confianza y 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.

El profesional de la salud debe generar en su acto médico vínculos de credibilidad en una relación no paternalista. En este escenario se favorecen las demandas médicas. En la práctica la responsabilidad ética se ha limitado a una responsabilidad jurídica y este reduccionismo pone en peligro el ejercicio de la profesión médica⁵, la cual debe trascender para fortalecer la relación médico-paciente y darle valor a la confianza como fundamento en el ejercicio de la profesión.

⁴ SIEGLER, Mark. “La toma de decisiones compartidas. En: “Las tres edades de la medicina y la relación medico – paciente”. [en línea] Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 1 ed. Barcelona: edita Víctor Grifols i Lucas, 2.011. vol. 26, pp. 16-18 [citado 18 mayo,. 2013]. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org>.

⁵CAMPS, Victoria. “La excelencia en las profesiones sanitarias”. [en línea] Humanitas. Humanidades médicas. Noviembre 2007, no. 21, p. 11. [citado 18 mayo,. 2013]. Disponible en: http://www.essayandscience.com/.../la_excelencia_en_las_profesiones_sanitarias.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir los principios bioéticos implícitos en la Ley 23 de 1981 y el decreto reglamentario 3380 y de esta manera realizar un análisis de las demandas que llegan al Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca.

Objetivos Específicos

1. Identificar los principios de la bioética principialista de Beauchamp y Childress, implícitos en la Ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380.
2. Describir los elementos que permiten realizar análisis y reflexiones conjugando la Ley 23 de 1981 y el decreto reglamentario 3380 y la bioética en las demandas ético-disciplinarias en el ejercicio de la medicina.

MARCO TEÓRICO

Historia de la Bioética

La palabra bioética fue acuñada por el médico y oncólogo Van Rensealer Potter, en el año de 1970, cuando escribió el libro *Bioética, puente hacia el futuro*. Él consideró que la supervivencia del ser humano dependía de una ética fundamentada, en el conocimiento biológico, estableciendo un puente entre las ciencias y las humanidades, entre la ética y la biología. Potter sitúa la bioética en sociedades pluralistas y multiculturales, reconoce al ser humano como agente moral, quien debe ser respetado por quienes tengan principios morales diferentes.

Considera, para su reflexión y análisis, un diálogo interdisciplinario e intercultural ante el progreso de la biotecnología. Él mismo escribe⁶ que la palabra puente tiene relación con el futuro, partiendo de una ética médica que no solo resuelva los problemas presentes, sino que cumpla con el compromiso de asegurar bienestar y calidad de vida a generaciones futuras asegurando un medio ambiente sostenible, con un inherente compromiso planetario, y lo denominó *bioética global*. Más adelante el autor, refiere la importancia de la relación entre los genes y la conducta ética, la que llamó *bioética profunda* y consideró que la ciencia genética es demasiado importante para “ser dejada en manos de los científicos”⁷.

Es posible que ante el fracaso de la pretensión de universalidad de una ética religiosa, de una ética social y de un modelo de educación homogéneo, surja una bioética secular con la esperanza de dar espacio a narrativas morales particulares, en donde no existe una ética común dotada de contenido y se construyan

⁶ POTTER, Van Rensselaer. “Bioética, puente, bioética global y bioética profunda”. En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1 ed. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 1999. Vol.7. p.24.

⁷ *Ibid.*, p. 33.

sociedades pacifistas y se conviva con extraños morales dándole valor moral al respeto mutuo⁸.

Principialismo

El 12 de julio de 1974, el presidente de Estado Unidos firmó un proyecto de ley nacional para la investigación científica producto del resultado de las publicaciones hechas por los medios de comunicación, acerca de los abusos cometidos, por los investigadores en el trato con seres humanos como sujetos de investigación en experimentos biomédicos, con el fin de proteger sus derechos y exigir un proceder digno. Como resultado, 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) justicia⁹.

Estos principios se convierten en un marco de referencia para los científicos, aunque en ocasiones se necesite ayuda de otros principios para resolver conflictos morales particulares. Tiene como antecedente el código de Núremberg de 1946, en donde se reivindica el respeto a la autonomía, como resultado de los abusos cometidos a sujetos humanos en investigación, tal como aparece en su artículo primero:

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir, deberá estar en posición tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza y

⁸ ENGELHARDT, Tristram H. "Bioética secular y pluralidad de visiones morales". En: Los Fundamentos de la Bioética. 1 ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1955. pp. 32-46.

⁹ FERRER, Jorge. "Los Principios de la Bioética". En: Cuadernos del programa Regional de Bioética. Vol. 7. 1 ed. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad el Bosque, 1999.p. 40.

deberá tener información y conocimientos suficientes de los elementos del correspondiente experimento de modo que pueda entender lo que decide¹⁰.

Veintiséis años después de su promulgación, algunos de los investigadores que trabajaban en experimentación biomédica, en Estados Unidos, hacen caso omiso de su reconocimiento. La sociedad cuestiona la moralidad de sus actos y se convierte este código, el de Núremberg, en modelo para la elaboración de otros códigos que garanticen la participación de sujetos respetando su libertad. Este fue el fundamento principal del Informe Belmont.

Enumeraré brevemente tres de los hechos más relevantes que originaron dicho informe: 1) En 1963 en las cárceles de Oregón y Washington 13 presos se sometieron por 200 dólares cada uno a una radiación de 600 röntgen, en los genitales, cuando la radiación anual permitida es de 6 röntgen. 2) Entre 1950 y 1970, en la escuela de Willowbrook, de niños con retardo mental, se les inoculó virus de la hepatitis, para conocer los efectos de la gammaglobulina, con la amenaza que serían retirados de la escuela los niños que no participaran.

3) Un estudio con pacientes de raza negra que padecían sífilis, fueron ubicados en Tuskee, Alabama, entre 1932 y 1971, a través de una campaña gratuita lanzada por el servicio de salud y de asistencia, seleccionaron 400 varones infectados con sífilis para valorar la evolución de la enfermedad, ante un grupo control de 200 personas sanas. Hubo información inadecuada, las punciones lumbares fueron ofrecidas como tratamientos gratuitos y cuando apareció la penicilina no se les ofreció tratamiento alguno. En 1972 el trabajo tenía 28 pacientes fallecidos, 100 con discapacidad y 19 con sífilis congénita. Este estudio fue el detonante para la elaboración del Informe Belmont, el 30 de septiembre de 1978¹¹.

¹⁰ CASADO, María. "Código de Núremberg de 1946". En: Las leyes de la Bioética. 1 ed. Barcelona: Editorial Gedisa, 2004. pp. 130-131.

¹¹ ARAGÓN, Felipe. "Dilemas éticos de la investigación clínica". [en línea]. Hospital Dr. Antonio Luaces Iraola Ciego de Ávila. Revista Cubana de Salud pública, 2009. [citado 18

El informe se apoya en el respeto a la autonomía, aceptando al individuo como agente moral, y alertando a la protección de todos aquellos con capacidades disminuidas. Le dieron valor al principio de beneficencia, como extremar beneficios y no causar daño y entendieron la justicia como igual trato a los sujetos de investigación y equidad en la distribución de beneficios y riesgos. Utilizaron como método el razonamiento casuístico, para entender mejor los dilemas éticos y los conflictos morales de los implicados¹².

Tom L. Beauchamp y James F. Childress publican su libro *Principios de ética biomédica* en 1979, y proponen cuatro principios, la no-maleficencia, la beneficencia, el respeto a la autonomía y la justicia publicado con la influencia del Informe Belmont (Tom Beauchamp hizo parte de dicha comisión), amplían los principios y los hacen extensivos a toda la acción biomédica.

Es bien conocido que los principios obligan *Prima facie*¹³, 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. Se hace necesario como método la ponderación para definir qué principio prevalece y la especificación como el acto de deliberar para tratar de resolver conflictos morales particulares a partir de principios generales. Estos principios hacen parte de una moralidad común, con el fin de buscar una mejor calidad de vida en pro de la realización personal. Han aparecido críticas al principialismo como un sistema con carácter deontológico, al colocarlos *prima facie* (igual jerarquía a todos ellos) en donde se da la mejor solución posible (concepto utilitarista) y la principal opción se toma de acuerdo a las mejores consecuencias, como una propuesta eminentemente teleológica.

mayo,.2013] Disponible en:
[http://www.sid.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/dilemas_éticos_de_la-investigación clínica.](http://www.sid.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/dilemas_éticos_de_la-investigación_clínica)

¹² CASADO. Op.cit., pp.87-11.

¹³ GRACIA, Diego. Planteamiento general de la Bioética. En: Fundamentación y enseñanza de la bioética. 2 ed. Vol. 1. Bogotá D.C. Colombia: Editorial El Búho Ltda., 2000. pp. 11-27.

El mérito de los autores está ante la aparición de los códigos, Núremberg y Belmont, en donde se regula el comportamiento de la personas, se hacía necesario promulgar unos principios que son normas más generales e integrales, con el fin de diseñar un método para solucionar conflictos morales, en el campo de la medicina. Al hacer una reflexión desde la bioética es importante anotar que estos principios se refieren a interacciones entre individuos, fundamentando la relación médico paciente y la del investigador con las personas de su grupo investigado. Es de anotar que los cuatro principios de la bioética tuvieron gran vigencia hace 40 años de acuerdo a aquellos contextos económicos, políticos, sociales y culturales ante el auge de la biotecnología, que ameritaron reflexiones propias, teniendo en cuenta la consecuencia de los actos para tratar de obtener soluciones oportunas.

En la relación del médico con la comunidad, estos principios en algunas ocasiones no son aplicables. Las comunidades son estructuras educativas y sociales que determinan su identidad cultural, y requieren análisis particulares de acuerdo a sus principios y valores. Surgen otros valores éticos, como la solidaridad, la cual es ineludible para estructurar una medicina pública, equitativa y sustentable.

Aparece otro principio, la responsabilidad, que según H. Jonas, en 1979, la denomina: óntica cuyo fin es proteger a la comunidad del aniquilamiento, como una forma de responsabilidad con el ser. El valor moral es proteger y cuidar a la comunidad, garantizando que los fines propuestos se logren por medios adecuados y que los resultados sean sostenibles con el tiempo para que las futuras generaciones tengan, una vida digna sobre la tierra. Existe otro concepto de responsabilidad para con el otro, llamado responsabilidad diacrónica que según E. Levinas el compromiso con el desamparado debe ser incondicional.

La otra ética alternativa es la protección. Ésta es una forma cómo el estado cuida la integridad física y patrimonial de las personas, respetando en su dinámica, cómo las comunidades son capaces de autodeterminarse, para elaborar políticas de salud comunitaria, en donde los sujetos participen en el conocimiento de su

enfermedad y desde su autonomía iniciar procesos para prevenirlos buscando siempre la calidad de vida¹⁴.

Los principios clásicos y su metodología para la solución de conflictos, entran en tensión de acuerdo a los cambios profundos ocurridos en la concepción del estado, con la inclusión de un modelo neoliberal que fundamenta hoy la globalización y el libre mercado con sus propias leyes y sus concepciones morales. Esta situación se hace más compleja, al encontrarse el individuo ante estados multiétnicos y pluriculturales, en donde busca espacio el pluralismo y espera que surja el valor moral de la tolerancia como único medio para aceptar al otro y darle respeto a la diferencia.

En este escenario y en la exploración de estrategias metodológicas aparece K. Otto Apel, argumentando el pluralismo en la secularización de los Estados, donde los valores morales son particulares y la reflexión se centra en las diferentes formas de vida socioculturales. Propone una tolerancia afirmativa donde la solidaridad se convierta en un diálogo dentro de las comunidades que hagan parte del a priori de éstas con la posibilidad de la argumentación. Es necesario el reconocimiento mutuo de las personas, todas con igualdad de derechos, para darle valor y respeto a las sociedades multiculturales en donde existen diferentes formas de vida. Plantea en su propuesta para resolver cualquier tensión de principios, en un eventual conflicto de intereses, la utilización del diálogo para lograr soluciones por consenso y evitar así la violencia.

En esta metodología toma fuerza la argumentación donde la fundamentación ética lleva a descubrir un principio ético normativo el cual es a priori. Es necesario en esta metodología plantear argumentos y contra argumentos, teniendo en cuenta no sólo los intereses de uno sino las consecuencias del otro. Apel propone,

¹⁴ SCHRMAN, Fermín y KOTTOW, Miguel. "Principios Bioéticos en la salud pública" [en línea]. Limitaciones y propuestas. Río de Janeiro Cad. Saúde Pública, vol. 17, N. 4. Julio-agosto de 2000, pp. 949-956 [18 mayo,. 2013] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/so102-311x2001000400029>.

además, la noción de convergencia, entendiéndose ésta, como la aproximación entre la ética de los valores y la ética del discurso, con una fuerte aproximación apriorista¹⁵.

Cuando existen problemas concretos se supone la presencia de la conflictividad, acude a uno o varios de los cuatro principios cardinales, ordenados en pares, *universalidad* con *individualidad* que formulan la conflictividad sincrónica y *conservación* con *realización* que formulan la conflictividad diacrónica. Es de anotar que el primer par expresa la conflictividad diacrónica y el segundo par la dimensión crítica. Estos principios buscan en su discusión obtener igualdad de derechos, ser respetado el ser humano como ser único e irrepetible; la necesidad de evitar o minimizar al máximo los riesgos y para disminuir el conflicto se estructura un meta-principio considerando que la no violación de un principio es mas deseable que la observación del otro y para lograrlo es necesario la deliberación pragmática-trascendental¹⁶.

De todas maneras, para resolver dilemas y conflictos, los principios se encuentran inmersos en toda sociedad, y cualquiera que éstos sean, no serán absolutos sino una guía para fundamentar el discurso moral.

PRINCIPIOS DE LA ÉTICA BIOMÉDICA

Principio de respeto a la autonomía

Beauchamp y Childress, fundamentan el respeto de la autonomía, como eje principal de la bioética, en la capacidad del individuo, para tomar decisiones en el

¹⁵ MALIANDI, Ricardo. La tarea de fundamentar la ética en Kant Otto Aple y la ética convergente. [en línea]. Acta bioética, vol. 15, N. 1, [citado 18 mayo,. 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielohpt?script=sci_art/est&ing=es&nrm=iso-issn1726-569xdoi.104067/s1726-569x200900010003.

¹⁶ ESCOBAR, Jaime. "Riqueza de Principios en Bioética". En: Revista Colombiana de Bioética. Julio-diciembre, vol. 6. N. 2. p. 133.

medio biomédico, aceptar o rechazar tratamientos, amparados en la obligación moral del médico de decir la verdad, proteger la intimidad, y la confidencialidad de la información. Contiene como condiciones la libertad, para obrar independientemente de las influencias que se presenten y que traten de controlar las decisiones. Ser agente lo determina la capacidad de actuar intencionadamente¹⁷.

La autonomía se ha descrito como la capacidad del individuo de autogobierno, como el resultado conjunto de la “comprensión, el razonamiento, la reflexión, y la elección independiente”, para obrar de acuerdo con el plan que ha elegido y la capacidad de controlar su propio destino. El ser humano debe ser tratado como un fin en sí mismo y no como un medio. John Stuar Mill, propone que las acciones autónomas tienen como límite, donde comienza la libertad del otro. No es lo mismo ser autónomo que ser respetado como sujeto autónomo. Para serlo se debe reconocer el derecho del sujeto moral con la capacidad para realizar sus propias acciones y obrar como agente moral, de acuerdo a sus valores, principios y creencias.

El respeto a las personas tiene un enunciado negativo cuando las expresiones de la persona no sean controladas por acciones externas, “las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros”, el principio se formula en sentido afirmativo: “Concretamente la obligación positiva de ser respetuoso ofreciendo información y favoreciendo la toma de decisiones”¹⁸.

Es bien sabido que el consentimiento informado hace parte de la concepción de los derechos humanos. Se puede decir en forma más amplia, que el ser humano como agente moral, en forma libre y autónoma e independiente, puede tomar decisiones acerca de su salud, de su vida y de su muerte. Esto no es más que el reconocimiento a la autonomía, la cual tiene amparo en los estados sociales de

¹⁷ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. “Relaciones profesionales entre el sanitario y el paciente”. En: Ética biomédica. Barcelona: Masson, S.A. 1999, pp. 379-394.

¹⁸ *Ibíd.*, pp. 117-124.

derecho. En el acto médico el consentimiento informado es un proceso informativo y comunicativo, en el cual el paciente tiene el derecho a recibir de acuerdo a sus condiciones psicológicas, biológicas y culturales, toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece y obtener una clara explicación, acerca de los procedimientos y tratamientos de su autonomía y concepto de libertad¹⁹.

El consentimiento, como parte inherente de la labor médica, se convierte en un deber moral, en el cual toma relevancia la calidad de la información, como la única forma de estructurar vínculos de confianza en la relación médico paciente. Vale la pena recordar que la confianza es el valor moral que estructura las relaciones interpersonales de una sociedad, como uno de los valores que constituyen el desarrollo de una comunidad.

En el caso en que el paciente consulte y por las características de su patología, no tiene la oportunidad de escoger, por ejemplo, ante una apendicitis aguda, es necesario evitar rupturas en el proceso de comunicación, para que el paciente y los familiares tomen una actitud más tranquila ya que el conocimiento proviene de un “experto al cuál no se debe cuestionar y el proceso de información dentro del consentimiento informado son la interacciones comunicativas entre los profesionales, los pacientes y los familiares, a partir de las cuales se definen algunos modelos comunicativos en relación médico paciente”²⁰.

Como el proceso informativo es inherente al acto médico es necesario hacer referencia de la sentencia de la Corte Constitucional, T 216 del 2008:

¹⁹ Este concepto de consentimiento informado fue incluido en las cartillas de educación de Javesalud, como eje principal para defender el derecho al respeto a la autonomía de los usuarios que acuden a solicitar los servicios médicos en esta institución. La Fundación de Servicios médicos y odontológicos, ambulatorios “Carlos Márquez Villegas” (Javesalud) es una IPS de la Universidad Javeriana que se encuentra actualmente en proceso de acreditación en calidad.

²⁰ OVALLE, Constanza. “Discusión y Conclusiones de la Tesis del estudio”. En: Práctica y significado del Consentimiento Informado, en hospitales de Colombia y Chile. 1 ed. Bogotá: Colección Bios y Oikos, vol. 7. Universidad El Bosque, 2009. p.190.

El consentimiento informado, adquirió con la puesta de la ley 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 de suministrarse a los/las pacientes. De este modo el derecho a la información se constituye en una manifestación concreta del derecho de la protección de la salud, y por ende de la vida, puesto que la información resulta imprescindible para el/la paciente²¹.

El consentimiento debe ser consignado en la historia clínica cuando no exista un documento para ser anexado, cumpliendo todos los requerimientos deontológicos para su elaboración, evitando así convertirlo en un formalismo legal o administrativo en donde la autonomía del paciente no se protege²².

Existen excepciones al consentimiento, en casos de omisión intencionada, como en el caso del privilegio terapéutico, en urgencias vitales, incompetencia o renuncia. El principio de respeto a la autonomía toma valor en las sociedades pluralistas, en donde coexisten personas con diferentes creencias, y valores en donde se convive con similares y extraños morales y toma valor el permiso como la única forma de darle valor al respeto mutuo²³.

Principio de beneficencia

Beauchamp y Childress definieron el principio de beneficencia “como la obligación positiva que tienen todos los seres humanos de obrar a beneficio de los demás”²⁴. La beneficencia obliga hacer el bien para favorecer la realización de los demás. En

²¹ *Ibíd.*, p. 172.

²² ESCOBAR, Jaime. “Presentación”. *En*: *Práctica y significado del Consentimiento Informado en Hospitales de Colombia y Chile*. 1 ed. vol. 7. Bogotá: Colección Bios y Oikos, Universidad El Bosque, Ediciones El Bosque 2009. p. 190.

²³ ENGELHARDT, Tristram. “Bioética Secular y Pluralidad de Visiones Morales”. *En*: *Los Fundamentos de la Bioética*. 1 ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1995. p. 32.

²⁴ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. “Beneficencia”. *En*: *Principios de Ética biomédica*, 4 ed. Barcelona: Masson, S.A. 1999. p. 246.

la relación médico paciente el principio se cumple al respetar la autonomía del enfermo, para favorecer su calidad de vida, y en uso de su libertad y de sus propios intereses pueda continuar la búsqueda de su construcción personal.

Es relevante cómo existe un principio positivo para su realización que obliga a aportar beneficios a los demás. Los autores realzan la beneficencia con el principio de utilidad en donde se exige que los beneficios y los daños e inconvenientes se encuentren equilibrados. En investigación biomédica es importante hacer un balance entre riesgos y beneficios para favorecer al sujeto de investigación. En la relación médico paciente cuando se estructura la confianza, toma valor la benevolencia que obliga a actuar benéficamente en favor del enfermo.

Actualmente en el marco de las empresas de salud EPS, en su gestión ante recursos limitados, los administradores hacen un balance del costo beneficio, el cual no sólo debe ser económico; debe contener un sentido deontológico para defender los derechos de los demás. Es importante que los beneficios empresariales se encuentren en el marco donde se tengan en cuenta los principios de justicia y respeto a la autonomía. En el acto médico es imperativo que las acciones beneficentes sean percibidas por las personas que las reciben. Lo anterior hizo parte de los postulados hipocráticos “obrar sólo en beneficio del paciente”²⁵. En la medicina actual el médico se ha convertido en un tecnólogo que no posee una formación humanística, y al desconocer las interrelaciones del ser humano con su entorno su misión está cada vez más lejos de ser beneficente.

Las reglas que obligan al principio de beneficencia están dirigidas a proteger y defender los derechos de los demás, a prevenir algún daño, evitar el detrimento que produzca perjuicio a los otros, rescatar a personas que se encuentren en

²⁵ GRACIA, Diego. “El juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina”. En: Fundamentación y enseñanza de la ética biomédica. 2 ed. vol. 1. Bogotá: Editorial El Búho Ltda., 2000.p. 136.

peligro y ayudar a individuos con capacidades disminuidas²⁶. Hay ideales morales de beneficencia que no son obligatorias y los autores plantean una distinción entre la beneficencia específica y la beneficencia general. La primera nos obliga actuar hacia las personas con las que se tengan vínculos especiales, hijos, amigos, pacientes, etc., la segunda nos obliga a actuar con todas las personas.

En la actual crisis de la salud en nuestro medio, el principio de beneficencia no es obligatorio y en algunas ocasiones no es un ideal moral, en donde la eficiencia y la eficacia se convierten en indicadores económicos y la ayuda se da sólo al evento que esté contratado con la empresa prestadora de servicio.

Principio de no-maleficencia

Es bien conocido que el principio de la no maleficencia se define como la obligación de no hacer daño en forma intencionada. Desde la ética Hipocrática se conoce como *Primum non nocere*²⁷ y es el principio rector de cualquier código deontológico médico. La ética médica se fundamenta en la relación médico paciente. Este compromiso posee características particulares, cuando se puntualiza como un ejercicio de medios más no de resultados. Si el médico actúa de acuerdo al nivel de atención, conforme a su experiencia acorde a los conocimientos requeridos y cumple con el deber moral del cuidado, los daños ocurridos en forma parcial y permanente, incluidos el fallecimiento del enfermo no son de su responsabilidad. Se conocen jurídicamente como actos culposos porque no existe la intención de cometerlos.

Hoy día ante la utilización de la Unidades de Cuidado Intensivo, y la existencia de enfermedades crónicas y terminales, surgen conflictos con el principio de la no-maleficencia cuando el médico se ve enfrentado ante la posibilidad de iniciar o retirar un tratamiento, si reanima o no al paciente. Es necesario valorar si el

²⁶ BEUCHAMP y CHILDRESS. Op.cit., p. 248.

²⁷ BEAUCHAMP, Tom. y CHILDRESS, James. "No-maleficencia". En: Principios de la Ética biomédica. 4 ed. Barcelona: Masson, S.A. 1999. p. 179.

tratamiento es ordinario o extraordinario. Los autores proponen que se denominen como optativos y obligatorios, teniendo en cuenta riesgos y beneficios que se suponen para el paciente de acuerdo al concepto individual de calidad de vida. Es importante contar con el paciente, como agente moral y con los tutores en los casos que corresponda, para respetar las decisiones del enfermo, incluyendo testamentos vitales, de acuerdo a sus creencias, principios y valores que determinan su moralidad.

La no-maleficencia conforma la ética de mínimos. Diego Gracia²⁸ lo explica, cuando la discriminación o daño recae en la vida biológica, al no ser tratado el ser humano con igual consideración y respeto. Obliga a todos obediencia en la conducta social, así algunos miembros de la comunidad no estén de acuerdo y lo cumplan en contra de su voluntad. En las sociedades actuales con el auge de la tecnología y su aplicación se incrementan los riesgos. Es necesario recordar que la medicina es una profesión que no es de resultados en donde la responsabilidad se valora teniendo en cuenta el valor moral de cuidado de acuerdo a la *lex artis* entendiéndose ésta como las prácticas médicas adecuadas para tratar a los enfermos en el momento presente de acuerdo al nivel de atención en la que se desempeñe, por lo cual, la interpretación del acto no maleficente exige análisis particulares.

Justicia sanitaria

El concepto de justicia, tiene relación en los actuales modelos de salud, cuando ésta se convierte en un problema público y no hace parte de proceso individual y obliga a generar políticas con recursos limitados para su acción, en la “distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades”²⁹. En la práctica diaria,

²⁸ GRACIA, Diego. “Planteamiento General de la Bioética”. En: COUCEIRO, Azucena. Bioética para clínicos. Madrid, Trascastela 1999. p. 30.

²⁹ GAFO, Javier. “Los principios de justicia y solidaridad en bioética”. En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, agosto de 1998. Vol.6. pp. 31-34.

pesa el concepto de la necesidad y se propone dar al paciente todo lo que necesita y nada de lo que no necesita.

La justicia es una noción moral sobre el derecho a la asistencia sanitaria. Cuando se apele al principio de permiso, como base para la creación en común de programas particulares de beneficencia, sólo con el consentimiento una comunidad adquiere autoridad y la posibilidad de estructurarse como comunidad moral. Desde la percepción de sus necesidades inicia procesos de desarrollo, en defensa de los valores para obtener metas propuestas, “respetando la pluralidad de necesidades como una forma justa y razonable para proporcionar bienes sanitarios”³⁰.

La justicia distributiva, en el ámbito de la salud, exige un acuerdo previo sobre lo que la sociedad debe ofrecer a las personas. La teoría de justicia de Rawls. J., toma como punto de partida la libertad humana y su reconocimiento. La integra con hechos económicos sociales y culturales y propone la equidad como un valor principal para la justicia. Asume que los seres humanos están dotados de la misma dignidad y valor e intentan ponerse de acuerdo en la construcción de una sociedad justa³¹.

Es así como la sociedad integra un concepto de justicia, en donde ésta distribuye sus costos y beneficios entre los miembros de una comunidad. Ante recursos limitados las empresas de salud deben ofrecer a la sociedad un nivel adecuado y decoroso de servicios básicos obligatorios. En relación con las comunidades más pobres y marginales los servicios médicos a los necesitados deben ser iguales a los que se presten a otros ciudadanos³².

³⁰ ENGELHARDT, Tristram. “Las múltiples caras de la libertad”. En: Los Fundamentos de la Bioética. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. 1995. pp. 317-332.

³¹ GAFO. Op.cit., pp. 25-26.

³² SEN, Amartya. “La libertad y los fundamentos de la justicia”. En: Desarrollo y libertad. Barcelona: Editorial Planeta S.A., 2000. pp. 86-87.

Rawls acepta más adelante, que las necesidades económicas vitales no son menos importantes y que al superarlas como parte de las privaciones humanas mejoran sus condiciones de salud y educación y podrán participar en decisiones públicas mejorando procesos de desarrollo. “La importancia de la libertad ha de estar relacionada con la aceptabilidad política general de su importancia”³³. En el actual modelo económico donde la calidad se mide por el costo beneficio, los servicios de salud manejados por particulares, como producto de venta, sus costos no pueden estar sometidos a la oferta y la demanda.

Principios europeos de la Bioética

En la evolución de la bioética en busca de encontrar principios más propios y adecuar habilidades metodológicas entre 1995 y 1998, la Comisión Europea diseñó un proyecto de investigación para encontrar y redefinir principios éticos con base en filósofos contemporáneos como Paul Ricoeur, Emmanuel Lévinas, Jürgen Habermas. Se proponen los principios de dignidad, integralidad, vulnerabilidad y autonomía³⁴.

Principio de dignidad

Es un principio absoluto, inherente a la esencia de los seres humanos, en la exigencia de ser tratados como fines en sí mismos con la capacidad de controlar su propio destino. La dignidad del ser humanos no tiene equivalente, por lo tanto no tiene precio. En su condición de ser único e irrepetible, toda persona es merecedora de consideración y respeto y en la relación interpersonal obliga a respetar a los demás seres humanos. “Obra de tal manera que uses la humanidad tanto en tu persona como en la de cualquier otro siempre a la vez como un fin

³³ *Ibíd.*, pp. 86-87.

³⁴ ESCOBAR, Jaime. “Los principios de la Bioética. Fuentes, propuestas y prácticas múltiples”. *En*: Revista Colombiana de Bioética. Julio-diciembre, 2011, vol.6. no. 6,. p.97

nunca como un medio”³⁵. Hay claridad, los seres humanos no deben ser instrumentalizados.

Principio de autonomía

El principio no difiere al postulado por Beauchamp y Childress, y, lo fundamentan en la capacidad de cada individuo a elegir y, como agente moral, es protagonista de su propia vida. Ricoeur, la define como “buena vida para con los otros, en instituciones justas”, y Sartre la fundamenta en el concepto de libertad existencial, para escoger su existencia resultado de un proceso de auto creación y de elección. Exponen normas para el consentimiento informado con la importancia de protección a poblaciones vulnerables, como menores de edad, poblaciones con capacidades disminuidas, condiciones en investigaciones biomédicas para protección a sujetos de investigación, hacen énfasis, en transplantes de órganos, y todos los dilemas éticos en los confines de la vida, desde la fertilización in vitro, el aborto hasta la eutanasia³⁶.

Principio de vulnerabilidad

Este principio se encuentra implícito en el de justicia y lo postulan como principio de igualdad. El concepto Aristotélico, de tratar al igual de acuerdo a su igualdad y a los desiguales de acuerdo a su desigualdad es un concepto básico de justicia. En un artículo de José Antonio Soane Rodríguez³⁷, aplica este principio en decisiones con pacientes con síndrome de down. Considera que esta población vulnerable exige un tratamiento igual a otros miembros de la sociedad, para

³⁵ Beauchamp y Childress en su libro Principios de la Ética Biomédica, al analizar el respeto a la autonomía hace referencia al principio imperativo moral de Kant, de respetar a la personas como fines y no simplemente como medios. Constituye un apoyo para el principio de respeto a la autonomía.

³⁶ ESCOBAR. Op.cit., pp. 93-100.

³⁷ SOANE, José. Aspectos éticos y jurídicos de la esterilización de personas con síndrome de Down 1998, [en línea] [citado 10 mayo, 2013]. Disponible en: <http://www.ruc.udc.es/dspace/bistream/2183/1970/1/AD-2-28.pdf>.

garantizar igual acceso a servicios médicos a programas de educación, a sitios de recreación etc. Es necesario tratarlos de acuerdo a su desigualdad, para tratar de compensar las desigualdades ocurridas por sus capacidades disminuidas en el momento que entren en pérdida las relaciones interpersonales con cualquier miembro de la comunidad, para garantizar un trato digno y asegurar su reinserción en la sociedad con igualdad de oportunidades.

Principio de integridad

Este principio implica, el compromiso hacia el ser humano de ser tratado como un todo. No se puede desvincular del principio de autonomía y del concepto de dignidad. Se convierte en un principio conductor de la ética biomédica contemporánea afines con los derechos humanos cuyo eje principal son los valores relacionados con la libertad y la igualdad.

De acuerdo con María Casado “están llamados a ser el criterio regulador de las nuevas formas de control y de las posibilidades científicas y tecnológicas emergentes, propugnando, propiciando y garantizando, el respeto a la libertad, a la igualdad y a la dignidad de todos los seres humanos”³⁸. Aceptar al ser humano como la conjunción de un mundo psicológico, antropológico, espiritual, religioso, ético, etc. Nos obliga en la ética médica a efectuar análisis profundos en un diálogo intercultural e interdisciplinario, para entenderlo como un ser bio-psico-social.

UNESCO y principios bioéticos

En la búsqueda de consolidar principios de acuerdo a las actuales condiciones del ser humano, en relación con el uso y aplicación de la tecnología, en un mundo globalizado, en donde existen sociedades multiculturales y se da valor al

³⁸ CASADO, María. “Los derechos humanos como marco para el bioderecho y la bioética”. En: Derecho biomédico y bioética. Granada: Comares, 1998, p. 118.

pluralismo, la Organización de las Naciones Unidas, para la Educación, la Ciencia y la Cultura, tomada en octubre del 2005: “Fundamenta en ellas los principios consagrados en las normas que rigen el respeto a la dignidad de la persona, los derechos humanos y las libertades fundamentales”. Siendo la bioética una reflexión de la vida, la declaración reconoce la relación entre la ética, los derechos humanos y la bioética.

En forma amplia plantea no sólo los dilemas éticos en la relación del ser humano con la tecnología, sino su relación con el medio ambiente, para asegurar un futuro digno y sostenible de generaciones lejanas, en particular en su constitución genética. Da un gran valor a la autonomía y la responsabilidad individual, dejando claro las condiciones para obtener el consentimiento informado, como resultado de la máxima expresión del respeto a la autonomía, las condiciones para la participación y la negativa de personas con capacidades disminuidas para dar su consentimiento, y va más allá, el respeto a la vulnerabilidad humana, y la exigencia a un trato integral. Considera que en toda participación del ser humano, el principio de la privacidad y la confidencialidad de la información, hace parte de los derechos humanos, los cuales no deben ser vulnerados.

Se hace referencia a la justicia, desde el punto de vista de la equidad entendiéndose esta como igualdad de oportunidades. Todos los seres humanos son iguales en dignidad y derechos. Los seres humanos deben ser tratados con igual consideración y respeto, por tanto, no deben ser discriminados ni ser sometidos a estigmatización alguna. Hace un reconocimiento a la diversidad cultural y al pluralismo, y le da valor moral a la solidaridad y la cooperación.

Hace énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para todas las personas con el fin de suprimir la marginación, la exclusión y con educación y salud se podrá reducir la pobreza y el analfabetismo. La Declaración Universal sobre Bioética y los Derechos Humanos es una guía para las naciones

del mundo en donde obliga el respeto al ser humano, aceptando que hay que tratarlo como él quisiera que lo trataran³⁹.

Relación médico-paciente

La relación médico paciente, estructura en toda la historia de la medicina el ejercicio de la profesión médica. Es un encuentro asimétrico de alguien que solicita ayuda para resolver sus quebrantos de salud, formando así un vínculo basado en la confianza y en la confidencia. Es una correspondencia intercultural entre dos autonomías en donde prima el concepto bio sico social del enfermo. Esta relación ha tenido diferentes expresiones de acuerdo a diferentes épocas, conservando como valor primordial el compromiso de hacer el bien lo mejor posible.

Relación médico, paciente, paternalismo

Fue la relación hipocrática de corte paternalista, la que fundamentó la profesión de la medicina y estructuró la beneficencia como valor moral. Visto desde el presente 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. Seguramente su comportamiento en el contexto en el que vivía lo colocaba, no como un limitado moral sino como un virtuoso, porque la obediencia era una virtud del gobernado hacia el gobernante, del enfermo hacia el médico y fue lo que se conoció para el momento como la *lex artis*⁴⁰.

Se daba valor y reconociendo a la autoridad del médico y la beneficencia se definía por la dependencia del enfermo en esta relación. El acto médico se fundamentó en ofrecer ayuda emocional y sintomática que brindó en la mayoría de

³⁹ DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS [en línea] [citado 12 mayo,. 2013] Disponible en: <http://www.unesco.org./sch/ethics>.Francia.2006.

⁴⁰ MONTROYA, Edgar. "Planteamiento general de la Bioética". En: Programa de educación continuada en pediatría y Asociación colombiana de facultades de medicina. Bogotá: Editorial MediLegis febrero 2007, año 5, módulo 4, p. 9-11.

los casos tranquilidad espiritual como una de las necesidades básicas de los seres humanos para sobreponerse a los padecimientos presentados por la enfermedad⁴¹.

Para que esta relación tuviera éxito se hizo necesario formar vínculos de confianza. Para Aristóteles la confianza estructura las relaciones interpersonales de una sociedad y es a través de ésta que aparece la amistad. Para Hipócrates el encuentro médico-enfermo sólo se concibe como una franca y sincera relación de amistad, en donde la sociedad exige al médico calidad moral y responsabilidad ética⁴².

Relación médico-paciente-autonomía

Este modelo paternalista comienza a cambiar en 1692 cuando John Locke introduce el concepto de los derechos humanos y posteriormente en 1946 cuando aparece el consentimiento informado. Este consentimiento es la revolución de los derechos humanos, en donde se acepta que el hombre en forma libre, autónoma e independiente toma decisiones acerca de su vida de su salud y de su muerte.

Desde entonces cambió el paradigma de la relación médico paciente, en donde ésta se reduce a minimizar el conflicto de valores entre el médico y el enfermo con el fin de que el paciente tome una decisión autónoma acerca de su enfermedad y las opciones del tratamiento. De una relación vertical con el médico en la parte superior de la autoridad y el paciente en la parte inferior de obediencia se pasa a una relación horizontal y democrática en donde el médico acepta y respeta las decisiones del paciente⁴³. Admite el pluralismo, la diversidad cultural, las distintas

⁴¹ SIEGLER, Mark. La edad de la autonomía, [en línea]. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas 2011, vol, 26, p.14, Barcelona: edita Fundación Víctor Grifols i Lucas [citado 12 mayo, . 2013]. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org>.

⁴² GRACIA, Diego. "El juramento de Hipócrates en el Desarrollo de la Medicina". En: Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: Editorial El Búho Ltda., 2000. p. 133.

⁴³ MONTROYA. Op.cit., pp. 9-11.

percepciones que tenga de su vida y de su entorno y reconoce cualquier tipo de cosmovisión.

El médico tiene el compromiso de comunicar la verdad, siendo ésta la única forma de fortalecer la confianza mutua, como una forma de respetar al otro y en respeto a su autonomía, el “consentimiento válido depende de la veracidad de la comunicación”⁴⁴.

Marañón suministra un valor superior a la actitud, como fundamento de la ética médica, en la cual el médico es éticamente bueno, sin dejar atrás que este comportamiento junto con el conocimiento y las habilidades hacen parte de la formación en valores del médico, como una expresión de su proyecto de vida⁴⁵.

De acuerdo a Lain Entralgo, la finalidad del acto médico está en mejorar las condiciones del enfermo que tiene distintas apreciaciones las cuales van desde el concepto orgánico positivista, hasta el concepto de libertad, en la cual la noción de normalidad es la capacidad del individuo para realizar proyectos vitales en busca de la realización personal.

El médico es una persona consagrada que adquiere un reconocimiento público a quien se le exigen altos niveles de calidad moral y responsabilidad ética en una sociedad en donde no hay un acuerdo entre lo bueno y lo malo. En forma paralela con el auge de la autonomía del enfermo, aparece el desarrollo de la biotecnología aumentando los costos de la atención médica, en donde prevalecían los tratamientos por encima de los conceptos de la prevención. Mark Siegler refiere al respecto: “En Estados Unidos, el coste de la atención sanitaria a menudo sufragado por diversas organizaciones distintas del paciente no se consideró un

⁴⁴ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. “Relaciones profesionales entre el sanitario y el paciente”. En: Principios de Ética Biológica. Barcelona: Masson S.A. 1999.p. 379.

⁴⁵ GRACIA. Op.cit., pp.147-153.

motivo importante de preocupación especialmente cuando se contraponía a la autonomía del paciente, su necesidad y deseo”⁴⁶.

Relación médico-paciente-burocracia

Hace aproximadamente 30 años, aparecieron cambios en la forma de administrar la salud. Ésta ya no es un asunto individual, se convierte en un bien colectivo y surgen empresas en su mayoría privadas que se encargan de sufragar los gastos sanitarios, ante los recursos cada vez más limitados. Se estructuran aparatos burocráticos en donde es difícil liberar a los médicos y a los enfermos, la calidad de la atención se mide por la relación costo beneficio, en donde la eficacia y la eficiencia se convierten en un indicador económico.

El médico en este escenario muchas de las veces se somete a los requerimientos del mercado por encima de las necesidades de los pacientes. Actualmente en las decisiones y las relaciones médicas no participan exclusivamente el médico y el paciente. Aparecen otros actores, la familia, las EPS, las aseguradoras y en algunos casos el estado.

Es evidente que estos cambios han desvirtuado la labor del profesional en el ejercicio médico. Profesión implica un compromiso incondicional por el bien de otro, el cual se compromete en la búsqueda de la excelencia como una opción personal de vida, para favorecer una adecuada y auténtica relación médico paciente, “en donde las aplicaciones sistemáticas y permanentes a la actividad del hombre y la comunidad de todo lo que la ciencia y la técnica van ofreciendo, como fruto en un campo específico del saber”⁴⁷.

La responsabilidad del ejercicio se convierte, para el médico, en una búsqueda de su realización personal de acuerdo a su proyecto de vida. Actualmente en nuestro

⁴⁶ SIEGLER. Op.cit., pp.14-15.

⁴⁷ GARCIA, Gustavo. “La noción de profesión su ser y su sentido: referentes éticos-morales”. En: Problemas de Ética Aplicada. Bogotá. Universidad El Bosque, Ediciones El Bosque 2001. p. 101.

medio se ha masificado la medicina y hay una relación entre extraños, se suscribe cómo esa relación no es de amistad y en ese contexto el valor que prima es la desconfianza. Por esa razón se da valor al contrato como una forma de crear algún vínculo de confianza⁴⁸.

Relación médico-paciente (Pedro Lain Entralgo)

Ante esta crisis toman vigencia los conceptos de Pedro Lain Entralgo, quien considera que el éxito de la relación médico paciente, se conforma en la amistad en donde priman la beneficencia, la confianza y la benevolencia. Hace una diferencia entre *eros* y *philia* para distinguir el amor físico y la amistad⁴⁹. Esta relación se caracteriza por la necesidad de ayudar y ser ayudado, esta carencia se compensa por el componente afectivo del médico⁵⁰.

El acto médico tiene una fase en la cual se valora el paciente con el fin de llegar a un diagnóstico y depende de la formación técnica y científica en una relación inicial de características impersonales, en donde existe un interés común, para llegar a obtener buenos resultados. El autor define esta relación de características objetivas como una relación *dual* o *dúos*⁵¹, por que los dos buscan un fin determinado en donde cada uno indagando el mismo fin, obtienen beneficios individuales. Posteriormente la relación se profundiza y se crea un diálogo como *diádica* porque pertenece a la intimidad, como valor para estructurar vínculos de amistad.

⁴⁸ GRACIA, Diego. "La relación clínica". En: Bioética clínica. 1 ed. Bogotá: Editorial El Búho Ltda., 1998. pp. 61-67.

⁴⁹ SIEGLER. Op.cit., p.12.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 12.

⁵¹ GRACIA. Op.cit., pp. 61-65.

Lain Entralgo, propone llamar a esta relación *cuasi diádica*⁵² existe un interés común, pero el que espera recuperar la salud es el paciente y no el médico y la define: “El diagnóstico médico es la configuración cognoscitiva de una relación cuasi diádica entre el médico y el enfermo”, lo que quiere decir que, para llegar a un diagnóstico adecuado se necesita una relación médico paciente, interpersonal donde prime la amistad teniendo en cuenta el concepto bio-psicosocial del enfermo, sin dejar atrás el entorno cultural del médico en donde éste, aconseja, respetando la autonomía del paciente, enseña y cura.

Hecho el diagnóstico se inicia el momento operativo, en el cual el médico tiene la obligación de entender que el paciente es el resultado de un mundo psicológico, social, religioso, ético, antropológico etc., donde el tratamiento es un acto social para que la persona se reintegre a su núcleo familiar.

Relación médico-paciente, decisiones compartidas

Existe aún tensión entre paternalismo y autonomía. El paternalismo comenzó a perder vigencia hacia la década de los sesenta y setenta del siglo pasado, con el auge de la autonomía, cuando aparecen las primeras manifestaciones de los derechos de los pacientes. Para resolver esa situación Mark Siegler propone la toma de decisiones compartidas. Para lograrlo es necesario un proceso comunicativo en donde prime la empatía, y así obtener el mejor interés del paciente, producto de una negociación compartida para la obtención de los fines propuestos⁵³.

Los resultados son alentadores, los pacientes dan mayor credibilidad a las recomendaciones médicas fortaleciendo valores de confianza. Existen menos deserciones hacia los tratamientos con una mayor satisfacción en el manejo de las enfermedades crónicas. En esta relación se puede ejecutar un diálogo que lleve al

⁵² *Ibíd.*, p. 64.

⁵³ SIEGLER. *Op.cit.*, pp.16-17.

paciente a entender la limitación de recursos y tomar decisiones con beneficios económicos que favorezcan la sostenibilidad del modelo de salud.

Relación médico paciente, tiempos actuales

Hoy vivimos, de acuerdo a Lyotard, una nueva época que se ha designado como posmoderna, en donde el ser humano para resolver conflictos morales, no tiene en cuenta como autoridad moral “narrativas dotadas de contenido”⁵⁴. Existe un posicionamiento del individualismo como una expresión de su libertad. Esto obliga al individuo a aceptar que en estas circunstancias seculares, existen diferentes percepciones morales y se encuentra en una sociedad pluralista y laica en donde tienen reconocimiento los extraños morales y la libertad de conciencia⁵⁵. Algunos hombres en estas circunstancias sienten que se han liberado de Dios, que son dueños de sus impulsos, de su propia razón⁵⁶ y tienen una percepción particular de sí mismos y de su entorno. Cambia su posición en la relación médico paciente, no es un ser pasivo y, éste, exige respeto a su autonomía, su trato debe estar de acuerdo con el concepto de persona y no como objeto, y desea ser tratado no sólo de sus trastornos de salud sino de acuerdo a sus valores implicados.

Existe un auge de la biotecnología. Se exige a los médicos mayores estándares técnicos, en donde la “excelencia científica no siempre va acompañada de la excelencia ética” en una sociedad que se mueve por principios económicos. El médico siente la necesidad de encontrarse más especializado y estructura un

⁵⁴ ENGELHARDT, Tristram. “La bioética ante la post modernidad”. En: Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1995.pp. 18-21.

⁵⁵ *Ibíd.*, pp. 441-453.

⁵⁶ DORR, Anneliese. “Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica antropológica”[en línea] Rev. Med. Chile 2004, pp. 1431-1436.[citado 12 mayo.,2013] Disponible en: http://www.cielo.cl/cielo.php?script= scei_artte.&pid=es0034-988720040011000148&ing=esnrm=iso-isnn0034-987.doi10467/S0034-9887200400100014.

pensamiento reduccionista, y disyuntivo, cada vez más lejos de las ciencias humanas.

Es aquí en donde la Bioética tiene la oportunidad de construir un puente entre la ciencia y las humanidades, como fue la propuesta en sus orígenes de este nuevo saber, ante un sujeto nuevo, plural y conflictivo de la tecnociencia, para redefinir una relación médico paciente más humana que esté acorde con las exigencias culturales del hombre contemporáneo, respetando su integralidad, para recuperar buena parte de la confianza perdida en el ejercicio de la profesión. La relación médico paciente es un encuentro entre dos personas en una relación asimétrica en donde el enfermo solicita ayuda para resolver sus quebrantos de salud. Es un encuentro intercultural entre dos autonomías en donde prima el concepto bio-psicosocial del enfermo.

De acuerdo a Lain Entralgo, la finalidad del acto médico está en mejorar las condiciones del enfermo que tiene distintas apreciaciones, que van desde el concepto orgánico positivista, hasta el concepto de libertad, en la cual la noción de normalidad es la capacidad que tenga el individuo para realizar proyectos vitales en busca de la realización personal. Se hace imperativo que el ejercicio de la profesión, se fundamente en el respeto, y se rija por el principio de no hacer daño y hacer el bien⁵⁷.

En la actualidad, algunas veces, en el ejercicio de la profesión existe trasgresión a la relación médico paciente. La formación médica busca obtener altos estándares

⁵⁷ ENGELHARDT, Tristram. "La bioética ante la post modernidad". En: Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1995.pp. 18-21.

⁵⁷ *Ibíd.*, pp. 441-453.

⁵⁷ DORR, Anneliese. "Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica antropológica"[en línea] Rev. Med. Chile 2004, pp. 1431-1436.[citado 12 mayo.,2013] Disponible en: http://www.cielo.cl/cielo.php?script= scei_artte.&pid=es0034-988720040011000148&ing=esnm=iso-isnn0034-987.doi10467/S0034-9887200400100014.

técnicos y la excelencia científica no siempre va acompañada de la exigencia ética porque en una sociedad capitalista y de libre mercado, la profesión se comercializa y en ocasiones prima el beneficio particular en donde el éxito profesional tiene relación estrecha con beneficios económicos personales, por encima del bien del enfermo⁵⁸.

Desde esta perspectiva es posible que muchas de las demandas médicas tengan su origen allí, cuando el paciente siente ser tratado en forma mercantilista y su relación con el médico es analizada desde un pensamiento reduccionista. Hoy día la relación con el enfermo es el encuentro entre dos desconocidos, por tanto, es imperativo que se elabore una historia clínica completa y queden registrados nuevos conceptos como la visión particular entre la salud y la enfermedad, las propuestas terapéuticas con su aceptación o rechazo, las influencias religiosas y culturales dejando claro su condición bio sico social. Estos registros le dan mayor consistencia a la historia clínica, como elemento probatorio en un proceso ético disciplinario.

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 12.

1. METODOLOGÍA

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS

Se presentan tres casos fallados en el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, ocurridos durante el período 2008 al 2012, en el que se realizaron análisis y reflexiones desde los principios de la Bioética principialista de Beauchamp y Childress; y ver cómo estos principios se encuentran implícitos en la ley 23 de 1981 y enriquecieron la contextualización de las demandas médico-ético-disciplinaria, fallando de acuerdo a la presente ley y su decreto reglamentario.

Es ésta una investigación de tipo cualitativo de carácter hermenéutico, que utilizó el análisis documental. Es un estudio delimitado a tres casos de características holísticas esenciales. La investigación cualitativa según Tylor y Bodgan⁵⁹, es “aquella que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable”. Es un método inductivo en donde el investigador ve el escenario y los individuos desde el punto de vista holístico como personas, las que no son reducidas a una variable. Se ven como un todo. Los investigadores cualitativos tratan de ver a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. En este estudio las personas se verán a través del análisis de casos, que hacen parte del estudio documental. El investigador cualitativo se aparta de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

En este estudio hermenéutico se realiza un análisis integral de los tres casos tratando de mantener como observador, una visión independiente, alejada de las influencias inherentes de la vida como ser cultural, con valores y principios que

⁵⁹ SANDOVAL, Carlos A. “Investigación cualitativa”. En: Programa de Especialización en teoría Métodos y Técnicas de Investigación social. Bogotá: ARFO Editores e impresores Ltda.2002.Módulo cuarto.

“sesgarían sobre lo que podría ser el objeto observado”⁶⁰ (Hans-George Gadamer). Se intentó realizar una “fusión de horizontes”⁶¹ como lo plantea Gadamer, para obtener una “interacción dialéctica” entre las posibilidades como espectador y conocer el entorno en donde se originó la queja, para entender la relación entre el demandante y el demandado y posteriormente evaluar las diferentes posturas de los magistrados del tribunal hasta llegar al fallo final.

Robert Yin⁶², define el estudio de caso, como una indagación empírica que “investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse”. Es claro que en este método se puede incluir, estudio de un solo caso como de múltiples casos.

La investigación cualitativa, como búsqueda hermenéutica en este estudio, tiene características particulares. Habitualmente al demandante no se le escucha en el tribunal de ética. El análisis de sus vivencias y el relato de los hechos, quedan consignados como testimonio rendido en un juzgado o entes de control (personería, defensoría del pueblo, superintendencia de salud) plasmado como un documento debidamente firmado que hace parte fundamental del expediente para iniciar un proceso.

Dichas entidades compulsan copias al Tribunal de Ética Médica y de acuerdo a la designación dada, por el presidente del Tribunal para que instruya el proceso disciplinario, el Magistrado Instructor trata de acuerdo a lo registrado, entender y comprender a los seres humanos y la relación con su entorno para presentar el

⁶⁰ MARTÍNEZ, Miguel. Hermenéutica y análisis del Discurso como método de la Investigación Social, 2005.[en línea] [citado 18 mayo.,2013] Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/hermenyanálisisdisc.html>.

⁶¹ *Ibíd.*, pp. 1-10.

⁶² *Ibíd.*, p. 91.

análisis de conclusiones en sala plena de acuerdo a los términos previstos por la ley en un tiempo no superior a 15 días hábiles.

En la gran mayoría de los casos los hechos anotados dan los elementos suficientes para iniciar un proceso ético disciplinario y en situaciones especiales se cita al implicado y/o implicada para la ampliación de la información y conocer mejor así lo ocurrido para darle una interpretación más proporcionada como por ejemplo en algunos casos de presunción de abuso sexual.

EL médico implicado, como garantía al debido proceso y bajo la presunción de inocencia, será oído en versión libre y en caso de existir mérito para formular cargos por violación a la ética médica, por escrito, se le hará saber al profesional inculcado, claramente los actos que se le imputan y fijando fecha y hora para que el Tribunal en pleno lo escuche en diligencia de descargos. Todo el proceso y su contenido quedan registrados por escrito.

Para proveer una mejor interpretación de la ley junto con el análisis de casos, sus consideraciones y sus aspectos éticos se diseñaron las siguientes matrices:

1- MATRIZ A: PARA EL ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Para facilitar el análisis hermenéutico, se realiza la siguiente matriz, en la que se colocan en igual categoría, los principios de la bioética principialista de Beauchamp y Childress y posteriormente describir y analizar la ley de ética médica.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN
Respeto de la Autonomía	Capacidad de la personas para actuar libremente de acuerdo a un plan escogido. Está

	de acuerdo en dos condiciones: la libertad y la agencia ⁶³ .
Beneficencia	Consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer bien a otros. La beneficencia positiva requiere provisión de beneficios. La utilidad, un balance entre beneficios y los daños ⁶⁴ .
No-Maleficencia	La obligación de no infringir el daño intencionadamente. Se inscribe en la tradición de la máxima clásica: <i>primum non cere</i> . Fundamenta la ética médica ⁶⁵ .
Justicia Distributiva	En el caso de la salud, la justicia distributiva, bajo condiciones de escasez y competencia, se espera que todas las personas tengan acceso a un mínimo de asistencia sanitaria digno e igual para favorecer a poblaciones vulnerables ⁶⁶ .

2- MATRIZ B: PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS CASOS PROPUESTOS PARA ESTA INVESTIGACIÓN

Para facilitar el análisis hermenéutico, de los tres casos escogidos, se elaboró la siguiente matriz, en la cual se enuncia el caso, resaltando los elementos importantes de la demanda médica, buscando los elementos que incidieron en la queja, con el fin de encontrar los principios de la Bioética principialista de Beauchamp y Childress y encontrar los elementos en tensión entre los principios y los actores involucrados.

⁶³ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. "El respeto a la autonomía". En: Principios de la Ética Biomédica. Barcelona: Masson, 1999. p.113.

⁶⁴ *Ibíd.*, p.245.

⁶⁵ *Ibíd.*, p.179.

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 311.

CASO	ANÁLISIS DE PRINCIPIOS BIOÉTICOS	ELEMENTOS EN Tensión
Se describe el caso objeto de análisis de manera puntual rescatando los elementos más relevantes	Se realiza un análisis y descripción de los principios bioéticos involucrados, de acuerdo a la tradición Norte Americana de Beauchamp y Childress	Se hace un análisis de la tensión existente entre los principios y actores involucrados.

3. MATRIZ C: PARA EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL PROCESO INCLUYENDO LA SENTENCIA

Para el análisis hermenéutico del proceso ético- disciplinario de cada caso se elaboró la matriz, que se presenta a continuación. Se analizan las distintas etapas y la participación de todos los actores, con los elementos en tensión que se hayan presentado, desde la radicación de la queja hasta llegar al fallo final. La investigación será ejecutada desde la perspectiva de observador.

ETAPAS DEL PROCESO	ACTORES DEL PROCESO	ELEMENTOS EN Tensión
Descripción del caso- hechos	Demandante y demandado	Autonomía, Beneficencia, No-Maleficencia y Justicia.
Contexto de discusión	Tribunal	Historia y análisis de la ley
Descripción de los hechos ocurridos en cada sesión del tribunal.	Magistrados	Concepto de bioética y la ley (desde la narrativa inicial)
Sentencia (Fallo)	Sala plena	Subjetividades de los magistrados, valorando los consensos y los disensos

Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la investigación se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 (legislación Colombiana), Título II, Capítulo 1, Art. 11 literal a, el cual considera que este estudio se clasifica “sin riesgo por emplear técnicas y métodos de investigación documental, en las que no se realizan intervención alguna en los individuos que participaron en el estudio entre los que se consideran: revisión de historias clínicas y de procesos protegiendo la identidad de los implicados”. En esta revisión no se revelarán los nombres de los involucrados, ni los sitios de ocurrencia, para garantizar así el derecho a la intimidad⁶⁷.

⁶⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 de 1993, por el cual establecen normas científicas, técnicas, y administrativas para la investigación en salud. [en línea] [citado 18 mayo., 2013]. Disponible en: http://www.did.unal.edu.co/promoción/ética_res_8430_1993.pdf.

2. RESULTADOS

2.1 Antecedentes históricos de la ley de ética médica, Ley 23 de 1981

En enero de 1978, ante el desconocimiento de cómo se da la práctica médica por parte de los jueces, se inician los estudios con el fin de crear una ley que dé claridad sobre la ética médica y ayude a los jueces en la toma de decisiones frente a demandas, por lo que hoy en día se denomina “mala praxis”. Finalmente el 18 de febrero de 1981 se promulgó la Ley 23 por la cual se dictan las normas de ética, en la construcción de esta ley participaron el Ministerio de Salud, representantes de la Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Colombiana.

Comienzan los anteriores actores a planificar un proyecto de ley en donde queden consignados los deberes y las obligaciones de los médicos. Este proyecto culmina con la promulgación de la Ley 23 de 1981. Se crean los tribunales de ética médica, se implanta un régimen disciplinario como un mecanismo que va a garantizar la aplicación de la Ley 23. Es un estatuto regulador del ejercicio profesional. Más que un código de ética es un código deontológico a pesar de llamarse como tal.

El primer tribunal se crea con la expedición de la resolución 07011 del Ministerio de Salud del 30 de junio de 1982. Se conforma el Tribunal Nacional de Ética Médica. Los magistrados designados fueron, los Doctores Camilo Casas Santofimio, Ernesto Martínez Capella, Hernando Groot Liévano, Cesar Augusto Pantoja y Fernando Sánchez Torres, personas con cualidades y calidades morales, que los hicieron merecedores a los cargos asignados. En su inicio, como miembros de un ente nuevo, tienen que adecuar estos conocimientos médicos al debido proceso, comenzar gestiones de financiación que asegure su sostenimiento. El artículo 67, de la misma ley indica cómo los departamentos y

para el momento, intendencias y comisarías formarán Tribunales seccionales de Ética y establece los mecanismos para la elección de los magistrados de listas presentadas a los Colegios Médicos Regionales.

Los fundamentos de la Ley 23, están consignados en la declaración de principios, en donde se consigna que la medicina tiene como fin cuidar la salud del hombre, propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad ni de orden económico, social, racial político y religioso.

Esta declaración de principios es un homenaje a los derechos humanos porque el respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes. Se fundamenta la ética médica en la relación médico paciente la cual exige el secreto profesional.

Se hace referencia al médico como docente, de los conocimientos que se transmiten de los profesores a los estudiantes y que la docencia se cumpla de acuerdo a los estándares científicos los cuales no podrán estar desvinculados de la ética profesional. Hace referencia de cómo el médico debe respetar al otro, a sus derechos humanos, a la dignidad y cumplir con el principio de hacer el bien, sin olvidar las implicaciones humanísticas que son inherentes a la profesión de médico.

La ley de ética médica es una ley ordinaria expedida por el congreso nacional. Es un documento del derecho público que debe ser obedecido por todos los médicos que estén autorizados para ejercer la profesión en el territorio nacional. La naturaleza de los tribunales está aclarada en el artículo 73, en el cual se dicta que cumplen una función pública y sus integrantes por el solo hecho de serlo no adquieren carácter de funcionarios públicos. Los tribunales podrían catalogarse dentro de los pronunciamientos de carácter administrativo de ahí que la revisión de una sentencia del tribunal, puede llegar al consejo de estado.

El sujeto pasivo de la jurisdicción ético disciplinaria que cumplen los tribunales, son factores de competencia que determinan frente a qué y en qué momento pueden actuar. Los factores de competencia pueden ser objetivos y subjetivos. El primero se refiere al territorio y a la naturaleza del proceso. El Tribunal Nacional tiene competencia en todo el país. Los Tribunales Regionales tienen competencia para los departamentos para los cuales el Tribunal Nacional los ha autorizado. El segundo, se juzga sólo la actividad médica, por las conductas relacionadas con el ejercicio de su profesión⁶⁸.

En el capítulo primero de la declaración de principios se fundamenta el desarrollo de estas normas y expresa “la medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la conducta humana constituyen su esencia espiritual.

Por consiguiente el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes⁶⁹. Más adelante la misma ley fundamenta el ejercicio médico en la relación entre el profesional de la salud y el enfermo. En el capítulo primero artículo cuarto, refiere al respecto: “La relación médico paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable leal y auténtico, la cual impone la más estricta reserva profesional”.

De acuerdo a la ley esta relación se cumple por decisión voluntaria de ambas partes, por acción unilateral del médico en caso de emergencia, por solicitud de

⁶⁸ LEÓN, Gladys. Historia del Tribunal de Ética de Cundinamarca. [Grabación sonora]. Bogotá 2013. Un casete sonido 17 minutos.

⁶⁹ REPUBLICA DE COLOMBIA – PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Ley 23 de 1981: [en línea] .Por la cual se establecen normas sobre la ética médica.[citado mayo.,18 2013] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/.../LEY%200023%20de%201981>.

terceras personas, por haber adquirido un compromiso de atender a personas que estén a cargo de una entidad privada o pública.

En Colombia desde la Constitución de 1991, cuando se constituye en estado social de derecho, como estado principialista, la vida y por conexidad la salud se convierten en un derecho fundamental. El estado tiene el deber con sus titulares de garantizar y fiscalizar la distribución de los recursos para el sector salud, para avalar a los ciudadanos que tengan acceso a un servicio justo que esté de acuerdo con la dignidad del ser humano.

Según la declaración de los derechos humanos “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así mismo y a su familia salud y bienestar y en especial: alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; también tiene derecho a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez, y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”⁷⁰ (artículo 25 de la declaración universal de los derechos humanos).

⁷⁰ DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. [en línea]. [citado 12 mayo., 2013] Disponible en: www.ohchr.org./en/udr/pages/language.aspx?langID=spn.

ORGANIZACIÓN DE LA LEY 23 DE ÉTICA MÉDICA DE 1981

PRESENTACIÓN: antes de la Constitución Nacional de 1991 y de la Ley 100 de 1993

La Ley 23 de 1981, consta de tres títulos y 94 artículos.

En el **TÍTULO I**: Declaración de Principios.

En el **TÍTULO II**: Práctica Profesional

En el **CAPÍTULO I**: De la relación del médico con el paciente.

En el **CAPÍTULO II**: De la relación del médico con sus colegas.

En el **CAPÍTULO III**: De la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas.

En el **CAPÍTULO IV**: De las relaciones del médico con las instituciones.

En el **CAPÍTULO V**: De la relación del médico con la sociedad y el Estado.

En el **CAPÍTULO VI**: De la publicidad y propiedad intelectual.

En el **TÍTULO III**: Órganos de control y régimen disciplinario.

En el **CAPÍTULO I**: De la Federación Médica y los Tribunales Ético – Profesionales.

En el **CAPÍTULO II**: Del proceso Disciplinario Ético Profesional.

En el CAPÍTULO III: De las sanciones

El artículo 74, referente a cómo será instaurado el proceso disciplinario. Menciona que se puede iniciar de oficio cuando, por conocimiento de cuales quiera de los Miembros del Tribunal, se consideren violadas las normas de la presente ley. Se iniciará también por la solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona. En todo caso, deberá presentarse por lo menos una prueba sumaria del acto que se considere contrario con la ética médica.

De los artículos 75 a 94, por su parte avalan que una vez aceptada la denuncia se hace el reparto de sanciones; y después el magistrado instructor, con base en la versión libre del o los implicados, realizará un informe de conclusiones, que se presentará en sala plena y por mayoría, se acuerda también llamar a descargos por presunta violación a la ética médica, o declarar que no existe mérito para formular cargos en contra del profesional acusado. Posteriormente practicada la diligencia de descargos, se exonerará. Es importante lo mencionado en el artículo 82: “En lo no previsto en la presente ley se aplicarán las normas pertinentes al código de procedimiento penal”.

Según el artículo 83: a juicio del Tribunal Ético Profesional, contra las faltas a la ética médica, de acuerdo con su gravedad o con la reincidencia en ellas, se formulan sanciones que van desde amonestación privada, pasando por la censura, hasta la suspensión en el ejercicio de la medicina de por lo menos 5 años. Para el artículo 90 en cambio: los recursos de reposición y apelación que se interpongan en contra de cualquiera de las providencias a que se refiera la presente ley estarán destinadas a que las mismas se aclaren, modifiquen o revoquen. A pie del artículo aparece una nota que reza: *De conformidad con lo preceptuado en la Constitución Nacional de 1991, todas las sentencias son susceptibles del recurso de APELACIÓN, salvo las excepciones que consagra la ley.*

2.2 Principios de la Bioética implícitos en la ley 23 de 1981

Para el análisis de los principios bioéticos que se encuentran implícitos en la presente ley, se hace necesario precisar conceptos ya descritos anteriormente en este documento, acerca de los principios de Beauchamp y Childress.

El respeto de la autonomía se fundamenta en el concepto del individuo autónomo, quien actúa de acuerdo con un plan autoescogido, bajo dos condiciones esenciales: la libertad, en donde las decisiones tomadas son independientes de

toda coacción, y la agencia, entendiéndose ésta como la disposición para la toma de una acción intencional.

El principio de no-maleficencia se puntualiza en la obligación moral de no causar daño expresamente. Este principio se encuentra plasmado en el juramento hipocrático y fundamenta la ética médica.

El principio de la beneficencia se fundamenta en el ejercicio médico de prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros.

El principio de justicia, refiriéndose a la distribución de servicios en condiciones de escasez y de competencia, compromete a las organizaciones estatales o privadas a garantizar el acceso equitativo en donde las poblaciones vulnerables tengan igualdad de oportunidad para resolver sus problemas de salud.

Revisando la ley de ética médica que rige en Colombia, podemos encontrar los 4 principios básicos de la bioética, conceptos que están implícitos en su contenido. Es importante anotar cómo en el artículo 14, en relación con el concepto de autonomía, se hace referencia sobre la relación médica con los menores de edad, personas en estado de inconciencia o mentalmente incapaces, en donde se exige la autorización de sus padres, tutores o allegados, ante la posibilidad de una intervención quirúrgica, salvo en aquellos casos en que se exija una intervención inmediata.

Respecto a la actuación de pacientes con capacidades disminuidas, donde se encuentra comprometida la comprensión y la competencia para tomar decisiones, el tutor o representante legal está facultado para tomar decisiones de acuerdo con el mejor interés del paciente. El artículo se omite cuando el paciente no es competente, pero esta situación es transitoria y en cualquier momento la puede recuperar, si fuera posible antes de la toma de decisiones.

Hoy en día para cumplir con el artículo 14 es necesario distinguir los distintos criterios de competencia de acuerdo a sus niveles: nivel 1, la incapacidad de expresar una preferencia; nivel 2, el paciente no tiene la capacidad para entender

la situación en la que se encuentra; nivel 3, el paciente no tiene la capacidad de razonar para tomar una decisión⁷¹.

Hay que tener en cuenta para su valoración criterios de madurez y experiencia. Es necesario apoyarse, si fuera el caso, con grupos interdisciplinarios en psicología y psiquiatría. En materia de enfermedades crónicas y terminales, en ocasiones se requiere la intervención de la justicia ordinaria. Hace énfasis en caso de urgencia vital la intervención sin el consentimiento, y es lo que se llama privilegio terapéutico, como una obligación del deber moral del cuidado, en el cual el médico tiene el compromiso, después de superada la urgencia, de explicar al paciente los riesgos, beneficios y pronóstico de la intervención realizada.

Con respecto al respeto de la autonomía del enfermo, se acepta que éste, en uso de su libertad, tome decisiones como agente moral acerca de su salud y de su vida. El artículo 15 de la Ley 23 de 1981 dice: “Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puede afectarlo física y psíquicamente, salvo en los casos en que ello no sea posible y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente”.

Es evidente que 10 años antes de la Constitución Nacional de 1991, en la cual se consagra a Colombia como un estado social de derecho, el artículo 15 hace mención acerca del respeto a la autonomía como la expresión de un derecho manifestado en el consentimiento informado. Es bien sabido que el consentimiento hace parte de la concepción de los derechos humanos, en los que el paciente en uso de su competencia y voluntariedad toma decisiones en forma libre acerca de los tratamientos a los cuales va a ser sometido. En el artículo se da una gran importancia al proceso comunicativo que 27 años más tarde la Corte constitucional, en la sentencia T 216 del 2008, resaltó que junto con el consentimiento se debía tratar el tema de la información que se le debe de

⁷¹ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. “Competencias y elecciones autónomas”. En: Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson, S.A.,1999. pp. 130-131.

suministrar a los pacientes, reconociendo que la información es “una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud y, por ende, a la vida”.

El artículo 15, desde su época, es un artículo de avanzada, donde el consentimiento es un acto informativo y comunicativo. El paciente tiene derecho a recibir, de acuerdo a sus condiciones sociales, psicológicas, religiosas, culturales, étnicas, etc., una información clara y detallada acerca de los procedimientos médicos y quirúrgicos a los cuales será sometido, incluyendo riesgos y beneficios, para que la decisión la tome en uso de su libertad como expresión de su autonomía. Es un procedimiento que genera confianza siendo ésta una forma de fortalecer vínculos de credibilidad en la relación médico paciente.

Todo acto médico debe aportar un beneficio, principio de beneficencia. Se encuentra registrado en el numeral 2 del artículo primero de la Ley 23 de 1981: “El hombre es una unidad psíquica y somática, sometido a varias influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base y a los elementos que la ciencia y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales para tomar las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes, si así procede a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud a través de la práctica cotidiana de la profesión”.

Este principio de beneficencia se encuentra consagrado en la declaración de principios de la Ley 23 de 1981, que fundamenta el ejercicio médico desde la época hipocrática. Beauchamp y Childress (1999, p. 248) definen la beneficencia como “la obligación positiva que tienen todos los seres humanos de obrar a beneficio de los demás”. En la relación médico paciente, este principio se cumple respetando el principio de autonomía del enfermo, para favorecer su calidad de vida y en uso de su libertad, la búsqueda de la realización personal.

En el ejercicio médico, la beneficencia es un principio positivo que obliga a aportar beneficios a los demás, incluyendo a los desconocidos, como ocurre con los pacientes en una medicina masificada como la nuestra. Las reglas de beneficencia son obligantes en salud, proteger y defender los derechos de los demás, prevenir que suceda un daño a otro y suprimir las condiciones que puedan producir daños a los demás, son aplicables en la ética médica y exigible en políticas de salud pública.

Hay un punto especial en medicina, que es el ayudar y proteger a las personas con capacidades disminuidas, donde no sólo seamos beneficiarios sino benevolentes. En la declaración de principios es explícito el compromiso de hacer contribuciones a la ciencia de la salud, y aquí el principio de beneficencia obliga a la investigación biomédica hacer un balance entre riesgos y beneficios, donde estos se encuentren equilibrados⁷² y aseguren el beneficio individual y del grupo social.

Es inherente al acto médico no producir daño al paciente, el principio de la no - maleficencia, contemplado en la Ley 23 de 1981, artículo 15 dice que: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados cuando sea sometido a una intervención o no corresponda a las condiciones clínicas patológicas del mismo”. El artículo 16 refiere: “La responsabilidad del médico por las reacciones adversas inmediatas o tardías producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de esto al paciente o a sus familiares o allegados”.

Es bien conocido que el principio de no-maleficencia se define como la obligación de no hacer daño en forma intencionada. Desde la ética hipocrática se conoce como *Primum non nocere*⁷³, y es el principio rector de cualquier código deontológico médico. Hoy, ante el avance de la biotecnología, con el auge de las

⁷² *Ibíd.*, p. 246.

⁷³ *Ibíd.*, p. 179.

unidades de cuidados intensivos y las enfermedades crónicas y terminales, el médico se enfrenta con los conflictos morales de iniciar o retirar tratamientos. Se hace obligatorio valorar si los tratamientos son ordinarios o extraordinarios, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de acuerdo al concepto individual de calidad de vida.

Es importante considerar al enfermo como sujeto moral y contar con los tutores en los casos que corresponda incluyendo testamentos vitales y tomando decisiones de acuerdo a sus principios y valores que determinen su moralidad de la medicina a toda persona que lo necesite sin más limitaciones que las expresamente señaladas por esta ley” y el artículo 10 se precisa que “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”.

En la Ley 23 de 1981 se valora la moralidad de los actos médicos en la relación médico paciente. No hace énfasis en el principio de justicia distributiva, porque para la fecha de su expedición, existían recursos para la utilización de la tecnología médica. Expresa con claridad la necesidad de indicar los exámenes “indispensables” para llegar a un manejo clínico adecuado. Esta observación se puede interpretar cómo al paciente hay que suministrarle todo lo que necesita, pero nada de lo que no necesita. El conflicto se encuentra en un programa de medicina gestionada, cuando las guías y protocolos no están acordes con la evidencia clínica y el costo beneficio en ocasiones se encuentra por encima de las necesidades del enfermo.

Al referirse la actual ley que “hay que darle al paciente los beneficios de la medicina a toda persona que lo necesite”, es imperativo reflexionar acerca de la justicia como una noción moral sobre el derecho a la asistencia sanitaria. Desde la opción de sus necesidades, el proceso de desarrollo se inicia en defensa de los valores que obtengan las metas propuestas. Respetando las diferentes

percepciones de las necesidades se pueden adquirir bienes sanitarios, como un acto de justicia.

La justicia sanitaria, en el ámbito de la salud, exige un acuerdo previo sobre lo que la sociedad debe ofrecer a las personas. La teoría de justicia de Rawls⁷⁴ toma como punto de partida la libertad humana y su reconocimiento. Se articulan con los derechos de segunda generación, económicos, sociales y culturales y propone la equidad, entendiéndose ésta como igualdad de oportunidades.

Al aplicar estos principios bioéticos en el análisis moral de los actos médicos durante el ejercicio profesional, crea la oportunidad de interpretar mejor los dilemas éticos que se presenten y “que se extienden a todas las experiencias de la vida y la naturaleza en una ética de solidaridad planetaria”⁷⁵.

2.3 Análisis e interpretación de los casos

Se presentan tres casos fallados en el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, ocurridos durante el período 2008 y 2012, en el que se realizaron análisis y reflexiones desde los principios de la bioética principialista de Beauchamp y Childress. Cómo estos principios se encuentran implícitos en la Ley 23 de Ética Médica de 1981 y enriquecieron la contextualización de las demandas médicas-ético-disciplinarias, fallando de acuerdo a la presente ley y sus decretos reglamentarios.

En los resultados que se presentan a continuación se analizan las distintas etapas y la participación de todos los actores con los elementos en tensión que se hayan presentado desde la radicación de la queja hasta llegar al fallo final.

⁷⁴ GAFO, Javier. “Los principios de justicia y solidaridad en bioética”. En: Cuadernos del programa regional de Bioética. 1 ed. Bogotá: editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque 1999. p. 25.

⁷⁵ ESCOBAR, Jaime. “Importancia de la reflexión filosófica en la formación médica”. En: Problemas de ética aplicada. Bogotá: Universidad El Bosque, Ediciones El Bosque 2000. p. 150.

CASO 1

La paciente xxx no autoriza histerectomía ante un sangrado vaginal por el deseo de mantener la fertilidad. El médico de turno, diagnóstica miomatosis uterina, no hace histerectomía por falta de certeza de miometritis, observa clínicamente 8 horas a la paciente, transcurrido este tiempo inicia deterioro clínico, el otro médico de guardia realiza histerectomía, y en el post operatorio fallece.

Descripción del caso

El señor NN, presenta una solicitud, de investigación, por considerar que existió negligencia médica, en los procedimientos aplicados a su esposa la señora xxx. La solicitud se resume en los siguientes puntos:

El día 30 de mayo, la paciente consulta por presentar hemorragia vaginal. Es valorada en el servicio de urgencias, el médico de turno decide transfusión sanguínea, se programa para legrado vaginal al día siguiente.

El 31 de mayo, se practica legrado uterino y se controla el sangrado vaginal. 6 horas después acusa dolores abdominales severos, toma ibuprofeno, medicamento indicado en la hospitalización.

El 1 de junio, 12 horas después, presenta aumento del dolor abdominal, aparece cuadro diarreico. Se remite a nivel superior, para realizar cirugía, por la presencia de un mioma uterino. La sala estaba ocupada: 4 horas después es valorada por otro médico el doctor ZZZ, que observa en la ecografía “una bola grande”, porque era extraño el dolor extremo.

A las 8 de la noche del mismo día se realiza cirugía, y el médico ZZZ informa extracción de miomas, anota que el útero está comprometido por infección y la paciente se encuentra en *shock*. El médico pregunta al esposo si autoriza la histerectomía, argumentando que existe una posibilidad de recuperación del 50%, se propone observación de 6 a 12 horas, y si la recuperación no se presenta en

forma satisfactoria se procede a extraer el útero. El esposo y la familia deciden no autorizar el procedimiento quirúrgico. Sale de cirugía a cuidados intensivos.

El 2 de junio a las 7 de la mañana, el doctor ZZZ y el médico de la unidad de cuidados intensivos informan que la paciente no presenta signos de recuperación y se hace necesaria la histerectomía. La familia autoriza la intervención, la cual es realizada por el ginecólogo de turno, diferente al doctor ZZZ, quien realiza la histerectomía con extracción de trompas y ovarios. El cuello uterino se deja por estar sano y no presenta signos de infección.

Desde la 1 de la tarde del mismo día los médicos de la unidad de cuidados intensivos informan inestabilidad en la tensión arterial, y a las 5 de la tarde la paciente fallece.

Solicito se investigue los procedimientos médicos y la atención en la clínica en la cual falleció la paciente.

Descripción de los hechos

La señora era una mujer de 38 años en el momento de los hechos. Acude a una consulta de urgencias en la clínica local. Es atendida por el médico de turno el 30 de mayo. Presenta, como motivo de consulta, sangrado vaginal abundante de 5 días de evolución, con dolor abdominal en el hipogastrio, tipo cólico, con intensidad de 9 a 10. Se describe miomatosis uterina de 7 años de evolución. Con ciclos de 28x9 y grávida cero para cero (nulípara). No planifica. Según el examen físico, se encuentra paciente en regular estado general, con dolor a la palpación en hipogastrio, se palpa masa, se hace diagnóstico de hemorragia uterina anormal por miomatosis uterina. Se toman las medidas generales para llevar a la paciente a legrado uterino, el cual es realizado sin complicaciones el 31 de mayo.

Al día siguiente consulta nuevamente por sangrado vaginal moderado. Después del procedimiento realizado, presenta vómito y diarrea, con dolor abdominal severo, localizado en hipogastrio (región infra umbilical) y signos de deshidratación. Se hace diagnóstico de leiomioma uterino, con choque no

especificado. Se plantea la posibilidad de histerectomía (extracción del útero). Se solicita consentimiento informado, la paciente no autoriza el procedimiento por el deseo de conservar su fertilidad. Es manejada por el médico de turno, el doctor ZZZ, quien la encuentra en mal estado, hace impresión diagnóstica de sepsis, decide pasarla a cirugía por posible perforación uterina. Se realiza el acto quirúrgico, se descarta la perforación se encuentran en cavidad 5 miomas (masas o tumores no malignos sangrantes). Se hace diagnóstico de choque séptico, sepsis generalizada y alta sospecha de miometritis.

Antes de cerrar el abdomen de la paciente el doctor ZZZ consulta con el esposo, la madre y el padre de la paciente, se expone la gravedad del caso, quienes no autorizan la histerectomía (la extracción del útero), por el deseo de la paciente y del esposo de conservar la fertilidad para poder concebir y tener un hijo (el subrayado es mío). Se decide dejar en observación durante las 8 horas siguientes, si no se obtiene la evolución esperada se realizará la histerectomía propuesta. La paciente se maneja en la unidad de cuidado intensivo. A las 12 horas por la persistencia de la sintomatología, se explica a la familia el cuadro clínico, el riesgo inminente de muerte, se informan riesgos y beneficios, los cuales se consignan en la historia clínica, el médico de turno, diferente al doctor ZZZ, realiza procedimiento quirúrgico, sale para la unidad de cuidados intensivos, no mejora su cuadro clínico, presenta falla multisistémica y 24 horas después fallece.

Descripción de la discusión de los hechos en el Tribunal

El magistrado instructor considera que el doctor ZZZ:

Efectúa un diagnóstico acertado de abdomen agudo, toma la decisión de realizar una laparotomía (abrir la cavidad abdominal para corregir la infección), la cual es adecuada y ante la posibilidad de una miometritis se encuentra en un dilema, entre la posibilidad de un tratamiento quirúrgico la histerectomía, que correspondía cumplir con el principio de la no maleficencia, acorde con una buena práctica clínica y, por otro lado, el principio de la autonomía ejercido por la paciente, su esposo y sus familiares, quienes no dan la autorización para realizar esta cirugía.

El conflicto entre el principio de autonomía la no-maleficencia en el contexto de una enfermedad de tal gravedad que pone en riesgo la vida de la paciente, debe ser enfrentado con una alta dosis de persuasión por parte de los médicos. En este caso con una evolución tan rápida el tratamiento quirúrgico es definitivo. En efecto, el papel del médico debe ser predominante con base en la evidencia y en la experiencia. En este caso en particular el principio de no maleficencia supera al de la autonomía encontrándose de por medio la vida de la paciente.

Por tal motivo se considera que el doctor ZZZ, transgredió el artículo 12 de la Ley 23 de 1981, “el médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos, debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas”.

En este caso la histerectomía es el tratamiento indicado para la miometritis, con peritonitis y choque séptico. El artículo 14 de la misma ley prescribe que “el médico no intervendrá a menores de edad o a personas en estado de inconciencia (en este caso bajo los efectos de la anestesia general) a pesar del rechazo en primera instancia, prima, el tratamiento quirúrgico, debido a que está de por medio la vida de la paciente. En el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, reza: “El médico no expondrá el paciente a riesgos injustificados...”; en este caso, la realización de una miomectomía y no de una histerectomía expuso a la paciente a riesgos injustificados, al no corresponder a las condiciones clínicas de la paciente.

En sala plena se acepta el llamamiento a descargos al doctor ZZZ, y se hace un análisis acerca del paternalismo en este caso.

Se plantea el principio de la no-maleficencia como *primun non cere*, que está por encima del principio de autonomía. La urgencia del caso justifica la conducta propuesta independiente del deseo contrario expuesto por los familiares y la paciente, antes del procedimiento. La importancia del paternalismo se justifica para evitar el daño y la muerte de la paciente, donde los beneficios para poder intentar conservar la vida sobrepasan la pérdida de la autonomía.

Es importante hacer relevancia que el cuadro infeccioso severo, una sepsis, hace que la paciente se encuentre en una autonomía disminuida para tomar decisiones;

seguramente en condiciones diferentes consentiría aquellas intervenciones que actúan en su beneficio.

Se insiste que la paciente xxx se encuentra expuesta a complicaciones tales como una falla multisistémica que se puede prevenir con el tratamiento quirúrgico propuesto.

El doctor ZZZ citado a sala plena, presenta su diligencia de descargos en compañía de su apoderado. Con respecto a los hechos declara:

El primero de junio recibí turno y por vía telefónica el médico que salía de turno me recomendaba especialmente a la paciente (q. e. p. d.) con diagnósticos ya anotados, la cual estaba programada para miomectomía. Se me recomendó muy especialmente que la paciente sólo aceptara la miomectomía porque era una paciente recién casada y sin hijos, por lo cual no aceptaba la histerectomía. Valoro a la paciente, solicito ecografía para descartar líquido en cavidad y reportó una gran miomatosis uterina. Se explica a los familiares y a la paciente que se va a realizar la miomectomía, pero necesitaba que me autorizaran en dado caso la realización de la histerectomía. Ante esto la paciente el esposo y los familiares se negaron rotundamente y sólo me autorizaron para el procedimiento de la miomectomía. En el acto quirúrgico se hace resección de los miomas, limpieza de cavidad, salgo en busca de los familiares, informé la situación, se procedió al manejo médico pactado, teniendo esperanza de recuperar la paciente y conservar su fertilidad. 8 horas después el otro médico, en su turno, realiza la histerectomía. Sospeché la miometritis por la clínica pero la duda surgía que el útero microscópicamente no era conclusivo de infección, en una paciente con un fuerte deseo de conservar la fertilidad.

El médico ZZZ en sus descargos, plantea el conflicto entre el respeto a la autonomía de la paciente y sus familiares y el de beneficencia.

La persona que intervine era una mujer autónoma, que determinaba por sí misma el curso de sus acciones de acuerdo a un plan escogido por ella misma, la conservación del útero a toda costa. Sin duda este derecho limita lo que debe y puede hacer el médico por su paciente y se ha tornado en un dilema entre los

médicos, que actúan en contra de los deseos de los pacientes, aún para salvarles la vida, pueden llegar a enfrentarse a los tribunales disciplinarios y penales. Así las cosas, el principio de la autonomía en ética médica puede prestarse a conflictos de tipo profesional y de orden moral. Han dicho Beauchamp y Mac Collough, que si los valores morales del paciente entran directamente en conflicto con los valores de la medicina, la responsabilidad del médico es respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la forma de decisiones acerca de la salud. Independientemente el médico tiene la obligación de consultar sus propios valores y principios y a buen juicio para acceder o no a demanda que se le hace... en este caso no tenía la certeza absoluta de una miometritis y, por otro lado, podría alterar la posibilidad de la paciente a tener hijos ya que ese era su más grande deseo.

SENTENCIA EN SALA PLENA

Análisis bioético

Principio de autonomía

De acuerdo a lo narrado, la paciente, como ser libre, solicita el deseo de conservar la fertilidad para poder tener un hijo. Esta situación es respaldada por su esposo. En este caso es necesario reflexionar acerca del respeto por la autonomía.

La ética médica se fundamenta en la relación médico paciente, en donde el acto médico se rige por el principio de la no-maleficencia, conocida desde la antigüedad como *primun non cere*, principio vigente en la actualidad. El modelo paternalista comienza a desaparecer y el principio de no hacer daño se traduce cuando el médico da valor y reconocimiento al respeto de la autonomía en donde toma vigor la elección del paciente.

En esta relación entre la paciente xxx con el médico ZZZ, se conforma un proceso dinámico, en donde es notorio por parte de ella la voluntariedad, la comprensión y la decisión tomada libre de coacción.

Es relevante cómo el médico, en su versión libre informa que “se procedió al manejo médico pactado”. Se plantea que esta relación es una negociación entre dos partes, en donde el médico debe aceptar las declaraciones del enfermo, sin ser ajeno éste de expresar también las suyas⁷⁶. En este caso la autonomía se expresa como la regulación personal de sí mismo y es conciente con el plan elegido (la negativa para evitar la histerectomía).

Es importante el valor que se le dio a la paciente xxx, al ser respetada su autonomía. Se tuvo en cuenta su moralidad en la toma de decisiones, las cuales hicieron parte de su proyecto de vida. Asumió su derecho a expresar opiniones propias, eligió y realizó acciones basadas no sólo en valores sino en creencias personales en busca de su calidad de vida, relacionada ésta con la realización personal, ligada a principios de autonomía y beneficencia que forman la ética de máximos en donde la felicidad se da en forma privada. Visto desde otra perspectiva, en el acto médico el doctor ZZZ cumplió con el principio de permiso como aquel hecho “que fundamenta la moralidad del respeto mutuo⁷⁷”.

El doctor ZZZ, al aceptar el consentimiento implícito, le dio valor a la paciente como un ser auto-reflexivo y racional, dueña de valores y principios que la definen como un agente moral, cuya dignidad debe ser respetada por quienes tengan principios morales diferentes.

A la luz de la Ley 23 de 1981, el doctor ZZZ actuó de acuerdo al artículo 15, que a su letra dice: “Pedirá el consentimiento para aplicar tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueda afectarlo física y psíquicamente y en caso en que no sea posible se explicará al paciente o a sus responsables de las consecuencias anticipadamente”.

⁷⁶ SIEGLER, Mark. “La toma de decisiones compartidas por el médico y paciente”. [en línea]. En: Cuadernos de la fundación Víctor Grifols i Lucas 2011 vol 6. Las tres edades de la medicina y relación médico - paciente. Barcelona: Edita Fundación Víctor Grifols i Lucas. [citado 12 mayo., 2013]. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/ed>,

⁷⁷ ENGELHARDT, Tristram. “Los principios de la bioética”. En: Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. S.A. 1995.p.137.

En sala plena se hace un análisis técnico científico del acto médico del doctor ZZZ, en el cual, ante un diagnóstico de miometritis, la conducta es una histerectomía. Clínicamente le faltaban cambios uterinos más concluyentes. En la miometritis que generalmente aparece como secundario a procesos obstétricos, lo característico es la aparición de material purulento, por la histerorrafía (incisión realizada en el útero para extraer el neonato) o un útero totalmente flácido con una coloración cianótica o con un color amarillento impregnado en el tejido miometral, el cual lo hace friable.

En esta paciente se logra una miomectomía debido a condiciones diferentes de la cavidad uterina. Si hubiera existido friabilidad el procedimiento quirúrgico no se hubiera logrado.

El implicado fundamenta sus descargos en el hecho de que necesitaba una evidencia más fuerte para justificarle a la paciente y a la familia la extracción del útero y el médico se autopregunta: “Debía realizar una histerectomía sin consentimiento de la familia y sin tener la certeza de que tenía una miometritis? Si hubiera existido la certeza de encontrarme ante una miometritis, no hubiera dudado de la histerectomía”.

Para juzgar el acto médico es inherente revisar la historia clínica como elemento probatorio. Se encontró que el médico ZZZ, en su segunda intervención, antes de cerrar la laparotomía (la paciente se encontraba bajo anestesia general), dialogó con los familiares, explicó nuevamente los riesgos y las incertidumbres diagnósticas. Dejó consignado la solicitud expresa del esposo de evitar la histerectomía. Respetó decisiones previas de la paciente cuando, en uso de su autonomía, manifestó su firme deseo de conservar su fertilidad.

La pregunta, ante los principios, es si deben tomarse como dogmas o como guía de conducta. Cualquier interpretación no puede evitar un juzgamiento racional del escenario y de las consecuencias de la conducta que se desarrolla. El bienestar del paciente, la calidad de vida y la obligación de no hacer daño son elementos importantes de la autonomía.

El fallo no se resuelve sólo en el campo del principio respecto de la autonomía, sino por la falta de certeza del compromiso de la infección y la imposibilidad de dar una información precisa del pronóstico de la enfermedad.

Por las razones expuestas se declara que no existe mérito para formular cargos por violación a la ética médica en contra del profesional acusado, quien actuó de acuerdo al nivel de atención y cumplió con el deber del cuidado.

CASO 2

Paciente acude para liposucción a un centro de estética. En el post operatorio inmediato presenta falla respiratoria y fallece.

Descripción del caso

El esposo de la señora NNN radica queja ante el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca en contra de la médica XXX. La paciente fue atendida en un centro de medicina estética, propiedad de la médica, ubicado en la ciudad en la cual residían.

Valorada para la realización de liposucción se decide el procedimiento. Informa la médica tratante, que la intervención durará aproximadamente 2 horas y que al terminar la cirugía se comunicaría con el esposo por teléfono celular. A las 3 horas por falta de comunicación se presenta el esposo y encuentra a la paciente acostada en una camilla, inconsciente, con mal color y con respiración rápida. Valorada por la médica, fue llevada al centro hospitalario más cercano, remitiéndola a un nivel superior por la posibilidad de muerte cerebral.

Al llegar al centro de tercer nivel, se confirma la muerte cerebral, presenta paro cardio respiratorio y fallece. El afectado acepta que firmó un documento de autorización del procedimiento a realizar, pero que no entendió bien los riesgos del procedimiento y desconocía de las características de la infraestructura necesaria para la ejecución de la cirugía.

Descripción de los hechos

La paciente NNN, mujer de 40 años de edad, acude al Centro Integral de Medicina Estética en el municipio en donde vive, de propiedad de la doctora XXX. Según la valoración médica, se encuentra aumento del tejido adiposo y un peso de 70 kilos, se acuerda la realización de Hidrolipoclasia por liposucción, que fue practicada el mismo día de la consulta. Ingresa paciente en buen estado general, con paraclínicos y pruebas de coagulación normales.

Aparece nota en donde se describe incisión de piel en ambas fosas ilíacas, en la región periumbilical y debajo de los pliegues mamarios, con posterior inyección de solución de Klein (solución salina normal más lidocaína). Con técnica realizada bajo anestesia local se obtienen 2000 centímetros de grasa y líquido. (Aunque no se registra en la historia clínica la técnica quirúrgica completa, se encuentran incisiones cutáneas adicionales en ambas regiones lumbares e infra escapulares, las cuales son descritas en la necropsia).

Una hora después de terminar el procedimiento, la paciente presenta cefalea intensa, convulsión tónico clónico generalizada. Se hace la posibilidad diagnóstica de embolia pulmonar y/o infarto cerebral por embolia grasa de arterias cerebrales. Se remite a una institución de tercer nivel, en código azul, reciben paciente con cuadro de posible muerte cerebral, se traslada a la Unidad de Cuidado Intensivo, presenta falla hemodinámica severa se inicia reanimación volumétrica y cardiovascular, con inotrópicos y después de media hora la paciente fallece.

Se informa a medicina legal para el levantamiento del cadáver y la realización de la autopsia.

El resumen de los hallazgos descritos en la necropsia describe las heridas anotadas en la historia clínica que corresponden al acto quirúrgico. La autopsia revela hipovolemia, hemodilusión, daño alveolar difuso, acidosis e hipotermia por sección completa de de arteria renal izquierda, con consecuente hematoma retro

peritoneal, relacionado con herida quirúrgica descrita en la región lumbar izquierda.

Descripción de la discusión de los hechos en el Tribunal

Después de oír en versión libre a la doctora XXX, el Tribunal Seccional de Ética de Cundinamarca elevó pliego de cargos por presunta violación al artículo 15 de la Ley 23 de 1981: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”.

La médica en sus descargos no acepta como causa de muerte la sección de la arteria renal dado que “hubiera sido imposible sobrevivido más de 8 horas a esta urgencia”. Refiere, además, que los instrumentos quirúrgicos que utiliza en su práctica son de punta roma y grueso calibre lo que hace imposible perforar una arteria renal. Considera que la instauración de los síntomas respiratorios correspondía a una embolia grasa que hace parte de un riesgo inherente a la liposucción y a otros procedimientos estéticos.

En sala plena se considera respecto a la causa de muerte de la paciente que existe una relación entre lo descrito en la historia clínica y el informe de la autopsia, lo que otorga conexidad entre la intervención practicada y la lesión renal que ocasionó la muerte.

La médica señala en la diligencia de descargos que tiene experiencia suficiente en esta clase de intervenciones, porque ha realizado ayudantías en cirugía plástica y una serie de cursos cuyos certificados anexa. Menciona en la parte de estética que cuenta con habilidades en dichos procedimientos de acuerdo a más de los 50 casos realizados por ella y soporta sus conocimientos con diplomados y cursos en diferentes instituciones nacionales.

Se le pregunta si tiene postgrado en cirugía plástica y responde que no. Considera la acusada que su título otorgado por la universidad la respalda en su formación como Médica Cirujana y menciona que la ley permite al personal médico idóneo

practicar procedimientos como el mencionado, asegurando que el Estado únicamente reconoce como especialidades la Anestesiología y la Radiología.

Los magistrados en sala por unanimidad consideran que los certificados allegados no hacen parte del entrenamiento formal en cirugía plástica, aclarando, que el contacto con pacientes quirúrgicos en las ayudantías realizadas junto con los diplomados no reemplazan la formación académica reconocida por un programa de residencia en dicha especialidad, con el aval de una facultad de medicina reconocida por el Estado, con una duración mínima de 4 años.

Respecto a los estándares del Centro de Estética, en sus descargos la médica informa que ésta cuenta con los implementos necesarios para realizar procedimientos no invasivos y mínimamente invasivos.

De acuerdo a la investigación realizada respecto al proceso de habilitación, aún no reunía los requisitos exigidos por las autoridades, quienes piden la conformación formal de una IPS.

En la investigación se encuentran las siguientes falencias:

1. En la hoja de vida no hay evidencia de entrenamiento certificado de procedimientos en hidrolipoclasia y carboxiterapia.
2. No hay evidencia de mantenimiento de los equipos.
3. No hay registro adecuado de los procesos de esterilización de los equipos.
4. No tiene documentado el proceso de referencia de urgencias de los pacientes.
5. No se realiza procesos de evaluación y seguimiento a las características del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad de Salud.

En los cargos el tribunal, en otro aparte, analiza como la liposucción es un procedimiento que conlleva riesgos importantes. Su mortalidad se ha calculado en uno por 5 mil casos, es decir hasta sesenta veces superior a la cirugía general. Es necesario que los pacientes y familiares conozcan los riesgos y beneficios de este

tipo de cirugías y no parece que la paciente y el esposo conocieran los riesgos de dicha intervención.

En este caso el centro de cirugía estética no tenía certificado de habilitación, por lo cual se considera que era ilícito practicar cualquier clase de procedimiento médico.

Después de los hechos ocurridos, las autoridades locales clausuraron y sellaron el local.

Actualmente existe en el país especialidad de cirugía y de cirugía plástica y sólo los médicos que realicen estos programas están capacitados para ejecutar dichas cirugías. En Colombia existen dos especialidades reglamentadas, radiología bajo la Ley 657 de 2001 y anestesiología con la Ley 6 de 1991.

Ante el hecho de que las otras especialidades médicas no se encuentren en las mismas condiciones, la Corte Constitucional ha señalado:

El riesgo social que genera la actividad debe ser claro, y afectar o poner en peligro el interés general y derechos fundamentales; pero eso no es suficiente, es además necesario que ese riesgo pueda ser disminuido de manera sustantiva gracias a una formación académica específica. En efecto no tiene sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria. Por ende, solo puede limitarse el derecho a ejercer un oficio y exigirse un título de idoneidad, cuando la actividad genera un riesgo de magnitud considerable, que es susceptible de control o de disminución a través de una formación académica específica.

De acuerdo a la sentencia anterior, es claro que el ejercicio médico deficiente, por falta de preparación académica y científica, implica un riesgo social con la posible transgresión de los derechos fundamentales de la salud y por conexidad a la vida. La médica implicada XXX al no tener los conocimientos, las habilidades y la pericia suficiente, ha expuesto a la paciente a riesgos injustificados.

El artículo 173 de la Ley 100 de 1993, al establecer las funciones del Ministerio de Salud, encomendó en su numeral 2 la de dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios que son de obligatorio cumplimiento. En el año del 2006 se expide el decreto 1011 donde se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, aplicable a todos los profesionales de la salud, por tal motivo prohíbe a los médicos generales realizar procedimientos e intervenciones de cirugía estética y plástica.

El doctor Eduardo Montealegre Lynett, en su libro *La culpa en la Actividad Médica* refiere: “*Quien acepte un cometido peligroso, como el medico que sin preparación quirúrgica suficiente practica una difícil intervención, obra culposamente respecto al resultado mortal, incluso si desplegó todo el cuidado posible, pues dada su falta de competencia no debió admitir el encargo*”.

SENTENCIA EN SALA PLENA

Análisis bioético

Principio de la no-maleficencia

En este caso la doctora implicada vulnera el principio de la no maleficencia, en la cual compromete el deber moral del cuidado, como no hacer daño o mal. Este principio se convierte en un imperativo ético que tiene relación directa con los altos niveles de pericia, que estén acordes con una práctica rigurosa actualizada, para lograr una buena praxis profesional.

Es claro que en este caso se presentó un daño, que no fue de fuerza mayor, sino que por un acto de impericia, obstaculizó procesos físicos, con el consecuente menoscabo, que la llevó a la muerte.

Los médicos en el ejercicio de la profesión se encuentran con una obligación de medios mas no de resultados, y es la obligación de medios donde se ve con “mayor claridad el fundamento de la responsabilidad radicado en la culpa”.

Cuando un médico acepta tratar un paciente, se configura implícitamente un contrato, en el cual se compromete a actuar en forma diligente y prudente, sin garantizar el resultado y si cumple con el deber de cuidado actúa de acuerdo a la *lex artis*.

Es importante tener en cuenta el concepto de negligencia, la cual está relacionada con el incumplimiento de las normas al no proteger a los pacientes de los riesgos previstos, la paciente sufre un daño por la omisión de dichas obligaciones.

En el ejercicio profesional es inherente la seguridad del paciente. La exigencia de los procedimientos se deben ejecutar en un ambiente confiable, teniendo en cuenta elementos estructurales, procesos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el fin de disminuir el riesgo de producir un evento adverso en el proceso de atención con el fin de ofrecer un entorno seguro, para resolver las necesidades de salud, minimizando al máximo los riesgos posibles.

La doctora al no cumplir con procesos de garantía realiza un ejercicio deficiente de la profesión al no seguir los juicios que exige la ética. Es importante precisar de acuerdo a la queja, como se firmó un consentimiento, que según el demandante, no entendió en su momento, los riesgos del procedimiento.

Es bien sabido que el consentimiento informado hace parte de la concepción de los derechos humanos. Se puede decir en la noción más amplia, que el ser humano como agente moral, en forma libre, autónoma e independiente puede tomar decisiones acerca de su salud, de su vida y de su muerte. Esto no es más que el reconocimiento a la autonomía, la cual tiene amparo constitucional en los estados sociales de derecho.

Este procedimiento, como parte inherente a la labor médica, se convierte en un deber moral, en el cual toma relevancia la calidad de la comunicación como la única forma de estructurar vínculos de confianza en la relación médico paciente. Es importante hacer referencia a la sentencia de la Corte Constitucional, T216 del 2008:

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.

Por todo lo anterior, la doctora XXX vulneró el respeto a la autonomía de la paciente, al no cerciorarse si la información suministrada, cumplía con los requerimientos morales para su elaboración.

En sala plena el Tribunal considera que: “Concurren en el caso factores de imprudencia e impericia. La naturaleza de las lesiones encontradas y la ausencia de la especialidad en Cirugía Plástica, permiten inferir que no existían conocimientos, habilidades y destrezas suficientes para emprender el procedimiento que nos ocupa.

Practicar el acto quirúrgico analizado originan el señalamiento de imprudencia e impericia”. Por las anteriores consideraciones no aceptó los descargos respecto del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y consideró que atendiendo a la naturaleza, las circunstancias y consecuencias de los hechos, concluye que la sanción debe ser suspensión al ejercicio de la medicina por espacio superior a 6 meses, por lo cual remite el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para que imponga la sanción respectiva.

Este Tribunal comparte la apreciaciones del tribunal de Ética Médica de Cundinamarca y concluye que la doctora XXX le es atribuible por responsabilidad disciplinaria por violación a la ética médica en el artículo 15 de La Ley 23 de 1981, resuelve imponer a la doctora XXX, suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de 5 años y compulsas copias del expediente a la Fiscalía General de la Nación, para que se tomen las medidas que se consideren convenientes.

CASO 3

Paciente de 30 días de nacida, consulta al centro de salud por cuadro compatible de bronquiolitis. Se remite a segundo nivel, la estabilizan. A las 8 horas siguientes presenta deterioro de su estado general. Se inicia trámite de traslado a tercer nivel, la ambulancia llega 11 horas después del primer llamado. Cuando se inicia el traslado la paciente presenta paro cardio respiratorio y fallece.

Descripción del caso

La madre del recién nacido coloca la queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, por los hechos ocurridos, indicando que llevó a su hija a consulta de urgencias por presentar cuadro de tos, que se inició con cuadro de estornudos y rinorrea hialina dos días antes. En urgencias la médica de turno le aplica oxígeno, le hacen lavados nasales, la canalizar y la remitieron a segundo nivel. Al llegar le aplicaron oxígeno, saturaba bien.

Al segundo día la niña comenzó a respirar con dificultad, los labios se pusieron morados, la pasaron a urgencias, llamaron al anestesiólogo, la entubaron y le aplicaron ambú de 6 de la mañana hasta las 4 de la tarde. Llamaron la ambulancia a la 6 de la mañana y llegó a las 4 de la tarde. Cuando se inicia el traslado en la ambulancia la niña presente presenta paro cardíaco y respiratorio, le hicieron masajes cardíacos, le aplicaron medicamentos y finalmente fallece.

Por todo lo anterior y en vista de todas y cada una de las anteriores irregularidades solicita *ante quien corresponda se sancione a los responsables.*

Descripción de los hechos

De acuerdo a la historia clínica la paciente de 30 días de nacida consulta por presentar tos, cuadro clínico que se inicia 48 horas con tos y rinorrea hialina. En la enfermedad actual se describe paciente en regular estado general, sibilancias

audibles y dificultad para respirar. Se hace diagnóstico de bronquiolitis. Se aplica oxígeno, se colocan líquidos parenterales y se remite a segundo nivel.

En el segundo nivel ingresa paciente con diagnóstico anotado, con tos cianósica y movilización de secreciones. Presenta importante dificultad para respirar, con temperatura de 38 grados, con saturación de oxígeno de 86% (lo normal de 90% o más). Al examen cardiopulmonar se encuentra con hipoventilación en tercio inferior del hemitorax derecho y con prolongación del tiempo espiratorio. Se toma radiografía de torax, se aprecian infiltrados intersticiales en ambos campos pulmonares con tendencia a la consolidación basal del mismo lado. Se inicia manejo con antibióticos adecuados, broncodilatadores, con oxígeno en cánula nasal, y se logra llevar a la paciente a oxigenar 90%.

El manejo se realiza por pediatra quien termina su turno y se ausenta del municipio. En las siguientes 18 horas, es manejado por médicos generales debido a que no hay pediatra, de turno. La paciente inicia deterioro del patrón respiratorio, y se inicia remisión a tercer nivel. La médica general interconsulta con el anestesiólogo, quien realiza intubación orotraqueal, le aplican oxígeno y continúan los trámites de remisión a tercer nivel.

En la historia clínica la médica de turno deja notas solicitando el servicio de ambulancia desde la 6 am hasta las 9 am en un período regular de media hora. Deja anotado que el servicio es confirmado a las 6 de la mañana. A la una de la tarde la paciente presenta desaturación importante, se suministra oxígeno en ambú hasta las 4 de la tarde. Durante este tiempo se aplican corticoides e inotrópicos de acuerdo a recomendaciones suministradas por el pediatra, vía celular. Llega la ambulancia, y al iniciar el traslado la paciente presenta paro respiratorio y fallece.

Descripción de la discusión y los hechos en el Tribunal

Es de anotar que la paciente en el primer nivel de atención permaneció 4 horas, en donde recibió atención oportuna por el personal de turno, médico rural y grupo de enfermería. Realizaron las conductas pertinentes de acuerdo al nivel de atención.

En el informe de análisis clínico, del comité técnico científico, de acuerdo a la atención en el segundo nivel, anotan que la paciente fue valorada y formulada en dos ocasiones durante el turno del pediatra. El médico general, valora a la paciente en trece ocasiones, dos de los cuales solicita telefónicamente asesoría e instrucciones para el manejo de la paciente.

Teniendo en cuenta que para el día de los hechos, este hospital tenía inscrito y habilitado el servicio de hospitalización en pediatría general, grado de complejidad bajo y medio, se daría entonces por descartado la presencia y/o disponibilidad de pediatra como lo ordena la norma técnica, cuestión que no sucedió como lo demuestra la historia clínica. Se configuraría falta de oportunidad y seguridad en el servicio. Los hechos descritos por la demora de la ambulancia se configurarían falta de oportunidad en el servicio de ésta. En sala plena se plantea que un paciente en estas condiciones amerita la estabilización clínica, para iniciar luego la remisión a tercer nivel y dar un manejo con recurso médico y tecnológico. La remisión se hace imperiosa ante la ausencia de pediatra, tal cual como ocurrió.

El recurso de las llamadas telefónicas no podía suplir la ausencia del pediatra y la carencia del recurso tecnológico y ventilatorio. No quiere dejar pasar inadvertido este magistrado el hecho de que un hospital de segundo nivel, que presta servicios de pediatría, carezca de pediatra los fines de semana (como ocurrió en este caso), de acuerdo a información obtenida durante el proceso. Por todo lo anterior, y revisando la historia clínica como elemento probatorio, los médicos actuaron de acuerdo a su experiencia y al nivel de atención, por lo tanto no hay

mérito para llamarlos a descargos por no existir violación a la ética médica según la Ley 23 de 1981.

SENTENCIA EN SALA PLENA

Análisis bioético

Principio de Justicia

El magistrado instructor, hace las siguientes apreciaciones, las cuales quedan consignadas en el análisis de conclusiones.

Se considera que un servicio de salud es eficiente si responde a las necesidades de cada persona. Colombia, con la Constitución de 1991, se constituye en un Estado social de derecho. Como Estado principialista la salud, por conexidad con la vida, se convierte en un derecho fundamental. El Estado y las entidades de salud, tienen la obligación moral de garantizar a todos los ciudadanos el acceso a un servicio justo de salud, de acuerdo con la dignidad del ser humano.

Cada vez que en una institución falte la oportunidad y la seguridad de un servicio de salud, transgreden los derechos humanos. Es necesario considerar como principio de justicia dar *a cada uno lo que le corresponde* en el caso de la salud, se espera que todas las personas tengan acceso a un mínimo de asistencia sanitaria, digno e igual, como único criterio para proteger las poblaciones vulnerables. De acuerdo con John Rawls, el derecho a la asistencia sanitaria es un bien primario de justicia social constituida por los derechos sociales, económicos y culturales, en donde toma valor la equidad, entendiéndose ésta como igualdad de oportunidades. El sacerdote Gilberto Cely, sj, en su libro de *Bioética global*, en su capítulo “Vida y salud, lo que más valoramos” hace referencia a la carta de Brasilia sobre los determinantes sociales de la salud y considera:

El acceso universal a los servicios de salud deben ser oportunos, humanizados, de calidad y pertinentes culturalmente, con políticas públicas sociales inclusivas, con relaciones sociales no sexistas ni racistas, con tolerancia cultural y religiosa, lo que a su vez expresa que tanto los determinantes de la salud, como el derecho a la salud son indivisibles e interdependientes. En este contexto se hace evidente que para avanzar en la superación de las inequidades en la salud se requiere, de manera fundamental, configurar modelos de desarrollo social y económico sustentables, garantes de los derechos humanos, se requiere un modelo de estado que garantice dichos derechos.

Se considera que los hospitales, como Empresas Sociales del Estado, tienen el deber de prestar atención médica oportuna y especializada de acuerdo a los niveles de complejidad. Se hace necesario crear alianzas estratégicas con las EPS contratadas para garantizar el transporte medicalizado de pacientes a niveles superiores de atención y así cumplir con el valor moral de la no-maleficencia. Cuando se entienda la salud como un derecho para todos, se logrará una sociedad más justa y menos clasista, favoreciendo y protegiendo a los grupos sociales más vulnerables.

“Revisando el expediente, analizadas las pruebas practicadas, comparte la Sala Plena del Tribunal las apreciaciones hechas por el Magistrado Instructor, en su informe de conclusiones y donde cumplimiento al literal B, del artículo 80 de la Ley 23 de 1981, se declara en la parte resolutive de esta providencia que no hay mérito para formular cargos a los médicos implicados”.

3. DISCUSIÓN: ORIGEN Y CONTEXTO DE LOS PROBLEMAS ÉTICOS-DISCIPLINARIOS

3.1 Ley 100 de 1993 de seguridad social y Ley 23 de Ética Médica de 1981: relaciones difíciles

La Ley de seguridad social tiene como eje principal el convertir la salud en un derecho. En Colombia desde la Constitución de 1991, cuando se constituye en un Estado Social de Derecho, se conjugan la democracia liberal y el Estado social. A manera de estado principalista, la vida y por conexidad la salud se convierte en un derecho fundamental. La sentencia de la Corte Constitucional T-548 de 1992, determina: “La salud de los colombianos es por conexidad un derecho fundamental, cuya efectividad corresponde en buena medida garantizar al Estado, tomando muy en cuenta las específicas necesidades de el titular y los recursos existentes para satisfacerlas”⁷⁸.

El Estado tiene el deber con sus titulares de garantizar y fiscalizar la distribución de los recursos para el sector salud y avalar a los ciudadanos un acceso justo y equitativo que esté de acuerdo con la dignidad del ser humano⁷⁹. El artículo 48 de la Constitución Nacional dice” la seguridad social es un servicio público, de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección y control del Estado en sujeción a los principios de Universalidad, Eficiencia y Solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social y su no reconocimiento pone en peligro principios como⁸⁰ “la

⁷⁸ ESCOBAR. Jaime. “La ley 100 de seguridad social implicaciones bioéticas”. En: Bioética y Justicia Sanitaria. Bogotá: Ediciones El Bosque, Universidad el Bosque 2001.p. 23.

⁷⁹ *Ibíd.*, p. 22.

⁸⁰ CONSTITUCIÓN POLÍTICA COLOMBIANA DE 1991. Superintendencia Nacional de Salud [en línea]. [citado 12 mayo., 2013] Disponible en: www.supersalud.gov.co/supersalud/default.aspx?tabid=96.

vida, la dignidad, la integridad física y moral y el libre desarrollo de la personalidad”.

El derecho a la salud, en un contexto más amplio, hace parte de la segunda generación de los derechos humanos, cuando aparecen, los derechos económicos, sociales y culturales, donde la asistencia a la salud, para su cumplimiento, se guía por el valor moral de la igualdad, como bienestar colectivo. Se convierte en un derecho positivo en donde un tercero demanda acciones para su protección, respetando la multidimensionalidad, que va desde el derecho al propio cuerpo, pasando por la libertad sexual y eugenésica, hasta el derecho a una atención médica adecuada y oportuna⁸¹.

La dicotomía de este concepto resulta de corte utilitarista, cuando el derecho a la salud es ubicado en la actual Constitución nacional como un modelo liberal en donde prima la competitividad. En este contexto, se coloca a la salud en la asistencia sanitaria, la cual es manejada por particulares y tratada como empresa. Para su adquisición por parte del usuario, los servicios médicos están regidos por las leyes del libre mercado, en donde no existe una regulación externa.

Según la visión de Mario Hernández, el modelo actual de salud, es el resultado de la propuesta neoliberal de disminuir el tamaño del Estado, otorgando a los particulares la prestación del servicio como el aseguramiento “perdurando las diferencias producidas por la desigualdad de pago”⁸².

En estas circunstancias, La Ley 100 de 1993, en lo referente a la salud, convierte a los servicios de atención en bienes privados, expresados en un plan de beneficios proveídos por un mercado regulado por el aseguramiento y con subsidio a la demanda.

⁸¹ GALVIS, Cristian. “La justicia sanitaria en Colombia un proyecto inconcluso”. En: Bioética Justicia y Salud. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2006. p. 176.

⁸² *Ibíd.*, p. 179.

El manejo por particulares de los servicios de salud convierte a las EPS y a las IPS, en empresas que buscan una rentabilidad económica, favoreciendo las alianzas y fusiones con el fin de concentrar capitales que favorezcan monopolios para dominar el mercado. Los hospitales se convierten en empresas sociales del Estado, los cuales, por capacidad de competencia, definen su continuidad y las clínicas privadas, valoran la rentabilidad de los servicios.

El padre Gilberto Cely, en su libro *El horizonte bioético de las ciencias*⁸³, refiriéndose al modelo economicista impuesto por el Banco Mundial, para el manejo de los servicios de salud en un modelo neoliberal, muestra como las recomendaciones presentadas en 1987 fueron adoptadas por la Organización Mundial de la Salud. Creó un “modelo hegemónico” globalizado, con una propuesta de “competencia administrativa o regulada”, la cual fue adoptada por Colombia, en donde los servicios médicos responden a las leyes del mercado y el médico se ve obligado, muchas de las veces, a actuar en favor de los prestadores del servicio, aceptando protocolos de manejo clínico que pone en tela de juicio, la autonomía en el ejercicio de su profesión.

Para entender mejor los alcances y el perfil del modelo económico en salud es necesario recordar como ejemplo, lo ocurrido con la emergencia social en enero del 2010, ante la crisis económica que hacia presumiblemente inviable el sistema de salud. Se divulgaron los decretos 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, considerando⁸⁴ que:

El crecimiento abrupto y acelerado de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en el plan obligatorio de salud comprometen de manera significativa los recursos asignados al aseguramiento generando un grave deterioro a la liquidez

⁸³ CELY, Gilberto. “Del concepto de paciente al concepto de cliente en la prestación de servicios de salud”. En: *El horizonte bioético de las ciencias*. Bogotá: CEJA y 3R Editores 2002, pp. 189-200.

⁸⁴ PUNTOS CLAVE DE LOS 10 DECRETOS DE LA EMERGENCIA SOCIAL. [en línea]. [citado 12 mayo.,2013] Disponible en: www.acin.org/acin/new/Portal/0/puntos_claves_de_los_10_decretos_dela_emergenciasocialpdf.

de los diferentes actores del sistema incluido las entidades territoriales las cuales presentan un importante déficit de recursos para la prestación de estos servicios y los requeridos por las persona pobres y vulnerables no aseguradas, todo lo cual amenaza la viabilidad del sistema poniendo en riesgo la continuidad en la prestación de salud y el goce efectivo del derecho a la salud y a la vida. Finalmente la Corte Constitucional la declaró inexecutable⁸⁵.

El decreto 131 menciona, que cuando los médicos se aparten de los estándares definidos en dicho POS y ocasionen daños al sistema general de seguridad social en salud, incurren en faltas que serán sancionadas entre 10 y 50 salarios mínimos legales vigentes. La norma sostiene, además, que se favorecerá a que la gente pueda comprar planes de medicina prepagada para complementar servicios no POS. En el decreto 128 se aclara que existirán “prestaciones excepcionales de salud”. Define así que dichas prestaciones excepcionales deberán ser financiadas, total o parcialmente, por los afiliados que lo soliciten, previo análisis de su ingreso y de su patrimonio individual o particular.

El mismo decreto da la posibilidad de que los pacientes sin solvencia económica paguen el servicio médico con cesantías, ahorros pensionales e, incluso, con préstamos bancarios. Para el caso de ciudadanos que carezcan de solvencia “se creó un fondo específico”, el fondo de prestación excepcional en salud Fonpres, que subsidiará dichos gastos, hasta que se agoten los recursos económicos. Se fijan límites claros de acuerdo con la capacidad financiera del estado y la condición socioeconómica de las personas, se privilegiarán, por tanto, las necesidades colectivas sobre las necesidades individuales.

En otro aparte del artículo 131 se prioriza la prevención de la enfermedad y la atención de baja complejidad, en medicina y odontología general. Sólo admitirá el manejo especializado de condiciones de salud cuando se cuente con evidencia científica y evidencia de costo efectividad que lo aconseje. El fallido decreto

⁸⁵ INCONSTITUCIONALIDAD POR CONSECUENCIA DE DECRETO LEGISLATIVO DE ESTADO DE EMERGENCIA. [en línea]. [citado 18 mayo,. 2013]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cc_sc_nf/2010/c-253_1910.html.

propone para la lucha contra la corrupción dentro del sistema de salud, establecer modificaciones y adiciones al código penal destinadas: “a establecer sanciones a los responsables y respecto al accionar médico”. Más adelante, respecto al acto médico, define que se “cualifica los conflictos de intereses entre los médicos y reforma pautas para la fórmula de la ley de ética médica”. Como se puede, ver la propuesta de reforma en el modelo de salud mantiene un corte liberal, en donde el acceso a la atención en salud hace parte de bienes y servicios, que se obtienen por capacidad de pago como producto del esfuerzo personal sin ayuda del Estado.

Actualmente el paciente es visto como un cliente, quien acude a la empresa prestadora del servicio, después de comprar el servicio de la asistencia sanitaria. El servicio se da, entonces, de acuerdo a su capacidad de pago, o su capacidad de negociación⁸⁶. Esta situación nos muestra como el médico es un vendedor de un producto, y el cliente el consumidor de éste⁸⁷.

Visto así, el principio de beneficencia propuesto por Hipócrates no se cumple. La prestación de los servicios médicos se convierte en una mercancía, regulados por la oferta y la demanda en donde se compra la accesibilidad y la oportunidad. En la actualidad ya existen varias Empresas Prestadoras de Salud, que ofrecen a un costo adicional “servicios médicos complementarios” al plan obligatorio de salud (POS). En estos planes complementarios, las citas a especialidades básicas como pediatría ortopedia, medicina interna, ginecología, obstetricia entre otros, se obtienen en un plazo máximo de tres a 4 días, mientras que en el plan básico la cita se adquiere en promedio de 20 días.

Hay empresas que han construido centros médicos únicamente para estos servicios, con una infraestructura más operativa, reduciendo los tiempos de espera.

⁸⁶ CELY. Op.cit., p. 193.

⁸⁷ *Ibíd.*, p. 196.

Desde esta perspectiva, es claro que existe un detrimento de la relación médico paciente, con una pérdida de la confianza hacia el acto médico, asociada a una deficiente comunicación, situación ésta que favorece las demandas médicas.

De acuerdo a los principios de la bioética principialista, la Ley nos obliga no sólo a ser justos, sino benéficos no maleficentes; respetar el principio de autonomía, en donde un nivel básico de prestación sanitaria debe estar a disposición de todos⁸⁸.

⁸⁸ GALVIS, Cristian. “La justicia sanitaria en Colombia un proyecto inconcluso”. En: Bioética y justicia en salud. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2006. pp. 183-184.

3. CONCLUSIONES

- La ética médica se fundamenta en la relación médico paciente y estipula el ejercicio de la profesión a través de la historia de la medicina. Es un encuentro asimétrico, en donde alguien solicita ayuda para resolver sus problemas de salud. El médico, para intentar lograrlo desde una posición superior, estructura vínculos basados en la confianza y la confidencialidad, y así obtener el valor moral de la no-maleficencia. Es una correspondencia intercultural entre dos autonomías, donde se reconoce el concepto bio-psico-social del paciente.
- La praxis médica es un ejercicio de medios y no de resultados. En un compromiso de medios, el error debe valorarse cuando el médico, utilizando todos los recursos técnicos, de acuerdo al grado de sus conocimientos, acorde con el nivel de atención, cumple con el deber moral del cuidado sin obtener los resultados propuestos. Esta condición singular lleva a definir el daño provocado a un enfermo como un acto culposo en donde no existe la intención de cometerlo.
- En enero de 1978, ante el desconocimiento por parte de algunos jueces de cómo se da la práctica médica, se inician los estudios para crear una ley que dé claridad a la ética médica y ayude a los jueces en la toma de decisiones frente a demandas por mala práctica. Surge como necesidad crear un estatuto que regule el ejercicio de la profesión para garantizar un desempeño ético correcto. Finalmente, el 18 de febrero de 1981 se promulgó la Ley 23, en la cual se dictan las normas de ética y se consignan los deberes y las obligaciones de los médicos. Se crean los tribunales de ética médica. Se establece un régimen disciplinario como un mecanismo para garantizar la Ley 23. Es un código deontológico antes que un código de ética.

- La Ley 23 se fundamenta en la declaración de principios, en donde se deja explícito que la medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad ni de orden económico-social, racial, político o religioso. Esta declaración es un reconocimiento a los derechos humanos, porque el respeto por la vida y los valores de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por lo tanto, el ejercicio de la medicina tiene concepciones humanísticas que le son inherentes. Hace referencia cómo el médico debe respetar al otro, su dignidad y cumplir con el principio de hacer el bien. La relación médico paciente es el elemento primordial en la práctica médica, la cual debe fundarse en un compromiso leal y auténtico, que impone la más estricta reserva profesional.
- Actualmente en Colombia se vive cambios profundos en la prestación de servicios médicos, con modificaciones en la relación médico paciente, como resultado de la masificación de la medicina. Cuando el usuario cumple su afiliación a una EPS, desconoce la idoneidad de los profesionales de la salud. Se configura una relación entre extraños. Prima la desconfianza y la sociedad le da valor jurídico a la afiliación, conformándose un contrato con la intención de crear vínculos de credibilidad en una relación no paternalista. En estas empresas de medicina gestionada, el paciente ya no es el único actor en la toma de decisiones. Muchas veces las determinaciones ante situaciones cruciales de la vida, participan otros actores como la familia, las EPS y, en algunos casos, el Estado.
- El médico es contratado por las empresas prestadoras de salud, donde en algunas ocasiones, se somete a cumplir con las exigencias del mercado por encima de las necesidades de los pacientes, aceptando protocolos de

manejo clínico que ponen en entre dicho la autonomía en el ejercicio de la profesión.

- El enfermo en la actual relación no es un ser pasivo y exige respeto a su autonomía, en tanto su trato esté de acuerdo con el concepto de persona y no como objeto. Desea ser tratado no sólo de sus trastornos de salud, sino de acuerdo a los valores implicados.
- Con el auge de la biotecnología, la sociedad exige a los médicos altos estándares científicos. Algunas veces no va acompañada de la excelencia ética, en una sociedad que se mueve bajo principios económicos. El médico tiene la necesidad de especializarse mejor y se ubica cada vez más lejos de las ciencias humanas. Es aquí en donde la bioética tiene la oportunidad de construir un puente entre las ciencias y las humanidades, como fue la propuesta en sus orígenes de este nuevo saber, ante un sujeto nuevo, plural y conflictivo de la tecnociencia, para redefinir una relación médico paciente más humana, que esté acorde con las exigencias culturales del hombre contemporáneo, respetando su integralidad, para recuperar así buena parte de la confianza perdida en el ejercicio de la profesión.
- Desde esta perspectiva, es posible que muchas de las demandas médicas tengan su origen cuando el paciente siente ser tratado en forma mercantilista y su relación con el médico es analizada desde un pensamiento reduccionista.
- Al recibir los principios de la ética principialista de Beauchamp y Childress en los 3 casos presentados se enriqueció la discusión de los hechos ocurridos, se entendió mejor el comportamiento de las personas implicadas, se valoró objetivamente con ayuda de los principios de la bioética las faltas cometidas en la relación médico paciente, lo cual mejoró el análisis de los casos de forma contextualizada y se obtuvo un mayor soporte para fallar de acuerdo con la Ley 23 de 1981.

- La ilustración en este estudio sobre el análisis de los procesos del Tribunal, es la de mantener como observador una visión independiente, alejado de las influencias inherentes de la vida como ser cultural, que “sesgarían sobre lo que podría ser el objeto observado”. Obtener un significado real del entorno en donde se originó la queja para comprender la relación entre demandante y demandado y llegar a un fallo que esté acorde con la naturaleza de los factores que originaron la demanda médica.

BIBLIOGRAFIA

ARAGÓN, Felipe. "Dilemas éticos de la investigación clínica". [en línea]. Hospital Dr. Antonio Luaces Iraola Ciego de Ávila. Revista Cubana de Salud pública, 2009. [citado 18 mayo, 2013] Disponible en: [http://www.sid.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/dilemas_éticos_de_la_investigación clínica](http://www.sid.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/dilemas_éticos_de_la_investigación_clínica).

BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. "Beneficencia". En: Principios de Ética biomédica, 4 ed. Barcelona: Masson, S.A. 1999. p. 246.

_____. "Competencias y elecciones autónomas". En: Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson, S.A., 1999. pp. 130-131.

_____. "El respeto a la autonomía". En: Principios de la Ética Biomédica. Barcelona: Masson, 1999, p. 113.

_____. "Relaciones profesionales entre el sanitario y el paciente". En: Ética biomédica. Barcelona: Masson, S.A. 1999, pp. 379-394.

_____. "No-maleficencia". En: Principios de la Ética biomédica. 4 ed. Barcelona: Masson, S.A. 1999. p. 179.

CAMPS, Victoria. "La excelencia en las profesiones sanitarias". [en línea] Humanitas. Humanidades médicas. Noviembre 2007, no. 21, p. 11. [citado 18 mayo, 2013]. Disponible en: http://www.essayandscience.com/.../la_excelencia_en_las_profesiones_sanitarias

CARVALLO, Aurelio. "Consideraciones éticas sobre el error en medicina". [en línea] Rev. Med. Chile 2001, vol. 129. N. 12, pp. 1143-1465. [citado 15 noviembre, 2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034

CASADO, María. "Código de Núremberg de 1946" En: Las leyes de la Bioética. 1 ed. Barcelona: Editorial Gedisa, 2004. pp. 130-131.

_____. "Los derechos humanos como marco para el bioderecho y la bioética". En: Derecho biomédico y bioética. Granada: Comares, 1998, p. 118.

CASADO. Op.cit., pp.87-11.

CELY, Gilberto. "Del concepto de paciente al concepto de cliente en la prestación de servicios de salud". En: El horizonte bioético de las ciencias. Bogotá: CEJA y 3R Editores 2002, pp. 189-200.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA COLOMBIANA DE 1991. Superintendencia Nacional de Salud [en línea]. [citado 12 mayo, 2013] Disponible en: www.supersalud.gov.co/supersalud/default.aspx?tabid=96.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. [en línea]. [citado 12 mayo., 2013] Disponible en: www.ohchr.org/en/udr/pages/language.aspx?langID=spn

DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS [en línea] [citado 12 mayo., 2013] Disponible en: <http://www.unesco.org/sch/ethics.Francia.2006>.

DORR, Anneliese. "Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica antropológica"[en línea] Rev. Med. Chile 2004, pp. 1431-1436.[citado 12 mayo.,2013] Disponible en: http://www.cielo.cl/cielo.php?script= scei_artte.&pid=es0034-988720040011000148&ing=esnm=iso-isnn0034-987.doi10467/S0034-9887200400100014.

ENGELHARDT, Tristram H. "Bioética secular y pluralidad de visiones morales". En: Los Fundamentos de la Bioética. 1 ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1955. pp. 32-46.

_____. "Las múltiples caras de la libertad". En: Los Fundamentos de la Bioética. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1995. pp. 317-332.

_____. "Los principios de la bioética". En: Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. S.A. 1995.p.137.

_____. "La bioética ante la post modernidad". En: Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1995.pp. 18-21.

ESCOBAR, Jaime. "Importancia de la reflexión filosófica en la formación médica". En: Problemas de ética aplicada. Bogotá: Universidad El Bosque, Ediciones El Bosque 2000. p.150.

_____. "Los principios de la Bioética. Fuentes, propuestas y prácticas múltiples". En: Revista Colombiana de Bioética. Julio-diciembre, 2011, vol.6. no. 6,. p.97.

_____. "Presentación". En: Práctica y significado del Consentimiento Informado en Hospitales de Colombia y Chile. 1 ed. vol. 7. Bogotá: Colección Bios y Oikos, Universidad El Bosque, Ediciones El Bosque 2009. p. 190.

_____. "Riqueza de Principios en Bioética". En: Revista Colombiana de Bioética. Julio-diciembre,vol. 6. N. 2,. p. 133.

_____. "La ley 100 de seguridad social implicaciones bioéticas". En: Bioética y Justicia Sanitaria. Bogotá: Ediciones El Bosque, Universidad el Bosque 2001.p. 23..

FERRER, Jorge. "Los Principios de la Bioética". En: Cuadernos del programa Regional de Bioética. Vol. 7. 1 ed. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad el Bosque, 1999.p. 40.

GAFO, Javier. "Los principios de justicia y solidaridad en bioética". En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, agosto de 1998. Vol.6. pp. 31-34.

_____. "Los principios de justicia y solidaridad en bioética". En: Cuadernos del programa regional de Bioética.1 ed. Bogotá: editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque 1999. p. 25.

GALVIS, Cristian. "La justicia sanitaria en Colombia un proyecto inconcluso". En: Bioética Justicia y Salud. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2006. p. 176.

_____. "La justicia sanitaria en Colombia un proyecto inconcluso". En: Bioética y justicia en salud. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2006. pp. 183-184.

GARCIA, Gustavo. "La noción de profesión su ser y su sentido: referentes éticos-morales". En: Problemas de Ética Aplicada. Bogotá. Universidad El Bosque, Ediciones El Bosque 2001. p. 101.

GRACIA, Diego. "El juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina". En: Fundamentación y enseñanza de la ética biomédica. 2 ed. vol. 1. Bogotá: Editorial El Búho Ltda. 2000.p. 136.

_____. "La relación clínica". En: Bioética clínica. 1 ed. Bogotá: Editorial El Búho, 1998. pp. 61-67.

_____. "Planteamiento General de la Bioética". En: COUCEIRO, Azucena. Bioética para clínicos. Madrid, Trascastela, 1999. p. 30.

_____. La bioética en el centro del debate racional, plural y crítico. En: Fundamentación y enseñanza de la bioética. 2ed. vol. 1. Bogotá D.C., Colombia: Editorial El Búho Ltda. 2000. pp. 51-63.

_____. Planteamiento general de la Bioética. En: Fundamentación y enseñanza de la bioética. 2 ed. Vol. 1. Bogotá D.C. Colombia: Editorial El Búho Ltda., 2000. pp. 11-27.

GRACIA, Op.cit., pp.147-153.

INCONSTITUCIONALIDAD POR CONSECUENCIA DE DECRETO LEGISLATIVO DE ESTADO DE EMERGENCIA.[en línea].[citado 18 mayo,. 2013]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cc_sc_nf/2010/c-253_1910.html

LEÓN, Gladys. Historia del Tribunal de Ética de Cundinamarca. [Grabación sonora]. Bogotá 2013. Un casete sonido 17 minutos.

MALIANDI, Ricardo. La tarea de fundamentar la ética en Kart Otto Aple y la ética convergente. [en línea].Acta bioética, vol. 15, N. 1, [citado 18 mayo,. 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielohpt?script=sci_art/est&ing=es&nrm=iso-issn1726-569xdoi.104067/s1726-569x200900010003.

MARTÍNEZ, Miguel. Hermenéutica y análisis del Discurso como método de la Investigación Social, 2005.[en línea] [citado 18 mayo,. 2013] Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/hermenyanalisisdisc.html>.

MONTOYA, Edgar. "Planteamiento general de la Bioética". En: Programa de educación continuada en pediatría y Asociación colombiana de facultades de medicina. Bogotá: Editorial MediLegis febrero 2007, año 5, módulo 4, p. 9-11.

OVALLE, Constanza. "Discusión y Conclusiones de la Tesis del estudio". En: Práctica y significado del Consentimiento Informado, en hospitales de Colombia y Chile. 1 ed. Bogotá: Colección Bios y Oikos, vol. 7. Universidad El Bosque, 2009. p.190.

POTTER, Van Rensselaer. "Bioética, puente, bioética global y bioética profunda". En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1 ed. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 1999. Vol.7. p.24..

PUNTOS CLAVE DE LOS 10 DECRETOS DE LA EMERGENCIA SOCIAL. [en línea]. [citado 12 mayo, 2013] Disponible en: [www.acin.org/acin/new/Portal/0/puntos claves de los 10 decretos de la emergencia social.pdf](http://www.acin.org/acin/new/Portal/0/puntos_claves_de_los_10_decretos_de_la_emergencia_social.pdf).

REPÚBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 de 1993, por el cual establecen normas científicas, técnicas, y administrativas para la investigación en salud. [en línea] [citado 18 mayo., 2013]. Disponible en: [http://www.did.unal.edu.co/promoción/ética res 8430 1993.pdf](http://www.did.unal.edu.co/promoción/ética_res_8430_1993.pdf)..

REPÚBLICA DE COLOMBIA – PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Ley 23 de 1981: [en línea] .Por la cual se establecen normas sobre la ética médica.[citado mayo.,18 2013] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/.../LEY%200023%20de%201981>.

SANDOVAL, Carlos A. "Investigación cualitativa". En: Programa de Especialización en teoría Métodos y Técnicas de Investigación social. Bogotá: ARFO Editores e impresores Ltda.2002.Módulo cuarto.

SCHRMANN, Fermín y KOTTOW, Miguel. "Principios Bioéticos en la salud pública" [en línea]. Limitaciones y propuestas. Río de Janeiro Cad. Saúde Pública, vol. 17, N. 4. Julio-agosto de 2000, pp. 949-956 [18 mayo., 2013] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/so102-311x2001000400029>.

SEN, Amartya. "La libertad y los fundamentos de la justicia". En: Desarrollo y libertad. Barcelona: Editorial Planeta S.A., 2000. pp. 86-87.

SIEGLER, Mark. "La toma de decisiones compartidas por el médico y paciente". [en línea].En: Cuadernos de la fundación Víctor Grifols i Lucas 2011 vol 6. Las tres edades de la medicina y relación médico - paciente. Barcelona: Edita Fundación Víctor Grifols i Lucas. [citado 12 mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/ed>,

_____. "La toma de decisiones compartidas. En: "Las tres edades de la medicina y la relación médico – paciente". [en línea] Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 1 ed. Barcelona: edita Víctor Grifols i Lucas, 2.011. vol. 26, pp. 16-18 [citado 18 mayo., 2013]. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org>.

_____. La edad de la autonomía, [en línea].Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas 2011, vol, 26, p.14, Barcelona: edita Fundación Víctor Grifols i Lucas [citado 12 mayo., 2013]. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org>.

SOANE, José. Aspectos éticos y jurídicos de la esterilización de personas con síndrome de Down 1998, [en línea] [citado 10 mayo.,2013]. Disponible en: <http://www.ruc.udc.es/dspace/bistream/2183/1970/1/AD-2-28.pdf>.