

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

TRABAJO DE GRADO MAESTRIA EN BIOETICA

**ANALISIS DEL PROCESO DE TOMA DE DECISION TERAPEUTICA DEL
MEDICO MILITAR COLOMBIANO ANTE PACIENTES GRAVEMENTE HERIDOS
POR MINA ANTIPERSONA**

AUTORA: SARA EDITH MORENO MAZO, M.D

TUTOR TEMATICO: DR JAIME ESCOBAR TRIANA, M.D

TUTOR METODOLOGICO: PROF. JAIRO RODRIGUEZ LEURO

Bogotá, abril de 2013

INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

I. TITULO:

ANALISIS DEL PROCESO DE TOMA DE DECISION TERAPEUTICA DEL MEDICO MILITAR COLOMBIANO ANTE PACIENTES GRAVEMENTE HERIDOS POR MINA ANTIPERSONA

II. INVESTIGADOR:

SARA EDITH MORENO MAZO, M.D.

Correo electrónico: samora6@gmail.com

Dirección de correspondencia: Carrera 16 A No.143-61 Apto 303

III. LINEA DE INVESTIGACION:

Bioética y Salud: Dilemas y problemas en las prácticas Clínicas

IV. LUGAR DE EJECUCION DEL PROYECTO:

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.

V. DURACION DEL PROYECTO:

6 meses

INDICE

Pág.

Introducción	1
1. Marco Teórico	4
1.1. Antecedentes del Conflicto Armado en Colombia	4
1.2. Retos del ejercicio de la Medicina en el mundo contemporáneo	7
1.3. Retos del Médico Militar Colombiano en el ejercicio de su profesión	9
1.3.1. El Derecho Internacional Humanitario (DIH)	10
1.3.2. Consentimiento informado y capacidad para tomar decisiones	14
1.3.3. Proporcionalidad vs. No Proporcionalidad del tratamiento	18
1.4. La moralidad de los actos humanos	18
1.4.1. Algunos conceptos sobre Ética mínima	21
1.4.2. Desarrollo Moral	27
2. Metodología	33
2.1. Tipo de Investigación	33
2.2. Muestra	33
2.3. Criterios de Inclusión	33
2.4. Criterios de Exclusión	33
2.5. Categorías	33
2.6. Herramienta de recolección de datos	34
2.7. Consentimiento Informado	34
3. Resultados	35
3.1. Preguntas bibliográficas	35
3.2. Preguntas sensoriales	35
3.2.1. Sentimientos y experiencias	36

3.2.2. Opiniones personales e identificación con el otro.....	37
3.2.3. Tolerancia y aceptación de las diferencias.....	37
3.2.4. Conductas médicas y practicas.....	38
3.2.5. Precauciones en el ejercicio médico.....	38
3.2.6. Criterios de tratameinto.....	39
3.2.7. Dificultades para la toma de decisiones.....	39
3.3. Preguntas sobre conductas.....	40
3.3.1. Discriminación o preferencias.....	40
3.3.2. Juicios morales en la atención médica.....	40
3.3.3. Principios bioéticos involucrados en la toma de decisión.....	40
3.3.4. Capacidad para ponerse en el lugar del otro.....	41
3.3.5. Apreciaciones y aplicación del consentimiento informado.....	42
3.4. Lineamientos Legales y deontológicos del ejercicio médico.....	44
3.4.1. Aspectos legales involucrados en la toma de decisión médica.....	44
3.4.2. Aspectos éticos involucrados en la toma de decisiones.....	44
3.4.3. Calidad de vida.....	45
4. Análisis de Resultados.....	45
5. Conclusiones.....	49
Biografía.....	55
Anexos	
Anexo No.1 Variables en la toma de decisiones.....	59
Anexo No.2 Modelo de entrevista estructurada.....	60
Anexo No.3 Consentimiento informado.....	65

INTRODUCCION

Como Médico Militar Oftalmóloga, debí tomar la difícil decisión, hace algunos años, de intervenir quirúrgicamente y sin previo consentimiento informado a un joven oficial quien resultó herido por una mina Antipersona, mientras patrullaba en zona de orden público. Su condición, realmente dramática por la severidad de las lesiones sufridas: pérdida de uno de sus ojos, el otro ojo perforado y difícilmente rescataable; amputación traumática de ambas piernas, de un brazo y de tres dedos de la mano contralateral; pérdida de un testículo; perforación de los tímpanos de ambos oídos; heridas graves en abdomen y tórax y trauma craneoencefálico severo, nos planteó a los integrantes del grupo interdisciplinario que le atendimos, dilemas éticos difíciles de solucionar rápidamente ante tan apremiante situación: Autonomía vs. Beneficencia; vida vs. Calidad de vida; Limitación del esfuerzo terapéutico vs. Muerte compasiva, No maleficencia vs. Justicia, cuestiones para abordar sin tener más herramientas que lo aprendido a lo largo de nuestra profesión. Decidimos cada uno, hacer todo lo que estuviera en nuestras manos y sin reparos, para salvar la vida de este hombre, que en ese momento era más que un paciente: era nuestro compañero de vocación, nuestro amigo, aquél que había expuesto su propia vida por la de todos los colombianos, incluidos nosotros mismos.

Mientras lo operábamos, nos aterraba la idea de que pudiese reclamarnos en un futuro, el haberlo salvado o incluso, haberle amputado sus órganos ya que no hubo oportunidad de obtener un consentimiento informado. Ante nuestras propias preferencias, coincidentes todas en que si estuviésemos en su lugar habríamos preferido morir o de haber podido discutir las opciones terapéuticas con nuestro médico, hubiésemos rechazado que se nos reanimara o se nos practicaran algunas de las intervenciones quirúrgicas planteadas, nos preguntábamos si estábamos obrando de manera justa y correcta con él y su vida, pero... ¿Cuál vida? ¿Qué tipo de vida?

Cinco años después tras un encuentro casual, me agradeció por haberle salvado la vida y me confesó que en un principio hubiese preferido morir, pero la vida le ha dado otras compensaciones y hoy en día se define como un hombre realizado. A mi pregunta de cuál sería su consejo para los militares que como él, sufren este tipo de traumas y requieren de tratamientos quirúrgicos agresivos, con una sonrisa me respondió que les aconsejaría seguir viviendo y luchar por sus proyectos de vida.¹

La particularidad del conflicto armado que se vive en el país, donde se emplean armas no convencionales y tácticas de guerra irregular, afecta física y psíquicamente a combatientes de uno y otro bando de múltiples formas. Las armas de fragmentación (minas Antipersona) en particular, producen un severo compromiso de varios órganos a la vez y ponen en riesgo la vida del paciente ya sea por sangrado profuso o por la infección secundaria a la contaminación de los artefactos explosivos empleados (con excremento humano o animal) y metales pesados, tóxicos para el hombre y para los cuales no existe antibiótico o tratamiento conocido.

Con gran frecuencia los afectados por mina antipersona son Soldados: Campesinos, Regulares o Profesionales, alejados de sus familias. El Comandante o el Enfermero acompañante son la figura más cercana que puede proporcionar información, pero no autorización para realizarle algún procedimiento, de tal suerte que cuando estos heridos sobreviven y logran atención médica, se encuentran generalmente en shock o con afectación de su estado de conciencia, incapaces de tomar decisiones sobre su propia vida o cuerpo, es decir, incapaces de ejercer su autonomía.

La asistencia médica de los heridos por armas no convencionales, responde a principios quirúrgicos ampliamente reconocidos, no obstante, dichos procedimientos se efectúan en condiciones extremas donde su decisión,

¹ Se reserva la identidad del paciente por respeto a él y a su familia.

planeamiento, ejecución y resultados, no son extrapolables a las condiciones normales de trabajo, donde se dispone de tiempo para planear y programar, de recursos suficientes, de un ambiente quirúrgico y hospitalario adecuado y se cuenta con el consentimiento del paciente o sus familiares.

El médico militar, en representación del Estado, será quien de acuerdo a su experticia y conocimiento, deba decidir por el paciente que en cumplimiento de su deber, ha sido gravemente herido. Sus decisiones afectarán su vida y su cuerpo. Al carecer de un consentimiento informado, se enfrenta a la incertidumbre de las preferencias de un paciente joven con un proyecto de vida definido y motivaciones personales, así como de la calidad de vida posterior a la intervención requerida.

La presente investigación pretende analizar a la luz de teorías sobre el desarrollo del juicio moral de Kohlberg y sobre el desarrollo moral femenino de Carol Gilligan, con algunos aportes de la ética mínima de Adela Cortina, la manera cómo intervienen valores, principios, hábitos, preferencias, leyes, normas y sentimientos, en la construcción del proceso de toma de decisiones que elaboran los cirujanos militares Colombianos, ante alternativas quirúrgicas agresivas necesarias para salvar la vida del paciente gravemente herido por mina antipersona o para asegurar su recuperación posterior, en el ámbito particular del propio escenario de guerra.

1. MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes del Conflicto Armado en Colombia

Colombia ocupa el segundo lugar en el mundo con mayor número de víctimas por minas Antipersona: 674 casos en 2009, entre muertos y heridos y 358 casos entre enero y octubre de 2010. El primer lugar lo ocupa Afganistán, que reportó 855 víctimas en el 2009 y el tercer puesto Pakistán, con 421, en el mismo año, según registros de la Campaña Internacional para la Prohibición de Minas (ICBL)².

En la última reunión anual del Programa Presidencial Colombiano para la Acción Integral contra las Minas Antipersonales (PAICMA)³, desde 1990 a abril de 2011, se reportaron 9.844 víctimas por Minas Anti Persona de las cuales, el 62% (6.129 casos) fueron miembros de la Fuerza Pública. La Campaña Colombiana Contra Minas (CCCM)⁴ señala que cerca de 650 de los 1.120 municipios del país, en 31 de los 32 departamentos, están afectados por campos minados de las guerrillas de las FARC y el ELN. Su diseño, la mayoría de veces artesanal, les permite ser colocadas en la superficie terrestre o bajo el suelo, para que exploten ante la presencia, la proximidad o el contacto con una persona o animal. Otro tipo de minas, las llamadas municiones en racimo, se abren al explotar en el aire, liberando un gran número de municiones más pequeñas o bombetas, cuyo alcance es de varios kilómetros a la redonda, convirtiéndose en submuniciones que cuando no logran explotar en el primer accionar, caen al suelo y se comportan como minas Antipersona al contacto

² International Campaign to Ban Landmines (ICBL), organización creada en 1992 por iniciativa de seis organizaciones, para prohibir el empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas Antipersona y sobre su destrucción, en mas de 100 países del mundo. Ganadora del Premio Nobel de Paz en 1997

³ Cartagena, Mayo de 2012

⁴ Organización sin ánimo de lucro, creada en 1997 como una iniciativa ciudadana, para reducir los efectos sociales, económicos y culturales de las Minas Antipersona (MAP) y las Municiones sin Explotar (MUSE) en Colombia. Trabaja bajo el espíritu de la convención de Otawa, que establece la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas Antipersona y su destrucción.

humano. Resulta claro entonces, el mecanismo por el cual un mismo paciente suele presentar amputación traumática de ambas piernas, uno o ambos brazos, heridas múltiples en abdomen y tórax, en cara, ojos, oídos y cerebro, ya que su objetivo no es matar sino herir e incapacitar una o más personas, diezmando así la moral de la tropa y deteniendo su avance. Durante el año 2011, el Hospital Militar Central de Bogotá, recibió 1.276 heridos por trauma, de los cuales 427 lo fueron en combate y de ellos, 188 por mina Antipersona, resultando en 110 amputaciones traumáticas⁵.

El manejo de los combatientes caídos en campo minado en nuestro país, trátase de personal militar o integrante de grupos ilegales al margen de la Ley, se lleva a cabo en varias fases: Una atención inicial, en el campo de batalla, realizada por un soldado como el mismo herido, con instrucción básica sobre atención de primeros auxilios o en el mejor de los casos, por el Enfermero de Combate, con mayor conocimiento y experticia. Una segunda fase de atención prehospitalaria, que inicia con la evacuación aerotransportada de los heridos a la Unidad Operativa Mayor más cercana, que como apoyo, cuenta con Hospitales de Campaña dotados suficientemente con instrumental y equipos, operados por un grupo interdisciplinario de trauma conformado por personal médico y paramédico idóneo (llamados grupos GATRA)⁶. La Tercera fase es la referencia al Hospital Militar Central o si la urgencia lo amerita, al Hospital de IV nivel de complejidad más cercano para tratamiento definitivo e inicio de su rehabilitación.

⁵ Estadísticas del año 2011, tomadas del Departamento de Estadísticas del Hospital Militar Central.

⁶ Los grupos GATRA: Grupo Avanzado de Apoyo en Trauma de las Fuerzas Militares, fue creado en el año 2003 durante el periodo presidencial del Señor Andrés Pastrana Arango, ante la necesidad de consolidar el territorio Colombiano que hizo parte de la zona de despeje para los diálogos de paz con las FARC. Desde entonces, han prestando atención médica quirúrgica al personal militar combatiente, a la población civil víctima de la violencia e incluso al personal de la guerrilla, que haya resultado herido en combate o por desastres naturales. Están conformados por personal militar de sanidad de diferentes guarniciones del país, que a su turno, se reúnen y desplazan a una zona geográfica determinada, carente de un adecuado nivel de atención en salud, con el fin de realizar procedimientos quirúrgicos tempranos de mediana y alta complejidad que permiten salvar la vida a los heridos y minimizar las secuelas relacionadas con la severidad de las lesiones. Los grupos GATRA permanecen en comisión en esa zona durante un mes cada grupo, los 365 días del año

Es durante la II Etapa cuando el médico militar debe tomar difíciles decisiones terapéuticas para preservar la vida ante todo y postergando, si las condiciones lo permiten, decisiones trascendentes posteriores para cuando el estado de conciencia retorne al herido; Por el contrario, si de ellas depende la vida misma, optar por practicar cirugías ablativas en partes del cuerpo viables o no, que de otro modo podrían amenazar la vitalidad del resto del órgano o aún la vida misma del paciente, tratando de dar la mayor calidad de vida posible.

Estadísticamente entre los años 2009 a 2011, los grupos GATRA han atendido 333 heridos de guerra y 28 civiles, incluido un menor de tres años de edad. Las estadísticas Colombianas solo son comparables con las de los grupos quirúrgicos de avanzada de los Estados Unidos en sus actividades en Irak y Afganistán. La mortalidad de los pacientes atendidos por los grupos GATRA durante este mismo periodo de 2 años, es del 1.8%, una cifra realmente baja si se compara con la tasa de mortalidad de las guerras de Vietnam y Corea, del 16% y 24% respectivamente.

Aunque existen estudios en la literatura que investigan sobre las habilidades médicas en la toma de decisiones⁷, en la racionalidad terapéutica y en la autonomía médica, ningún estudio analiza cuestiones morales, emocionales y personales que motiven dicha decisión. Para el caso concreto de los cirujanos, existen escritos que hablan sobre los códigos deontológicos y la dificultad para ejercer la medicina hoy día, que aunque aportan algunas consideraciones éticas para el paciente o el médico militar, no reflejan realmente la manera cómo se ha llegado a tomar una decisión tan difícil como la amputación de órganos, que afecta la calidad de vida del paciente, aun cuando se le haya preservado la vida misma.

⁷ Lerma, C., M.D., Dilemas Éticos del Cirujano. Discurso inaugural, Mensaje Presidencial "Avances en Cirugía". XXVI Congreso nacional de Cirugía. Cartagena. Revista Colombiana de Cirugía. 2000. 15:222-5

1.2. Retos del ejercicio de la Medicina en el mundo contemporáneo

La OMS⁸ define la Salud como el “*completo estado de bienestar físico, psicológico y social*”. Tal definición sugiere que la salud se alcanza cuando se carece de gérmenes causantes de enfermedad y se goza de óptimas condiciones económicas, relacionales, laborales, culturales y buenos hábitos de vida, cuestiones todas que deberá saber y abordar el médico general en el continuo practicar de su profesión.

La Ley 23 de 1981, Código de Ética Médica, en su artículo 1º, define a la Medicina como “*una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de conducta de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. 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*”. (...) “*el médico deberá 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 y adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondiente (...)*”.

Dentro de las bases científicas de la práctica médica, además del conocimiento de las ciencias básicas y clínicas, el profesional debe comprender las partes relevantes de las ciencias sociales y la conducta y ser capaz de integrarlas⁹. En su interrelación, el médico debe conocer y comprender las opiniones de los pacientes y sus creencias al sugerir opciones de tratamiento y rehabilitación. Debe saber cómo atenuar el dolor y la angustia. El desarrollo de habilidades de

⁸ Organización Mundial de la Salud

⁹ Remitirse al artículo “Tomorrow’s Doctor”, del consejo Médico General de la Unión Soviética, Documento donde se fijan políticas sobre el contenido, estructura y cumplimiento del plan de estudios en las facultades de medicina de la Unión Soviética

comunicación resulta fundamental para el ejercicio médico, pues es necesario transmitir información con claridad, delicadeza y eficacia a los pacientes, familiares y colegas. Es necesario saber comunicar malas noticias, tratar con pacientes conflictivos y violentos y ayudar a los pacientes vulnerables.

En cuestiones morales, el médico debe ser autocrítico y llevar a cabo un examen de su propio trabajo y de los demás, conocer y aplicar las principales cuestiones éticas y jurídicas con las que se enfrentará: derechos de los pacientes, confidencialidad y quejas de los ciudadanos. Adicionalmente, ocuparse de asuntos como retener o retirar algún tratamiento para prolongar la vida del paciente, considerar la práctica médica dentro de la limitación de los recursos financieros y averiguar sobre la capacidad del paciente para tomar sus propias decisiones.

El valor de la vida como derecho fundamental, la define, no el individuo particular en el ejercicio de su autonomía y libertad, sino la “*Comunidad moral*”, construida por la Ética, en el entendido de que el individuo hace parte de una comunidad con quien se relaciona de manera permanente, así mismo, el médico, se desenvuelve en una sociedad y sus actuaciones deberán siempre obedecer a los intereses de esa comunidad. Algunos aspectos relevantes que deberá contemplar el desempeño del médico incluyen aspectos bioéticos, legales, sociales y ambientales, por ejemplo la relación médico paciente, su papel como auxiliar de justicia, sus relaciones con los familiares de sus pacientes, colegas, instituciones, sociedad y estado, mantener una conducta honorable, guardar el secreto profesional, su responsabilidad en las reacciones adversas, comunicación asertiva y manejo del duelo, investigación biomédica, pautas sobre publicidad y propiedad intelectual, etc. Visto de este modo, el esfuerzo del médico colombiano en su ejercicio profesional es mucho más complejo si se compara con el mismo, en otras latitudes. El desafío pues de esta profesión es grande.

1.3. Retos del Médico del Militar Colombiano en el ejercicio de su profesión

Las heridas de guerra poseen características únicas, que le son inherentes, dada la severidad de la afectación de los tejidos y el comportamiento tórpido que entrañan. En la atención de los heridos de guerra, resulta práctico adoptar las siguientes prioridades establecidas por el CICR¹⁰, para atención de víctimas de desastres:

- a. Salvar la vida ante todo y luego si las condiciones lo permiten, la extremidad
- b. Sacrificar la extremidad para salvar la vida
- c. Prevenir la infección
- d. Lograr el traslado del herido al siguiente nivel de atención.
- e. La cirugía heroica jamás reemplaza la cirugía adecuada
- f. Es más importante suministrar los primeros auxilios adecuados para poder trasladar a los heridos, que administrar un tratamiento temprano insuficiente, debido a la escasez de medios y los conocimientos disponibles.

Las condiciones adversas para el médico militar en el campo de batalla, expuesto al peligro y por qué no decirlo, al temor de ser herido durante el combate, hacen que la toma de decisiones no sea libre, espontánea ni adecuadamente razonada, más aún cuando cuenta con recursos limitados para brindar atención médica ideal a un paciente severamente lesionado y a la presión de hacer lo mejor posible en el contexto en que se encuentra y no como lo aprendió en su entrenamiento. La cuestión se complica cuando además de médico se es militar, pues además de los códigos deontológicos, el médico

¹⁰ Glannou, C., Baldan, M. CIRUGIA DE GUERRA. Trabajar con recursos limitados en conflictos armados y otras situaciones de violencia. Vol. 1. Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, Suiza. Pp. 17-53. Diciembre de 20011.

militar se rige por unos códigos de honor, de férrea disciplina, de lealtad a la Patria que juró defender aun a costa de su propia vida, protegiendo cada ciudadano, aun si se trata de su propio enemigo quien ante el menor descuido, será su verdugo. A las limitaciones propias de los médicos militares para la atención de heridos en el campo mismo de batalla, se suma una más, la obligatoriedad del personal sanitario a sujetarse a una serie de normas especiales contenidas en el Derecho Internacional Humanitario.

1.3.1. El Derecho Internacional Humanitario (DIH)

El DIH puede definirse como el conjunto de normas jurídicas convencionales del Derecho Internacional, que rigen de manera excepcional, en períodos de guerra o conflicto armado¹¹, con el fin de regular y limitar el derecho de los combatientes a escoger libremente los métodos y medios para hacer la guerra, así como para evitar y sancionar las conductas que lesionan o ponen en riesgo los derechos de las personas protegidas, no participantes de las hostilidades militares y de los bienes y servicios que les permiten su supervivencia¹². El Código Penal Colombiano, Ley 599/2000, en su artículo 135 señala como Personas Protegidas conforme al DIH (dignos de trato humano sin discriminación alguna) a los integrantes de la población civil; a las personas que no participan de las hostilidades y a los civiles en poder del adversario; a los heridos, enfermos o náufragos puestos fuera de combate; al personal Sanitario o Religioso; a los periodistas en misión o Corresponsales de guerra debidamente acreditados; a los combatientes que hayan depuesto sus armas por captura o rendición; a quienes antes del combate fueren declarados apátridas o refugiados y a cualquier otra persona que tenga dicha condición, en virtud de los Convenios I, II, III y IV de Ginebra de 1949 y los protocolos adicionales I y II de 1997. En su artículo 142, estipula las penas para los que con ocasión del conflicto armado, utilicen medios o métodos de guerra

¹¹ El Conflicto Armado se define como el enfrentamiento de dos adversarios claramente identificados, para obtener el control militar, político, étnico o religioso de un territorio durante un periodo de tiempo prolongado, causando un gran número de víctimas.

¹² Estas conductas son llamadas Crímenes de Guerra

“prohibidos o destinados a causar sufrimientos o pérdidas innecesarios o males superfluos”.

Así las cosas, los llamados a sujetarse al DIH son las Fuerzas Armadas en representación del Estado, así como los actores armados irregulares o disidentes que intervengan en el conflicto, con el fin de preservar los derechos de las personas protegidas, aun cuando el Estado no haya dado reconocimiento especial a los actores del conflicto armado opositor. No obstante la definición de crímenes de guerra puede parecer obvia, no lo es su sanción, pues el Código Penal Colombiano castiga algunas conductas como delitos contra el DIH, solo si estas han sido realizadas *“en ocasión y en desarrollo del conflicto armado”*¹³, pero en nuestro país, dadas las características de guerra irregular, la totalidad del territorio nacional, las desapariciones y desplazamientos forzosos, los ataques a las poblaciones y los secuestros masivos parecerían adoptar la forma de plan desestabilizador de la paz y la democracia. Sin embargo, si tales conductas no son tipificadas como tal, serían sancionados como delitos comunes.

Algunas diferencias entre el DIH y los Derechos Humanos residen en el ámbito de su aplicación. El DIH es aplicable a situaciones de conflicto armado y su objetivo es la protección de las personas no participantes en las hostilidades e impone obligaciones a todas las partes en conflicto. Los Derechos Humanos por su parte, protegen a las personas en todo momento, trátase de tiempo de paz o de conflicto armado. Más aun, los gobiernos pueden suspender la aplicación de ciertos Derechos Humanos, ante estado de emergencia pública, no obstante, no podrán atentar contra el derecho a la vida, la prohibición de tortura, castigos y tratos inhumanos, contra la esclavitud, el principio de legalidad ni contra la servidumbre y el principio de retroactividad de la ley.¹⁴

¹³ Al igual que en el Estatuto del Tribunal Internacional para Rwanda, en su Artículo 3° y en el Estatuto de Roma, Artículo 8.1, se consideran crímenes de guerra si las acciones cometidas hacen parte de una política, un plan o una comisión en gran escala.

¹⁴ Glannou, C., Baldan, M. CIRUGIA DE GUERRA. Vol. 1. Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, Suiza. Pp. 17-53. Diciembre de 20011.

Es oportuno en este punto, recordar la categorización clásica de las generaciones de los Derechos Humanos, retomado por Pedro Federico Hooft al entrelazarlos con la Bioética¹⁵ y que según Magdalena Aguilar Cuevas, se fundamenta en un enfoque periódico, basado en la cobertura progresiva de los mismos¹⁶.

- La Primera Generación, referente a las “**libertades fundamentales, los Derechos civiles y Políticos**”, aparece a finales del siglo XVIII con la Revolución Francesa y aplicada en el constitucionalismo del siglo XIX, contempla los derechos del Individuo frente al Estado o cualquier otra autoridad e implican respeto y no impedimento (derecho a la vida, igualdad de Género, a circular libremente, a casarse, libertad de culto, libertad de asociación y reunión, etc.). Son derechos absolutos (El grito de “Libertad” de los revolucionarios franceses).
- La Segunda Generación, reconocida a partir de la segunda década del siglo XX, con la Revolución Industrial e incluidos por México como consecuencia del constitucionalismo social, se refiere a la “**igualdad**”, promulgada en la declaración Universal de los Derechos Humanos y comprende Derechos económicos, sociales y culturales. Son Derechos de contenido social para procurar mejorar la calidad de vida, por tanto, son responsabilidad del Estado. Entre otros ejemplos incluye: el derecho a la seguridad social, al trabajo en condiciones dignas, a formar sindicatos, a un adecuado nivel de vida, a la salud física y mental, a la educación y a la seguridad pública. Son derechos de satisfacción progresiva según las posibilidades económicas de los gobiernos. (La exigencia de Igualdad de los franceses).

¹⁵ Hooft, P. "Bioética y Derechos Humanos. Temas y Casos" Ed. Depalma, Bs.As., 1999, Primera Parte. Capítulo I.

¹⁶ Directora de Promoción de la Cultura de los Derechos Humanos de la Procuraduría General de la Republica. Ver LAS TRES GENERACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS.

- La Tercera Generación, también llamados Derechos de los Pueblos, porque pertenecen a grupos no definidos de personas con un interés colectivo en común, surgen como una necesidad de colaboración entre las naciones. Hacen referencia al valor de la “**solidaridad**”, expresado en palabras de Hoofdt, en el derecho a la paz, al desarrollo, a un ambiente sano, en otras palabras, reconoce la idea de dignidad humana, incluyen el derecho a la autodeterminación, entendimiento y confianza, al uso de los avances tecnológicos, al desarrollo que le permita una vida digna, etc. Constituyen derechos de colaboración internacional. (La última expresión de la Revolución Francesa: Fraternidad”)

En nuestro tiempo, la base de toda cultura y de la relación entre los miembros de las sociedades, que se va propagando a través de todas las demás culturas y sociedades del mundo, hasta el punto de convertirse en referente universal para legitimar y deslegitimar instituciones nacionales e internacionales, es el reconocimiento de la dignidad del hombre y sus derechos. Como bien afirma Adela Cortina en su *Ética mínima*¹⁷ el techo de cualquier argumentación práctica continúa siendo aquella afirmación kantiana de que: «El hombre y en general todo ser racional, existe como fin en sí mismo, no sólo como medio para usos cualesquiera de esta o aquella voluntad; debe en todas sus acciones, no sólo las dirigidas a sí mismo, sino las dirigidas a los demás seres racionales, ser considerado siempre al mismo tiempo como fin».

Aquí se incluye una diferencia esencial entre el primitivo Estado de Derecho, cuyo fin era la sujeción de todos los individuos al imperio de la Ley y el Estado Social de Derecho, en donde además se incluyen garantías para dichos individuos que conforman la sociedad.

¹⁷ Cortina, A. *ÉTICA MINIMA*. Introducción a la Filosofía práctica. Sexta Edición. Editorial Tecnos, S.A. Madrid, España, 2000.

1. 3.2. Consentimiento informado y capacidad para tomar decisiones

Por nuestra condición de seres sociales, con derechos y deberes, estamos sujetos a leyes que propician la libre participación y decisión (principio de autonomía), partiendo del reconocimiento a la igualdad entre los seres humanos, así como de asegurar la protección del más débil e incluso para proteger de sus propias decisiones al más apto para decidir (beneficencia). La competencia para decidir se convierte entonces, es un concepto meramente legal que pretende garantizar el equilibrio entre los principios de autonomía y beneficencia.¹⁸

La Ley 23 de 1981, de Ética Médica, advierte: *“El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente”*.

La Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud¹⁹, por el cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los pacientes, en su artículo 1°, Numeral 2 Establece que *“todo paciente debe ejercer sin ningún tipo de restricciones(...) su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia, ojalá escrita de su decisión”*. El numeral 5 del mismo artículo, contempla *“su*

¹⁸ Referirse a *Documento Sitges 2009*. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Pp. 25-95. Editorial Glosa, S.L. Barcelona. 2009.

¹⁹ Aprobada por la Asociación Médica Mundial en Lisboa en 1981. Disponible en www.acreditacionensalud.org.co/down.php?file...name...doc

derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente, en caso de enfermedad irreversible” y el numeral 10 estipula su derecho a “morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad”.

El principio de autonomía exige el respeto a la decisión de la persona capaz de hacerlo, así como a que se le respete su voluntad, respecto de aquellas cuestiones que se refieren a ella misma. En principio, es el paciente quien debe otorgar el consentimiento informado, pero en el caso en que no esté en capacidad de hacerlo, como ocurre con los heridos gravemente afectados por mina Antipersona, inconscientes o en shock, se debe acudir a sus familiares. En este punto debe considerarse la situación crítica de estado de necesidad, interpretado como una situación de toma de decisiones en la cual se encuentra de por medio la vida y la integridad de los pacientes.

Cuando quiera que la capacidad para decidir de un individuo no esté clara, bien sea porque presente limitaciones de tipo cognitivo, o porque sus facultades mentales o su condición emocional se encuentren deterioradas, (transitoria o permanentemente como consecuencia de una enfermedad), otra persona en su representación deberá tomar la decisión, siempre y cuando dicha persona cumpla con los requisitos de apelar por los intereses de su representado.

Como no todas las decisiones son trascendentes y no todas las enfermedades mentales o psicológicas son totalmente incapacitantes para la toma de decisiones, deberá establecerse el tipo de decisiones que responsablemente pueda tomar un individuo con un estado mental determinado. La capacidad decisoria y la competencia legal deben considerarse como un todo dinámico, que cambia permanentemente con las circunstancias y el contexto.

En lo referente a la “capacidad para decidir”, las normas abundan, pero son contradictorias y dispersas. El paciente es autónomo en aprobar o rechazar el tratamiento médico ofrecido, en virtud del riesgo – beneficio, a pesar de que se le haya explicado en detalle su situación médica y se le impartan recomendaciones. La decisión del paciente se basa en sus preferencias y valores.

Cuando un paciente pierde la capacidad de participar activamente en la toma de decisiones sobre las condiciones que rodean su propia muerte, se debe recurrir a la sustitución, que generalmente recae en los familiares cercanos, amigos o compañeros de la familia y que debe obedecer a los intereses, valores y preferencias del paciente. Los aspectos éticos de la toma de decisiones se refieren al respeto por la autonomía del paciente y su autodeterminación y la forma ideal de hacerlo es bajo la constancia del consentimiento informado y la planeación anticipada de su cuidado ad portas de la muerte, tanto con el paciente, como con su familia.

Existen varios factores de riesgo que predicen con alguna certeza, cuáles pacientes perderán su capacidad para tomar decisiones ante un evento catastrófico que amenace su vida, por ejemplo: la demencia temprana, antecedentes de enfermedad cerebro vascular o factores predisponentes para la misma, enfermedad terminal, prácticas de actividades de alto riesgo, enfermedad psiquiátrica recurrente, familias conflictivas y aislamiento social. Es aquí donde la planeación anticipada del cuidado al final de la vida y el consentimiento informado sobre los cuidados finales o la designación de la persona sustituta en la toma de decisiones, permiten al equipo médico tomar aquellas decisiones en consonancia con las preferencias del paciente. Al respecto, la Ley 30 de 1979, creada para el trasplante y donación de órganos y el decreto 786 de 1990 del Ministerio de salud²⁰, sirven de guía para

²⁰ Por la cual se reglamenta parcialmente el título IX de la Ley 9 de 1979, en cuanto a la práctica de autopsias clínicas y médico-legales, así como viscerotomías y se dictan otras disposiciones.

elaborarlo. El orden de prelación para conceder el consentimiento informado ante incapacidad del paciente es el siguiente:

- Cónyuge no divorciado de la pareja
- Los hijos mayores de edad
- Los padres
- Los hermanos mayores de edad
- Los abuelos y nietos mayores de edad
- Los parientes consanguíneos en línea colateral hasta el tercer grado
- Los parientes afines hasta el segundo grado

Los padres adoptantes y los hijos adoptivos, ocupan el lugar señalado para los padres o hijos por naturaleza. Si los familiares ubicados dentro del mismo numeral, expresan opiniones antagónicas o divididas, respecto del consentimiento que debe otorgarse, prevalecerá el de la mayoría. Para el caso de donación de órganos, prevalece la voluntad del donante sobre el parecer contrario de sus deudores u otra persona. Cuando se trata de una urgencia, el médico tiene la obligación de actuar en defensa de la vida y la integridad del enfermo, en cuyo caso el consentimiento es sustituido por la necesidad de la intervención requerida para preservar la vida de la persona.

En cualquier caso, la persona sustituta también debe reunir ciertos requisitos para la toma de decisiones con respecto de la vida de otro: ser mayor de edad, conocer al paciente y lo que éste desearía para su vida, separar sus propios sentimientos o preferencias de la decisión que tomará, capacidad para manejar la responsabilidad emocional que su decisión conlleve y capacidad para manejar los posibles conflictos que se generen por su decisión al interior de la familia. En todo caso, lo ideal es que la voluntad del paciente quede registrada en su historia clínica, para que pueda ser consultada en un momento dado por personal de la salud diferente a su médico tratante y que no conoce las preferencias y deseos del paciente.

1.3.3. Proporcionalidad vs. No proporcionalidad del tratamiento

En toda acción médica frente a un paciente, se deben considerar los conceptos de *proporcionalidad* y *no-proporcionalidad*, que reemplazan los criterios de *ordinario* y *extraordinario*, ya que estos últimos dependen principalmente de los recursos disponibles y de las tradiciones médicas más que del propio paciente. La proporcionalidad del ejercicio médico considera la situación particular del paciente y respeta su decisión siempre y cuando no vulneren los principios de no maleficencia y justicia, en otras palabras, hace referencia a la conveniencia o inconveniencia de una acción médica particular según la condición de un paciente, de tal suerte que el resultado al final del tratamiento o medio diagnóstico, sea el esperado.

En su decisión, el médico deberá considerar el tipo de conducta terapéutica, su grado de dificultad, los riesgos implícitos y explícitos en su uso, los costos reales y la posibilidad efectiva de aplicarla, el estado físico y emocional del paciente y sus propios juicios morales. Cuando existe un equilibrio entre todos estos aspectos (costo – beneficio) se habla entonces de que la acción médica es proporcionada y en el caso contrario, la acción médica se considerará desproporcionada, desmedida o inmoderada.

Por regla, se espera que la conducta terapéutica del médico sea proporcionada, es decir, que los beneficios esperados para un paciente que sufre una enfermedad particular y cierto pronóstico, guarden relación con la acción médica, el sufrimiento del paciente, los costos generados y los riesgos asumidos.

1.4. La moralidad de los actos humanos

La moral de una sociedad radica en que sus integrantes reconozcan que los hombres tienen dignidad y no precio y en consecuencia, sean auto legisladores de normas morales que luego de un consenso, sean aceptadas y

aplicadas como un compromiso moral de reconocimiento recíproco de sus derechos.

El acto humano libre se basa en conocimiento y deseo a la luz de su propia razón, posee las características de inteligencia, voluntad y libertad, pero esto no significa que la moral sea "situacional", porque la conciencia no puede obrar independientemente de los principios universales, que son al fin y al cabo los que orientan los casos particulares. Por esto, moral y ética son diferentes. La moral estudia el acto humano individual particular en su entorno y circunstancias concretas. La ética es más amplia, pues es ni más ni menos que el estudio de la moral. Plantea cuál es el valor de bondad de las conductas mismas, de lo que es correcto o incorrecto como norma universal.

Dado que la ética no es una ciencia positiva y no describe los actos humanos como son sino como deben ser, es una ciencia normativa. Existen unos principios absolutos para cualquier estructura ética, en lo concierne al ser humano en sí, que incluyen la autonomía de decisión, su individualidad, su igualdad de derechos y la práctica de deberes elementales como no dañar a nada ni nadie sin absoluta necesidad. Se resumen en Inviolabilidad del ser humano, igualdad de derechos y respeto a la integridad personal. El estudio y la enseñanza de estos principios "mínimos" de convivencia es el fundamento de la ética social.

La diferencia entre ética autónoma y ética heterónoma tiene importancia analítica. La primera se basa en el concepto kantiano de autonomía moral, es decir, de la capacidad de la persona para actuar en forma consistentemente moral, sin influencias externas. La segunda es la que se recibe de fuentes externas e independientes de la voluntad y que se imponen por la sanción, la cual puede ser religiosa, política y social.

Kant, en su "*Fundamentación de la metafísica de las costumbres*", señala que la autonomía de la voluntad constituye una ley por sí misma, ya que es independiente de cualquier propiedad de los objetos que constituyen el querer.

Por ello, la Autonomía consiste en "Elegir siempre de tal modo, que la misma volición contemple las máximas de nuestra elección como ley universal." Así definida, la Autonomía es un concepto elaborado por el ser humano, que implica libertad personal y actuar según sus propias expectativas, las cuales pueden diferir de su entorno social.

Como ser inteligente, el hombre se enfrenta a diversos dilemas que lo obligan a tomar todo tipo de decisiones en su vida cotidiana, algunas de ellas simples y sin mayores repercusiones y otras veces, trascendentes hasta tal punto que puede no solo afectar su propia vida sino la de los demás. El proceso de toma de decisiones exige unas capacidades intelectuales mínimas, que le permitan comprender las alternativas a elegir y a la vez, una voluntad que lo guíe a inclinarse por alguna de ellas y un razonamiento ético y moral que le impidan transgredir alguna norma o ley e incluso superar sus prejuicios.

La Conducta del hombre plantea el interrogante ético ¿qué debo hacer?», en lugar de « ¿por qué debo hacerlo? y esa decisión o validación de la acción humana, está condicionada según Habermas, a que el sujeto manifieste sus intenciones verdaderas y que argumente las razones que permitirían avalar las normas que rigen su actuación. De este modo, puede el individuo resolver las situaciones de conflicto que se le puedan presentar. Una norma será considerada como moral cuando los efectos de su aplicación respeten la dignidad del hombre en cuanto ser en sí mismo, cuando pueda aplicarse sin ningún tipo de restricción y sea universalizable, es decir aplicable para todos los individuos.

La moralidad de los actos humanos depende de tres cosas: 1. El objeto elegido o dirección hacia el cual tiende la voluntad 2. La intención o fin, en la que actúa la voluntad y 3. La razón y las circunstancias de la acción. Para que un acto sea moralmente bueno, deben ser buenos los tres elementos. Por lo tanto, juzgar los actos humanos solamente con base a su intención, es erróneo, el fin no justifica los medios. No es permitido hacer el mal para

conseguir un bien. Desde el punto de vista de ética social, F. Herrera²¹, plantea:

"...Tenemos tres grandes principios éticos, destinados al recto obrar humano, según la premisa ética de la recta razón...Haz el bien y evita el mal...No hagas a otro lo que no desees que hagan contigo...Haz a los demás lo que desees que hagan contigo, sin embargo, el respeto a los derechos individuales llega hasta donde los actos de las personas comienzan a lesionar el bien común, pues este es el fin mismo de la ética social, de la convivencia entre personas".

1.4.1. Algunos conceptos sobre Ética Mínima

Adela Cortina, en su intento por descubrir cuál es el quehacer ético en nuestro tiempo y comprender el grado de conciencia moral alcanzado por la humanidad en su historia, hace un recorrido por las tendencias filosóficas de todos los tiempos, para concluir en su obra "*Ética Mínima*", que si bien es cierto que en nuestro tiempo se acepta y respeta la heterogeneidad, también lo es que existe una tendencia generalizada al reconocimiento de la dignidad del hombre y sus derechos. Así, aunque el contenido varíe de una a otra teoría filosófica, dándole mayor o menor importancia respecto de aquello que los hombres necesitan o desean, lo moral permanece y quizá en esto se basa su fundamentación. Aun en nuestra época, la argumentación práctica continúa siendo la afirmación Kantiana de que el hombre, existe como fin en sí mismo²².

La definición neo-kantiana de R.M. Hare (1963)²³, sobre la moralidad de un juicio, implica tres condiciones: que sea prescriptivo, que sea una obligación categórica de actuar y que sea universalizable, un punto de vista que

²¹ Francisco Herrera Jaramillo, "Filosofía del derecho". Universidad del Rosario. Bogotá

²² Cortina, A. *Ética Mínima*. Introducción a la Filosofía practica. Sexta Edición. Editorial Technos S.A., Madrid. 2000

²³ Su teoría moral llamada "Prescriptivismo universal", se basa en la idea de que la mayoría de juicios morales son prescripciones universalizables. Como lo describe P. Singer, en "Compendio de ética", Julio 2011, el prescriptivismo intenta ubicar tanto errores como ideas verdaderas de otras teorías éticas actuales, de remediar los errores manteniendo estas ideas y de proporcionar una síntesis entre ellas

cualquier ser humano pudiera o debiera adoptar en reacción al dilema. El quehacer ético entonces, como lo afirma Adela Cortina, “*consiste en hacer concebible la moralidad, en tomar conciencia de la racionalidad que hay en el obrar, en acoger especulativamente en conceptos lo que hay de saber en lo práctico*”.

Es pertinente entonces, distinguir claramente entre moral y ética. El concepto de cada una, va más allá de lo estrictamente etimológico: mientras la primera se encuentra en el nivel del pensamiento, la segunda, también llamada filosofía moral, lo está en el nivel del lenguaje. Así entonces, la moral conocerá de aquellas normas que pretenden regular las acciones de los hombres, en cuanto a sus actos libres y responsables se refiere, respondiendo a la pregunta ¿Cómo hombre, qué debo hacer?, luego es prescriptiva y por ende, pretende ser incondicional y universalizable. La ética, en cambio, como segundo nivel reflexivo, intenta dar razón de dichas prescripciones, en términos de la razonabilidad de las mismas, buscando causas universales que logren adaptar los actos humanos al bien universal.

El fenómeno moral contiene dos elementos: la moral y la felicidad. La moral, construida desde una concepción antropocéntrica, contiene normas que confieren al hombre una posición de dominio sobre las demás especies y el respeto absoluto de ellas. La moral, representa la máxima expresión del hombre como “ser” y lo refleja en su conducta, pues es el producto de la concientización del individuo de esas normas morales.

Rawls²⁴ distingue claramente entre lo justo y lo bueno, entendiendo “*lo Justo*” como aquel principio que el Estado ha de garantizar, dentro del cual figuran, entre otros, la libertad, los derechos políticos y los derechos sociales como salud y educación. “*Lo Bueno*” por su parte, hace referencia a esa concepción particular que cada quien tiene del bien, producto de su reflexión moral y que

²⁴ Rawls, J. *The law of peoples*. Harvard University Press, 1999.

constituye, en palabras de Cortina, a opciones para buscar la felicidad e incluye la religión, orientación sexual, preferencias, etc., en donde el Estado no tiene injerencia alguna. Pese a que no hacer daño, resulta claro para todos como principio ético, no ocurre lo mismo con la beneficencia. Definir en qué consiste hacer el bien es algo que puede incluso considerarse abstracto o idealista. William Frankena lo describe como una acción positiva que incluye no solo prevenir el daño, eliminar el mal, sino además hacer el bien²⁵. La justificación práctica de Rawls²⁶ del actuar humano, ocurre cuando se establece la conciencia moral y nuestras “convicciones meditadas” resultan de la reflexión crítica de las normas morales que se presentan como universalmente obligatorias.

Aristóteles, en su “Ética a Nicómaco”, habla de la voluntad virtuosa, que se acompaña de la razón y la reflexión. Por ser una elección, la virtud debe ser el producto de una deliberación sobre lo incierto, sobre lo indeterminado y sobre los medios para alcanzar los fines²⁷. La moral requiere entonces de otras virtudes humanas que le favorezcan: responsabilidad, auto exigencia de comportarse consigo mismo en coherencia con lo que significa ser hombre; auto respeto, que en palabras de Rawls, implica la conciencia que tiene el individuo de su propio valor en cuanto persona, con un proyecto de vida y una intención de autorrealización personal, que lo motive a alcanzarlos.²⁸

Jeremy Bentham, fundador del utilitarismo, considera que las dos motivaciones básicas que dirigen o determinan la conducta humana son el placer y el dolor, que por ser reales, pueden convertirse en un principio de la moralidad. Bentham formuló explícitamente el “principio de utilidad”, según el cual la moralidad de un acto se mide por la cantidad de felicidad que produce

²⁵ Consultar Frankena, W. *Ethics*. Chapter Three: Utilitarianism, Justice, and Love- The principle of beneficence- Second edition. 1973. Disponible en www.ditext.com/frankena/ethics.html

²⁶ Equilibrio Reflexivo de Rawls en su libro *Teoría de la Justicia*, parte III

²⁷ Aristóteles, “Ética a Nicómaco”. Libro VI. Ed. Centro de estudios constitucionales. Madrid, España. 1994 Pp 90-93

²⁸ Rawls, J. *Teoría de la Justicia*, pp. 486

y por la cantidad de gente que alcanza a disfrutarla. La “Felicidad” en sentido hedonista, se entiende como maximización del placer y minimización del dolor. En tal sentido, es posible establecer criterios para calcular la utilidad o la felicidad, según siete criterios cuantitativos referidos al placer: intensidad, duración, certeza –o seguridad–, proximidad, fecundidad, pureza –menor mezcla con dolor– y “extensión” –cantidad de beneficiarios.²⁹

Pero desde un punto de vista formal, el principio de utilidad no se refiere necesariamente a la “felicidad”, sino en general al “bien”, que puede concebirse de diferentes maneras, no obstante cualquiera que sea el concepto de “bien” que se acepte, se obliga a su maximización. Desde el punto de vista material, se distinguen un utilitarismo “hedonista”, que analiza desapasionadamente las motivaciones del comportamiento individual y colectivo y por tanto, entiende el bien como “placer” o como “alegría”, o –en sentido negativo– como minimización del “dolor” o de la “tristeza”³⁰. El otro sentido es el idealista, cuyo defensor es Stuart Mill, que pretende destacar que los valores éticos tradicionales como la igualdad, la compasión y la libertad son lo que más le conviene al ser humano.

Ante la amplitud de lo que encierra el término “felicidad” y la incapacidad de discernimiento del hombre para definirla en su contenido, no existe un modelo de vida feliz aplicable para todos, luego la felicidad, orienta la filosofía moral hacia el ámbito del deber.

El ámbito moral entonces, será el de la realización del hombre en tanto que hombre, la expresión de su propia humanidad y la realización de la autonomía humana. Como bien dice Cortina, “La grandeza del hombre estriba, no en ser capaz de ciencia, sino en ser capaz de vida moral y esta vida tiene sentido porque consiste en la conservación y promoción de lo absolutamente valioso:

²⁹ Ver el positivismo de Stuart Mill, en Historia de las Doctrinas Filosóficas. Cuarta edición. Pearson educación. México 2008. Pp. 211-214.

³⁰ Maisonneuve J. *Los sentimientos*. Barcelona: Oikos-Tau; 1973: 56-57.

la vida personal”³¹. Pese a que la autonomía de las personas sigue siendo el principal interés de la moralidad, dicha autonomía debe plantearse no de manera individual sino dentro de un contexto social.³²

El mundo moral se alimenta de otros aspectos diferentes de la razón científica o técnica e incluso de la razón formal. Aparecen en escena, sentimientos e intereses ante las desgracias, injusticias y sufrimientos, que la tornan sensible, solidaria y compasiva ante los menos favorecidos. Dado que la ética no implica la perfección del hombre como en el utilitarismo de Epicúreo, sino más bien es una ética de la mayor satisfacción posible con respecto a deseos, necesidades, intereses y preferencias, podría decirse entonces que la tarea de la moral es la maximización de la satisfacción social y no la satisfacción individual, no obstante, el deontologismo afirme que ni la felicidad individual ni la colectiva, se pueden anteponer al propio valor de la persona humana.

Para las concepciones filosóficas del utilitarismo y el pragmatismo, la moral se entiende como la realización de la vida buena y de la vida feliz, ajustándose claro, a las normas humanas aceptadas e interiorizadas. Incluso, para Cortina, la moral también implica la aptitud para la solución pacífica de los conflictos. Para el estoicismo, el hombre en cuanto que tiene dignidad y no precio, puede abstraerse del orden natural y dictar de manera autónoma, sus propias leyes, por tanto, sus acciones ya no serán juzgadas en virtud de la felicidad que produzcan, como en el teologismo, sino en realizarlas de acuerdo a las normas que él mismo se ha impuesto como auto obligación, como deber. Las éticas dialógicas, entretanto, postulan que la aceptación de una norma universalmente obligatoria para todos los individuos, se convierte en una opción personal mediante la racionalización de lo que ello implica para el bienestar colectivo.

³¹ Ibid, 22. pp 58

³² Ver J. Hierro, Problemas del Análisis del Lenguaje moral, Madrid, 1970, pp. 28-33.

La auto concepción Kantiana del hombre como un fin en sí mismo y el autorreconocimiento de su propia dignidad, sin precio alguno, son la motivación de su actuar moral y constituyen la base del quehacer ético. La ética, se ocupa de darle a la Moral una razón filosófica reflexiva que permita justificar de manera argumentada, por qué existe y por qué debe o no haber moral. Como no se ocupa de ninguna Moral particular, pretende ser Universalizable³³, no importa que las diferentes concepciones morales difieran entre sí en cuanto a lo que consideran moralmente correcto o incorrecto, en lo que deban hacer los hombres, en lo que los hace felices, en lo bueno para sus vidas.

Si bien es cierto esas normas universalizables podrán aplicarse a todos los individuos para asegurar la convivencia pacífica de la sociedad, no ocurre lo mismo con la felicidad, por ello en palabras de Cortina, a la felicidad se invita, mientras que a esas normas, entendidas como unos “mínimos de justicia compartidos entre una oferta de máximos” se obliga. La reflexión ética consistirá entonces, “en articular deber y felicidad mediante el diálogo intersubjetivo, de tal modo que la autonomía se exprese en el contexto del bien común”.

La ética de mínimos invita pues, a decidir en justicia e igualdad entre aquellas normas que aseguren la convivencia de la sociedad de tal forma que sean aplicables de igual manera para todos sus miembros y así mismo sean exigibles y obligantes. Solo así, el respeto a la igualdad se convertirá en una forma personal de discurso normativo y de vida.

³³ Ver ETICA MINIMA. Introducción a la Filosofía práctica. Sexta Edición. Editorial Technos, S.A. Madrid, España, 2000, pp. 19

1.4. 2. Desarrollo Moral

Lawrence Kohlberg, sostiene al igual que Jean Piaget, que la moral en cada individuo se desarrolla en una serie de fases o etapas. En *“El juicio moral del niño”*, Piaget afirma que la moralidad es un asunto de justicia y la define como el respeto a las reglas y como la aplicación justa de las reglas tanto para aquellas personas que las construyen, así como para aquellas personas a quienes se aplicaban las normas³⁴. Si bien Kohlberg afirma que dichas etapas son iguales para todos y siguen un orden establecido, donde existe un proceso de aprendizaje irreversible en el que se adquieren nuevas estructuras de conocimiento, valoración y acción que permiten el paso a la siguiente etapa, no todas las etapas del desarrollo moral surgen de la maduración biológica como sostiene Piaget, sino que las últimas etapas están, ligadas a la interacción con el ambiente. Aunque el desarrollo biológico e intelectual es una condición necesaria para el desarrollo moral, no es suficiente. Para Kohlberg, no todos los individuos llegan a alcanzar las etapas superiores del desarrollo moral.

Kohlberg desarrolló un estudio de investigación con niños y adolescentes de los suburbios de Chicago, a quienes presentó diez situaciones posibles en las que se daban problemas de elección moral entre dos conductas (dilemas). Del análisis de sus respuestas en cuanto a juicios, razonamientos, contenidos etc., extrajo la definición concreta de sus etapas del desarrollo moral. En la siguiente fase de su investigación, aplicó las mismas pruebas, pero adaptadas a la cultura china, a niños y adolescentes de una aldea de Taiwán. Los resultados fueron reproducibles y con ello logró demostrar que su teoría de desarrollo moral era universalizable.

³⁴ Comas. J. (traductor). Librería española y extranjera, Madrid. 1935

A partir de los resultados de su investigación, Kohlberg determinó que existían tres niveles de desarrollo moral:

1. **Nivel moral preconvencional:** El individuo no distingue entre «derechos y deberes» como imperativos hipotéticos prudenciales y «derechos y deberes morales» como imperativo categórico.
2. **Nivel moral convencional:** Hace referencia a la adopción de un conjunto de reglas y regulaciones sociales que son arbitrarias por naturaleza pero que ofrecen la uniformidad requerida para la vida en grupo.
3. **Nivel moral posconvencional:** basada en principios. El razonamiento moral a este nivel , conduce a una tolerancia sobre la resolución de los dilemas personales de obligaciones especiales dentro de un marco general de justicia no relativa, que le atribuye el contexto particular dentro del cual tiene lugar la toma de decisión moral personal (individual).

Así mismo, determinó que existían seis etapas de desarrollo, cada una de ellas con dos componentes formales: el primero de ellos, la perspectiva social y el segundo es moral y prescriptivo, es decir, los estadios estructuran los derechos y deberes a través de tres operaciones: de justicia: la igualdad, equidad y reciprocidad.

- 1ª Etapa, llamada Heterónoma: Castigo y Obediencia. Tiene una perspectiva no diferenciada o egocéntrica y se basa en la obediencia absoluta a las reglas y autoridad adultas.
- 2ª Etapa, llamada Individualismo: el propósito y el intercambio: tiene una perspectiva de dos actores conscientes de las necesidades individuales del otro, coordinados a través de actos de reciprocidad concreta

- 3ª Etapa, llamada Mutualidad: expectativas, relaciones y conformidad interpersonal. Entiende al otro dentro del contexto de las expectativas de rol compartidas en unas relaciones personalizadas;
- 4ª Etapa, llamada la Ley y Orden: sistema social y conciencia. Entiende al otro en el contexto de un sistema social de normas y roles menos personalizados
- 5ª Etapa, llamada la Utilidad: derechos previos y contrato social. Tiene una perspectiva anterior a la sociedad
- 6ª Etapa, llamada Autonomía: Principios éticos universales

El modelo de los estadios Kohlberg, representa diferentes formas jerárquicamente integradas de las operaciones de reciprocidad, igualdad y equidad. Cada estadio es más reversible que su estadio precedente. La reversibilidad, que se logra cuando los juicios hechos en respuesta al dilema consideran los intereses y puntos de vista de todos los actores involucrados y le permite a ese individuo que tomara la decisión, considerar la perspectiva de todos ellos, de tal suerte que su decisión sea la misma si tuviera que ponerse en el lugar de todos y cada uno de los actores del dilema y es una decisión justa. En palabras de Levine y Harper, una decisión justa se alcanza “por una noción de imparcialidad y consistencia a través de los roles sociales en términos de procedimientos y derechos institucionados”.

Según Levine y Harper, la reciprocidad del Estadio 2 consiste en un intercambio concreto de favores o peleas, en un ciclo indefinido de venganza, sin equilibrio ni punto final. En el Estadio 3, el sujeto razona que para terminar con el conflicto, debe buscar una solución dialogada. La idea de justicia, considerada como reciprocidad ideal resulta equilibrada o reversible: “Haz a otros lo que te gustaría que te hicieran a ti. En el Estadio 4, el individuo toma la perspectiva del otro generalizado, es decir, ocupa el lugar de cualesquier otro miembro de la sociedad, independiente del rol

que éste ejerza. En el Estadio 5 cada actor adopta una perspectiva previa a la sociedad y atribuye prioridad a la vida sobre la propiedad. Aquí también la reversibilidad le da la capacidad de ocupar el rol de cualquier otro. En el Estadio 6, la reversibilidad se convertiría en una operación auto-consciente al hacer elecciones justas.

Cada Estadio demuestra una perspectiva más alta de justicia respecto al anterior, donde progresivamente el individuo adopta conciencia social y asume responsabilidad en términos de igualdad y reciprocidad. Así pues, cada Estadio resulta ser más adecuado moralmente que el anterior, hasta alcanzar el sexto Estadio donde actúa por auto convicción. Las etapas superiores para Kohlberg, resultan de un entendimiento reflexivo de los Derechos humanos.

Levine y Harper, inspirados en Piaget, se basan en la moralidad como justicia Deontológica en sus ensayos sobre el desarrollo moral, dado que el juicio moral es prescriptivo y se basa en el deber³⁵. El concepto de universalidad moral implica la búsqueda de algunas mínimas concepciones de valor (sin incluir lo bueno o ideal), sobre las que todas las personas podrían estar de acuerdo, independientemente de que difieran en sus objetivos o fines. Para Rawls y Kohlberg la búsqueda del bien y la perfección humana están sujetas a las diferencias de su significado y aplicación entre los individuos, luego la elección del bien es subjetiva y pluralista y el punto de vista moral será la búsqueda de la objetividad interpersonal para ver las perspectivas humanas en situaciones concretas (dilemas) y decidir objetiva y racionalmente.

Gilligan (1982) y Habermas (1979), señalan que la madurez moral, que resalta las ideas de justicia y consideración por los derechos individuales, ignora el concepto de comunidad ideal es decir, de cuidados y

³⁵ Ibid 25, pp 82

responsabilidad por los demás³⁶. La moral de los derechos difiere de la moral de la responsabilidad. La justicia es la principal característica del juicio moral, ya que constituye la estructura de interacción interpersonal. En el campo moral también incluye una doctrina ética cristiana, que en griego se conoce como: “*ágape*”, que es la virtud que encierra sentimientos como la hermandad, el amor, la caridad y los cuidados a la comunidad. A esta virtud se le conoce hoy día como “conducta prosocial”³⁷

Gilligan sostiene que existen unas relaciones y obligaciones especiales, que incluyen las relaciones entre familia, amigos y grupos a los cuales uno pertenece. Como afirman Levine y Harper, cuando discuten la formulación actual de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, las situaciones de dilema incluidas en esas relaciones especiales, se pueden resolver mediante una ética de justicia universalista de respeto hacia las personas o reglas y con los conceptos de contrato y reciprocidad, pero también, si se aplica una moralidad de relaciones particularistas, matizadas con sentimientos de afecto y actitudes de cuidados, amor, lealtad y responsabilidad, siendo claramente diferentes de las relaciones universalistas regidas por el razonamiento de justicia. Para ello, han establecido cuatro criterios que distinguen los juicios de responsabilidad personal de aquellos deontológicos o de justicia a saber:

1. Los juicios que consideran las necesidades y bienestar del otro como individuo, en donde el bienestar del otro parece ser un asunto de derecho o reclamación que el otro tiene o en donde es una cuestión de no dañar el bienestar del otro, son juicios de justicia.
2. Los juicios que consideran el llevar a cabo la necesidad de otro cuando no se basa en un derecho o donde no es una cuestión de evitar un daño, son juicios de responsabilidad.

³⁶ Véanse “Ensayos sobre el desarrollo moral” Segunda Parte. Estadios morales: Una formulación actualizada y respuesta a los críticos. Levine, C. , Harper, A. Harper & Row, Publishers, San Francisco. Versión castellana de Asun Zubiaur Zarate. 'EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A. - 1992

³⁷ Véase “Ética de cuidado” de Carol Gilligan (1982)

3. Los juicios de responsabilidad de forma consciente consideran el compromiso y la implicación del ser en la acción o en las consecuencias del bienestar en el otro.
4. Los juicios de valor personal moral (aretaicos) o de la clase de ser que el actor quiere ser (carácter perfeccionista), o sería si fracasara el llevar a cabo la acción (juicios de culpa, pérdida de la integridad) son juicios de responsabilidad cuando se usan explícitamente como base para la acción. No son juicios de responsabilidad cuando se utilizan para definir derechos y/o deberes.
5. Los juicios que utilizan una evaluación intrínseca de las relaciones sociales, como la amistad o las relaciones de la comunidad como una justificación para llevar a cabo una acción moral, son juicios de responsabilidad.

De la revisión de las Teorías de Kohlberg y Gilligan, Levin y Harper³⁸ concluyen que existen dos conceptos de moralidad: aquel que implica un punto de vista moral imparcial representado por dilemas y estadios de justicia, y otro que implica obligaciones especiales basada en la comunicación y en nexos interpersonales. El segundo concepto, más particular, resulta fundamental a la hora de solucionar dilemas morales “personales” y también para contextos específicos de grupos sociales. Dicha moralidad “personal” en concepto de Gilligan, hace parte del campo moral, y recíprocamente, los estadios de justicia planteados por Kohlberg, también podrían aplicarse a este campo “personal” o a consideraciones de las relaciones especiales, aunque los sujetos no siempre lo hagan.

³⁸ Ibid 34

2. METODOLOGÍA

- 2.1. Tipo de investigación:** este estudio es de tipo exploratorio de corte cualitativo, enmarcado dentro del Paradigma comprensivo.
- 2.2. Muestra:** De un campo de 15 Médicos militares, cirujanos de la Guarnición de Bogotá que asisten a los grupos GATRA (Grupos de atención avanzada de trauma), se tomó una muestra de 10 personas para aplicación de la entrevista.
- 2.3. Criterios de inclusión:** dado que las intervenciones quirúrgicas ablativas que requieren los pacientes severamente afectadas por mina antipersona, son realizadas en los grupos GATRA por personal médico con especialidades de Ortopedia y Cirugía, dichas especialidades se tuvieron como criterio de inclusión. Así mismo, se exigía que este personal hubiese asistido mínimo en dos oportunidades al grupo GATRA y que hubiesen intervenido quirúrgicamente al menos dos pacientes durante dichas comisiones.
- 2.4. Criterios de exclusión:** se excluyó de esta investigación al personal de sanidad con otras especialidades diferente a Medicina, a médicos militares participantes en grupos GATRA, con otras especialidades diferentes a Cirugía y ortopedia. A los médicos militares participantes en grupos GATRA, que no hubiesen operado ninguna víctima de mina Antipersona o a menos de dos pacientes durante su comisión.
- 2.5. Categorías:**

Como Unidad de Análisis se consideró la Construcción moral de la decisión médica terapéutica ante paciente gravemente heridos por mina

antipersona y como unidad de observación a los médicos cirujanos militares colombianos, del Hospital Militar Central que participan en grupos GATRA.

2.6. Herramienta de recolección de datos: se construyó un formato de entrevista Semiestructurada, la cual se aplicó bien de manera presencial o virtual. Para la aplicación de la entrevista, se identificaron las posibles variables a intervenir en el proceso de toma de decisiones terapéuticas ante pacientes gravemente heridos por mina Antipersona y se construyó una matriz (Anexo No. 1), que sirvió de base para construir diversos tipos de preguntas:

- **Preguntas biográficas**, que exploran aspectos generales
- **Preguntas sensoriales**, que exploran sentimientos y emociones generadas por la relación médico paciente.
- **Preguntas sobre conductas**, que exploran criterios morales.
- **Preguntas de conocimientos**, que exploran el conocimiento y aplicación de los lineamientos legales y deontológicos del ejercicio médico

2.7. Consentimiento informado: Por tratarse de una exploración tan personal sobre valores, sentimientos, conocimientos, apreciaciones, etc., y experiencias vividas, involucrados en la toma de decisión del médico militar, se obtuvo un consentimiento informado donde además, se garantizó el respeto a la confidencialidad de la información suministrada. Dicho consentimiento fue conocido y firmado por el entrevistado durante la entrevista era presencial y se dio por autorizado, con la respuesta del correo electrónico, previa lectura del consentimiento informado, cuando la entrevista se realizó de manera virtual.

3. RESULTADOS

3.1. Preguntas biográficas:

Se entrevistaron 10 médicos cirujanos militares, todos con más de 13 años de servicio en las Fuerzas Militares de Colombia, pertenecientes al Ejército, Armada y Fuerza Aérea, quienes por sus especialidades han sido comisionados a participar en los grupos GATRA para atención de los pacientes de uno u otro bando, heridos en combate en el campo de batalla. Cuatro tenían especialidad en Cirugía General, y a excepción de uno, todos eran Supra especialistas. Los seis restantes tenían especialización y supra especialización en Ortopedia. Su experiencia como especialistas varió entre los 3 y los 10 años y como Supra especialistas entre los 1 y 10 años.

Se contó con la participación de 1 mujer y 9 hombres. La edad promedio de los médicos entrevistados fue de 43 años. El médico militar que menos veces asistió a comisiones en el GATRA, lo hizo en 3 ocasiones, en contraste con 12 comisiones del que más asistió. Entre los 10 cirujanos militares reportaron haber realizado 470 cirugías de pacientes heridos en combate, todos por mina antipersona y unos pocos por arma de fuego de gran velocidad. El 47% de estos heridos, presentó amputación traumática de uno o más miembros, requiriendo manejo quirúrgico inicial para el manejo de sus lesiones. Tan solo el 0,8% de los pacientes que requirieron cirugía, murió durante o posterior a la misma, siendo la exanguinación o hipovolemia la principal causa de muerte.

Nueve de los entrevistados rechazaron la aplicación del código de No reanimar, aun cuando las lesiones fuesen tan graves que afectaran el estado neurológico del paciente, por el contrario, solo uno de ellos

contempló la aplicación de dicha conducta en caso de sospechar muerte cerebral, aun sin tener los medios paraclínicos suficientes para confirmarla.

A la pregunta de si habían tenido que atender guerrilleros o delincuentes al margen de la ley durante sus comisiones GATRA, el 80% respondió que sí y aunque el 20% restante lo negó, aceptó haber atendido civiles que bien pudieron ser guerrilleros.

3.2. Preguntas sensoriales:

(Exploración de sentimientos y emociones generadas por la relación médico paciente)

3.2.1. Sentimientos y experiencias:

La mayoría de médicos entrevistados, refiere que a pesar de su vasta experiencia en el manejo de pacientes heridos en combate les resulta imposible no afectarse emocionalmente por las heridas que éstos presentan. Manifiestan haber sentido dolor, tristeza, frustración, angustia y preocupación, lo que algunos han llamado “Dolor de Patria”, pues se trata en la gran mayoría, de jóvenes cuya edad no supera los 23 años, provenientes de zonas rurales del país y con un nivel socio cultural bajo. Solo dos de los entrevistados, afirmaron que sin importar las heridas presentadas y sus secuelas, siempre comienzan su relación médico – paciente con optimismo, el mismo que le imprimen al sujeto, pues reconocen que son pacientes recuperables y que alcanzan un buen estado de rehabilitación, que les permite o bien reintegrarse a las filas o bien, a la sociedad.

3.2.2. Opiniones personales e identificación con el otro:

Las manifestaciones de rabia fueron evidentes durante las entrevistas, cuando se les preguntó qué opinaban del mecanismo de las lesiones y la severidad de las mismas, pues consideran desconcertante y absurdo que los Soldados, en cumplimiento de su deber constitucional, sean víctimas de estos artefactos explosivos, aun cuando deciden voluntariamente ejercer su labor con pleno conocimiento de los riesgos que dicha actividad conlleva. Gran parte de los médicos se identificaron con el paciente, pues son militares como ellos y comparten su angustia, además de expresarse con términos como “hermano” “compañero” o “hijo”, demostrando el gran cariño y la solidaridad de cuerpo hacia el soldado herido. Además del propio deber de cuidado para con el paciente, les asiste una inmensa gratitud por la labor que desempeñan los soldados y un enorme compromiso por tomar la decisión más acertada y conveniente para el paciente y su recuperación. Manifestaron sentir mucha ansiedad por comenzar a intervenirlos para asegurar su pronta recuperación y favorecer el pronóstico del paciente que en su criterio, es bueno en todos los casos.

3.2.3. Tolerancia y aceptación de las diferencias

Respecto de las sensaciones que les produjo la atención de guerrilleros, todos concuerdan en que se deben tratar médicamente por obligación o por ética, no obstante cuatro de ellos dijeron no hacerlo con agrado; uno más, sentir tristeza y compasión por su estado de salud; tres, preocupación por acusaciones o demandas posteriores de los pacientes, en un intento de desprestigiar a las Fuerzas Militares y los dos médicos restantes, manifestaron no tener ningún sentimiento particular hacia ellos, salvo el que les genera cualquier otro paciente.

3.2.4. Conductas médicas y prácticas

Pese a que todos han adquirido suficiente experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes a través de sus años como médicos militares, fueron estrictos con la aplicación de protocolos y guías de manejo basadas en estándares internacionales para atención del trauma, de tal manera que el 90% de los entrevistados, negó hacer tratamientos diferibles en el paciente. Todos tienen muy claro que el objetivo del GATRA es el “Control de daños”, particularmente en lo que atañe a control hemodinámico, estabilización, prevención y manejo de infecciones y remisión a nivel IV de atención en salud. Nueve cirujanos negaron realizar tratamientos diferibles en sus pacientes, dadas las limitaciones de recursos y condiciones óptimas de tratamiento, evitando con ello la aparición de complicaciones innecesarias. Ninguno aceptó realizar tratamientos definitivos o cosméticos. Solamente uno de los médicos militares aceptó realizar tratamientos quirúrgicos diferibles, ya que se trata de un ortopedista supra especialista en Prótesis y amputados, quien por su experticia en la adaptación de las prótesis, remodela el muñón de amputación en el GATRA, avanzando así en la rehabilitación del paciente.

3.2.5. Precauciones en el ejercicio médico

Aunque ninguno de los participantes en esta investigación ha sido demandado por las conductas tomadas en sus pacientes amputados en el GATRA, concuerdan en afirmar que ello se debe a que siempre, aun con pacientes inconscientes o con su estado mental alterado, procuran darle la información pertinente y clara para que consienta el tratamiento. Los ortopedistas confesaron que toman fotografías iniciales de las

lesiones y de los hallazgos intraoperatorios, como medida de precaución contra demandas y ante todo, para que el paciente comprenda la severidad de su condición y la pertinencia de la cirugía.

3.2.6. Criterios de tratamiento

Las opiniones se encuentran divididas en la definición de los criterios de manejo para un mismo tipo de paciente, según éste se encuentre en el GATRA o en el Hospital Militar. El 40% de los cirujanos opina que la limitación de recursos, en efecto altera esa decisión y los hace muy conservadores. Otro 40% considera que en el GATRA solo se controlan los daños iniciales mientras que en el Hospital Militar se realizan tratamientos definitivos que por supuesto, requieren de conductas muy diferentes. El 10% de los encuestados aplica los mismos protocolos de manejo tratándose de uno u otro sitio de trabajo y el 10% restante considera que la conducta varía, pero según las condiciones del paciente y no del entorno.

3.2.7. Dificultades para la toma de decisiones

Ante esta pregunta, el 100% de los entrevistados presentó algún grado de dificultad para emitir una respuesta inmediata. El 50% manifestó frustración por no poder realizar un tratamiento “ideal” por falta de recursos. Para el 20% la dificultad radica en explicar al paciente y sus familiares el estado actual y el pronóstico. Otro 20% coincide en que consiste en tomar la decisión de amputar y el 10% afirma que es el deber de respetar la autonomía del paciente y no poder realizar la intervención quirúrgica planeada.

3.3. Preguntas sobre conductas

(Criterios morales)

3.3.1. Discriminación o preferencias

Se trató de identificar si el hecho de ser militar, le otorgaba al paciente algún derecho especial frente al paciente civil o guerrillero. Para el 30% de los entrevistados no hay duda, ser militar le otorga el beneficio de una atención oportuna y con mayor calidad, aunque dos de estos médicos reconocieron que no debería ser de esta manera. Para el 50% la prelación la da la gravedad del paciente, no obstante si se trata de dos pacientes comparables, el 20% de estos médicos le da prelación al militar. Para un 10% no hay nada que los diferencie y para el 10% restante, no hay preferencias pero al soldado se le atiende con más cariño y compromiso.

3.3.2. Juicios morales en la atención médica

Para la toma de decisión terapéutica se interrogó qué valor representa la vida frente a otros aspectos también importantes para el paciente, como calidad de vida, edad, pronóstico, realización personal, situación laboral, etc. Al respecto, la totalidad de los encuestados afirmó que sus decisiones se rigen por el valor absoluto de la vida, pues preservarla, asegurará que se logren los demás factores. Sin embargo, cuando se trata de amputar, aparecen otras consideraciones como la calidad de vida y la rehabilitación del paciente.

3.3.3. Principios bioéticos involucrados en la toma de decisión

Pese a que se definieron claramente cada uno de los cuatro principios bioéticos, para explorar cuál principio define la toma de decisiones médicas en cada uno de los participantes de la investigación (No maleficencia, Beneficencia, Justicia y Autonomía), el 40% colocó a la beneficencia en primer lugar, dada la buena intención del cirujano de hacer el bien y de éstos, la mitad adicionó la no maleficencia. El 30% opinó que la autonomía es lo más importante porque así, el paciente aceptará la recomendación médica. Solo el 10% considera que los cuatro principios son aplicables para los pacientes heridos por mina antipersona, pero dando prelación a la justicia por todas las buenas cosas que merece un soldado. Un 10% más, considera que la amalgama de los cuatro principios, todos igualmente importantes a la hora de decidir, resulta en filantropía, cualidad que deberían tener todos los médicos. El restante 10% considera que lo primero es la justicia asociada con la beneficencia porque se trata de un soldado que merece ser bien atendido en recompensa a su sacrificio. No obstante, cuando se trata de aplicar estos mismos principios a la decisión particular de amputar o resecaer parcial o totalmente un órgano, el 40% de los médicos militares antepone la autonomía a la beneficencia; el 50%, la beneficencia sobre la no maleficencia y el 10% considera que todos los principios son aplicables sin prelación por ninguno.

3.3.4. Capacidad para ponerse en el lugar del otro

Se interrogó a los cirujanos militares sobre cuál sería su decisión si por azar del destino, cayesen en un campo minado y ocuparan ahora el lugar, no del médico del GATRA, sino del paciente gravemente herido por mina antipersona y en el desarrollo de su relación médico – paciente tuviesen la oportunidad de tomar una decisión con su médico

tratante, respecto de su propio cuerpo, su vida y sus preferencias personales. El 60% respondió que optaría por la amputación, pues consideran que el proceso de rehabilitación es adecuado. Un 20% dejaría la decisión en manos del cirujano, el 10% optaría vivir aun cuando deba ser amputado y el otro 10% rechazaría cualquier tipo de amputación y preferiría morir. Todos manifestaron que su decisión se basaba en el amor y consideración para con su familia y sus hijos en particular y dada la experiencia de haber tratado tantos de estos pacientes a quienes posteriormente tuvieron la oportunidad de apreciar caminando con una prótesis bien adaptada.

3.3.5. Apreciaciones y aplicación del Consentimiento informado

Teniendo en cuenta las condiciones físicas y mentales del paciente gravemente herido por mina antipersona, así como las circunstancias de sus lesiones, se preguntó a los médicos militares si consideraban a ese paciente “una persona capaz de decidir”. Seis de los participantes consideraron que dado que llegaban conscientes, estaban en capacidad de decidir, sobre todo si el médico les explicaba claramente su situación, alternativas de tratamiento, pronóstico y secuelas, mas aun cuando para uno de ellos, el soldado conoce el riesgo de caer en un campo minado, porque ha vivido o conocido esta experiencia con sus propios compañeros. Un médico militar considera que su estado de ánimo y el shock de su condición, le impiden comprender y tomar una decisión adecuada. Otro de los médicos considera que si bien es cierto que el paciente está obnubilado, no es importante que comprenda o decida, pues es el médico quien decide en ese momento por el paciente. El último entrevistado considera que el médico es quien debe decidir siempre.

Ante el caso hipotético de que el soldado herido no estuviese en capacidad de decidir sobre su propia vida y cuerpo, los médicos militares delegarían la responsabilidad en los siguientes sustitutos: Familiares si los hay, como por ejemplo hermanos en las filas: el 50%, Comandante del paciente: el 10%; toma la decisión el médico: el 30% y solo un 10% convoca una junta médica entre los médicos participantes del GATRA. La totalidad de los encuestados aseguró que tratándose de una urgencia vital, tomarían la decisión de operar aunque no existiera un consentimiento informado.

Complementando el punto anterior, se interrogó si ante un paciente inconsciente o incapaz de consentir, el médico prefiere diferir el procedimiento si el caso lo permite, o prefiere realizar el manejo primario sin la autorización del paciente. El 50% coincidió en que prefieren diferir el manejo quirúrgico hasta obtener el consentimiento informado. El 30% decide intervenir sin consentimiento si de ello depende la vida del paciente. El 10% realiza junta médica, toma fotos y opera. Y el 10% considera que por tratarse de urgencias verdaderas que amenazan la vida, ningún procedimiento es diferible.

Respecto de la información suministrada por los médicos militares a estos pacientes y sus familiares, el 100% manifiesta que se debe advertir sobre el estado actual del paciente, la severidad de sus lesiones, las alternativas de manejo, las posibles complicaciones intra y posoperatorias, las posibles secuelas e incluso advertir el riesgo de muerte. Uno de ellos incluso habla de una verdad cruda y cruel para no dar falsas expectativas y en la medida en que el paciente evoluciona positivamente, se va suavizando el impacto psicológico. La información para la familia es exactamente igual e incluso hay médicos quienes además de documentar en forma escrita la información pertinente con el consentimiento informado, anexan un registro fotográfico para volver

a explicar al paciente la pertinencia de la cirugía, cuando su estado de ánimo y de salud, mejoren.

El 50% de los médicos afirma que jamás imponen sus preferencias personales sobre las del paciente y por ende, respetan la decisión de este último. El 30% lo hace solo en caso de urgencia vital para salvar la vida de su paciente. Un 10% se sujeta a la observación de los protocolos y guías de manejo y el último 10% manifiesta que impone sus preferencias para recomendarle la mejor alternativa terapéutica.

3.4. Lineamientos legales y deontológicos del ejercicio médico

3.4.1. Aspectos legales involucrados en la toma de decisión médica

Ante la pregunta de cuáles aspectos legales merecen consideración a la hora de tomar decisiones médicas sobre un paciente gravemente herido por mina antipersona, los médicos militares en su gran mayoría reconocieron la importancia del adecuado diligenciamiento de la historia clínica, el respeto por las decisiones autónomas de los pacientes y la responsabilidad médica sobre el mismo. Dos de los encuestados mencionaron la observación del DIH. Solo uno de los médicos manifestó cumplir fielmente con el juramento hipocrático, sin detenerse a puntualizar en algún aspecto.

3.4.2. Aspectos éticos involucrados en la toma de decisiones

En cuanto a la intervención de cuestiones éticas en la toma de sus decisiones, los médicos militares adujeron que consideraban importante tener en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia, evitar la discriminación, considerar el riesgo- beneficio de las alternativas terapéuticas, respetar la autonomía de los pacientes, brindar un trato

solidario y humano. Uno de los encuestados mencionó que se debe tratar al paciente como quisiera ser tratado uno mismo y limitar la atención médica a lo necesario y pertinente según la disponibilidad de los recursos.

3.4.3. Calidad de Vida

En lo concerniente a la calidad de vida de este tipo de pacientes, los médicos militares opinan en su gran mayoría (60%), que la atención médica brindada en los grupos GATRA aumenta la sobrevivencia de los pacientes al mismo tiempo que disminuye la tasa de complicaciones, lo cual favorece el proceso de rehabilitación. El 30% de los participantes, considera por el contrario, que la calidad de vida disminuye en la medida que la atención inicial para control del daño únicamente, retrasa la instauración del tratamiento definitivo y aumenta las complicaciones y el tiempo de recuperación. El restante 10% cree que siempre y cuando se remita tempranamente el paciente, al Hospital de IV nivel, la calidad de vida podría aumentar.

4. ANALISIS DE RESULTADOS

La baja tasa de muerte entre los pacientes heridos por mina antipersona, atendidos por los grupos GATRA, confirma la teoría de las minas antipersona modernas, como armas diseñadas, no para matar sino para infringir daño severo en la tropa y retrasar su avance (por la asistencia que debe darse al personal herido), convirtiéndose en una ventaja estratégica para los grupos armados al margen de la Ley. Las severas lesiones y el dramático panorama que produce la caída de tres, seis o más militares de una misma compañía, en un campo minado, genera tal impacto

psicológico que logra socavar la moral de los soldados y ciertamente afecta el éxito de las operaciones.

No obstante, la baja tasa de mortalidad, así como la edad del paciente y su buen estado físico, exento de comorbilidades, descartan entre los galenos la posibilidad de incorporar entre su conducta médica el código de no reanimación, pues refieren casos en los que aún con masa encefálica expuesta, han logrado recuperar su salud física y mental y rehabilitarse.

Existe una identificación del médico militar con su paciente herido, cuando éste resulta pertenecer también a las Fuerzas Militares, generando en la relación médico paciente un fuerte vinculo afectivo de fraternidad que le imprime al ejercicio médico unas características particulares y propias: un compromiso del médico con su paciente, que incluso va mas allá del deber y trasciende cuestiones éticas básicas como lo referente a la limitación del esfuerzo terapéutico en este tipo de casos, que en otros hospitales, aun con más recursos físicos y humanos, no habrían recibido mayor atención médica que la básica para intentar salvar su vida, sin esfuerzos sobrehumanos. Es evidente que los médicos encuestados, encuentran por demás absurdo el hecho de que un soldado, en ejercicio de su deber constitucional, resulte herido en tal magnitud por otro compatriota que consideran delincuente y atentando contra la estabilidad de nuestras instituciones.

Aparecen en escena consideraciones contradictorias de tipo moral y ético cuando paradójicamente, llegan al GATRA guerrilleros heridos por sus mismos artefactos explosivos y deben ser atendidos por los médicos militares. De un lado, éstos últimos hacen gala de todo su profesionalismo para brindar una atención racional y oportuna, aún en contra de sus propios intereses y preferencias y de otro lado, deben acudir a sus virtudes militares más elevadas, para proteger los derechos

fundamentales de los victimarios de sus propias víctimas. Afortunadamente, la formación ética en las escuelas de medicina del país y en la vida militar en particular, les permite actuar en consecuencia con las leyes que promulgan los derechos humanos.

Las sensaciones que experimenta el médico militar ante el dantesco cuadro clínico de destrozo generado por la mina antipersona, ciertamente plantean un reto mayor para el médico del GATRA, quien se esfuerza por realizar su trabajo de manera más meticulosa y cuidadosa. La interrelación con otros profesionales de la salud también cambia, los egos personales se hacen a un lado, para dar paso al colegaje y al respeto por el otro, no siendo infrecuente observar un verdadero trabajo en equipo, donde hasta el más experto ortopedista se convierte ahora en el ayudante del cirujano y viceversa, todo con el único fin de proporcionar el mejor tratamiento quirúrgico posible al paciente.

La condición militar también imprime particularidad a este tipo de relación, pues el paciente herido no solo ve en su médico a su salvador, sino que además, el respeto y la admiración que profesa por su médico y superior jerárquico, le facilita la aceptación de las terapias quirúrgicas propuestas por el cirujano, quien a su vez logra ejercer su autoridad sobre el paciente, pero ya no para asegurar el cumplimiento de órdenes castrenses, sino para realizar aquel procedimiento que a su parecer es el más pertinente y adecuado para su paciente.

La relación médico – paciente sin lugar a dudas se humaniza en este entorno y surge una relación de tipo paternalista donde el médico militar, más que adoptar una posición dominante, opta por aconsejar en pro del bienestar físico y psicológico de su paciente a quien ve no como paciente sino como su hijo o su hermano.

La limitación de esfuerzo terapéutico, no se aplica en estos casos a pesar de la severidad de las lesiones sufridas, porque el buen estado de salud previo, el entrenamiento físico y la juventud de los pacientes son un factor de predictibilidad de recuperación y rehabilitación. No obstante, dadas las limitaciones de recursos y condiciones óptimas de calidad para realizar cirugías, los médicos militares prefieren realizar el control de daños que permita en primera instancia, preservar la vida del paciente, controlar los factores de riesgo para posibles complicaciones médicas y optimizar las condiciones para que el paciente pueda adaptarse a su prótesis e inicie el proceso de rehabilitación tempranamente.

El hecho de trabajar en el Hospital Militar Central, a donde son remitidos los pacientes atendidos en el GATRA para tratamiento definitivo, le brindan tanto a médicos como pacientes la oportunidad de continuar con una relación médico – paciente más tranquila, libre de las presiones del conflicto armado y en un ambiente más seguro y relajado, lo cual les permite a unos y otros, recuperarse psicológicamente del impacto que las heridas de guerra producen.

A pesar de la falta de claridad para distinguir cuestiones éticas y legales en el ejercicio médico, se observa que la mayoría del personal médico militar respeta la autonomía del paciente para decidir sobre su cuerpo y se preocupa por orientarlo de tal manera, que el paciente logre comprender la pertinencia de la cirugía que le van a realizar y consienta la misma. Los acompaña más que una obligación moral, un temor por atender pacientes civiles, sean estos guerrilleros o no, pues se sienten vulnerables ante posibles demandas como estrategia para deslegitimar a las Fuerzas Militares, sin embargo, en la gran mayoría de casos fueron los médicos militares, los garantes de la dignidad humana y el respeto por la condición clínica de estos pacientes.

5. CONCLUSIONES

La objetividad de una decisión moral implica la *decisión intersubjetiva* de todos los sujetos que se encuentran afectados por ella, valga decir en la relación médico-paciente, por el médico y el paciente, aunque indirectamente también intervienen la institución sanitaria, el paciente, su familia y la sociedad en general. Por el hecho de intervenir en esa decisión, los participantes tienen el deber de responsabilizarse de ella y sus implicaciones. Así pues, les corresponde a los afectados decidir qué intereses deben satisfacerse de manera primaria, pero para que esa decisión sea racional, se requiere el diálogo argumentado y consensuado entre los participantes.

La justificación de los actos humanos se basa en la conciencia moral que de ellos se tenga, es decir, cuando después de una reflexión crítica de las normas morales que se consideran universalmente obligatorias, llegamos a establecer “convicciones meditadas”. Sin embargo, cuando se trata de obligaciones especiales de cuidado, como en estos casos de atención médica a personal militar herido en combate, con amputación traumática de uno o más miembros y secuelas para el resto de su vida, las obligaciones del médico militar van mucho más allá de los deberes generales de la justicia, que son necesarios pero no suficientes para ello.

Definir en qué consiste hacer el bien es algo que puede incluso considerarse abstracto o idealista y esta definición resulta difícil de entender y más aún de aplicar, a la relación médico – paciente, principalmente cuando se es médico militar y se enfrentan situaciones clínicas tan complejas como atender a otro soldado como él, que cumpliendo con su deber, considerado “correcto”, ha sufrido tal severidad de lesiones de manera absurda por mina Antipersona. Para la ética, hacer el bien (beneficencia) consiste en ir más allá de lo debido, superando los

mínimos morales y a estos actos buenos los llama “*Supererogatorios*”, que para el caso particular de esta población de médicos militares, bien podría ser preocuparse por la comida del paciente, su recuperación y rehabilitación o su indemnización por el Estado, actos todos que superan las expectativas de una atención médica convencional.

Lo bueno tiene una subjetividad mayor que lo malo, definir lo bueno resulta ciertamente difícil y depende de quién lo valore y bajo qué parámetros. Aunque el valor de la vida es indiscutible, el mismo se vuelve relativo cuando se enfrenta al valor del bien o de lo bueno, así, hablar de una vida buena dependerá de los valores involucrados de quien la califica como tal. Podríamos decir, que la pérdida de un miembro por amputación traumática o quirúrgica, será el valor involucrado y que solo tras haber logrado adaptarse a una prótesis y recuperar la funcionalidad, esa prótesis es ahora el nuevo miembro y será lo que defina la calidad de vida del paciente.

La beneficencia así entendida, se asemeja en gran medida al paternalismo que involucra el juicio y la capacidad de quien la practica y este es precisamente el tipo de relación médico-paciente que se da en la atención del paciente gravemente herido por mina Antipersona y el médico militar cirujano del grupo GATRA, ya que se trata de un paciente que aunque es considerado “capaz para decidir”, ciertamente también se encuentra en una situación psicológica particular, rodeado de compañeros, comandantes y personal sanitario, pero sin familiares que le sirvan de apoyo y respaldo. Dada la asimetría de conocimiento entre ambos actores, Victoria Camps reemplazaría ese paternalismo por la autonomía que incluye el respeto por los derechos del paciente³⁹.

³⁹ Ver “*Una vida de Calidad*” de V. Camps. Reflexiones sobre Bioética. Ares y Mares. Editorial Crítica. Barcelona 2001. pp. 16-17

La actividad relacionada con la toma de decisiones médicas es una actividad práctica y dinámica. La pericia no se adquiere solamente a partir del conocimiento adquirido, sino más importante aún, a partir de la práctica diaria, de la interacción del médico con sus pacientes. Esta toma de decisiones se encuentra fuertemente ligada al cúmulo de experiencias, al contexto social (cultural, laboral y familiar) y a las políticas de salud en su área de trabajo, al impacto económico que sus decisiones generen y por último, pero no menos importante, al interés particular en beneficio del paciente. Si tomamos en cuenta todos estos aspectos, entenderemos por qué el profesional de la salud calcula y compara los riesgos y los beneficios de cada alternativa terapéutica disponible para el manejo de una enfermedad particular y por cuál se decide. En el campo de batalla, el médico militar se ve avocado a tomar decisiones bajo presión, bien sea por el rigor de la guerra, las limitaciones de recursos o personal o por los sentimientos que le producen las lesiones sufridas por sus compañeros, amigos, superiores o subalternos.

El médico militar en atención de heridos en combate, en el mismo teatro de batalla, no dispone del consentimiento del herido ni de sus familiares y en muchas ocasiones ni siquiera de sus superiores o colegas de mayor rango científico a los cuales pueda consultar. Cuando se trata de decidir por una conducta médica, en un paciente incapaz de hacerlo, bien sea por el estado de shock emocional o físico en que se encuentra, tras las heridas sufridas por mina Antipersona o por su estado de inconsciencia, el médico militar actúa como sustituto para la toma de decisión, aun cuando no exista un consentimiento informado previo. Aprovechando las capacidades intelectuales que aun le queden al paciente gravemente herido para tomar decisiones, el médico no deberá anteponer sus preferencias personales acerca de la calidad de vida de su paciente o consideraciones de tipo estético, a la hora de proponer las alternativas que su experticia le señalen y en todo momento deberá regirse por el principio absoluto de la no maleficencia, preservando su vida y en segundo orden,

en la autonomía y la beneficencia, para decisiones ulteriores en las que ya no es la vida sino otras muchas consideraciones particulares del paciente según sea su proyecto de vida. Se encuentran, en otras palabras, en un estado de soledad casi absoluta, en donde su única luz es la “Lex artis” (desde el punto de vista científico o sea, la norma de excelencia que rige el acto médico, teniendo en cuenta circunstancias de tiempo, modo y lugar). Y desde el punto de vista ético lo acompañan los escasos principios generales y universales que se han podido descubrir en esta ciencia normativa: No hacer a los demás lo que uno no quisiera que hagan con uno; hacer con el otro lo que uno querría que hicieran con uno mismo; considerar al ser humano en manos suyas como un fin y no un medio; ejercer su acto médico de manera que pueda considerarse principio universal; acompañarse siempre del principio de justicia en todos los actos y sobre todo, no hacer daño innecesario.

Son muchas las emociones, sentimientos, experiencias, preferencias y juicios morales, que intervienen en la toma de decisiones quirúrgicas del médico militar colombiano de los grupos GATRA, ante la gravedad de los pacientes heridos por mina antipersona, quienes resultarán afectados para el resto de sus vidas por la determinación del cirujano, aunque ha sido la lotería social, en palabras de Rawls, la que ha marcado el destino de estos pacientes. Pese a la educación recibida en nuestras facultades de medicina, la legislación cambiante y cada vez más exigente respecto del comportamiento ético del médico colombiano, las continuas reglamentaciones de la Ley General de Seguridad Social y el habitual contacto con traumas de guerra de gran magnitud, la relación médico - paciente en este contexto del GATRA, establece, como lo definiera previamente Carol Gilligan, dilemas de relaciones especiales que sin lugar a dudas, generan respuestas de cuidados que no solo suplementan sino también profundizan el sentido de las obligaciones generalizadas de justicia. La relación generada bajo estas circunstancias se reviste de una particular característica, cual es estar motivada por algo más que el propio

marco del deber médico del juramento hipocrático o la obligatoriedad de la Ley 23, código colombiano de ética médica, para adoptar una postura más humana y más solidaria que se aparta de la convencional y rígida relación de las sociedades modernas y tecnificadas. Quizá entonces el médico militar colombiano ha evolucionado en su desarrollo moral hasta la quinta o sexta etapa, definido por Kohlberg como "Pasando a una perspectiva fuera de la de su sociedad, él identifica la moral con la justicia (imparcialidad, derechos, la Regla de Oro) con el reconocimiento de los derechos de los demás, como éstos quedan definidos natural o intrínsecamente. El derecho del ser humano a hacer lo que desee sin coartar los derechos de los demás es una fórmula que define los derechos antes que la legislación social". Es aquí donde reside la moralidad del acto médico del militar colombiano perteneciente a los Grupos GATRA, cuando debe decidir conductas terapéuticas agresivas, para salvar la vida de su paciente gravemente herido en combate, incapaz de consentir las alternativas planteadas.

Si las lesiones de guerra son un riesgo de alta probabilidad en la vida de todo militar, ¿podría pensarse en reglamentar una especie de voluntad anticipada al ingreso a las escuelas de formación, donde el militar exprese por escrito y en uso de sus facultades mentales y legales, instrucciones precisas para su atención médica, aplicables en el caso de que resulte gravemente herido por una mina Antipersona? Mi respuesta sería negativa, pues considero que tomar decisiones anticipadas, respecto del abandono hacia la muerte en casos de gravísimas lesiones no resultaría válido, pues un consentimiento informado exige por parte del paciente el pleno conocimiento de su situación actual, las alternativas terapéuticas y las posibles complicaciones derivadas de cada una de ellas e incluso el pronóstico de aplicarlas o no, todo con el fin de tomar, orientado por su médico la mejor decisión para él y su proyecto de vida.

Dado que el objetivo de las minas Antipersona no es matar sino producir la mayor cantidad de lesiones graves al mayor número de personas, para retrasar el avance de la tropa e impactar negativamente en su ánimo, los tratamientos médicos resultan costosos y prolongados, aun más si se tiene en cuenta el proceso de rehabilitación al que deben someterse, para recuperar su funcionalidad y reinsertarse a la vida laboral, sea militar o civil.

Es menester que los profesionales de la salud tengan en cuenta el impacto psicológico, social y económico que una terapia particular genera en el sistema de salud en el que labora y de igual manera, en el seguimiento de dicho tratamiento por parte del paciente, pues para el caso de pacientes con discapacidad recién adquirida, el paciente podría o no estar en capacidad de adaptarse a su nueva condición según las facilidades que las personas más cercanas a él y su entorno le brinden para ello. De igual forma, acudiendo a la justicia distributiva, el médico militar deberá prever que los recursos asignados a la salud operacional deberán cubrir la mayor parte de usuarios posibles con los menores costos pero sin atentar contra la calidad del servicio.

Bibliografía

1. Aguilar, M. *LAS TRES GENERACIONES DE DERECHOS HUMANOS*. Disponible en www.jurídicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont.../pr20.pdf. s/f.
2. Beauchamp, T., Childress, J. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford Medical Press Inc. 2009
3. Boda, M., Robles, A. *Documento Sitges 2009*. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Pp. 25-95. Editorial Glosa, S.L. Barcelona. 2009
4. Camps, V. *Una vida de calidad*. Reflexiones sobre bioética. Editorial Crítica, S.L Barcelona. 2010
5. Contreras, J. Gutiérrez, A. *Manual de Ética para las Fuerzas Militares y de Policía*. Secretariado de Pastoral Castrense- SEPCAS. Colección Documentos CELAM No.155. Tercera edición corregida y aumentada. Bogotá, 2002.
6. Cortina, A. *Ética Mínima. Introducción a la Filosofía practica*. Sexta Edición. Editorial Technos S.A., Madrid. 2000
7. Chávez, P. *Historia de las DOCTRINAS FILOSOFICAS*. Cuarta edición. Actualización por Eva Lydia Osegura de Chávez. Universidad Autónoma de México. Ed. Pearson Educación de México, S.A de C.V. México. 2008.
8. De Lora, Pablo. *Autonomía personal, intervención médica y sujetos incapaces*. Enrajonar 40/41, Pp. 123-140 Universidad Autónoma de Madrid. 2008
9. Escobar, J., Maldonado, C. Hooft, P., Hottois, G. et al. *Bioética y Conflicto Armado*. Colección Bios y Ethos. Ediciones el Bosque. Bogotá. Mayo 2005.
10. Florián, V. *Diccionario de Filosofía*. Edición Gabriel Silva Rincón. Panamericana Editorial. Bogotá. 2002

11. Franklin, D. *Uninformed Consent*. The Science of Health. Scientific American, March 201. Pp 24-25
12. Glannou, C., Baldan, M. *CIRUGIA DE GUERRA*. Trabajar con recursos limitados en conflictos armados y otras situaciones de violencia. Vol. 1. Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, Suiza. Pp. 17-53. Diciembre de 20011.
13. Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago. *Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento*. Rev. Med. Chile v. 131 n.6. Santiago jun. 2003. Versión impresa ISSN 0034-9887.
14. Guzmán, F., Arias, C., Moreno, S. *El ejercicio de la cirugía se encuentra en peligro*. Gaceta Jurisprudencial. P 238 – 272. Tribunal Nacional De Ética Médica. Giro Editores Ltda. Bogotá. Junio de 2012
15. Herazo, B, *Consentimiento Informado. Para procedimientos, intervenciones y tratamientos en salud*. ECOE ediciones s/f.
16. Herrera, F., *Filosofía del Derecho*. Pontificia Universidad Javeriana. Oficina de publicaciones. Bogotá. 1996
17. Hierro, J. Problemas del Análisis del Lenguaje moral, Madrid, 1970, pp. 28-33.
18. Kohlberg, L., *PSICOLOGIA DEL DESARROLLO MORAL*. Versión castellana de: Asun Zubiaur Zarate. Editorial DESCLÉE DE BROUWER, S.A. – Bilbao, España. 1992
19. Lerma, C. M.D. *Dilemas Éticos del Cirujano*. Discurso inaugural, Mensaje Presidencial “Avances en Cirugía”. XXVI Congreso nacional de Cirugía. Cartagena. Revista Colombiana de Cirugía.2000. 15:222-5-
20. López, H., Posada, R. *Manual de Constitución y Democracia*. Volumen I. De los Derechos Programas de Constitución y Democracia. Ediciones Unidas Universidad de los Andes. Facultad de Derecho. Bogotá 2006.

21. Maier, B., Shibles, W. *The Philosophy and Practice of Medicine and Bioethics. A naturalistic – Humanistic Approach*. International Library of Ethics, Law and the New Medicine. Springer Science + Business media B.V. 2011
22. Martínez, M. *LA INVESTIGACION CUALITATIVA (SINTESIS CONCEPTUAL)*. Revista IIPSI: Facultad de Psicología. Universidad Simón Bolívar. Volumen 9. No.1 Pp. 123-146. Caracas.2006.
23. Maisoneuve J. *Los sentimientos*. Barcelona: Oikos-Tau; 1973: 56-57.
24. Ministerio de Salud. *Resolución No.13437 de 1991*. Disponible en www.acreditacionensalud.org.co/download.php?file...name...doc. s/f.
25. Organización Panamericana de la Salud. *Fundamentación de la Bioética*. ACTA BIOTHICA. Año XV.Nº1-2009.
26. Posada, R. *CONCEPTOS FUNDAMENTALES SOBRE DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO*. Manual de Constitución y Democracia. Volumen I. De los Derechos. Programa de Constitución y Democracia. Edición a cargo de H. López y R. Posada. Ediciones Uniandes. Universidad de los Andes. Facultad de Derecho. Bogotá. 2006.
27. Singer, P. *CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA*. Cambridge Textbook of Bioethics.
28. Singer, P. *Compendio de Ética*. Alianza Editorial. Pp. 309-377. 521-539. 621-655. 2004
29. Siurana, J., *Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces*. Veritas, vol. I. nº15. 2006. P 223-244.
30. Tribunal Nacional de Ética Médica de Bogotá. Referencia Proceso No. 1139 del Tribunal de Ética Médica de Bogotá. Providencia No. 10-2003.Bogotá, Marzo de 2003.
31. Tribunal Nacional de Ética Médica de Bogotá. Referencia Radicación No.2529 del Tribunal de Ética Médica de Bogotá. Providencia No. 14 -2008. Bogotá, Marzo de 2003.

32. Tribunal Nacional de Ética Médica de Bogotá. Referencia Proceso No. 1362 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca. Providencia No. 003-04.Bogotá, Febrero de 2004
33. Tribunal Nacional de Ética Médica de Bogotá. Referencia Proceso No. 793 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca. Providencia No. 120 -2011.Bogotá, Diciembre de 2011.
34. www.colombiasinminas.org/index.php?page=la-campana. s/f
35. www.icbl.org/index.php/icbl/languages/es. S/f.
36. www.accioncontraminas.gov.co/paginas/AICMA.aspx. Mayo 2012

Anexo No. 1.

Variables en la toma de decisiones

Variable categórica	Variable dimensional	Variables empíricas
Aspectos influyentes en la toma de decisión médica terapéutica	Lineamientos legales y deontológicos del ejercicio médico	<ul style="list-style-type: none"> • Juramento hipocrático • Código de Ética médica • Decálogo de los pacientes • DIH • DDHH
	Normatividad para el Personal de las F.F.M.M.	<ul style="list-style-type: none"> • Reglamentos de Régimen disciplinario para las FFMM • Manual de evaluación de capacidad Psicofísica para las FFMM
	Protección de derechos de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado • Limitación de esfuerzo terapéutico • DDHH • Proporcionalidad
	Criterios morales	<ul style="list-style-type: none"> • Principios • Valores • Preferencias • Intereses • Sentimientos • Hábitos
	Sitio de Atención Médica	Teatro de Operaciones Hospital Militar

ANEXO NO.2

ANALISIS DEL PROCESO DE TOMA DE DECISION TERAPEUTICA DEL MEDICO MILITAR COLOMBIANO ANTE PACIENTES GRAVEMENTE HERIDOS POR MINA ANTIPERSONA

MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Esta entrevista constituye la herramienta de obtención de información referente a los criterios, normas, principios, valores, preferencias y hábitos, que motivan al personal médico cirujano del Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia, participante en los Grupos GATRA (Grupo Avanzado de Apoyo en Trauma) cuando de escoger alternativas terapéuticas se trata, para el manejo primario de heridas graves sufridas a causa de lesiones por mina Antipersona, en los combatientes de uno y otro bando en el campo de batalla.

La participación del personal médico será absolutamente voluntaria y la información suministrada, es confidencial y anónima; contará con un consentimiento informado previo para garantizar tal fin. De igual manera, los datos obtenidos solo serán utilizados para los propósitos de este trabajo de investigación.

La entrevista será grabada en video, para que la transcripción sea lo más fidedigna posible.

Se estima que cada entrevista dure en promedio una hora.

Preguntas biográficas:

(Información General)

1. ¿Durante cuántos años ha prestado sus servicios en las Fuerzas Militares?
2. ¿Cuántas veces ha asistido a comisión en los grupos GATRA?
3. ¿En promedio, cuántos pacientes ha intervenido quirúrgicamente durante sus comisiones en el GATRA?

4. ¿Cuál es el mecanismo de lesión más frecuente, en los pacientes remitidos al grupo GATRA?
5. ¿Cuál es el promedio de pacientes heridos atendidos por usted, que han ameritado amputación de miembros o extracción de órganos?
6. ¿Qué porcentaje de pacientes han muerto durante su intervención quirúrgica en los grupos GATRA?
7. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de muerte en esos pacientes? ¿cuál ha sido la principal causa de muerte?
8. ¿Ha operado guerrilleros, paramilitares o delincuentes al margen de la ley heridos en combate, durante sus comisiones en los grupos GATRA?

Preguntas sensoriales:

(Exploración de sentimientos, experiencias generadas)

9. Cuando ingresa un soldado poli traumatizado por mina Antipersona, ¿qué sensaciones experimenta respecto de :
 - Su edad y origen
 - Ocupación laboral
 - Mecanismo y circunstancias del trauma
 - Severidad de las lesiones
 - Estado de conciencia
 - Pronóstico?
10. Cuando ingresa un miembro de grupos al margen de la ley, poli traumatizado por mina antipersona, ¿qué sensaciones experimenta respecto de estos mismos aspectos?
11. ¿Considera usted que en su decisión terapéutica, es importante tener en cuenta el pronóstico, la expectativa de vida o la calidad de vida de su paciente? ¿Por qué?
12. ¿Cómo describe usted la reacción habitual de los pacientes heridos por mina Antipersona que sin oportunidad de firmar un consentimiento informado previo, evidencian la amputación quirúrgica de alguno(s) de sus miembros u órganos?

13. ¿Ha sido víctima de amenazas, agresiones o demandas por pacientes heridos por mina Antipersona a quienes ha debido amputar uno o más miembros, a causa de las lesiones sufridas por mina Antipersona?
14. ¿Considera usted que sus decisiones médicas respecto de pacientes severamente lesionados varía según se encuentre en el grupo GATRA o en el Hospital Militar Central? ¿Por qué?
15. ¿Qué aspectos relacionados con el paciente gravemente herido por mina Antipersona, que acude al grupo GATRA, hacen que usted tome una conducta terapéutica diferente a la que tomaría con ese mismo paciente si estuviera en el Hospital Militar central?
16. ¿Qué considera usted que es lo más difícil a la hora de tomar una decisión terapéutica en este tipo de pacientes? Explique.

Preguntas sobre conductas

(Criterios morales.)

17. ¿Entre la vida, el pronóstico, la calidad de vida, , la realización personal y profesional de un paciente severamente afectado por mina Antipersona, cuál considera usted, es el factor principal que rige la decisión médica del cirujano en los grupos GATRA?
18. ¿En caso de que su paciente requiera amputación de uno o varios órganos o miembros, qué factores, además del criterio clínico, tiene usted en cuenta para intervenirlo? (edad, origen, actividad laboral, estado civil, etc.)
19. ¿Bajo qué parámetros (gravedad, pronóstico, expectativa de vida, disponibilidad de medios y de recursos, impacto psicológico, etc.) planea usted la conducta terapéutica que empleará en sus pacientes severamente poli traumatizados por mina antipersona?
20. ¿De los principios éticos de la conducta humana (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), cuál considera usted, se debe tener en cuenta a la hora de efectuar un tratamiento quirúrgico mutilante a un paciente severamente afectado por mina antipersona?

21. ¿Bajo cuál principio (beneficencia, no maleficencia, justicia o autonomía) considera usted que basa su decisión quirúrgica terapéutica en los pacientes severamente afectados que trata usted en los grupos GATRA?
22. ¿Si estuviera usted en el lugar de su paciente severamente poli traumatizado y requiriera la amputación quirúrgica de uno o varios miembros y tuviera la oportunidad de decidir su tratamiento conjuntamente con el médico tratante, cuál cree usted que sería su decisión?
23. ¿En caso de pacientes inconscientes o incapaces de decidir y firmar un consentimiento informado, previo a su manejo quirúrgico, prefiere diferir el procedimiento si el caso lo permite, o prefiere realizar el manejo primario sin la autorización del paciente?
24. ¿Habitualmente y ante la imposibilidad de obtener el consentimiento informado de su paciente, a quien acude usted como sustituto en la toma de decisiones?
25. ¿En caso de lograr obtener el consentimiento informado, qué información considera usted, debe conocer el paciente y su familia?
26. ¿Suele usted anteponer alguno de sus intereses particulares o preferencias cuando de tomar la decisión de amputar uno o varios miembros de un paciente gravemente herido por mina Antipersona se refiere? En caso afirmativo explíquelo.

Preguntas de conocimientos

(Lineamientos legales y deontológicos del ejercicio médico. Protección de derechos de los pacientes).

27. ¿Qué aspectos legales considera usted, son importantes para tener en cuenta a la hora de tomar una decisión terapéutica con un paciente gravemente poli traumatizado?
28. ¿Qué consideraciones éticas cree usted, se deben tener en cuenta al tratar a este tipo de pacientes?
- ¿Cuáles aspectos del código de Ética Médica cree usted, tienen mayor aplicación a la hora de decidir conducta terapéutica en estos casos?

29. ¿Cuál es su contribución con la calidad de vida de los pacientes que ha amputado quirúrgicamente en el GATRA?

- ¿Qué consideraciones de aptitud psicofísica serían importantes para tener en cuenta a la hora de tomar una decisión de amputar?

30. ¿Cuáles considera usted, son aspectos de tipo legal que debe considerar cuando se le pide tratar medicamente a un guerrillero o personal al margen de la Ley?.

ANEXO No.3

ANALISIS DEL PROCESO DE TOMA DE DECISION TERAPEUTICA DEL MEDICO MILITAR COLOMBIANO ANTE PACIENTES GRAVEMENTE HERIDOS POR MINA ANTIPERSONA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ENTREVISTADO

Esta entrevista constituye la herramienta de obtención de información referente a los criterios, normas, principios, valores, preferencias y hábitos, que intervienen en la toma de decisiones del personal médico cirujano del Hospital Militar Central de Bogotá, participante en los Grupos GATRA (Grupo Avanzado de Apoyo en Trauma), respecto de alternativas terapéuticas de manejo quirúrgico primario (diferente a salvar la vida) del paciente gravemente herido por mina Antipersona, trátese bien sea de combatientes de uno y otro bando

Este trabajo de investigación pretende identificar cómo influyen diversos aspectos como las emociones, el mecanismo de producción de las lesiones, la severidad y extensión de las mismas, las posibles limitaciones de tiempo, personal y recursos para el manejo médico adecuado, las circunstancias en que se presentan las heridas, en la toma de decisiones medicas y si existe algún razonamiento moral particular al respecto por parte del cirujano. Adicionalmente, establecer las diferencias existentes en el ejercicio médico en situaciones ideales va. Situaciones adversas, para posiblemente generar algún tipo de recomendación para los futuros participantes y conformación de los Grupos GATRA. No es mi intención establecer juicios o críticas sobre la asertividad, pertinencia, legalidad, etc., de la toma de decisiones del médico cirujano, así como tampoco sobre sus opiniones personales ni establecer comparaciones entre unos y otros entrevistados.

Su participación es absolutamente voluntaria, así como el derecho a rehusar contestar alguna(s) de las preguntas enunciadas. La información suministrada por usted, será sometida a absoluta reserva y solo será conocida por la investigadora y el analista de datos. De igual manera, la información obtenida solo será utilizada para los propósitos de este trabajo de investigación, no obstante, pudiesen surgir nuevos interrogantes para futuras investigaciones o recomendaciones al interior de las Fuerzas Militares, en cuyo caso, le será debidamente consultado para su aprobación.

Para garantizar la mayor fidelidad en la obtención de la información, la entrevista será grabada en video, el cual será borrado una vez finalizado el trabajo y por supuesto, también contará con la confidencialidad debida.

Bogotá, _____ de _____ de 2012

Entrevistado No.

CNSOF Sara Edith Moreno Mazo
Investigadora